

KAN IK U ERGENS MEE HELPEN?

Vaststellen van spirituele zorgbehoeften bij patiënten die zijn opgenomen
in een algemeen ziekenhuis



Masterthesis aangeboden aan:

Dr. Jos Pieper

Dr. Joantine Berghuijs

**Scriptie ter afsluiting van de Master Theologie en
Geestelijke Verzorging 2012 – 2014 (deeltijd)**

Departement Filosofie en Religiewetenschappen

Faculteit Geesteswetenschappen

Universiteit Utrecht

Dave Wijker

3929442

September 2014

Inhoudsopgave

SUMMARY	5
1. AANLEIDING EN ONDERZOEKSMETHODE	6
1.1. Aanleiding	6
1.2. Doelstelling en belang	6
1.3. Methoden van onderzoek	7
1.4. Vraagstelling en deelvragen	8
1.5. Verwachte resultaten	9
1.6. Opbouw scriptie	9
2. WAT IS SPIRITUALITEIT?	11
2.1. Inleiding	11
2.2. Verbondenheid	12
2.3. Zin, betekenis en doel	13
2.4. Transcendentie	13
2.5. Waarden	14
2.6. Definitie spiritualiteit	15
3. WELKE SPIRITUELE ZORGBEHOEFTE ZIJN ER BIJ PATIËNTEN IN ALGEMENE ZIEKENHUIZEN?	16
3.1. Inleiding	16
3.2. Verbondenheid	16
3.3. Zin, betekenis en doel	17
3.4. Transcendentie	18
3.5. Waarden	20
3.6. Samenvatting en conclusies	21
4. PSYCHISCHE PROBLEMEN DIE TE MAKEN HEBBEN MET SPIRITUALITEIT EN/OF RELIGIE	22
4.1. Inleiding	22
4.2. Religieuze problemen	22
4.2.1. Verlies van of twijfel aan geloof	23

4.2.2.	Veranderingen in lidmaatschap, praktijken en geloof (inclusief bekering)	23
4.2.3.	Nieuwe religieuze bewegingen en sekten	24
4.2.4.	Levensbedreigende en terminale ziekten	25
4.3.	Spirituele problemen	26
4.3.1.	Mystieke ervaringen	26
4.3.2.	Bijna-doodervaringen	27
4.3.3.	Paranormale ervaringen	27
4.3.4.	Ervaringen van ontvoering door buitenaardse wezens	28
4.3.5.	Meditatie en ervaringen die zijn gerelateerd aan spirituele praktijken	28
4.3.6.	Ervaringen van bezetenheid	29
4.4.	Behandeling van religieuze en spirituele problemen	29
4.5.	Samenvatting en conclusies	30
5.	CRITERIA OM TE BEOORDELEN OF METHODEN OM SPIRITUELE ZORGBEHOEFTE	
	VAST TE STELLEN EFFICIËNT ZIJN	31
5.1.	Inleiding	31
5.2.	Criteria met betrekking tot de formulering	32
5.3.	Criteria met betrekking tot validiteit	33
5.4.	Criteria met betrekking tot brede toepasbaarheid	34
5.5.	Criteria met betrekking tot praktische overwegingen	35
5.6.	Samenvatting en conclusies	36
6.	METHODEN OM SPIRITUELE ZORGBEHOEFTE VAST TE STELLEN	37
6.1.	Inleiding	37
6.2.	Spirituele screening	37
6.3.	Spirituele biografie	39
6.3.1.	HOPE	40
6.3.2.	Het 7x7 model van Fitchett	42
6.3.3.	FICA	44
6.3.4.	SPIRIT	44
6.3.5.	De Lastmeter	46
6.3.6.	FACITsp	49
6.3.7.	Een 'Nijmeegs' model voor spirituele anamnese	50
6.4.	Evaluatie	52
6.5.	Samenvatting en conclusies	58

7.	EMPIRISCH ONDERZOEK	60
7.1.	Inleiding	60
7.2.	Opbouw enquête	61
7.3.	Resultaten	63
7.3.1.	Persoonsgegevens	63
7.3.2.	De wijze waarop contacten tot stand komen tussen patiënten en de dienst Geestelijke Verzorging	65
7.3.3.	Onderzoek naar spirituele zorgbehoeften gedelegeerd aan Verpleging	68
7.3.4.	Onderzoek naar spirituele zorgbehoeften door respondenten	72
7.3.4.1.	Manier van onderzoek	72
7.3.4.2.	Onderwerpen waarbij wordt doorgevraagd	73
7.3.4.3.	Signalen waarop wordt gelet door de respondenten	75
7.3.5.	Signalen waarop wordt gelet door de verpleging	76
7.3.6.	Spiritualiteit als onderdeel van de totale zorg	76
7.4.	Evaluatie	77
7.4.	Samenvatting en conclusies	78
8.	CONCLUSIES, DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN	80
8.1.	Inleiding	80
8.2.	Conclusies	82
8.3.	Discussie	85
8.4.	Aanbevelingen	86
	LITERATUUR	88
	AANHANGSELS	94

SUMMARY

In this thesis the author attempts to contribute to answering the question how spiritual needs can be determined in hospitalized patients in a general hospital. At present there is no generally accepted efficient instrument to determine these needs, which means that the spiritual needs of a number of patients might not be acknowledged, resulting in the possibility that adequate spiritual care is not being offered. The authors' goal in this thesis is to try to contribute to developing such an instrument.

To be able to make recommendations a questionnaire was designed to make an inventory as to how Dutch spiritual caregivers in general hospitals determine spiritual needs in their patients. The questionnaire was distributed among 281 spiritual caregivers in Dutch general hospitals, of whom 82 professionals responded. The results of this empirical research show that next to none of the Dutch spiritual caregivers makes use of any instrument to determine spiritual needs. 100% Of Dutch spiritual caregivers prefer to listen to the biography of the patient, reacting to their narrative by asking questions, mostly about the experiential dimension or about the way patients cope. Although a patient centred approach without an agenda, a sanctuary, where the patient can speak confidentially about meaning and incomprehensibility of his disease, peace and dissatisfaction, moral and ethical issues, values, goals and spirituality, is commendable, the author feels that the use of scientifically validated instruments can enhance the wellbeing of the patients as well as strengthen the position as spiritual care professionals in an environment under the pressure of financial cuts.

The thesis describes a distinction found in literature, between a spiritual screening and a spiritual biography. A spiritual screening tool is an instrument, relatively easy to use for other disciplines such as nurses, which is meant to determine if someone is going through a spiritual crisis and therefore needs to be referred to a spiritual care professional. A spiritual biography consists of having a conversation with a patient to get a better understanding of his spiritual needs and resources. The author recommends doing more scientific research concerning the suitability of the screening tool developed by Fitchett and Risk (1999) in the Dutch context. Use of such a screening tool could maximize the existing cooperation between nurses and spiritual caregivers.

Literature also shows that many instruments have been developed to determine spiritual needs. In this thesis 7 of these instruments are evaluated, leading to the conclusion that after minor adaptation and scientific validation, 2 of these instruments are suitable for the Dutch context. The author recommends that these instruments, namely the Distress Thermometer, translated in Dutch as 'de Lastmeter', and an instrument developed in the Netherlands called 'het Nijmeegse model', should be further researched and validated for use in the Netherlands.

HOOFDSTUK 1: AANLEIDING EN ONDERZOEKSMETHODE

1.1. Aanleiding

In het kader van de master 'Theologie en Geestelijke Verzorging' wil ik in mijn eindscriptie een bijdrage leveren aan de beantwoording van de vraag hoe spirituele zorgbehoeften kunnen worden vastgesteld bij patiënten die zijn opgenomen in een algemeen ziekenhuis¹.

Tijdens mijn stage in het Rode Kruis Ziekenhuis te Beverwijk bleek dat de geestelijk verzorgers zelf geen onderzoek doen naar spirituele zorgbehoeften bij alle nieuw opgenomen patiënten, omdat de tijd daarvoor ontbreekt. Deze taak is daarom gedelegeerd en opgenomen in de verpleegkundige anamnese. In de verpleegkundige anamnese worden er twee vragen gesteld met betrekking tot dit gebied: 'bent u aangesloten bij een levensbeschouwelijke organisatie' en: 'heeft u behoefte aan een gesprek met een geestelijk verzorger?' In de praktijk blijkt dat deze vragen niet voldoen. Omdat beide vragen op de laatste pagina van de anamneseformulieren staan, worden ze soms vergeten. Het is bovendien maar de vraag of spirituele zorgbehoeften met behulp van deze twee vragen voldoende worden vastgesteld. Door de volgorde van de vragen bestaat de mogelijkheid dat de patiënt een gesprek met een geestelijk verzorger associeert met het aangesloten zijn bij een levensbeschouwelijke organisatie. Uit onderzoek blijkt echter dat 26% van de Nederlandse bevolking zich wel als 'spiritueel/ religieus' beschouwt, maar niet is aangesloten bij een levensbeschouwelijke organisatie (Kronjee & Lampert, 2006). Ook is het de vraag welk beeld een patiënt heeft van een geestelijk verzorger. Weet hij wat een geestelijk verzorger is en wat deze doet²?

De dienst geestelijke verzorging van het RKZ te Beverwijk ziet in de digitalisering van de anamnese, die binnenkort zal worden ingevoerd, een kans om andere vragen te formuleren, waaruit ook impliciet blijkt dat de huidige vragen niet voldoen. Een van de geestelijk verzorgers heeft daartoe verkennend onderzoek gedaan bij 10 collega geestelijk verzorgers, waaruit bleek dat bij 9 van de 10 collega's ook hun vragen niet voldoen om spirituele zorgbehoeften vast te stellen.

1.2. Doelstelling en belang

Het besef dat het spirituele welzijn van patiënten van belang is voor hun gezondheid en welzijn in algemene zin, is bij professionals in de gezondheidszorg inmiddels gemeengoed (Topper, 2003). Ondanks de professionalisering van geestelijk verzorgers, die dit spirituele

¹ We sluiten met deze doelstelling aan bij Smeets (2010).

² Om voortdurend gebruik van hij/ zij te voorkomen, zullen we in deze scriptie beide aanduidingen voor zowel patiënten als geestelijk verzorgers afwisselend gebruiken.

welzijn tot hun expertise mogen rekenen, is er echter nog altijd geen algemeen aanvaard efficiënt instrument om vast te stellen hoe het nu gesteld is met de spirituele zorgbehoeften van elke patiënt (Smeets, 2010). Het ontbreken van dit instrument betekent dat bij een aantal patiënten hun spirituele zorgbehoeften mogelijk niet onderkend worden, waardoor er geen adequate zorg kan worden geleverd.

Onze doelstelling is om een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van een efficiënt instrument om spirituele zorgbehoeften vast te stellen bij patiënten die zijn opgenomen in een algemeen ziekenhuis³. Uiteindelijk zou dit onderzoek een bijdrage kunnen leveren aan de kwaliteit van de gezondheidszorg in het algemeen en in specifiekere zin aan de professionalisering van de geestelijk verzorger.

We zouden graag willen komen tot het doen van een aanbeveling in de richting van het ontwikkelen van een dergelijk instrument. Een efficiënt meetinstrument zou een bijdrage kunnen leveren aan kwaliteitsverbetering van de gezondheidszorg in het algemeen en van geestelijke verzorging in het bijzonder.

1.3. Methoden van onderzoek

Om aanbevelingen te kunnen doen over het gebruik van instrumenten die spirituele zorgbehoeften vaststellen, is er een inventarisatie nodig van de wijze waarop geestelijk verzorgers op dit moment in algemene ziekenhuizen in Nederland spirituele zorgbehoeften vaststellen bij hun patiënten. We zullen ons empirisch onderzoek dan ook uitvoeren door met behulp van een enquête geestelijk verzorgers in algemene ziekenhuizen te bevragen over de methodieken die zij toepassen om spirituele zorgbehoeften vast te stellen. Vervolgens zullen we deze methodieken toetsen aan de bestaande literatuur, om zo te komen tot een aanbeveling voor het doen van verder onderzoek en het vormen van verdere wetenschappelijke theorievorming met betrekking tot het meten van spirituele zorgbehoeften in de Nederlandse context.

We willen in de literatuur op zoek gaan naar definities van spiritualiteit, naar de verschillende spirituele behoeften die er zijn en voor welke van die behoeften zorg nodig is. Vervolgens willen we literatuuronderzoek doen om er achter te komen welke methoden daar worden genoemd om spirituele zorgbehoeften vast te stellen. Tevens willen we uit deze literatuur

³ Met 'efficiënt' bedoelen we dat het instrument werkelijk doet waarvoor het bedoeld is, namelijk het vaststellen van de bij de patiënt aanwezige spirituele zorgbehoeften. Efficiënt betekent ook dat het instrument redelijk eenvoudig te gebruiken is door verschillende disciplines, zonder te veel tijd in beslag te nemen.

criteria halen om te beoordelen of spirituele behoeften op een efficiënte manier worden vastgesteld.

1.4. Vraagstelling en deelvragen

In deze masterscriptie zullen we proberen antwoord te geven op de volgende hoofdvraag:

Welke methoden worden anno 2014 gebruikt door geestelijk verzorgers in algemene ziekenhuizen in Nederland om spirituele zorgbehoeften bij patiënten vast te stellen, en hoe zijn deze te evalueren met gebruik van de bestaande literatuur over het vaststellen van spirituele zorgbehoeften?

Deelvragen

Literatuuronderzoek

1. Welke definities zijn er van spiritualiteit? (begripsbepaling t.b.v. onderzoek)
2. Welke spirituele zorgbehoeften kunnen er worden onderscheiden?
3. Welk onderscheid is er in de literatuur te vinden tussen spirituele zorgbehoeften naar aanleiding van contingentie en spirituele zorgbehoeften naar aanleiding van 'spiritual distress'⁴?
4. Welke criteria noemt de literatuur om te beoordelen of spirituele zorgbehoeften op een efficiënte manier worden vastgesteld?
5. Welke methoden om spirituele zorgbehoeften vast te stellen worden er in de literatuur genoemd?
6. Hoe kunnen deze methoden geëvalueerd worden vanuit de criteria in de literatuur?

Empirisch onderzoek

7. Om te ontdekken wie de spirituele zorgbehoeften in eerste instantie vaststelt, stellen we de vraag: Op welke wijze komen contacten tot stand tussen patiënten en de dienst geestelijke verzorging?⁵

⁴ Lukoff et al. (2011) onderscheiden 'spiritual distress', waarbij religie/spiritualiteit zelf het probleem is.

⁵ Is dat de geestelijk verzorger zelf, omdat een standaard kennismakingsgesprek onderdeel is van het behandelingsprotocol van de afdeling of het ziekenhuis waar hij werkt, of omdat hij zelf kiest voor een standaard kennismakingsgesprek? Wordt het onderzoek naar spirituele zorgbehoeften van nieuw opgenomen patiënten gedelegeerd aan de verpleging? Verzoekt de patiënt zelf om een gesprek met de geestelijk verzorger, of doen diens naasten dat? Neemt de geestelijk verzorger zelf initiatief om patiënten te bezoeken, bijvoorbeeld naar aanleiding van publieke rituelen? Of bezoekt de geestelijk

8. Welke vragen worden anno 2014 gesteld in de verpleegkundige anamnese bij opname van patiënten, met betrekking tot hun spirituele zorgbehoeften?
9. Op welke andere manieren dan de verpleegkundige anamnese stellen geestelijk verzorgers in algemene ziekenhuizen in Nederland spirituele zorgbehoeften vast bij patiënten?

Analyse

10. Hoe is de huidige praktijk van het vaststellen van spirituele zorgbehoeften te evalueren in het licht van de literatuur?

1.5. Verwachte resultaten

We verwachten met het schrijven van deze scriptie een redelijk beeld te kunnen vormen van de methoden die anno 2014 worden gebruikt door geestelijk verzorgers in algemene ziekenhuizen in Nederland om spirituele zorgbehoeften bij patiënten vast te stellen. Daarbij is de verwachting dat we deze methoden na literatuuronderzoek zullen kunnen analyseren en beoordelen aan de hand van in de literatuur gevonden criteria. Tenslotte hopen we aanbevelingen te kunnen doen voor verder onderzoek. Eventueel willen we aanbevelingen doen over alternatieve methoden om spirituele zorgbehoeften bij patiënten vast te stellen.

1.6. Opbouw scriptie

Deze scriptie bestaat uit een inleidend hoofdstuk, literatuuronderzoek (hoofdstuk 2 t/m 6), empirisch onderzoek (hoofdstuk 7) en een afrondend hoofdstuk waarin conclusies, discussie en aanbevelingen staan.

In de beschrijving van het literatuuronderzoek staan we in hoofdstuk 2 stil bij de vraag wat spiritualiteit is, en komen tot een definitie daarvan. Aan de hand van de in de literatuur gevonden factoren van spiritualiteit: 'verbondenheid', 'zin, betekenis en doel', 'transcendentie' en 'waarden', beschrijven we in hoofdstuk 3 wat de literatuur zegt over welke spirituele zorgbehoeften er zijn bij patiënten in algemene ziekenhuizen. Vervolgens staan we in hoofdstuk 4 stil bij psychische problemen die te maken hebben met conflicten gerelateerd aan spiritualiteit en/of religie, door de DSM IV aangeduid met de code: 'Religious or Spiritual

verzorger patiënten naar aanleiding van multidisciplinair overleg? Zijn er nog andere manieren waarop contact tussen de geestelijk verzorger en de patiënten tot stand komt?

Problem'. Dit is van belang omdat geestelijk verzorgers vanuit hun expertise een bijdrage kunnen leveren aan de behandeling van deze psychische problemen.

In hoofdstuk 5 beschrijven we criteria die de literatuur noemt om te beoordelen of methoden om spirituele zorgbehoeften vast te stellen efficiënt zijn. Deze criteria hebben betrekking op de formulering van onderzoeksvragen, de validiteit, brede toepasbaarheid van de methode en praktische overwegingen als eenvoud, snelheid en beknoptheid van de methode, alsmede de context waarin vragen over spiritualiteit worden gesteld in relatie tot andere vragen. In hoofdstuk 6 ronden we het literatuuronderzoek af door het onderscheid te beschrijven dat er in de literatuur gemaakt wordt tussen spirituele screening en spirituele biografie. We beschrijven 7 methoden die we in de literatuur hebben gevonden om spirituele zorgbehoeften vast te stellen en evalueren deze methoden aan de hand van de in de literatuur gevonden criteria.

In hoofdstuk 7 beschrijven we het empirisch onderzoek dat we hebben gedaan, door een enquête die we hebben verspreid onder geestelijk verzorgers die zijn aangesloten bij de VGVZ en die werkzaam zijn in algemene ziekenhuizen. In hoofdstuk 8 ten slotte, trekken we conclusies uit de in de literatuur en het onderzoek gevonden gegevens, discussiëren we over ons onderzoek en doen we enkele aanbevelingen voor verder onderzoek en voor het gebruik van methoden om spirituele zorgbehoeften vast te stellen in de praktijk.

HOOFDSTUK 2: WAT IS SPIRITUALITEIT?

2.1. Inleiding

Gordon en Mitchell (2004) schrijven over een groeiend aantal mensen dat van mening is dat het gebrek aan een heldere definitie van het begrip spiritualiteit gezien kan worden als een voordeel, dat openheid voor het individu oplevert. Dit impliceert dat het hebben van een duidelijk beeld van wat spiritualiteit inhoudt, betekent dat zorgverleners daardoor minder open zijn voor hun patiënten. Wij zijn van mening dat het tegendeel waar is. Het hanteren van een duidelijke definitie van spiritualiteit is een voorwaarde voor goede zorg, omdat het zorgverleners helpt om uitingen van patiënten te herkennen die kunnen duiden op spirituele zorgbehoeften, hierop dieper door te vragen, zo mogelijk zelf zorg te bieden en/ of een geestelijk verzorger in consult te vragen. Het hebben van een helder beeld van wat spiritualiteit inhoudt, is bijzonder belangrijk om spirituele zorgbehoeften vast te kunnen stellen. Daarbij zou een open attitude voor de spiritualiteit van de patiënt, ook wanneer die buiten de door de literatuur geboden definities valt, vanzelfsprekend moeten zijn.

In veel literatuur wordt het formuleren van een definitie van spiritualiteit voorafgegaan door de verschillen tussen spiritualiteit en religie te benadrukken. Beide begrippen overlappen elkaar weliswaar, maar zijn niet identiek. Spiritualiteit wordt over het algemeen gezien als het bredere concept (Frick, Riedner, Fegg, Hauf, & Borasio, 2006; Hodge, 2005). Spiritualiteit omvat religie, maar hoeft niet religieus te zijn. Frick et al. (2006) halen onder meer Paloutzian en Ellison (1982) aan, die stellen dat spiritualiteit kan worden gezien als een combinatie van religieus en existentieel welzijn, waarbij met existentieel wordt bedoeld: niet religieus, gerelateerd aan betekenis en doel in het leven. Gordon en Mitchell (2004) sluiten hierbij aan wanneer ze schrijven dat spirituele zorgverlening niet noodzakelijkerwijs religieus is, maar dat religieuze zorgverlening idealiter altijd spiritueel is. Larson (2003) voegt hieraan toe dat spiritualiteit door veel mensen wordt gevonden in religie of in een persoonlijke relatie met God, maar dat het geloof in God of in een religieus dogma geen vereiste is voor spiritualiteit. Piotrowski (2013) stelt zelfs dat hoewel niet alle patiënten een bepaalde religie aanhangen, elk mens spiritueel is. Stranahan (2008) ten slotte zegt dat spiritualiteit intrinsiek is aan de menselijke aard, terwijl religie aangeleerd gedrag is.

Ondanks het pleidooi van veel auteurs voor een heldere, universele en brede definitie van spiritualiteit (Anandarajah & Hight, 2001; Borneman, Ferrel & Puchalski, 2010), is er een grote verscheidenheid aan definities. We hebben er daarom voor gekozen in de literatuur op zoek te gaan naar de factoren die in de verschillende definities naar voren komen, om daarna te kiezen voor een definitie waarin al deze factoren naar voren komen, dan wel zelf een zo helder en breed mogelijke definitie te formuleren. De factoren die we daarbij gevonden hebben zijn:

‘verbondenheid’, ‘zin, betekenis en doel’, ‘transcendentie’ en ‘waarden’. We zullen deze factoren een voor een bespreken, hoewel ze niet altijd even strikt te scheiden zijn. De aspecten kunnen in elkaar overvloeien. Verbondenheid en transcendentie worden bijvoorbeeld als twee aparte factoren beschouwd, terwijl verbondenheid met het transcendente een belangrijk aspect van spiritualiteit is.

2.2. Verbondenheid

In veel definities van spiritualiteit wordt de verbondenheid of relatie die de mens heeft met zichzelf, met anderen, de omgeving, de natuur en het transcendente (waaronder een hogere macht dan zichzelf, God of kosmisch bewustzijn) genoemd (Anandarajah & Hight, 2001; Borneman, Ferrel & Puchalski, 2010; De Jager Meezenbroek, Garssen, Van den Berg, Van Dierendonck, Visser & Schaufeli, 2012). Borneman et al. (2010) voegen hier nog de verbondenheid met het moment aan toe. De Jager Meezenbroek et al. (2012) schrijven over spiritualiteit als een universele menselijke behoefte, waardoor men streeft naar een ervaring van verbondenheid met de essentie van het leven. Volgens hen is deze verbondenheid het belangrijkste element van spiritueel welzijn.

Anandarajah en Hight (2001) scharen deze verbondenheid onder wat zij noemen de experiëntiële en emotionele aspecten van spiritualiteit. Deze aspecten hebben ook betrekking op gevoelens van hoop, liefde, innerlijke vrede, troost en steun. Naast de experiëntiële aspecten van spiritualiteit noemen zij de cognitieve of filosofische aspecten (de zoektocht naar betekenis en doel, waaraan we in §2.3. aandacht zullen besteden, waarheid in het leven en het geloof en de waarden waarmee een individu leeft) en de gedragsaspecten van spiritualiteit (de manier waarop iemand zijn of haar individuele spirituele geloofswaarheden en innerlijke spirituele zijnstoestand extern vormgeeft) (Anandarajah & Hight, 2001).

Benito et al. (ter perse) omschrijven de relatie of verbondenheid met onszelf als de behoefte aan betekenis en samenhang. Relaties met anderen voorzien volgens hen in de behoefte aan harmonie met de mensen om wie we het meeste geven en in de behoefte om lief te hebben en te worden liefgehad. De verbondenheid met het transcendente voorziet in de behoefte aan hoop en het gevoel ergens bij te horen (Benito et al., ter perse).

De factor verbondenheid kan samengevat dus vanuit twee dimensies worden gezien: de horizontale en de verticale dimensie (Leeffers-Vleesenbeek & van der Sluis, 2011). Vanuit de horizontale dimensie gezien gaat het bij spiritualiteit om verbondenheid met zichzelf, met anderen, de omgeving, de natuur en het moment. Vanuit de verticale dimensie gezien gaat het om verbondenheid met een hogere macht, een waardensysteem, God of kosmisch bewustzijn.

Beide dimensies van spiritualiteit kunnen gepaard gaan met sterke gevoelens van hoop, liefde, innerlijke vrede, troost, steun en nog veel meer.

2.3. Zin, betekenis en doel

Naast verbondenheid schrijven veel auteurs over de noodzaak zin, betekenis en een doel in het leven te vinden (Borneman et al., 2010; Anandarajah & Hight, 2001; Bouwer, 1998; Monod, Rochat, Büla, Jobin, Martin & Spencer, 2010). Anandarajah en Hight (2001) scharen deze factor onder de cognitieve of filosofische aspecten van spiritualiteit.

Viktor Frankl (1959) beschrijft vanuit zijn ervaringen in een concentratiekamp dat elk mens, hoe diens omstandigheden ook zijn, de keuze heeft wat er mentaal en spiritueel van hem zal worden. Het is deze onontvreemdbare spirituele vrijheid die het leven betekenis en zin geeft. Ook een leven dat ontdaan is van elke vorm van creativiteit en vreugde heeft een doel:

Man *can* preserve a vestige of spiritual freedom, of independence of mind, even in such terrible conditions of psychic and physical stress. (...) The way in which a man accepts his fate and all the suffering it entails, the way in which he takes up his cross, gives him ample opportunity – even under the most difficult circumstances – to add a deeper meaning to his life. (Frankl, 1959, pp. 33-34)

Stranahan (2008) haalt O'Brien (1999) aan, die stelt dat betekenis en doel essentieel zijn voor de mens om diens bestaan te rechtvaardigen. Het vinden van betekenis, zelfs als het leven vergezeld gaat van lijden, is een van de belangrijkste factoren in spirituele ontwikkeling.

2.4. Transcendentie

Ook gerichtheid op het transcendente is een van de factoren die worden genoemd in de literatuur. Fitchett, aangehaald door Bouwer (1998), spreekt in dit verband over spiritualiteit als de dimensie waardoor de mens respondeert op het heilige. Borneman et al. (2010) schrijven over verbondenheid met het betekenisvolle of heilige. Galek, Flannelly, Vane en Galek (2005) spreken over de menselijke behoefte om gemeenschap te hebben met iets buiten zichzelf, iets transcendent of immaterieels van aard. Hodge (2006) heeft het over spiritualiteit als een ontologisch gedreven impuls naar eenheid of een relatie met God of met een ultieme transcendente realiteit. Deze impuls hoort volgens hem dus bij het zijn, het wezen van de mens. De gerichtheid op het transcendente maakt dus volgens Hodge onlosmakelijk deel uit van de mens.

Chandler, Holden, & Kolander (1992) spreken over spiritualiteit als 'verder gaan', zichzelf in staat stellen om een betekenisvolle relatie aan te gaan met anderen en met God, of wat er dan ook door die persoon wordt beschouwd als groter dan zichzelf. Transcendentie motiveert het individu volgens Chandler et al. (1992) tot altruïsme en dienstbaarheid die zichzelf te boven gaat, anderen lief te hebben en offers te brengen ten behoeve van anderen.

Uit deze bijdragen blijkt dat 'het transcendente' een zeer individueel bepaald begrip is. Het gaat om een continuüm waar opeenvolgende niveaus van transcendentie te vinden zijn (Chandler et al., 1992). Chandler et al. (1992) geven in dit verband het voorbeeld van iemand wiens functioneren wordt gekarakteriseerd door egocentriciteit (narcisme). Deze kan transcenderen naar humanocentrisme, geocentrisme en/of kosmocentrisme. Volgens hen hoort hier een groei in kennis bij, een hoger of breder wereldbeeld dat het wereldbeeld dat daaraan vooraf ging, overstijgt. Deze hogere kennis brengt een grotere gerichtheid op gemeenschappelijkheid en eenheid met zich mee, en een steeds geringere gerichtheid op verschillen en dualiteit.

Transcendentie hoeft niet per definitie vanuit de verticale dimensie te worden opgevat. Van der Ven, Dreyer en Pieterse (1997) maken bijvoorbeeld onderscheid tussen drie verschillende godsbeelden met betrekking tot immanentie en transcendentie. God kan worden gezien als absoluut transcendent (waarbij God en de wereld absoluut van elkaar gescheiden zijn), als immanent-transcendent (God is evenzeer in de wereld als de wereld in God is, beiden refereren aan elkaar) en als immanent (waarbij God niet apart van de wereld kan bestaan).

2.5. Waarden

Büssing, Janko, Baumann, Hvidt, & Kopf (2013) spreken over waarden in het kader van spiritualiteit als de toewijding van een individu aan een hoger principe, dat vorm krijgt in het dagelijkse leven volgens ethische richtlijnen, in het kader van een geïnstitutionaliseerde religie of daarbuiten. Volgens Farran et al. (1989) gaat het bij waarden om de ultieme toewijding van een individu of samenleving, het meest uitgebreide ordeningsprincipe of de hoogste waarde, de meest gepassioneerde en krachtige argumenten die er zijn bij het maken van keuzes (Farran, Fitchett, Quiring-Emblen & Burck, 1989). Anandarajah en Hight (2001) scharen ook de waarden onder de cognitieve aspecten van spiritualiteit.

2.6. Definitie spiritualiteit

Spiritualiteit heeft dus te maken met verbondenheid; zin, betekenis en doel; transcendentie en waarden. Geen van de door ons in de literatuur gevonden definities benoemt al deze aspecten. Smeets (2010) citeert wel een definitie die dicht in de buurt komt. Deze werd geformuleerd tijdens een multidisciplinaire conferentie, georganiseerd door de Archstone Foundation in 2009 en luidt:

Spiritualiteit is dat aspect van het mens-zijn dat verwijst naar de manier waarop individuen betekenis en doel zoeken en uitdrukken, en de manier waarop ze hun verbondenheid ervaren met het moment, met zichzelf, met anderen, met de natuur en met het betekenisvolle of heilige. (Smeets, 2010, p. 180)

Voor het doel van deze scriptie hebben we deze definitie als volgt uitgebreid:

Spiritualiteit is dat aspect van het mens-zijn dat verwijst naar de manier waarop individuen zin, betekenis en doel zoeken en uitdrukken, naar de waarden die ze hieraan ontleen en de manier waarop ze hun verbondenheid ervaren met het moment, met zichzelf, met anderen, met de natuur en met het betekenisvolle of heilige.

Wij sluiten aan bij de opvatting dat het begrip spiritualiteit breder is dan religie (Frick, Riedner, Fegg, Hauf, & Borasio, 2006; Hodge, 2005). Spiritualiteit omvat religie, maar hoeft niet religieus te zijn.

HOOFDSTUK 3: WELKE SPIRITUELE ZORGBEHOEFTE ZIJN ER BIJ PATIËNTEN IN ALGEMENE ZIEKENHUIZEN?

3.1. Inleiding

Spirituele zorgbehoeften ontstaan waar mensen niet in staat zijn om bronnen van betekenis, hoop, liefde, vrede, troost, kracht en verbondenheid te vinden in het leven, of wanneer conflicten ontstaan tussen hetgeen zij geloven en hetgeen er in hun leven gebeurt (Anandarajah & Hight, 2001). In hoofdstuk 2 hebben we beschreven dat spiritualiteit te maken heeft met de menselijke behoeften aan verbondenheid, aan zin, betekenis en doel, transcendentie en waarden. Het valt te verwachten dat mensen die in situaties terecht komen waar niet aan deze behoeften kan worden tegemoetgekomen, spirituele zorgbehoeften ontstaan (Dienst Geestelijke Verzorging en Pastoraat, 2008). Met een deel hiervan kunnen patiënten zelf omgaan, bijvoorbeeld door gebed, meditatie, het lezen van spirituele lectuur, het bijwonen van vieringen of bezoek aan de stilleruimte in het ziekenhuis (van Leeuwen, 2008). Ook maken zij gebruik van rituelen, zoals het branden van kaarsen, het bidden van de rozenkrans of bijvoorbeeld het gebruik van geneeskrachtige stenen (van Leeuwen, 2008). Wanneer een patiënt echter niet zelf met de spirituele zorgbehoeften kan omgaan, kan professionele begeleiding hierbij gewenst zijn. In dit hoofdstuk willen we onderzoeken welke spirituele zorgbehoeften er kunnen zijn bij patiënten in algemene ziekenhuizen. Om structuur aan te brengen in de spirituele zorgbehoeften die de literatuur worden genoemd, gaan we uit van de voor spiritualiteit kenmerkende factoren die we in hoofdstuk 2 hebben onderscheiden.

3.2. Verbondenheid

Bouwer (2006) haalt niet gepubliceerd onderzoek aan onder ziekenhuispatiënten in de Verenigde Staten, waaruit blijkt dat een aantal spirituele zorgbehoeften te maken heeft met verlies van verbondenheid. Hij noemt bijvoorbeeld dat de dood van een familielid of een vriend of vriendin (dus verlies van verbondenheid) twee jaar voor opname een belangrijke indicator kan zijn van spirituele zorgbehoeften. Om met verlies van verbondenheid om te gaan noemt hij de behoefte om andere vormen van verbondenheid te creëren, zoals de behoefte aan steun en zorg van een andere persoon, de aanwezigheid van God⁶ en de behoefte aan een geestelijk verzorger die met hen kon bidden (Bouwer, 2006).

⁶ Ook bij een inventarisatie van de zorgbehoeften blijkt dat de verschillende aspecten verbondenheid, zin, betekenis en doel, transcendentie en waarden niet strikt van elkaar te scheiden zijn. Hier is de behoefte bijvoorbeeld verbondenheid aan het transcendente.

Galek et al. (2005) deden literatuuronderzoek naar artikelen die onderzoek beschrijven naar spirituele zorgbehoeften onder patiënten. Zij vonden dat de behoefte aan liefde, verbondenheid en respect de grootste categorie is waarover de literatuur spreekt. Veel patiënten, zo vermelden zij, geven uitdrukking aan de behoefte om niet te worden verlaten door hun pastor, rabbi of spirituele raadgever, om liefde te schenken en te ontvangen en om de toegewijde presentie van anderen te ervaren. Uit hun analyse bleek bovendien de behoefte bij patiënten om te worden geaccepteerd als persoon, de behoefte aan compassie en vriendelijkheid, om verbondenheid met de wereld te ervaren, aan gezelschap en respectvolle zorg voor hun lichaamsfuncties (Galek et al., 2005).

Van Leeuwen (2008) beschrijft dat patiënten tijdens hun ziekte gevoelens hebben die zij beschrijven als (existentiële) angst, zorgen, boosheid, rebellie en bedroefdheid. De (existentiële) angst betrof vooral angst voor de dood, onzekerheid en voor God. Ook beschrijft hij zorgen vanwege het verlies van relaties door sterfte en door mogelijk fatale gevolgen van een operatie. Relaties blijken in het bijzonder belangrijk te zijn tijdens ziekte. Ook de ondersteuning door en contact met medepatiënten wordt door verschillende patiënten als bijzonder waardevol beschouwd. Deze spirituele zorgbehoeften, hoewel opnieuw niet strikt te scheiden van de behoefte aan transcendentie, kunnen naast angst voor verlies van verbondenheid met God en met menselijke relaties, ook te maken hebben met gevoelens die te maken hebben met verlies van verbondenheid met zichzelf (van Leeuwen, 2008).

3.3. Zin, betekenis en doel

Ernstig zieke patiënten hebben uiteenlopende spirituele zorgbehoeften, waaronder het niet in staat zijn om betekenis en doel in het leven te vinden. De vraag 'waarom' wordt veelvuldig gesteld en deze patiënten kunnen worstelen met de wil om verder te leven (Borneman et al., 2010). Ook Galek et al. (2005) vonden in de door hen geanalyseerde literatuur de behoefte aan betekenis en doel. Volgens hen benadrukten verschillende auteurs dat lichamelijke ziekte vaak leidt tot het reflecteren op vragen over leven en dood, alsmede het herordenen van prioriteiten met betrekking tot fysieke, psychologische, sociale en spirituele gebieden. Ze halen Narayanasamy (2002) aan, die er op wijst dat ziekte iemands bestaande persoonlijke betekenisstelsel kan uitdagen, waardoor de behoefte om zin te verlenen aan het menselijk bestaan toeneemt. Door de zin van het bestaan te zien kan iemand volgens hem vrede vinden, ongeacht hoe ernstig de ziekte is. Het literatuuronderzoek van Galek et al. benoemt ook de behoefte om betekenis te vinden in het lijden en de behoefte om te begrijpen waarom het actuele medische probleem is ontstaan (Galek et al., 2005).

Galek et al. (2005) halen ook schrijvers aan die exploreerden hoe een comfortabel gevoel van onkwetsbaarheid en onsterfelijkheid kan worden verbrijzeld wanneer een fysieke ziekte wordt gediagnosticeerd, waardoor een nieuw bewustzijn van de eindigheid van het leven ontstaat. Veel patiënten hebben er behoefte aan om hun gedachten over leven en dood onder woorden te brengen en om terug te kijken op hun leven. Onverwerkte kwesties moeten voor de dood worden geadresseerd en de behoefte kan ontstaan om na te denken over leven na de dood en aan een dieper begrip van sterven en dood.

Ook van Leeuwen (2008) schrijft over het feit dat de confrontatie met de eigen kwetsbaarheid en sterfelijkheid de levensbalans van patiënten kan beïnvloeden. Sommige van de door hem geïnterviewde patiënten ervoeren hun ziekte als verlieservaring, omdat ze het leven dat ze leidden voor hun ziekte niet konden voortzetten. Ze werden door hun ziekte begrensd. Hij beschrijft dat een aantal van hen vertelde dat het omgaan met hun ziekte een proces is waar men uiteindelijk zelf doorheen moet, wat soms gevoelens van eenzaamheid tot gevolg heeft. Ze benadrukten dat dit hen confronteerde met de vraag hoe ze verder moesten leven met de ziekte. Vragen als: 'hoe lang heb ik nog te leven?', 'wat blijft er voor mij over om in mijn leven te doen?' en 'wat is nu nog belangrijk voor mij, nu ik ziek ben?' speelden hierbij een belangrijke rol. Ze vertelden vaker op hun leven terug te kijken en bezig te zijn hiervan de balans op te maken. Sommigen konden hoop en kracht putten uit eerdere moeilijke levenservaringen waardoor ze nu de strijd konden aangaan met tegenslagen (van Leeuwen, 2008).

Kwantitatief onderzoek naar spirituele zorgbehoeften bij kankerpatiënten (Moadel et al., 1999) laat zien dat zij graag met iemand zouden willen praten over het vinden van gemoedsrust (43%), de betekenis van het leven (28%), sterven en dood (25%). Het onderzoek laat tevens zien dat zij hulp wilden bij het vinden van betekenis in het leven (40%)⁷. Monod et al. (2010) spreken in dit verband over de behoefte om een nieuwe levensbalans op te bouwen en de behoefte om beter te leren omgaan met ziekte of onvermogen ten gevolge daarvan.

3.4. Transcendentie

In de Verenigde Staten werd een onderzoek uitgevoerd dat tot doel had een screeningsinstrument te ontwikkelen om de kwaliteit te verbeteren van verwijzingen door verpleegkundigen naar geestelijk verzorgers (Blanchard, Dunlap & Fitchett, 2012). Het

⁷ In het onderzoek werd een vragenlijst gebruikt waar onderscheid gemaakt werd tussen 'I would like help with ... finding meaning in my life now' en 'I would like to have someone to talk to about ... the meaning of life'. Blijkbaar interpreteerden de deelnemers aan het onderzoek hulp bij het vinden van betekenis in het leven (40%) als iets anders dan het met iemand willen praten over de betekenis van het leven (28%).

onderzoek, dat plaats vond op de afdeling oncologie, werd uitgevoerd omdat spirituele zorgbehoeften vaak niet worden herkend.

De verpleegkundigen stelden tijdens de anamnese onder meer de vraag of de patiënt een geloof had, spiritueel of anderszins, dat belangrijk voor hem/ haar was⁸. Als het antwoord bevestigend was, werd gevraagd of dat op dit moment behulpzaam was⁹. Als het antwoord op die laatste vraag ontkennend was, werd dit opgevat als indicatie dat er mogelijk sprake was van spirituele zorgbehoeften. Als de patiënt meedeelde geen geloof te hebben, werd gevraagd of dat in het verleden wel zo was¹⁰. Als het antwoord daarop bevestigend was, werd ook dat opgevat als mogelijke spirituele zorgbehoefte.

Tijdens de onderzoeksperiode werd de anamnese van veertien patiënten op deze wijze afgenomen. Met elk van deze patiënten werd daarna een gesprek gevoerd door een geestelijk verzorger. Daaruit bleek dat ook patiënten die hadden aangegeven dat hun geloof behulpzaam was, spirituele zorgbehoeften hadden. Blanchard et al. (2012) schrijven dat deze patiënten met de geestelijk verzorger spraken over rouw om een partner, angst voor een operatie, zorgen om familieleden, depressie, confrontatie met de naderende dood en de behoefte om de heilige communie te ontvangen. De auteurs vermelden dat deze gegevens niet werden uitgewerkt omdat dit buiten de reikwijdte van dit onderzoek viel, dat zich richtte op het ontwikkelen van een screeningsinstrument om de kwaliteit te verbeteren van verwijzingen door verpleegkundigen naar geestelijk verzorgers. Ze doen de aanbeveling om in vervolgonderzoek de gegevens van elke patiënt waarmee gesproken werd te verzamelen en analyseren. Hierdoor blijft het in dit onderzoek onduidelijk wat nu precies de spirituele zorgbehoeften van deze patiënten waren, wat daar de aanleidingen voor waren en welke oplossingen er eventueel voor waren (Blanchard et al., 2012).

Drie patiënten gaven aan dat hun geloof op dit moment niet behulpzaam was. Zij stonden allemaal open voor een gesprek met een geestelijk verzorger en hadden specifieke spirituele zorgbehoeften, zoals een Rooms-Katholieke patiënt die het sacrament der zieken wilde ontvangen. Een patiënt gaf aan geen geloof te hebben maar dat in het verleden wel te hebben gehad. Deze wilde geen bezoek van een geestelijk verzorger ontvangen (Blanchard et al., 2012).

In Duitsland werd een onderzoek naar spirituele zorgbehoeften uitgevoerd door Büssing et al. (2013), waarbij gevraagd werd of men het met de volgende stelling eens was: 'als rationeel

⁸ De vraag luidde: Our team is committed to the whole person.. Do you have a belief, spiritual or otherwise, that is important to you?

⁹ De vraag luidde: Is that helping you now?

¹⁰ De vraag luidde: Was there a time when you did?

individu heb ik geen geloof in hogere wezens nodig'¹¹. Van de 213 ondervraagden was 27,8% het met deze stelling eens (de zogenaamde 'sceptici'). Ook werd onder meer de Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ) bij hen afgenomen, een vragenlijst met 19 items die de '*religious needs*'¹², de '*existential needs*'¹³, de '*needs for inner peace*'¹⁴ en de '*needs for giving/generativity*'¹⁵ meet.

De SpNQ liet, zoals te verwachten viel, zien dat de 'sceptici' lager scoorden op de '*religious needs*'. De intensiteit van '*existential needs*', de "*needs for inner peace*" en de '*needs for giving/generativity*' verschilden niet in vergelijking met de 54,6% die het niet met bovenstaande stelling eens was¹⁶. Interessant genoeg echter, gaf een kleine groep van de sceptici wel de behoefte aan om alleen te bidden (13%), om aan een religieuze ceremonie deel te nemen (13%) of de behoefte iemand voor zich te laten bidden (10%). Bovendien gaf 24% van hen aan de behoefte te hebben om vergeving te ontvangen en te schenken (Büssing et al.,2013).

Volgens literatuuronderzoek van Galek et al. (2005) is de op een na meest vermelde categorie spirituele zorgbehoeften bij patiënten, die aan verbondenheid met het goddelijke of heilige. Om in deze spirituele zorgbehoefte te voorzien noemen de onderzoekers het uitdrukken van spiritualiteit door traditionele religieuze rituelen of diensten. Door deze ervaringen realiseert men volgens deze onderzoekers vaak een relatie met het transcendente, of dat nu God wordt genoemd, Mohammed, Krishna, Tao, of welke van de oneindige lijst namen dan ook. Het gaat hier volgens Galek et al. (2005) om een variëteit aan activiteiten zoals iemand voor je laten bidden, het uitvoeren van rituelen, het bezoeken van diensten of het lezen van spiritueel of religieus materiaal (Galek et al. 2005).

3.5. Waarden

Galek et al. (2005) vermelden in hun literatuuronderzoek de kracht van dankbaarheid, die de patiënten voedt en hun geest verfrist. Daarnaast kan de ook door Galek et al. (2005)

¹¹ Deze nogal suggestieve vraag luidde letterlijk: "as a rational individual I do not need any belief in higher beings".

¹² Zoals bidden voor en met anderen, alleen bidden, deelname aan een religieuze ceremonie, het lezen van spirituele c.q. religieuze boeken of het zich wenden tot een hoger wezen.

¹³ Zoals het reflecteren op iemands leven, met iemand praten over de betekenis van het leven en het lijden of over de mogelijkheid van leven na de dood.

¹⁴ Zoals de wens om op een plek te verblijven waar rust en vrede heersen, zich in de schoonheid van de natuur onder te dompelen, innerlijke vrede te vinden, met anderen te spreken over angsten en zorgen en met iemand om te gaan in een liefdevolle attitude.

¹⁵ Zoals de actieve en autonome intentie om iemand te troosten, iemands eigen levenservaringen aan anderen door te geven en verzekerd te worden dat het leven betekenisvol en waardevol was geweest.

¹⁶ 17,6 % antwoordde noch 'ja', noch 'nee' op deze stelling.

beschreven behoefte worden genoemd aan leiding en ondersteuning, om toegewijd te kunnen blijven aan de principes die iemands fundament van diens spirituele leven vormen. Ze halen Kellehear (2000) aan, die stelt dat geestelijk verzorgers en andere zorgprofessionals 'assistent ethici' kunnen zijn, om patiënten te helpen om hun morele verplichtingen te vervullen en zo een ethisch en moreel leven te kunnen blijven leiden. Ook spreken Galek et al. (2005) over het cultiveren van spiritualiteit door een esthetische gevoeligheid voor de schoonheid die ons omringt, zoals God, andere mensen, een zonsondergang, een symfonie en de lente.

3.6. Samenvatting en conclusies

Hoewel de vier verschillende aspecten van spiritualiteit die we in hoofdstuk 2 hebben onderscheiden niet strikt van elkaar te scheiden zijn, laat de literatuur zien dat ten aanzien van de behoefte aan verbondenheid, zin, betekenis en doel, transcendentie en waarden ook spirituele zorgbehoeften kunnen ontstaan.

Niet voor alle spirituele zorgbehoeften is professionele hulp nodig, omdat patiënten die zijn opgenomen in algemene ziekenhuizen aan hun eigen manier om hiermee om te gaan genoeg kunnen hebben. Wanneer patiënten onvoldoende baat hebben bij hun eigen coping, kunnen zorgprofessionals een rol van betekenis hebben. Dit is ook het geval wanneer patiënten psychische problemen krijgen die te maken hebben met de spiritualiteit en/of religie van patiënten zelf. In het volgende hoofdstuk zullen we hierbij stilstaan.

HOOFDSTUK 4: PSYCHISCHE PROBLEMEN DIE TE MAKEN HEBBEN MET SPIRITUALITEIT EN/OF RELIGIE

4.1. Inleiding

Spirituele behoeften zijn algemeen menselijke behoeften, zoals we die hebben beschreven in hoofdstuk 2, namelijk de behoefte aan verbondenheid; zin, betekenis en doel; transcendentie en waarden. Wanneer niet aan die behoeften tegemoet gekomen wordt of kan worden, ontstaan spirituele zorgbehoeften; de spirituele behoeften hebben 'zorg' nodig. Patiënten kunnen hier voor een deel zelf mee omgaan. In §3.1 hebben we een aantal voorbeelden gegeven van hoe patiënten hier hun religie en/of spiritualiteit bij kunnen gebruiken. Deze zelfzorg is belangrijk, het bevestigt de onafhankelijkheid en autonomie van patiënten die op andere gebieden vaak een deel van hun autonomie en onafhankelijkheid moeten opgeven door de gevolgen van hun ziekte. Wanneer patiënten echter niet in hun eigen spirituele zorgbehoeften kunnen voorzien, is professionele begeleiding nodig.

In dit hoofdstuk besteden we aandacht aan psychische problemen die te maken hebben met conflicten gerelateerd aan religie en/of spiritualiteit. Omdat geestelijk verzorgers bij de begeleiding van mensen met deze problemen, zoals onder meer blijkt uit §4.5. van dit hoofdstuk, vanuit hun expertise een belangrijke rol kunnen spelen, besteden we er in deze scriptie aandacht aan.

In 1994 includeerde de DSM-IV een nieuwe code, die 'Religious or Spiritual problem' werd genoemd (Lukoff et al., 2011). Lukoff et al. (2011) beschouwen religieuze problemen als problemen die betrekking hebben op conflicten die een persoon kan hebben over de geloofsinhouden, praktijken, rituelen en ervaringen die gerelateerd zijn aan een religieus geloofssysteem of een religieuze gemeenschap. Onder spirituele problemen verstaan zij 'distress', geassocieerd met iemands persoonlijke relatie met een hogere macht of transcendente kracht die wel of niet te maken heeft met een religieus wereldbeeld (Lukoff et al., 2011).

4.2. Religieuze problemen

De DSM IV onderscheidt vier vormen van religieuze problemen, die samenhangen met: het verlies van of twijfel aan geloof; veranderingen in lidmaatschap, praktijken en geloof (inclusief bekering); nieuwe religieuze bewegingen en sekten en ten slotte levensbedreigende en terminale ziekten (Lukoff et al., 2011). We zullen deze religieuze problemen achtereenvolgend behandelen.

4.2.1. Verlies van of twijfel aan geloof

Het verlies van of twijfel aan geloof kan bijvoorbeeld tot gevolg hebben dat iemand zijn vitaliteit om te leven verliest, maar een geloofscrisis kan ook worden gezien als deel van de spirituele ontwikkeling (Lukoff et al., 2011). In de transitie van de ene naar de andere fase in deze ontwikkeling kunnen geloofscrisis ontstaan. Een geloofscrisis kan ook ontstaan wanneer iemand uit zijn geloofsgemeenschap wordt verbannen. Wanneer iemand zijn geloof verliest, kan dat twijfel veroorzaken aan diens hele levensstijl, levensdoel en bronnen van betekenis (Lukoff et al., 2011).

Aangezien religie voor veel mensen een belangrijk onderdeel is van hun sociale netwerk, kan verlies van of twijfel aan geloof ook grote sociale gevolgen hebben. Verlies van geloof in religieuze leerstellingen en verbondenheid aan een gemeenschap kan gevoelens van boosheid en weerstand veroorzaken, leegheid en wanhoop, verdriet en isolatie, maar ook opluchting (Barra, aangehaald door Lukoff et al., 2011).

Verlies van geloof kan een kans zijn voor patiënten om een nieuwe verhouding te ontwikkelen tot het mysterie van het leven. Lukoff et al. (2011) stellen dat verwijzing naar een religieuze professional iemand die daar behoefte aan heeft kan helpen om het geloof te herstellen. Hierbij zou gesteld kunnen worden dat hernieuwde toewijding aan het geloof een spirituele zorgbehoefte is. Anderen willen zich misschien liever niet opnieuw verbinden met een georganiseerde religie, maar de mogelijkheid van alternatieve spirituele praktijken onderzoeken, en het gebruik van spiritualiteit als bron van persoonlijke betekenis en sociale verbondenheid (Lukoff et al., 2011).

4.2.2. Veranderingen in lidmaatschap, praktijken en geloof (inclusief bekering)

Veranderingen in lidmaatschap van denominatie of religie, bijvoorbeeld door een interreligieus huwelijk of verhuizing, kunnen eerder als gedwongen dan als vrijwillig worden ervaren, waardoor mensen deze veranderingen als verlies ervaren van een voorheen gewaardeerde religieuze gemeenschap (Lukoff et al., 2011).

Ook intensivering van religieuze praktijken of orthodoxie kan voor problemen zorgen, vooral wanneer de persoon zich niet vrij voelt om over deze verandering in geloof te praten met familie of vrienden die deze verandering mogelijk niet ondersteunen. Een dergelijke verandering kan op verschillende gebieden een destabiliserende crisis veroorzaken (Spero, geciteerd door Lukoff et al., 2011). Intensivering van religieuze betrokkenheid kan echter ook een manier zijn om met trauma om te gaan, ontstaan uit de behoefte om betekenis in de traumatische gebeurtenis te vinden. De intensivering kan ook een poging zijn om om te gaan met schuldgevoelens (Lukoff et al., 2011).

Bekering is een vorm van verandering die het aannemen van een nieuwe religieuze identiteit inhoudt, of de verandering van de ene religieuze identiteit in een andere. Volgens Malony (geciteerd in Lukoff et al., 2011) vormt bekering een ernstige verstoring van iemands leven en/of gezin, die voor ernstige complicaties in een mensenleven kan zorgen (Lukoff et al., 2011). De intense psychologische ervaringen die worden geassocieerd met religieuze bekering kunnen volgens Koenig (2011) een rol spelen in het bevorderen van psychoses bij kwetsbare individuen. Belangrijker dan deze psychologische ervaringen zelf, kan echter de snelheid zijn waarmee deze plaatsvinden. Er is enig bewijs dat een plotselinge religieuze bekering het risico van een psychotische episode verhoogt. Andersom is het echter ook mogelijk dat de intrinsieke kwetsbaarheid voor psychoses iemand eerder gevoelig maakt voor een plotselinge religieuze bekering (Koenig, 2011).

4.2.3. Nieuwe religieuze bewegingen en sekten

Hoewel het woord 'sekte' in het dagelijks gebruik een negatieve bijklank heeft, en het in de geestelijke gezondheidszorg impliceert dat een groep intimidatie, dwang en indoctrinatie gebruikt om nieuwe leden te rekruteren, initiëren en beïnvloeden, heeft het woord ook de neutrale betekenis van een groep mensen die bij elkaar komt voor een religieus doel (Lukoff et al., 2011). Wellwood (aangehaald door Lukoff et al., 2011) onderscheidt als karakteristieken voor pathologische gemeenschappen: de macht van de leider om de zelfwaarde van leden te bevestigen of ontkennen en uitgebreid gebruik van deze macht, cohesie in de groep door groepsdenken en een gedeeld doel, een gedeelde missie en ideologie, de manipulatie door de leider van gevoelens van hoop en angst bij de leden, en het feit dat de leiders gewoonlijk zelfuitgeroepen profeten zijn die geen uitgebreide studie hebben gevolgd (Lukoff et al., 2011).

Aansluiting bij een sekte kan schadelijk zijn wanneer deze mensen verhindert om hun eigenlijke emotionele zelf te uiten. Onderwerping aan een ander of een autoriteit wordt dan bijvoorbeeld gerationaliseerd als nederigheid, wat als spirituele kwaliteit wordt gezien (Crowley & Jenkinson, 2009). Religieuze instituten en leiders die absolute onderdanigheid en gehoorzaamheid eisen van hun volgelingen, maken frequent gebruik van dreigementen met straf en manieren om individualiteit te elimineren. Blind geloof wordt geëist, wat een onvolwassen ontkenning van de realiteit vereist om te kunnen volbrengen (Hood, Hill & Spilka, 2009).

Over de vraag of betrokkenheid bij een sekte psychopathologie veroorzaakt, zijn de onderzoeksresultaten verdeeld. Sommige onderzoeken tonen aan dat leden van bepaalde sekten juist een beduidend hoger niveau van 'distress' vertoonden voor hun bekering dan een controlegroep, waaruit blijkt dat psychopathologische symptomen niet worden veroorzaakt

door betrokkenheid bij de sekte¹⁷. De aansluiting bij sekten kan echter ook gezien worden als het zoeken naar identiteit door adolescenten, naar gemeenschap of als spirituele zoektocht (Galanter en Hoge, aangehaald door Lukoff et al., 2011). De meerderheid (67%) van de ex-leden van sekten kijkt terug op deze ervaring als leerzaam en niet schadelijk (Wright, aangehaald door Lukoff et al., 2011). Soms zoeken zij psychotherapeutische hulp om na betrokkenheid bij nieuwe religieuze bewegingen meer onafhankelijk te leren functioneren (Lukoff et al., 2011).

Mensen die sekten verlaten, kunnen ernstige psychische problemen ontwikkelen (Crowley & Jenkinson, 2009). Zij kunnen angstsymptomen hebben, depressie, dissociatieve stoornissen (mogelijk gepaard met andere psychotische symptomen) ervaren, of door relaties worden beschreven als volledig te zijn veranderd in hun persoonlijkheid. Ook problemen als verhoogde sociale afhankelijkheid en afgenomen autonomie worden beschreven, en grote aanpassingsproblemen. Schaamte, schuld, cognitieve tekorten, paniekaanvallen, depersonalisatie en complexe posttraumatische stress syndromen gepaard gaande met aanhoudende nachtmerries en suïcidaliteit komen voor. Eetstoornissen behoren ook tot de symptomen waarmee zij te kampen kunnen hebben (Crowley & Jenkinson, 2009).

Blazer (2011) heeft het, wanneer hij spreekt over problemen die geassocieerd zijn met het betrokken zijn geweest bij een fundamentalistische religieuze groep, over het 'shattered faith syndrome', waarbij schuld, angst en depressie, een laag zelfbeeld, eenzaamheid en isolatie, wantrouwen in andere mensen of groepen, bitterheid en boosheid over verloren tijd, aversie tegen autoriteitsstructuren, gebrek aan basale sociale vaardigheden, schuld en angst ten aanzien van seksualiteit kunnen optreden (Blazer, 2011).

4.2.4. Levensbedreigende en terminale ziekten

Hay (aangehaald door Turner, Lukoff, Barnhouse & Lu, 1995), stelt dat terminale ziekten een spirituele crisis kunnen veroorzaken. Terminale ziekten kunnen gevoelens tot gevolg hebben van verlies, vervreemding, verlatenheid, boosheid, lijden en afhankelijkheid. Spirituele zorgbehoeften als het vergeven van anderen, het vinden van vrede, praten over de dood, rouw en het plannen van de uitvaart kunnen ontstaan (Sulmasy, aangehaald door Lukoff, 2011). Ook kunnen verlies van hoop en betekenis problemen vormen voor patiënten (Lukoff, 2011).

Religieus geloof, deelname aan religieuze rituelen en aansluiting bij een religieuze gemeenschap kunnen door ernstige ziekte worden beïnvloed. Een levensbedreigende of terminale ziekte kan verlies van of twijfel aan geloof tot gevolg hebben, boosheid op God, schuldgevoel over 'zonden' en het staken van religieuze praktijken (Lukoff, 2011). 'Spiritual

¹⁷ Dit onderzoek, aangehaald door Lukoff et al. (2011) werd uitgevoerd door Galanter (1983) onder leden van de 'Unification Church', door anti-sekte literatuur ook wel de Moonsekte genoemd.

distress' bij een patiënt kan te maken hebben met het niet in staat zijn om religieuze rituelen uit te voeren en met een conflict tussen religieus of spiritueel geloof en voorgeschreven medische zorg (Carpenito, aangehaald door Lukoff, 2011).

Millison (aangehaald door Lukoff et al., 2011) stelt dat de overgang van het leven naar de dood niet alleen een fysieke, psychologische en sociale kwestie is, maar in essentie een spirituele zaak. Veel terminaal zieke patiënten hernemen het geloof en de bijbehorende praktijken uit hun kindertijd, anderen zoeken naar nieuwe vormen van spiritualiteit (Lukoff et al., 2011). Richards en Bergin (aangehaald door Lukoff et al., 2011) stellen dat de religieuze en spirituele competentie van religieuze professionals essentieel is om de verscheidenheid aan geloven in de in toenemende mate multiculturele klinische omgevingen te kunnen adresseren. Het afnemen van een religieuze en spirituele anamnese is volgens Puchalski en Romer (aangehaald in Lukoff et al., 2011) hierin een belangrijk element.

4.3. Spirituele problemen

Buitengewone spirituele ervaringen kunnen positieve veranderingen in een mensenleven induceren. Ze kunnen echter ook voor stress zorgen en problemen veroorzaken (Lukoff et al., 2011). De DSM IV noemt de volgende spirituele problemen die samenhangen met: mystieke ervaringen; bijna-dood ervaringen; paranormale ervaringen; ervaringen van ontvoering door buitenaardse wezens; meditatie en ervaringen die zijn gerelateerd aan spirituele praktijken en ervaringen van bezetenheid. We zullen deze spirituele problemen achtereenvolgend behandelen.

4.3.1. Mystieke ervaringen

Een mystieke ervaring wordt door Lukoff et al. (2011) gedefinieerd als een kortstondige, buitengewone ervaring die wordt gekenmerkt door gevoelens van eenheid, harmonie met het goddelijke, euforie, toegang tot een verborgen spirituele dimensie, verlies van functioneren van het ego, veranderingen in de perceptie van tijd en ruimte en gebrek aan controle over de gebeurtenis (Lukoff et al., 2011).

Hoewel studies laten zien dat mensen die mystieke ervaringen vermelden, lager scoren op schalen van psychopathologie en hoger op schalen van psychologisch welbevinden, kunnen deze ervaringen overweldigend zijn voor mensen met een zwak ego. Anderen die een extatische mystieke ervaring hebben gehad, krijgen juist een opgeblazen ego, en kunnen grootheidswanen ontwikkelen ten aanzien van hun spirituele status en prestaties (Rosenthal, aangehaald door Lukoff et al., 2011). Culturele gevoeligheid is volgens de American Psychiatric Association (aangehaald door Lukoff et al., 2011) cruciaal om psychopathologie te kunnen onderscheiden van cultureel normale ervaringen.

4.3.2. Bijna-doodervaringen

Een bijna-doodervaring wordt door Lukoff et al. (2011) omschreven als een subjectieve gebeurtenis die wordt ervaren door personen die dicht bij de dood komen of die met een potentieel fatale situatie worden geconfronteerd, en ongedeerd ontsnappen. Deze ervaringen volgen vaak een karakteristieke volgorde van fasen, waarbij vrede en tevredenheid worden gevolgd door het verlaten van het fysieke lichaam, het binnengaan van een duistere overgangplaats, het zien van een stralend licht, door het licht heen gaan in een andere bestaansdimensie, sterke positieve gevoelens, dissociatie van het fysieke lichaam en transcendente of mystieke elementen (Lukoff et al., 2011).

Bijna-doodervaringen hebben vaak positieve gevolgen, zoals positieve veranderingen in attitude, waarden en persoonlijkheid en spirituele ontwikkeling (Greyson, 1997; Lukoff et al., 2011). Ook kunnen er volgens door Greyson (1997) beschreven literatuuronderzoek echter intrapsychische problemen ontstaan, zoals boosheid of depressie om het verlies van de bijna-doodsituatie; moeite om de gebeurtenis te verzoenen met eerder geloof; waarden of levensstijl en angst dat de ervaring duidt op een geestelijke stoornis (Greyson, 1997). Ook interpersoonlijke problemen kunnen ontstaan, zoals moeite om de verandering in attitude te verzoenen met verwachtingen van familie, vrienden en collega's. Soms verwachten deze bijvoorbeeld een bovenmenselijk geduld en vergevingsgezindheid of zelfs bovennatuurlijke geneeskraft en profetische krachten. Wanneer de persoon die de bijna-doodervaring heeft gehad niet aan deze verwachtingen kan voldoen, is bitterheid en verwerping soms het gevolg (Greyson, 1997).

Ook kunnen gevoelens van isolatie ontstaan ten opzichte van mensen die een soortgelijke ervaring niet hebben gehad; angst voor ridiculisering of afwijzing door anderen en moeite om de betekenis en impact van de gebeurtenis te communiceren (Greyson, 1997). Bush, aangehaald door Greyson (1997), stelt dat mensen na een bijna-doodervaring langdurig depressief kunnen worden, te maken kunnen krijgen met gebroken relaties, verstoorde carrières, gevoelens van ernstige vervreemding, onvermogen om in de wereld te functioneren en langdurig kunnen worstelen met een gevoel van veranderde realiteit.

4.3.3. Paranormale ervaringen

Paranormale ervaringen worden door Lukoff et al. (2011) omschreven als buitenzintuigelijke fenomenen zoals helderziendheid (visioenen van verleden, toekomst of verafgelegen gebeurtenissen); telepathie (communicatie schijnbaar zonder fysieke middelen); poltergeistfenomenen (fysieke verstoringen in een huis, schijnbaar zonder fysieke oorzaak); precognitie (visioenen of dromen die informatie verschaffen over toekomstige

gebeurtenissen); synchroniciteit (betekenisvolle toevalligheden van twee schijnbaar niet gerelateerde gebeurtenissen) en communicatie na de dood (Lukoff, 2011).

Tart (aangehaald door Lukoff et al., 2011) vermeldt dat verwarring en angst om gek te worden gebruikelijke reacties zijn op spontane paranormale gebeurtenissen. Sommige mensen rapporteren zich geïsoleerd te voelen van familie en vrienden omdat ze bang zijn om over deze ervaringen te praten.

4.3.4. Ervaringen van ontvoering door buitenaardse wezens

Ervaringen van ontvoering door buitenaardse wezens zijn subjectief realistische herinneringen aan het in het geheim en/ of tegen iemands wil te zijn ontvoerd door schijnbaar niet menselijke entiteiten, gewoonlijk naar een plaats die wordt geïnterpreteerd als een buitenaards ruimteschip (Apelle et al., aangehaald door Lukoff et al., 2011). Inhoudelijk komen de herinneringen overeen op de volgende punten: gevangenneming; onderzocht worden; communicatie met buitenaardse wezens; reizen naar een andere wereld; theofanie (de ontvangst van spirituele boodschappen) en terugkeer naar de aarde (Mark, aangehaald door Lukoff et al., 2011).

Bij mensen met dit soort ervaringen zijn zowel positieve als problematische gevolgen gerapporteerd, inclusief fysieke en psychologische effecten zoals kwetsuren, oogproblemen, brandplekken op de huid, maag- en darmproblemen en evenwichtsstoornissen. Angst en terugkerende nachtmerries worden ook regelmatig vermeld, alsmede prikkelbaarheid, opdringerige gedachten over buitenaardse wezens en ontvoering, labiliteit, desoriëntatie, derealisatie en depersonalisatie (Bullard, aangehaald door Lukoff et al., 2011).

Vele mensen met dergelijke ervaringen vermelden ook radicaal te zijn veranderd op een diep spiritueel niveau door hun ontmoeting met buitenaardse wezens. Zij hebben een verhoogde eerbied ontwikkeld voor de natuur en het menselijk leven en vermelden levensveranderingen die lijken op wat er gebeurt na een bijna-doodervaring (Ring & Spanos, aangehaald door Lukoff et al., 2011).

4.3.5. Meditatie en ervaringen die zijn gerelateerd aan spirituele praktijken

Intensieve meditatie, bijvoorbeeld 12 uur of meer per dag gedurende weken of maanden, kan risico's met zich meebrengen zoals beangstigende veranderingen in de waarneming of 'valse verlichting', gepaard gaande met heerlijke of angstaanjagende visioenen (Kornfeld, aangehaald door Lukoff et al., 2011). Koenig (2011) haalt Yorston aan, die stelt dat er enig bewijs is dat

manische episodes bij psychiatrische patiënten kunnen worden geïnduceerd door religieuze praktijken zoals Oosterse meditatie. Mede vanwege het beoefenen van meditatie zonder de aanwezigheid van een ervaren leermeester kunnen angst, dissociatie, depersonalisatie, agitatie en spierspanning gevolgen zijn (Walsh & Roche, aangehaald door Lukoff et al., 2011).

De DSM-IV en DSM-IV TR wijzen op het belang van het maken van onderscheid tussen psychopathologie en ervaringen die horen bij meditatie. Depersonalisatie en derealisatie kunnen vrijwillig worden geïnduceerd en horen bij meditatie en trance. Dit moet niet worden verward met een depersonalisatiestoornis (Lukoff et al., 2011).

4.3.6. Ervaringen van bezetenheid

Bij ervaringen van bezetenheid verandert het bewustzijn van de persoon, waarbij hij zich voelt overgenomen door een geest, macht, godheid of andere persoon, die de controle over zijn/haar lichaam en geest overneemt. Over het algemeen heeft deze persoon nadien geen herinneringen aan de gebeurtenis (Lukoff et al., 2011).

In veel culturen maakt de moedwillige inductie van bezetenheid, waarschijnlijk de meest populaire vorm van vereniging met het goddelijke, deel uit van waardevolle religieuze rituelen (Behrend en Luig, aangehaald door Lukoff et al., 2011).

Ervaringen van bezetenheid kunnen pathologisch zijn wanneer er schade optreedt in sociaal of beroepsmatig functioneren. Sommige mensen die stellen bezeten te zijn hebben het gevoel dat zij geen controle hebben over hun gedrag (Lukoff et al., 2011).

4.4. Behandeling van religieuze en spirituele problemen

Hoewel het merendeel van de bovenstaande problemen die te maken hebben met de religie en/ of spiritualiteit van een persoon, psychische problemen zijn, worden in de basisprincipes die Lukoff et al. (2011) voorstellen ten aanzien van de behandeling van deze problemen, ook spirituele zorgbehoeften duidelijk.

Lukoff et al. (2011) benadrukken het belang van het plaatsen van de ervaringen in een positieve context, onder meer door het normaliseren van de ervaring voor de patiënt door het geven van achtergrondinformatie. Tevens stellen zij voor dat de behandeling een volledige exploratie van de ervaring faciliteert, inclusief de bijbehorende emoties. Kehoe (aangehaald door Lukoff et al., 2011) suggereert de verwijzing naar een spirituele groep en Lukoff et al. (2011) stellen de overweging van samenwerking met en verwijzing naar religieuze

professionals en spirituele leermeesters voor. Geestelijk verzorgers kunnen vanuit hun expertise in deze een belangrijke rol spelen.

4.5. Samenvatting en conclusies

Sinds 1994 vermeldt de DSM-IV religieuze en spirituele problemen. Religieuze problemen zijn het verlies van of twijfel aan geloof; veranderingen in lidmaatschap, praktijken en geloof (inclusief bekering); nieuwe religieuze bewegingen en sekten en ten slotte levensbedreigende en terminale ziekten. De spirituele problemen die de DSM-IV noemt zijn mystieke ervaringen; bijna-dood ervaringen; paranormale ervaringen; ervaringen van ontvoering door buitenaardse wezens; meditatie en ervaringen die zijn gerelateerd aan spirituele praktijken en ervaringen van bezetenheid.

Al deze problemen kunnen psychische problemen tot gevolg hebben. Omdat geestelijk verzorgers deskundig zijn op het gebied van religie en spiritualiteit, kunnen zij een belangrijke bijdrage leveren aan de begeleiding van personen die met deze problemen te maken krijgen.

HOOFDSTUK 5: CRITERIA OM TE BEOORDELEN OF METHODEN OM SPIRITUELE ZORGBEHOEFTE VAST TE STELLEN EFFICIËNT ZIJN

5.1. Inleiding

Hoewel er geen algemeen aanvaard instrument is om te meten hoe het gesteld is met de spirituele zorgbehoeften van elke patiënt (Smeets, 2010), is er wel degelijk een groot aantal van dit soort instrumenten ontwikkeld. In een recent afstudeeronderzoek voor de opleiding HBO verpleegkunde noemen Leeffers-Vleesenbeek & van der Sluis (2011) zelfs 120 modellen die spirituele zorgbehoeften zouden meten.

In dit hoofdstuk zullen we onderzoeken welke criteria de literatuur noemt om te beoordelen of deze instrumenten efficiënt zijn. Daarna zullen we in het volgende hoofdstuk instrumenten die we in de literatuur hebben gevonden, beschrijven en beoordelen aan de hand van deze criteria.

In dit hoofdstuk zullen we ons beperken tot de criteria die betrekking hebben op de instrumenten zelf en niet op de persoon die deze hanteert. Verschillende auteurs schrijven bijvoorbeeld over het belang, dat de persoon die het instrument hanteert zelf een duidelijk beeld heeft van zijn of haar eigen spiritualiteit (Anandarajah & Hight, 2001; Benito et al., ter perse, Blanchard, Dunlap & Fitchett, 2012). Ook wijzen diverse auteurs op het belang van gevoeligheid bij de professional voor de symbolische en metaforische taal waarin patiënten over hun spiritualiteit kunnen spreken (Anandarajah & Hight, 2001, Bouwer, 2006). Hoewel we het belang van dit soort overwegingen onderschrijven, vallen deze buiten het kader van deze masterthese.

We gaan op zoek naar zo breed mogelijke instrumenten om spirituele zorgbehoeften vast te stellen. We sluiten ons daarmee aan bij De Jager Meezenbroek et al. (2012), die bijvoorbeeld stellen dat een vragenlijst niet alleen geschikt dient te zijn voor een specifieke groep, zoals terminale patiënten. Tevens moeten de instrumenten geschikt zijn om spirituele zorgbehoeften vast te kunnen stellen bij patiënten die zich religieus noemen, bij degenen die zich spiritueel noemen, en bij patiënten die zich zowel religieus als spiritueel (of geen van beide) noemen.

Overigens zijn we ons ervan bewust dat er goede argumenten zijn om te kiezen voor instrumenten die op maat gesneden zijn voor verschillende subgroepen binnen de patiëntenpopulatie. Voor een patiënt die zich bijvoorbeeld rekent tot de New Age beweging zou volgens deze argumentatie een ander instrument gebruikt moeten worden om diens spirituele zorgbehoeften vast te stellen dan voor een Rooms-Katholieke patiënt. Met betrekking tot de instrumenten die we in deze scriptie onderzoeken is het probleem echter dat

vragen met betrekking tot iemands spiritualiteit en/of religiositeit en vragen met betrekking tot het aangesloten zijn bij een levensbeschouwelijke organisatie, onderdeel zijn van de instrumenten zelf. Bovendien zou een geestelijk verzorger een groot arsenaal aan op maat ontworpen meetinstrumenten tot zijn of haar beschikking moeten hebben. Aangezien er op dit moment zelfs nog niet een algemeen aanvaard instrument is om spirituele zorgbehoeften vast te stellen, kiezen we er in deze scriptie vooralsnog voor om een zo breed mogelijk instrument te vinden.

5.2. Criteria met betrekking tot de formulering

Het is belangrijk dat de bewoording van de vragen zodanig is, dat elke patiënt begrijpt wat er precies gevraagd wordt. De items moeten betrouwbaar zijn. Blanchard et al. (2012) wijzen op het belang dat de bewoording van de vragen die aan de patiënt worden gesteld, aansluit bij diens woordgebruik. Zij wijzen bijvoorbeeld op een vraag die verpleegkundigen op een afdeling oncologie gewoon waren te stellen: 'heeft u spirituele gewoonten die uw (medische) behandeling kunnen beïnvloeden?'¹⁸. Deze vraag gaat er in de eerste plaats vanuit dat de patiënt begrijpt wat er precies wordt bedoeld met de term 'spirituele gewoonten'. Ten tweede zijn er patiënten die zichzelf niet als spiritueel beschouwen, maar wel als religieus. Zij zouden deze vraag ontkennend kunnen beantwoorden, terwijl er wel religieuze gewoonten of overtuigingen zouden kunnen zijn die hun medische behandeling zouden kunnen beïnvloeden. Bovendien is het maar de vraag of de patiënt voldoende besef heeft van de medisch-ethische implicaties van zijn of haar spiritualiteit, en van het scala aan medische handelingen die mogelijk zijn, waarbij de keuze voor of tegen die handelingen zou kunnen worden beïnvloed door zijn of haar spiritualiteit. Bovendien, ongeacht het antwoord dat de patiënt zou geven, zegt dat niet veel over de vraag of zij met betrekking hiertoe spirituele zorgbehoeften heeft. Ten slotte gaat het hier om een gesloten vraag waarop met slechts ja of nee geantwoord zou kunnen worden, wat een meer inhoudelijk antwoord in de weg kan staan (Blanchard et al. 2012).

De Jager Meezenbroek et al. (2012) stellen dat de items begrijpelijk moeten zijn, een eenduidige betekenis moeten hebben en dat alle respondenten de vragen moeten kunnen beantwoorden. Om deze criteria te evalueren gebruiken ze drie criteria die door Fowler (1995) zijn opgesteld: (a) items moeten ervaringen van de patiënt zelf bevragen en niet bijvoorbeeld hypothetisch gedrag; (b) items moeten een enkel onderwerp bevatten en (c) items moeten zo zijn geformuleerd dat ze een consistente betekenis hebben. Daarom moeten woorden worden

¹⁸ De vraag luidde letterlijk: 'any spiritual practices that may affect your care?'

gebruikt die over het algemeen begrijpelijk zijn en die dezelfde betekenis hebben voor alle respondenten. Woorden die voor verschillende respondenten verschillende betekenissen hebben moeten worden weggelaten of worden uitgelegd. Verder stellen De Jager Meezenbroek et al. dat meer dan 75% van de items aan alle drie de criteria moeten voldoen (De Jager Meezenbroek et al., 2012).

5.3. Criteria met betrekking tot validiteit

Naast betrouwbaar moeten instrumenten die spirituele zorgbehoeften vaststellen ook valide zijn. De juiste vragen moeten worden gesteld, zodat werkelijk wordt gemeten wat de bedoeling is. Er wordt onderscheid gemaakt tussen verschillende soorten validiteit¹⁹.

Bij inhoudsvaliditeit wordt, toegepast op ons onderwerp, onderzocht of het instrument werkelijk alle spirituele zorgbehoeften bij patiënten meet en niet bijvoorbeeld alleen zorgbehoeften met betrekking tot transcendentie. Convergente validiteit zegt iets over de correlatie tussen, toegepast op ons onderwerp, twee verschillende instrumenten die spirituele zorgbehoeften vaststellen. Een hoge correlatie laat zien dat er een grote mate van convergente validiteit is. Bij divergente validiteit daarentegen laat een lage correlatie een hogere validiteit zien, omdat er in dat geval twee instrumenten met elkaar worden vergeleken die niet hetzelfde begrip meten²⁰. Wat betreft voorspellende validiteit zullen we onderzoeken of de literatuur melding maakt van met name de voorspellende validiteit in het heden²¹. Toegepast op ons onderwerp zou deze validiteit hoog zijn wanneer er bijvoorbeeld met behulp van een instrument spirituele zorgbehoeften worden vastgesteld met betrekking tot verbondenheid, en er tegelijkertijd door verpleegkundigen melding van wordt gemaakt dat de betreffende patiënt een eenzame indruk maakt.

¹⁹ We gaan hierbij uit van de verschillende soorten validiteit zoals die zijn uitgelegd in het scriptieseminar tijdens de colleges aan de Universiteit Utrecht.

²⁰ Van divergente validiteit is met betrekking tot ons onderwerp niet echt een goed voorbeeld te geven. Twee instrumenten die bijvoorbeeld zorgbehoeften met betrekking tot twee verschillende factoren van spiritualiteit vaststellen zullen waarschijnlijk toch hoog met elkaar correleren omdat de samenhang tussen de diverse factoren van spiritualiteit zo hoog is en, zoals we in §2.1. beschreven, zelfs niet altijd even strikt te scheiden zijn.

²¹ We laten de voorspellende validiteit m.b.t. de toekomst buiten beschouwing omdat het ons erom gaat instrumenten te vinden die spirituele zorgbehoeften vaststellen bij patiënten, zodat adequate zorg kan worden verleend in het hier en nu. Ook de zogenaamde 'known groups validity' bespreken we hier niet omdat het hier gaat om het vaststellen van zeer individuele spirituele zorgbehoeften.

5.4. Criteria met betrekking tot brede toepasbaarheid

Instrumenten die spirituele zorgbehoeften vaststellen moeten geschikt zijn voor een brede groep mensen. Het instrument moet zowel spirituele zorgbehoeften kunnen vaststellen bij patiënten die zich religieus noemen als bij degenen die zich spiritueel noemen, en bij patiënten die zich in (geen van) beide termen herkennen. Draper (2012) stelt ten aanzien van de bewoording van vragenlijsten generieke formuleringen voor, waarbij vragen rond spiritualiteit worden ontdaan van alle connecties met specifiek religieuze of andere traditionele betekenissen. Deze generieke methoden gaan uit van de gedachte dat spirituele zorgverlening nodig is voor mensen van elk geloof en geen enkel geloof. De kracht van de generieke benadering is dat er geen gedetailleerde kennis nodig is van bepaalde religieuze of spirituele tradities. Bovendien kunnen door generieke formuleringen spirituele zorgbehoeften worden vastgesteld bij patiënten met allerlei achtergronden (Draper, 2012).

Draper (2012) stelt verder dat door het gebruik van generieke meetinstrumenten spirituele zorgbehoeften en spirituele bronnen kunnen worden vastgesteld die anders niet door zorgprofessionals zouden worden opgemerkt. Hij licht dit argument niet toe, maar het roept bij ons de vraag op of dit niet ook geldt voor niet-generieke instrumenten, instrumenten dus die zijn toegespitst op iemands individuele spiritualiteit, zolang de verschillende aspecten van spiritualiteit maar worden bevraagd zoals die in hoofdstuk 2 zijn uiteengezet.

De Jager Meezenbroek et al. (2012) spreken niet over generieke formuleringen maar stellen wel dat een instrument zo breed mogelijk toepasbaar moet zijn. Een instrument moet dus geschikt zijn voor een brede groep mensen met verschillende achtergronden, omdat spiritualiteit een universele menselijke ervaring is.

In verband hiermee moet een vragenlijst volgens hen minstens een niet-religieuze subschaal bevatten, en niet meer dan een religieuze subschaal. Een religieuze subschaal wordt door hen gedefinieerd als een schaal waarbij meer dan 25 % van de items over religie of geloof gaat. Een item wordt beschouwd als refererend aan religie als er een of meer woorden als 'religiositeit' of 'geloof' in staan, of woorden die refereren aan een religieus persoon als 'God' of 'Mohammed', of aan religieuze gewoonten of objecten zoals 'gebed' of 'synagoge'. Deze regels gelden niet wanneer deze woorden als voorbeeld worden gebruikt, gecombineerd met niet-religieuze voorbeelden, zoals de vraag: 'sinds hoe lang oefent u een activiteit uit om innerlijke vrede te krijgen (bijvoorbeeld meditatie, yoga, gebed enz.)?' De Jager Meezenbroek et al. (2012) stellen verder voor dat woorden als 'spiritueel' en 'spiritualiteit' worden uitgelegd of weggelaten in de vragen, omdat deze begrippen verschillende betekenissen kunnen hebben voor respondenten. Om geschikt te zijn voor mensen met verschillende achtergronden,

moeten de items van een vragenlijst niet naar een specifiek geloof vragen, zoals geloof in het leven na de dood of in hekserij.

Om een zo breed mogelijk instrument te vinden om spirituele zorgbehoeften vast te stellen, moet ook worden uitgegaan van een zo breed mogelijke definitie van spiritualiteit. De Jager Meezenbroek et al. (2012) hebben spiritualiteit daarom gedefinieerd als het streven naar en ervaren van verbondenheid met zichzelf, verbondenheid met anderen en de natuur en verbondenheid met het transcendente. Een brede blik kan worden geoperationaliseerd door ten minste twee van deze drie verbondenheidsthema's te bevragen (De Jager Meezenbroek et al., 2012).

Smeets (2010) stelt dat een instrument om spirituele zorgbehoeften vast te stellen alle relevante dimensies van religie c.q. spiritualiteit moet omvatten. Hij haalt hierbij Glock & Stark aan, die het religieuze domein in vijf dimensies onderscheiden, namelijk een cognitieve, een experiëntiële, een sociale, een morele en een rituele dimensie (Smeets, 2010).

5.5. Criteria met betrekking tot praktische overwegingen

Instrumenten om spirituele zorgbehoeften vast te stellen moeten snel en eenvoudig te gebruiken zijn (Gordon & Mitchell 2004). Ook is het moment tijdens de anamnese waarop met de patiënt gesproken wordt over diens spiritualiteit en eventueel daaruit voortkomende zorgbehoeften, belangrijk. Blanchard et al. (2012) wijzen op het risico van het vaststellen van iemands spirituele zorgbehoeften aan het einde van een langdurige anamnese. Patiënten kunnen aan het einde van een dergelijk interview zo vermoeid zijn, dat ze het gesprek zo snel mogelijk willen beëindigen, waardoor spirituele zorgbehoeften mogelijk niet worden onderkend.

Ook de directe context waarin tijdens de anamnese vragen over de spiritualiteit worden gesteld is van belang. Wanneer vragen over spiritualiteit direct worden gesteld nadat er gesproken is over problematisch gedrag of moeilijke ervaringen, zoals het gebruik van verdovende middelen, relatieproblemen en financiële moeilijkheden, kan de patiënt weerstand ervaren om over spiritualiteit te spreken (Blanchard et al., 2012).

Timmins & Kelly (2008) halen McSherry & Ross aan, die stellen dat instrumenten die spirituele zorgbehoeften vaststellen makkelijk te gebruiken moeten zijn, flexibel en aanpasbaar en niet te tijdrovend. De stijl zou patiënten moeten aanmoedigen om te antwoorden en de taal zou, naast eenvoud en duidelijkheid, bepaalde groepen niet moeten uitsluiten of discrimineren. Leeffers-Vleesenbeek & van der Sluis (2011) achten het in verband met de tijd die het afnemen vergt, belangrijk dat een open vragenlijst niet meer dan acht

vragen bevat en een meerkeuze vragenlijst maximaal vijfendertig vragen (Leeffers-Vleesenbeek & van der Sluis, 2011)²².

5.6. Samenvatting en conclusies

In de literatuur worden verschillende criteria genoemd om instrumenten die spirituele zorgbehoeften vaststellen, te beoordelen op hun efficiëntie. In het volgende hoofdstuk zullen we de volgende criteria hanteren om deze instrumenten te evalueren:

1. Een open vragenlijst moet niet meer dan 8, een meerkeuze vragenlijst maximaal 35 vragen bevatten.
2. De vragen moeten worden gesteld in voor alle patiënten begrijpelijke, eenduidige woorden.
3. De vragen moeten gaan over eigen ervaringen van de patiënt.
4. Items moeten een enkel onderwerp bevatten.
5. Het instrument moet spirituele zorgbehoeften kunnen vaststellen bij patiënten die zich religieus noemen, bij degenen die zich spiritueel noemen, en bij patiënten die zich in (geen van) beide termen herkennen.
6. De vragen moeten alle vijf relevante dimensies van religie c.q. spiritualiteit omvatten, de cognitieve, experiëntiële, sociale, morele en rituele dimensie.
7. De in factoren van spiritualiteit: 'verbondenheid', 'zin, betekenis en doel', 'transcendentie' en 'waarden' moeten door het instrument worden gemeten.
8. Instrumenten om spirituele zorgbehoeften vast te stellen moeten door onderzoek zijn gevalideerd.

²² Zij doen deze aanbeveling na overleg met medewerkers van de pastorale dienst van het UMC St. Radboud te Nijmegen, Oncoloog Dr. HWM van Laarhoven (werkzaam in het UMC St. Radboud Nijmegen), Dr. RR van Leeuwen (Lector Zorg & Spiritualiteit, Gereformeerde Hogeschool Zwolle) en Dr. AE Schep-Akkerman (Onderzoeker Zorg & Spiritualiteit, Gereformeerde Hogeschool Zwolle).

HOOFDSTUK 6: METHODEN OM SPIRITUELE ZORGBEHOEFTE VAST TE STELLEN

6.1. Inleiding

Puchalski et al. (2009) maken onderscheid tussen een 'spiritual screening', bedoeld om snel vast te stellen of iemand een spirituele crisis doormaakt en daarom doorverwezen dient te worden naar een 'board-certified chaplain' (in de Nederlandse context een geestelijk verzorger), en een 'spiritual history'. Onder deze 'spiritual history' verstaan zij het voeren van een vraaggesprek met een patiënt om een beter begrip te krijgen van zijn spirituele zorgbehoeften en bronnen (Puchalski et al., 2009; Smeets, 2010). In navolging van Smeets (2010) zullen we de term spirituele biografie gebruiken.

We zullen in dit hoofdstuk eerst een aantal methoden beschrijven om een spirituele screening te doen. In het empirisch onderzoek onder geestelijk verzorgers dat we in hoofdstuk 7 zullen beschrijven, vragen we onder meer of het onderzoek naar spirituele zorgbehoeften van nieuw opgenomen patiënten is gedelegeerd aan de verpleging, en of de geestelijk verzorgers weten welke vragen de verpleegkundigen stellen. Ons vermoeden is dat deze vragen zullen kunnen worden beschouwd als spirituele screening. Bij de behandeling van dit onderwerp in hoofdstuk 8 zullen we de vragen die in de praktijk gesteld worden vergelijken met de screeningsmethoden die we in dit hoofdstuk beschrijven.

Na aandacht te hebben besteed aan de spirituele screening zullen we in dit hoofdstuk een aantal methoden beschrijven die gebruikt worden om uitgebreider onderzoek te doen naar spirituele zorgbehoeften. Na de beschrijving van deze methoden zullen we de criteria die we hebben vastgesteld in hoofdstuk 5 gebruiken om te bepalen welke methoden geschikt zijn om in algemene ziekenhuizen te gebruiken om spirituele zorgbehoeften vast te stellen bij patiënten.

6.2. Spirituele screening

Fitchett en Risk (1999) stellen een protocol voor spirituele screening door artsen of verpleegkundigen voor, waarbij het antwoord van de patiënt telkens de volgende stap bepaalt. De eerste vraag die gesteld wordt is: 'is religie of spiritualiteit belangrijk voor u om met uw ziekte om te gaan?'²³ Bij een bevestigend antwoord wordt gevraagd: 'hoe veel kracht/ troost ontleent u op dit moment aan uw religie/ spiritualiteit?'²⁴ De patiënt kan hier kiezen uit vier

²³ De vraag luidt in het Engels: 'Is religion or spirituality important to you as you cope with your illness?'

²⁴ De vraag luidt in het Engels: 'How much strength/ comfort do you get from your religion/ spirituality right now?'

antwoorden: (a) 'alles wat ik nodig heb'²⁵; (b) 'iets minder dan ik nodig heb'²⁶; (c) 'veel minder dan ik nodig heb'²⁷ en (d) 'helemaal niet'²⁸. Bij antwoord a of b wordt gevraagd of de patiënt wil dat er een geestelijk verzorger komt kennismaken²⁹. Antwoord c of d is aanleiding voor het afnemen van een 'spiritual assessment', om verder onderzoek te doen naar spirituele zorgbehoeften. Wanneer de patiënt ontkennend antwoordt op de eerste vraag, wordt gevraagd of religie/ spiritualiteit in het verleden belangrijk voor hem was³⁰. Bij een bevestigend antwoord wordt ook hier een 'spiritual assessment' afgenomen. Bij een ontkennend antwoord wordt gevraagd of de patiënt wil dat er een geestelijk verzorger komt kennismaken (Fitchett en Risk, 1999). Zie figuur 1 voor een schematische weergave van het protocol.

Dit protocol van Fitchett en Risk is voor het medische personeel aanleiding voor een van de volgende drie acties: (a) de screening laat een mogelijke spirituele worsteling zien, een geestelijk verzorger wordt ingeschakeld om spirituele zorgbehoeften vast te stellen; (b) de screening wijst niet direct op spirituele worsteling maar wanneer contact met een geestelijk verzorger op prijs wordt gesteld kan in een later stadium blijken dat er spirituele zorgbehoeften zijn en (c) de screening laat geen spirituele worsteling zien, bezoek van een geestelijk verzorger is niet gewenst, er wordt verder geen actie ondernomen. Het protocol werd overigens in 2012 bijna ongewijzigd gebruikt door Blanchard, Dunlap en Fitchett (2012). We schreven hierover in §3.4.

Ook de 'Richtlijn spirituele zorg' (Leget, Staps, v.d. Geer, Mur-Arnoldi, Wulp, & Jochemsen, 2010) noemt de mogelijkheid van een standaardscreening voor iedere patiënt, zij het op een iets minder actiegerichte manier. Zij stellen daarbij de volgende vragen voor: "Wat houdt u in het bijzonder bezig op dit moment? Waar had u steun aan in eerdere moeilijke situaties? (Familie? Levensbeschouwing? Muziek?) Wie zou u graag bij u willen hebben? Door wie zou u gesteund kunnen worden?" De richtlijn stelt dat deze eenvoudige vragen kunnen worden gebruikt om vast te stellen hoe groot de noodzaak voor meer uitgebreide spirituele zorg is (Leget et al., 2010).

Puchalski et al. (2009) deden verslag van een multidisciplinaire conferentie van de Archstone Foundation in de Verenigde Staten. Een van de doelen van deze conferentie was om aanbevelingen te doen om de kwaliteit van spirituele zorg in de palliatieve zorg te verbeteren (Smeets, 2010). Een van deze aanbevelingen was dat elke patiënt bij opname een eenvoudige spirituele screening zou moeten krijgen, om eventueel te worden doorverwezen voor een

²⁵ In het Engels: 'All that I need'

²⁶ In het Engels: 'Somewhat less than I need'

²⁷ In het Engels: 'Much less than I need'

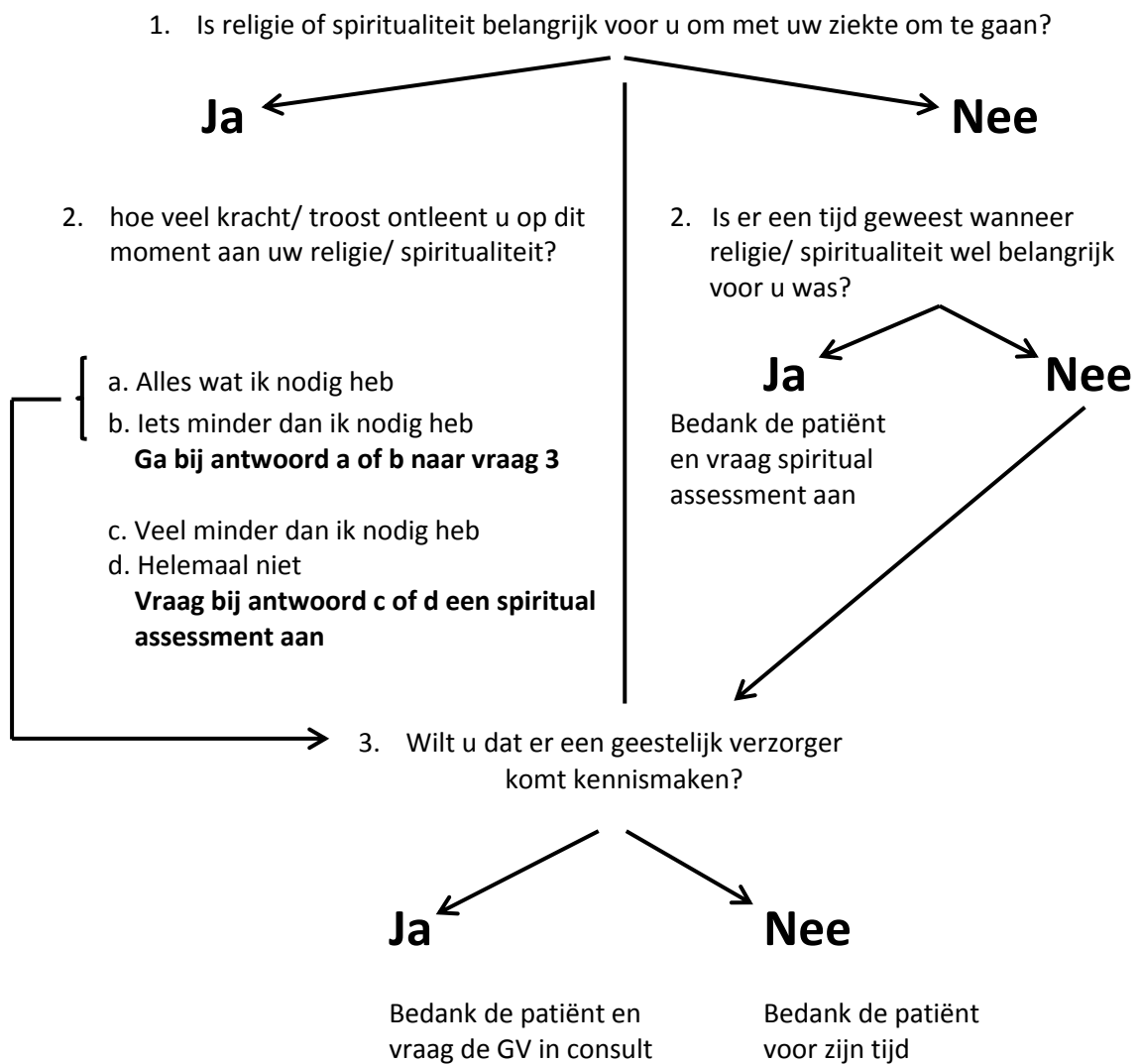
²⁸ In het Engels: 'None at all'

²⁹ In het Engels: 'Would you like a visit from a chaplain?'

³⁰ In het Engels: 'Has there ever been a time when religion/ spirituality was important to you?'

diepgaander onderzoek naar spirituele zorgbehoeften. Puchalski et al. (2009) geven als voorbeeldvragen van een dergelijke screening: “zijn spiritualiteit of religie belangrijk in uw leven?” en: “hoe goed werken deze bronnen voor u op dit moment?” Hiermee grijpen ze dus voor een deel terug op het protocol dat Fitchett en Risk ontwierpen.

Figuur 1: het screeningsmodel van Fitchett & Risk



6.3. Spirituele biografie

Onder een spirituele biografie verstaan we zoals gezegd het voeren van een vraaggesprek met een patiënt om een beter begrip te krijgen van haar spirituele zorgbehoeften en bronnen (Smeets, 2010). In het vervolg van dit hoofdstuk zullen we zeven methoden bespreken die we

in de literatuur hebben gevonden, waarna we deze met gebruik van de in hoofdstuk 5 vastgestelde criteria zullen beoordelen op hun geschiktheid³¹.

6.3.1. HOPE

In de literatuur kwamen we een aantal methoden tegen om spirituele zorgbehoeften vast te stellen, waarbij gebruik gemaakt wordt van een acroniem³². Het HOPE model is daarvan een voorbeeld. De HOPE vragen werden ontwikkeld als onderwijsinstrument, om medische studenten, artsen in opleiding tot specialist en specialisten te helpen om vragen naar spirituele zorgbehoeften op te nemen in een medische anamnese (Anandarajah & Hight, 2001). Volgens Anandarajah & Hight (2001) is de kracht van deze benadering dat deze een open exploratie van iemands spirituele belangen en bronnen mogelijk maakt, waar termen als 'spiritualiteit' of 'religie' niet worden benadrukt. Dit laatste voorkomt onduidelijkheid of vragen over taalgebruik (Anandarajah & Hight, 2001).

Zoals tabel 1 laat zien, concentreert het eerste deel van het model zich op de spirituele bronnen die een patiënt kan hebben, zoals bronnen van hoop, inderdaad zonder direct te focussen op religie of spiritualiteit. Anandarajah & Hight (2001) benadrukken dat dit een betekenisvol gesprek faciliteert met patiënten van allerlei levensbeschouwingen, dus met mensen die zichzelf beschouwen als religieus, spiritueel, beide of geen van beide.

Tabel 1: het HOPE model³³

H	Bronnen van H oop, betekenis, troost, kracht, vrede, liefde en verbondenheid
O	Religieuze O rganisatie
P	P ersoonlijke spiritualiteit en gewoonten
E	E ffecten op medische zorg en E inde van het leven

In het tweede deel van het model worden vragen gesteld naar het belang van georganiseerde religie in het leven van een patiënt. In het derde deel is gelegenheid om vragen te stellen over iemands persoonlijke spiritualiteit en welke gewoonten de patiënt behulpzaam kunnen zijn. Anandarajah & Hight (2001) suggereren dat het nuttig is om deze vragen te

³¹ We hebben gekozen voor methoden die worden besproken in de door ons gevonden literatuur, met vermelding van de bijbehorende vragenlijsten. Methoden die wel worden genoemd maar waarvan we geen beschrijving konden vinden, of waarvan de vragenlijsten ontbreken, laten we buiten beschouwing.

³² Een acroniem is een afkorting die wordt uitgesproken als een woord. In veel gevallen, zoals ook bij HOPE, is elke letter de beginletter van (een van) de vragen die tijdens de spirituele screening gesteld worden. Een acroniem kan behulpzaam zijn bij het onthouden van de vragen of hoofdthema's in een model.

³³ Vertaald door D. Wijker.

introduceren op een neutrale manier, door bijvoorbeeld te zeggen: “voor sommige mensen is hun religie of spiritualiteit een bron van troost en kracht om met de ups en downs in het leven om te kunnen gaan. Geldt dat ook voor u?” Een bevestigend antwoord kan worden gevolgd door specifieke vragen over religie of spiritualiteit. Een ontkennend antwoord kan aanleiding zijn om het onderwerp verder te laten rusten, of door te vragen of dit vroeger misschien wel zo was, en wat er eventueel veranderd is (Anandarajah & Hight, 2001).

Het laatste deel van het HOPE model behandelt de effecten die de religie/ spiritualiteit van de patiënt kan hebben op besluiten over de medische zorg en het levenseinde. In tabel 2 wordt een aantal suggesties gedaan welke vragen er bij de vier onderdelen van het model kunnen worden gesteld, inclusief blokkades die er kunnen zijn die verhinderen dat iemand gebruik maakt van zijn gebruikelijke spirituele bronnen, zoals angst, bezorgdheid of conflicten die te maken hebben met iemands geloofssysteem en diens actuele medische situatie (Anandarajah & Hight, 2001).

Tabel 2: vragen die kunnen worden gesteld in het HOPE model³⁴

H	<i>Ik vraag me af, waaraan in uw leven ontleent u innerlijke ondersteuning? Wat zijn voor u bronnen van hoop, kracht, troost en vrede? Waar houdt u zich in moeilijke tijden aan vast? Wat steunt u en helpt u om vol te houden? Voor sommige mensen is hun religie of spiritualiteit een bron van troost en kracht om met de ups en downs in het leven om te kunnen gaan. Geldt dat ook voor u? Als het antwoord ‘ja’ is, ga door met onderdeel O en P. Als het antwoord ‘nee’ is, vraag dan eventueel of dat vroeger anders was, en wat er eventueel veranderd is.</i>
O	<i>Bent u aangesloten bij een religieuze organisatie? Hoe belangrijk is dat voor u? Welke aspecten van uw religie zijn behulpzaam en minder behulpzaam voor u? Maakt u deel uit van een religieuze of spirituele gemeenschap? Is dat behulpzaam voor u? Hoe?</i>
P	<i>Heeft u een persoonlijke spiritueel geloof dat onafhankelijk is van een religieuze organisatie? Wat is dat geloof? Gelooft u in God? Wat voor soort relatie heeft u met God? Welke aspecten van uw spiritualiteit of spirituele gewoonten zijn voor u persoonlijk het meest behulpzaam? (Bijv. gebed, meditatie, Bijbellezen, het bijwonen van religieuze diensten, luisteren naar muziek, wandelen, zich verhouden tot de natuur)</i>
E	<i>Heeft het feit dat u ziek bent (of uw actuele situatie) u beïnvloed in uw vermogen om de dingen te doen die u normaal gesproken spiritueel behulpzaam zijn? (of uw relatie met God beïnvloed?) Is er iets dat ik als arts kan doen om u te helpen om de bronnen die u normaal gesproken helpen aan te spreken? Maakt u zich zorgen om de vraag of uw geloof in conflict kan komen met uw medische situatie/ zorg/ beslissingen? Zou het voor u behulpzaam zijn om te spreken met een geestelijk verzorger of een plaatselijk geestelijk leider? Zijn er bepaalde gewoonten of beperkingen waar ik rekening mee moet houden bij</i>

³⁴ Vertaald door D. Wijker.

	<i>uw medische zorg? (Bijv. een dieet, gebruik van bloedproducten) Wanneer de patiënt terminaal is: hoe is uw geloof van invloed op de manier waarop u wilt dat ik u de komende dagen/ weken/ maanden medische zorg verleen?</i>
--	--

6.3.2. Het 7x7 model van Fitchett

Naast een formulier voor ‘spiritual screening’ (Fitchett & Risk, 1999) heeft Fitchett het zogenaamde 7 x 7 model ontwikkeld. Bij dit model is het de bedoeling dat de patiënt zijn levensverhaal vertelt in zijn eigen woorden. Na het gesprek interpreteert de hulpverlener de gegevens uit dit verhaal tegen de achtergrond van het 7 x 7 model (Bouwer, 2006).

Het model van Fitchett is bedoeld om een compleet beeld te geven van alle bio-psycho sociale-spirituele factoren die relevant zijn voor iemands welzijn. Hij gaat hierbij uit van zeven holistische dimensies van het bestaan: medisch; psychologisch; psychosociaal; familiesystemen; etnisch en cultureel; maatschappelijke kwesties en spiritueel. Het kopje spiritueel verdeelt hij vervolgens onder in zeven subcategorieën geloof en betekenis; roeping en gevolgen; ervaringen en emotie; moed en groei; rituelen en gebruiken; gemeenschap en ten slotte gezag en leiding (Culliford & Egger, 2009).

De formuleringen in het model zijn door verschillende auteurs aangepast aan de Nederlandse situatie. Bouwer (2006) verwoordt de spirituele dimensies als volgt: geloof, levensbeschouwing, zingeving; levensdoel, levensbalans; ervaringen en emoties; moed, hoop, groei; rituelen en gebruiken; relaties en sociale verbanden; oriëntatie en leidraad (Bouwer, 2006). De manier waarop de dienst Geestelijke Verzorging en Pastoraat van het Universitair Medisch Centrum Nijmegen de dimensies heeft vertaald wordt zichtbaar in tabel 3 (Dienst Geestelijke Verzorging en Pastoraat, 2008, 9).

Tabel 3: het 7 x 7 model van Fitchett

Holistische dimensies	
1. Medisch	
2. Psychologisch	
3. Gezinssysteem	
4. Psychosociaal	
5. Etnisch en cultureel	
6. Maatschappelijk	
7. Spiritueel	→ Spirituele dimensies
	1. Geloof en zingeving
	2. Levensdoel en verantwoordelijkheden
	3. Ervaringen en emoties
	4. Moed, hoop en groei
	5. Rituelen en gebruiken
	6. Relaties en verbanden
	7. Richtinggevende inspiratiebronnen

Hoewel het model van Fitchett zoals gezegd bedoeld is om na het beluisteren van het levensverhaal een analyse te maken van hetgeen gezegd is, geeft de 'richtlijn spiritualiteit als verpleegkundig aandachtsgebied' van de dienst Geestelijke Verzorging en Pastoraat van het Universitair Medisch Centrum Nijmegen (2008) een aantal richtinggevende vragen om de zeven spirituele dimensies op het spoor te komen. Deze vragen zijn opgenomen tabel 4.

Tabel 4: richtinggevende vragen om de zeven spirituele dimensies van Fitchett op te sporen

1. Geloof en zingeving	<i>Welke (geloofs-) overtuigingen geven betekenis en doel in iemands leven? Welke symbolen drukken zin uit voor deze persoon? Wat is iemands levensverhaal? Wat betekent zijn levensovertuiging in het licht van de huidige problemen en andersom? Rekent / rekende hij zich tot een institutionele geloofsgemeenschap?</i>
2. Levensdoel en verantwoordelijkheden	<i>Vertelt over de levensopdracht, de gevoelde plichten en verantwoordelijkheden, het levensdoel van iemand. Vormen de huidige problemen waarin een tekort ervaren wordt ten opzichte van de levensopdracht aanleiding om de levensbalans op te maken? Wordt ziekte gezien als (levens-) opgave?</i>
3. Ervaringen en emoties	<i>Verwijst naar existentiële en religieuze ervaringen die iemand in de loop van zijn leven meegemaakt heeft en meemaakt, en die van blijvende invloed zijn, zoals verlies, bijna-doodervaring, betekenisvolle relaties. Welke emoties roepen deze ervaringen op?</i>
4. Moed, hoop en groei	<i>De wijze waarop iemand zich verhoudt tot nieuwe levenservaringen, en over de mogelijkheid of bereidheid daarin te willen groeien. Kan iemand door zijn ziekte heen op een andere, nieuwe wijze gaan geloven / leven?</i>
5. Rituelen en gebruiken	<i>(Religieuze) uitdrukkingvormen (Bijbellezen, sacramenten, bidden, mediteren, etc.). Veranderen deze door wat iemand nu meemaakt of verandert de beleving ervan?</i>
6. Relaties en verbanden	<i>Waar deelt iemand zijn geloof / levensovertuiging? Liggen daar bronnen van steun en inspiratie? Wordt (opnieuw) toenadering gezocht?</i>
7. Richtinggevende inspiratiebronnen	<i>Waarop baseert men zijn vertrouwen? Vertrouwenpersonen die zo functioneren, of een historisch figuur of bepaalde teksten. Als iemand twijfelt of in verwarring is, of geconfronteerd wordt met tragiek, waar en in welke mate zoekt iemand dan steun / begeleiding?</i>

(Dienst Geestelijke Verzorging en Pastoraat, 2008, 10)

6.3.3 FICA

In 1996 ontwikkelde Christina Puchalski samen met drie huisartsen (Daniel Sulmasy, Joan Teno, en Dale Matthews) het FICA model, waarna het een aantal malen werd aangepast, afgaande op feedback van professionals die het instrument in de praktijk gebruikten (Borneman et al., 2010). Het FICA model (zie tabel 4) gaat uit van vier domeinen van spiritualiteit, namelijk geloof, levensbeschouwing of zingeving; het belang van spiritualiteit voor iemands individuele leven en de invloed die deze levensbeschouwing heeft op besluiten die te maken hebben met medische zorg; de spirituele gemeenschap waar iemand al dan niet deel van uitmaakt; en interventies die nodig zijn om iemands spiritualiteit te ondersteunen (Borneman et al., 2010). In tabel 5 is het model beschreven, met de vragen die bij deze vier spirituele domeinen gesteld kunnen worden (Borneman et al., 2010, 166).

Tabel 5: het FICA model³⁵

F – Faith, belief or meaning	<i>Beschouwt u zichzelf als spiritueel of religieus? Heeft u een spiritueel geloof dat u helpt om te gaan met stress? Wat geeft uw leven betekenis?</i>
I – Importance and Influence of spirituality	<i>Welk belang heeft uw geloof of levensbeschouwing in uw leven? Waar zou u het belang van uw geloof of levensbeschouwing plaatsen op een schaal van 0 tot 5, waarbij 0 helemaal niet belangrijk is, en 5 heel erg belangrijk? Heeft uw geloof u beïnvloed in de manier waarop u met stress omgaat? Welke rol speelt uw geloof in de beslissingen ten aanzien van uw medische zorg?</i>
C – Community	<i>Maakt u deel uit van een spirituele of religieuze gemeenschap? Ondersteunt die u en hoe? Is er een groep mensen waarvan u veel houdt, of die belangrijk voor u is?</i>
A – Address in care	<i>We hebben uitgebreid met u gesproken over uw religie en/of spiritualiteit en hoe dit al dan niet behulpzaam voor u is tijdens uw ziekte. Hoe kunnen uw medische zorgverleners uw spiritualiteit ondersteunen? Hoe wilt u dat uw zorgverleners deze informatie over uw spiritualiteit gebruiken bij uw medische zorg?</i>

6.3.4 SPIRIT

Nog een instrument dat gebruikt kan worden om iemands spirituele zorgbehoeften vast te stellen is SPIRIT (Maugans, 1996). De letters van het acroniem SPIRIT staan voor de volgende

³⁵ Vertaald door D. Wijker

gebieden: Spiritueel geloofssysteem; Persoonlijke spiritualiteit; Integratie/ betrokkenheid bij een spirituele of religieuze gemeenschap; Rituele gewoonten en beperkingen; Implicaties voor medische zorg; Terminale zorg-planning. Het model en de vragen die bij deze gebieden kunnen worden gesteld, worden beschreven in tabel 6.

Tabel 6: Het SPIRIT model³⁶

Spiritual belief system	<i>Bij welke religie bent u officieel aangesloten? Beschrijf of benoem uw spirituele geloofssysteem</i>
Personal spirituality	<i>Beschrijf het geloof en de gewoonten van de religie of het spirituele systeem dat u persoonlijk aanvaardt Beschrijf het geloof of de gewoonten die u niet aanvaardt Aanvaardt of gelooft u ... (specifieke leerstelling of gewoonte) Wat betekent uw spiritualiteit/ religie voor u? Wat is het belang van uw spiritualiteit/ religie in het dagelijks leven?</i>
Integration with a spiritual community	<i>Bent u aangesloten bij een spirituele of religieuze groep of gemeenschap? Wat is uw positie of rol? Welk belang heeft deze groep voor u? Is het een bron van steun voor u? Op welke manieren? Kan deze groep hulp bieden om met gezondheidskwesaties om te gaan?</i>
Ritualized practices and Restrictions	<i>Zijn er bepaalde gewoonten die u heeft als onderdeel van uw religie/ spiritualiteit (bijv. gebed of meditatie)? Zijn er bepaalde activiteiten in uw levensstijl of gewoonten die uw religie/ spiritualiteit aanmoedigt of verbiedt? Voldoet u daaraan? Welke betekenis hebben deze gewoonten en beperkingen voor u? Zijn er bepaalde medische handelingen die u verbiedt op grond van uw religie/ spiritualiteit?</i>
Implications for medical care	<i>Welke aspecten van uw religie/ spiritualiteit wilt u dat ik in gedachten houdt met betrekking tot uw medische zorg? Wilt u praten over de religieuze of spirituele gevolgen van uw medische zorg? Welke kennis of begrip zou onze relatie als arts en patiënt kunnen verbeteren? Zijn er blokkades in onze relatie die zijn gebaseerd op religieuze of spirituele kwesaties?</i>
Terminal events planning	<i>Hoe is uw geloof van invloed op uw keuzes wanneer we de zorg gaan plannen rond het einde van uw leven? Zijn er bepaalde aspecten in de zorg waarvan u wilt afzien of waarvan u wilt dat we u die onthouden vanwege uw geloof?</i>

(Maugans, 1996, 12)

³⁶ Vertaald door D. Wijker

6.3.5. De Lastmeter

Enkele jaren geleden werd in Nederland de Lastmeter ingevoerd, een in de Verenigde Staten ontwikkeld instrument (Smeets, 2010). De Lastmeter wordt gebruikt om psychosociale behoeften vast te stellen bij poliklinische patiënten van de afdeling oncologie. Het instrument is dus, net als het 7 x7 model van Fitchett, niet specifiek toegesneden op spiritualiteit. Waar Fitchett de spiritualiteit heeft uitgewerkt tot 7 dimensies, beperkt de Lastmeter zich op dit gebied tot 2 items. De patiënt kan aangeven of hij problemen ervaart op de gebieden: 'zin van het leven/ levensbeschouwing' en 'vertrouwen op God/geloof'.

De Lastmeter bestaat uit twee onderdelen die beide door de patiënt zelf moeten worden ingevuld. Bij de Lastmeter vindt er dus in eerste instantie geen gesprek plaats. Bij het eerste onderdeel kan de patiënt op een schaal van 0 tot 10 aangeven in hoeverre hij last ervaart van zijn ziekte, op lichamelijk, emotioneel, sociaal en praktisch gebied. Het uitgangspunt is dat de patiënt dit regelmatig doet gedurende zijn behandeling, zodat veranderingen in hoe de patiënt zijn ziekte ervaart kunnen worden opgemerkt. Een score van 5 of hoger op dit onderdeel wijst op verhoogde distress (Tuinman, Gazendam-Donofrio, & Hoekstra-Weebers 2008).

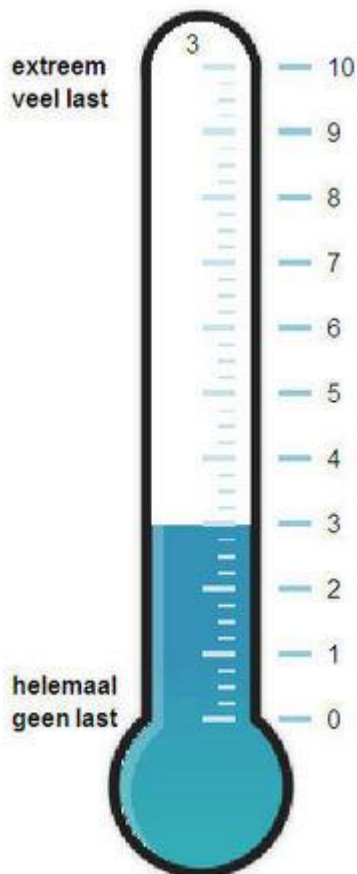
Bij het tweede onderdeel kan de patiënt aangeven of hij problemen ervaart op praktisch, lichamelijk, sociaal, emotioneel en religieus/spiritueel gebied. Aan het einde van de Lastmeter wordt gevraagd of de patiënt over zijn problemen wil praten met een deskundige. Na het invullen van de Lastmeter neemt een verpleegkundige of arts de uitslag met de patiënt door, om te bepalen of en waar de patiënt problemen ervaart en of doorverwijzing nodig is.

In 2011 organiseerde de Vereniging van Geestelijk Verzorgers in Zorginstellingen (VGVZ) een werkconferentie voor leden bij wie binnen hun instelling werd gewerkt met de Lastmeter, om met elkaar te discussiëren over een aanpassing van de Lastmeter op het gebied van religieuze/spirituele problemen (Vereniging van Geestelijk Verzorgers in Zorginstellingen, 2011). Uit deze werkconferentie ontstond een werkgroep, die na overleg met een aantal wetenschappers kwam tot een voorstel voor aanpassing. Onder meer werd voorgesteld andere termen te gebruiken, en de items op religieus/ spiritueel gebied uit te breiden, gebaseerd op kaders die werden aangereikt vanuit de wetenschap. Dit voorstel hebben we verwerkt in de Lastmeter door vet cursieve letters te gebruiken. Wat de werkgroep voorstelde te verwijderen, hebben we in de Lastmeter doorgehaald.

De Lastmeter

Stap 1:

Geef eerst in de thermometer aan hoeveel last u de afgelopen week hebt gehad (inclusief vandaag) op lichamelijk, *levensbeschouwelijk*, emotioneel, sociaal en praktisch gebied.



Stap 2:

Vul daarna de probleemlijst in voor eventueel afgelopen week (inclusief vandaag) ervaren problemen.

Praktische problemen

Ja	Nee	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zorg voor kinderen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wonen/ huisvesting
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Huishouden
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Vervoer
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Werk/ school/ studie
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Financiën
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verzekering

Gezins-/ sociale problemen

Ja	Nee	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Omgang met partner
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Omgang met kinderen

Omgang met familie/ vrienden

Emotionele problemen

Ja **Nee**

Greep hebben op emoties
 Herinneren van dingen
 Zelfvertrouwen
 Angsten
 Neerslachtigheid/ somberheid
 Spanning
 Eenzaamheid
 Concentratie
 Schuldgevoel
 Controleverlies

~~Religieuze/ spirituele problemen~~

Levensvragen/ religieuze vragen

Ja **Nee**

Zin van het leven/ levensbeschouwing
 Vertrouwen in God/ geloof
 Maken van keuzes
 Verlies van vertrouwen
 Verbondenheid
 Omgaan met verlies
 Vragen over leven en dood

Lichamelijke problemen

Ja **Nee**

uiterlijk
 veranderde urine / uitscheiding
 verstopping / obstipatie
 diarree
 eten
 opgezwollen gevoel
 koorts
 mondslijmvlies
 misselijkheid
 droge / verstopte neus
 pijn
 seksualiteit
 droge / jeukerige huid
 slaap
 benauwdheid
 duizeligheid
 praten
 smaakvermogen
 verandering in gewicht
 tinteling in handen en voeten
 wassen / aankleden
 dagelijkse bezigheden
 moeheid
 conditie

O O spierkracht

Andere problemen, vul deze hieronder in

Zou u met een deskundige willen praten over uw problemen?

Ja **Nee** **Misschien**
O O O

met wie?

- verpleegkundige
- geestelijk verzorger
- diëtist
- psycholoog
- fysiotherapeut
- lotgenoten
- maatschap. werker
- iemand anders

6.3.6. FACITsp

De Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Well-Being Scale oftewel FACITsp is een instrument waarmee patiënten op een 5 punts Likert-schaal (waarbij 0 staat voor ‘helemaal niet’ en 4 voor ‘heel erg’) kunnen aangeven in hoeverre zij de afgelopen week spiritueel welzijn hebben ervaren (Pearce, Coan, Herndon, Koenig & Abernethy, 2011). Het instrument bestaat uit twee sub-schalen: ‘zingeving en vrede’, bestaande uit 8 items die het gevoel van zin, doel, harmonie en innerlijke troost meten, en: ‘geloof’, bestaande uit 4 items waarmee wordt gemeten in welke mate patiënten kracht en troost vinden in hun religie en/ of spiritualiteit, en hoezeer zij op hun geloof vertrouwen om met hun ziekte om te gaan (Pearce et al., 2011).

De volgende vragen horen bij de FACITsp³⁷:

Hieronder staat een lijst met stellingen waarvan andere mensen met uw ziekte hebben aangegeven dat ze belangrijk zijn. Geef alstublieft aan hoezeer elke stelling de afgelopen 7

³⁷ Vertaald door D. Wijker

dagen voor u gold, door per stelling een cijfer te omcirkelen. 0 staat voor 'helemaal niet'; 1 voor 'enigszins'; 2 voor 'tamelijk'; 3 voor 'vrij veel' en 4 voor 'heel erg'.

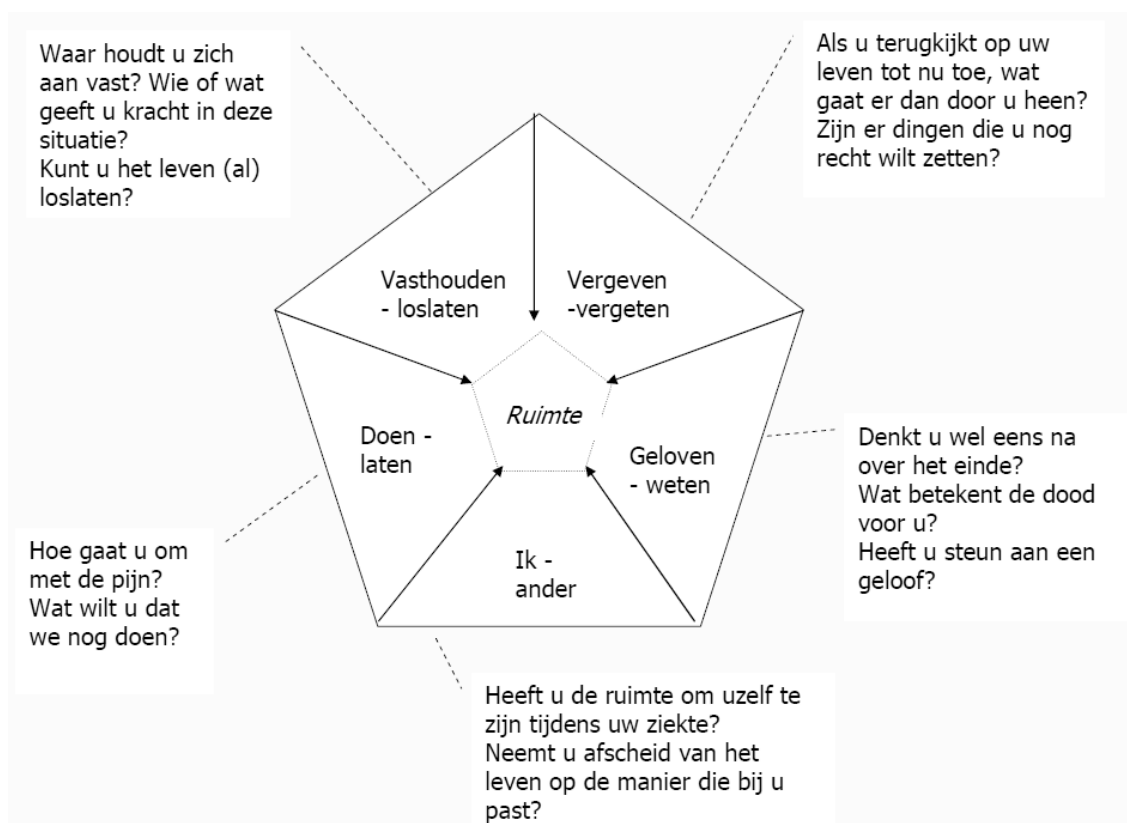
1. Ik voel me vredig	0	1	2	3	4
2. Ik heb een reden om te leven	0	1	2	3	4
3. Ik heb een productief leven geleid	0	1	2	3	4
4. Ik heb moeite om gemoedsrust te vinden	0	1	2	3	4
5. Ik heb een doel in mijn leven	0	1	2	3	4
6. Ik kan diep in mijzelf troost vinden	0	1	2	3	4
7. Ik ervaar innerlijke harmonie	0	1	2	3	4
8. Mijn leven heeft geen zin en doel	0	1	2	3	4
9. Ik vind troost in mijn religie of spiritualiteit	0	1	2	3	4
10. Ik vind kracht in mijn religie of spiritualiteit	0	1	2	3	4
11. Mijn ziekte heeft mijn religie of spiritualiteit versterkt	0	1	2	3	4
12. Ik weet dat wat er ook met mijn ziekte gebeurt, het komt wel goed	0	1	2	3	4

6.3.7. Een 'Nijmeegs' model voor spirituele anamnese

De onderzoekswerkgroep SPIRIT (niet te verwarren met het in 6.3.4. genoemde meetinstrument), bestaande uit onderzoekers van de Faculteit religiewetenschappen van de Radboud Universiteit en van verschillende afdelingen van het Universitair Medisch Centrum St. Radboud, werkt aan een alternatieve methode om spirituele zorgbehoeften vast te stellen (Smeets, 2010). Als uitgangspunt kozen zij voor een synthese van het model van Fitchett (6.3.2.) en het Ars Moriendi model van Leget (2003, zie figuur 2), gebruikmakend van de vijf klassieke dimensies van spiritualiteit volgens Glock en Stark (1965): experientieel; cognitief-narratief; sociaal; moreel; ritueel (Smeets, 2010)³⁸. Aan deze vijf dimensies werd nog de dimensie van spirituele coping toegevoegd (Pargament, 1997). Hieruit ontstond een theoretisch kader zoals verbeeld in tabel 7.

³⁸ We hebben ervoor gekozen om in deze scriptie het Ars Moriendi model van Leget niet apart te bespreken, omdat dit instrument is ontworpen voor gebruik ten behoeve van palliatieve patiënten. Daardoor is het mogelijk niet geschikt voor alle patiënten die zijn opgenomen in algemene ziekenhuizen.

Figuur 2: het Ars Moriendi model van Leget



(Leeffers-Vleesenbeek & van der Sluis, 2011)

Tabel 7: zes dimensies van spiritualiteit in crisis (Smeets, 2010)

Basiscategorieën (Glock en Stark)	Invulling vanuit Fitchett	Invulling vanuit Leget
1. Experiëntieel 2. Cognitief-narratief	Ervaring en emoties Geloof en betekenis Gezag en leiding	Geloven – weten
3. Sociaal	Gemeenschap	Ik – ander
4. Moreel	Roeping en gevolgen	Vergeven – vergeten
5. Ritueel	Ritueel en praktijk	
6. Coping	Moed en groei	Vasthouden – loslaten Doen – laten

Per dimensie ontwierp de werkgroep SPIRIT een of twee vragen, waaruit een instrument van 8 vragen ontstond om spirituele zorgbehoeften vast te stellen. De vragen kunnen net als de Lastmeter periodiek worden herhaald om na te gaan of er tijdens de begeleiding

veranderingen optreden in de spirituele zorgbehoeften³⁹ (Smeets, 2010). De vragen zijn als volgt:

Een 'Nijmeegs' model voor spirituele anamnese

1. Heeft u nu ervaringen of gevoelens die u soms de baas zijn?
- 2a. Is een levensovertuiging of een geloof in God/ iets Hogers voor u nu belangrijk?
- 2b. Zijn bepaalde verhalen of historische figuren in spirituele zin voor u nu belangrijk?
3. Heeft u te weinig ruimte om u zelf te zijn tijdens uw ziekte?
4. Als u terugkijkt op uw leven, zijn er dan dingen die u dwars zitten?
5. Worden er bij u dingen gedaan die u zelf liever niet wilt dat gedaan worden?
- 6a. Is er iets of iemand waardoor u kracht of moed krijgt in uw huidige situatie?
- 6b. Zijn er dingen die u moeilijk vindt om los te moeten laten?

(Uit de Power Point Presentatie: 'een model voor spirituele anamnese', behorend bij college 3 van het vak Geestelijke Verzorging aan de UU, 2012)

6.4. Evaluatie

In deze paragraaf zullen we de criteria zoals we die hebben vastgesteld in hoofdstuk 5 gebruiken om de in §6.3. besproken spirituele biografieën te evalueren. We zullen de spirituele screening die we in §6.2. hebben besproken niet hier evalueren, maar in §8.2. vergelijken met de vragen die in de praktijk worden gesteld door verpleegkundigen. Een spirituele screening is immers niet gericht op het krijgen van een beter begrip van de spirituele zorgbehoeften en bronnen van een patiënt, maar bedoeld om snel vast te stellen of iemand een spirituele crisis doormaakt en daarom doorverwezen dient te worden naar een geestelijk verzorger (Puchalski et al, 2009). De criteria die we zullen gebruiken om spirituele biografieën te evalueren zijn dan ook niet allemaal geschikt om spirituele screening te evalueren. Criterium 5 stelt bijvoorbeeld dat het instrument geschikt moet zijn om spirituele zorgbehoeften vast te stellen. Een screening is bedoeld om vast te kunnen stellen of spirituele zorg gewenst is, niet om spirituele zorgbehoeften vast te stellen.

³⁹ Naast dit meetinstrument ontwikkelde SPIRIT twee observatie-instrumenten, waarbij dezelfde zes dimensies van spiritualiteit als uitgangspunt gelden. Hoewel we het grote belang van het niet alleen verbaal vragen maar tevens observeren van (non-verbaal) gedrag onderschrijven, valt dit buiten het bereik van deze scriptie. We beperken ons daarom ook bij dit model tot de vragenlijst.

We gebruiken de volgende criteria:

1. *Een open vragenlijst moet niet meer dan 8, een meerkeuze vragenlijst maximaal 35 vragen bevatten.*

Hier zien we dat voor de voorbeeldvragen die worden gegeven bij de instrumenten HOPE, Fitchett, FICA en SPIRIT geldt dat er te veel open vragen worden gesteld. Om aan dit criterium te voldoen zou er een keuze moeten worden gemaakt voor 8 vragen.

Bij de Lastmeter zien we dat, na de door de werkgroep van het VGVZ voorgestelde wijziging, er te veel meerkeuzevragen worden gesteld. Het gaat hier echter om een holistisch instrument dat niet alleen spirituele problemen laat zien. Wanneer we alleen de levensbeschouwelijke vragen in ogenschouw nemen voldoet het instrument aan dit criterium. Zowel FACITsp als het Nijmeegse model voldoen aan dit criterium.

2. *De vragen moeten worden gesteld in voor alle patiënten begrijpelijke, eenduidige woorden.*

HOPE, FICA, SPIRIT en FACITsp gebruiken consequent de termen religie en spiritualiteit. De werkgroep van de VGVZ (2011) die zich bezighield met de Lastmeter zegt over het woord spiritualiteit dat het weliswaar weer in zwang raakt, met name in de palliatieve zorg, maar dat de term in de volksmond geassocieerd wordt met zweverigheid. Bovendien wordt het volgens hen niet herkend als een bij iedereen aanwezig aspect. Wellicht zou het begrip bij gebruik van deze modellen moeten worden uitgelegd.

Bij de richtinggevende vragen die de dienst Geestelijke Verzorging en Pastoraat voorstelt om de 7 spirituele dimensies van Fitchett op te sporen, valt op dat er eerst uitleg wordt gegeven over wat de dimensies betekenen (Dienst Geestelijke Verzorging en Pastoraat, 2008). Daarna volgt er meestal een vraag, die lang niet altijd de lading dekt. Bovendien worden er in de uitleg soms woorden gebruikt die voor een groot aantal mensen moeilijk zijn, zoals 'existentieel' en 'institutioneel'. Verder zijn een aantal vragen niet zo geformuleerd dat ze aan de patiënt kunnen worden gesteld, omdat het woord 'iemand' vaak wordt gebruikt. Deze vragen zouden opnieuw moeten worden geformuleerd. Het 'Nijmeegse' model van de werkgroep SPIRIT heeft dat volgens ons gedaan in woorden die begrijpelijk en eenduidig zijn.

3. *De vragen moeten gaan over eigen ervaringen van de patiënt.*

De kritiek zoals we die onder criterium 2 hebben geuit bij de voorgestelde vragen door de dienst Geestelijke Verzorging en Pastoraat bij het model van Fitchett over het feit dat de vragen niet zo zijn geformuleerd dat ze aan de patiënt kunnen worden gesteld, omdat het woord 'iemand' vaak wordt gebruikt, geldt ook hier. Ook hier is dat door de werkgroep

SPIRIT op een goede manier aangepast. Verder doorstaan alle besproken modellen de toets der kritiek met betrekking tot dit criterium.

4. *Items moeten een enkel onderwerp bevatten.*

Bij de HOPE vragen wordt een aantal malen een aantal onderwerpen in een vraag gevat, zoals bij 'bronnen van hoop, kracht, troost en vrede' en 'aspecten van religie die behulpzaam en minder behulpzaam zijn'. Dat geldt ook voor de voorbeeldvragen bij Fitchett ('betekenis en doel'; 'wat betekent zijn levensovertuiging in het licht van de huidige problemen en andersom?'; 'bronnen van steun en inspiratie'). FICA gebruikt weliswaar de woorden 'religieus of spiritueel' samen, maar na uitleg is dat verdedigbaar. Er wordt immers alleen gevraagd naar hoe de patiënt zichzelf beschouwt. Datzelfde geldt voor FACITsp en SPIRIT, hoewel bij de laatste wel in een vraag geïnformeerd wordt naar de betekenis voor de patiënt van zowel gewoonten als beperkingen.

Een zwakte met betrekking tot dit criterium bij de Lastmeter is volgens ons de thermometer. De patiënt wordt gevraagd om op de thermometer aan te geven hoeveel last zij de afgelopen week heeft gehad (inclusief vandaag) op lichamelijk, levensbeschouwelijk, emotioneel, sociaal en praktisch gebied. De indruk bestaat echter, in ieder geval bij ons, dat de thermometer maar een keer kan worden ingevuld⁴⁰. Hierdoor kan het voor patiënten onduidelijk zijn of het hier gaat om de ervaren last op alle gebieden tegelijk, enkele of slechts een. Vijf thermometers, voor elk gebied een, zou mogelijk een alternatief zijn.

Het 'Nijmeegse' model informeert in een vraag naar ervaringen of gevoelens, een levensovertuiging of geloof in God/ iets Hogers, verhalen of historische figuren en iets of iemand die kracht of moed geeft. Toch kan worden verdedigd dat deze vragen een onderwerp behandelen. Binnen dat onderwerp worden enkele mogelijke alternatieven voorgesteld.

5. *Het instrument moet spirituele zorgbehoeften kunnen vaststellen bij patiënten die zich religieus noemen, bij degenen die zich spiritueel noemen, en bij patiënten die zich in (geen van) beide termen herkennen.*

Van belang is dat de termen religieus en spiritueel worden uitgelegd. Bij het HOPE model zijn vooral de vragen bij het eerste gebied (de H) geschikt om te stellen aan iedereen, ongeacht of hij zichzelf beschouwt als religieus, spiritueel, beide of geen van beide. Fitchett vraagt op een brede manier naar zowel specifiek religieuze of spirituele dimensies als dimensies die iedereen kan beantwoorden. Dat geldt ook voor het Nijmeegse model. FICA

⁴⁰ De Lastmeter bevat immers maar een thermometer, waarop de hoeveelheid last met betrekking tot alle vijf de gebieden moet worden aangegeven.

is vrij sterk gericht op mensen die zich als religieus en/of spiritueel beschouwen. Voor mensen die zich noch religieus noch spiritueel zouden noemen is deze vragenlijst niet geschikt, terwijl ze wel degelijk spirituele zorgbehoeften kunnen hebben. Datzelfde geldt voor SPIRIT. De Lastmeter doorstaat volgens ons de toets der kritiek met betrekking tot dit criterium, zeker na aanpassing door het voorstel van de werkgroep van de VGVZ.

FACITsp informeert naar de functie van religie of spiritualiteit maar stelt ook vragen die geschikt zijn voor mensen die zich niet als zodanig beschouwen. Het 'Nijmeegse' model is volgens ons wat dat betreft nog net iets breder in de vraagstelling.

6. *De vragen moeten alle vijf relevante dimensies van religie c.q. spiritualiteit omvatten, de cognitieve, experiëntiële, sociale, morele en rituele dimensie.*

De werkgroep SPIRIT heeft aan de vijf dimensies van Glock en Stark (1965) nog een zesde toegevoegd, namelijk coping (Smeets, 2010). Coping is strikt genomen geen dimensie van religie c.q. spiritualiteit maar een functie daarvan. Deze functie is echter zo belangrijk voor een instrument om spirituele zorgbehoeften vast te stellen, dat ook wij coping zullen toevoegen aan de dimensies.

In het HOPE model zijn alle dimensies te vinden⁴¹, hoewel de nadruk lijkt te liggen op coping. Als er een keuze voor niet meer dan acht open vragen gemaakt zou worden, zoals we hebben voorgesteld bij criterium 1, zou er rekening mee gehouden moeten worden dat er voor alle zes dimensies minstens een vraag overblijft.

Volgens Smeets (2010) zijn alle zes dimensies terug te vinden in het model van Fitchett, en die zijn dan ook terug te vinden in het Nijmeegs model. Dat is logisch, omdat de vragen in het Nijmeegs model bewust zijn ontworpen naar aanleiding van de combinatie tussen Fitchett en de zes dimensies⁴².

⁴¹ Bijvoorbeeld: *Ik vraag me af, waaraan in uw leven ontleent u innerlijke ondersteuning?* = coping/ experiëntieel; *Bent u aangesloten bij een religieuze organisatie? Hoe belangrijk is dat voor u? – cognitief-narratief;* *Maakt u deel uit van een religieuze of spirituele gemeenschap? Is dat behulpzaam voor u? Hoe?* = sociaal/ coping; *Heeft het feit dat u ziek bent (of uw actuele situatie) u beïnvloed in uw vermogen om de dingen te doen die u normaal gesproken spiritueel behulpzaam zijn? (of uw relatie met God beïnvloed?)* = ritueel; *Maakt u zich zorgen om de vraag of uw geloof in conflict kan komen met uw medische situatie/ zorg/ beslissingen?* = moreel.

⁴² In de Power Point presentatie 'een model voor spirituele anamnese', die tijdens het college Geestelijke Verzorging (2012) werd getoond, geven de nummers voor de vragen aan bij welke dimensie deze horen:

1. Experiëntieel: Heeft u nu ervaringen of gevoelens die u soms de baas zijn?
- 2a. Cognitief-narratief: Is een levensovertuiging of een geloof in God/ iets Hogers voor u nu belangrijk?
- 2b. Cognitief-narratief: Zijn bepaalde verhalen of historische figuren in spirituele zin voor u nu belangrijk?
3. Sociaal: Heeft u te weinig ruimte om u zelf te zijn tijdens uw ziekte?
4. Moreel: Als u terugkijkt op uw leven, zijn er dan dingen die u dwars zitten?
5. Ritueel: Worden er bij u dingen gedaan die u zelf liever niet wilt dat gedaan worden?
- 6a. Coping: Is er iets of iemand waardoor u kracht of moed krijgt in uw huidige situatie?

In het FICA model worden vragen gesteld uit de cognitief-narratieve, sociale, morele en coping dimensie⁴³. De rituele en experiëntiële dimensies ontbreken. Het SPIRIT model neemt ook de rituele dimensie in haar vragen op, maar ook daar ontbreekt de experiëntiële dimensie⁴⁴.

Met betrekking tot de Lastmeter wordt door de werkgroep van de VGVZ (2011) een aantal door wetenschappers aangereikte theoretische kaders gebruikt om te komen tot de vijf items die worden voorgesteld om de twee huidige items op de Lastmeter te vervangen. In tabel 8 worden deze kaders getoond, waaronder de 5 door Smeets aanbevolen dimensies van Glock & Stark. Hoewel in het voorstel tot aanpassing Lastmeter (VGVZ, 2011) coping niet wordt genoemd, komt ook deze dimensie terug in het item 'omgaan met verlies'. De rituele dimensie ontbreekt echter (VGVZ, 2011).

In de FACITsp ligt de nadruk op de experiëntiële, de cognitief-narratieve en coping dimensie⁴⁵. Tot de morele dimensie kan wellicht het item gerekend worden 'ik heb een productief leven geleid'. De sociale en rituele dimensie ontbreken in dit model.

Tabel 8: theoretische kaders voor wijzigingsvoorstel Lastmeter

<i>Uiteindelijke keuze</i>	<i>Garssen</i>	<i>Walton</i>	<i>Smeets</i>	<i>Schilderman</i>
Vragen over leven en dood	Vragen over levenseinde	Vragen over leven, sterven en dood – existentieel	Cognitief-narratief	Contingentie/transcendentie
Verlies van vertrouwen	Verlies van vertrouwen	Omgaan met verlies – existentieel	Experientieel	Contingentie/transcendentie
Verbondenheid	Verlies van gevoel van verbondenheid	Religie/spiritualiteit	Sociaal Experientieel	Normaliteit/transcendentie
Omgaan met verlies	Omgaan met verlies	Omgaan met (dreigend) verlies	Sociaal Experientieel/coping	Identiteit
Maken van keuzes	Vragen over zinvolheid	Ethische/morele vragen <i>of</i>	Moreel	Identiteit

6b. Coping: Zijn er dingen die u moeilijk vindt om los te moeten laten?

⁴³ Bijvoorbeeld: *Beschouwt u zichzelf als spiritueel of religieus?* = cognitief-narratief; *Heeft u een spiritueel geloof dat u helpt om te gaan met stress?* = coping; *Welke rol speelt uw geloof in de beslissingen ten aanzien van uw medische zorg?* = moreel; *Maakt u deel uit van een spirituele of religieuze gemeenschap?* = sociaal.

⁴⁴ Bijvoorbeeld: *Beschrijf of benoem uw spirituele geloofssysteem* = cognitief-narratief; *Bent u aangesloten bij een spirituele of religieuze groep of gemeenschap?* = sociaal; *Welk belang heeft deze groep voor u? Is het een bron van steun voor u? Op welke manieren?* = sociaal/ coping; *Zijn er bepaalde gewoonten die u heeft als onderdeel van uw religie/spiritualiteit (bijv. gebed of meditatie)?* = ritueel; *Zijn er bepaalde medische handelingen die u verbiedt op grond van uw religie/spiritualiteit?* = moreel.

⁴⁵ Bijvoorbeeld: *Ik voel me vredig* = experientieel; *Ik heb een doel in mijn leven* = cognitief-narratief; *Ik vind kracht in mijn religie of spiritualiteit* = coping.

		ethische/ morele keuzes		
		Beleving van zelf en eigen leven (identiteit)	Ritueel	Ritualiteit

(VGVZ, 2011, 3)

7. *De in hoofdstuk 2 benoemde factoren van spiritualiteit: ‘verbondenheid’, ‘zin, betekenis en doel’, ‘transcendentie’ en ‘waarden’ moeten door het instrument worden gemeten.*

Bijna alle besproken instrumenten voldoen aan dit criterium, wat betekent dat ze inderdaad de zorgbehoeften meten die te maken hebben met het brede gebied dat spiritualiteit is. Dit zegt dus iets over de inhoudsvaliditeit van de instrumenten (zie §5.3.).

Facitsp vormt hierop een uitzondering. Dit instrument legt sterke nadruk op het innerlijk, waardoor de factor ‘verbondenheid’ niet bevraagd wordt, althans niet expliciet. Wel is het mogelijk dat de patiënt in zijn antwoorden spreekt over verbondenheid. Hij zou bijvoorbeeld kunnen aangeven dat hij een reden heeft om te leven om zijn (klein-)kinderen op te zien groeien, of bijvoorbeeld antwoorden moeite te hebben om gemoedsrust te vinden vanwege een verbroken relatie, of omdat hij vanwege zijn ziekte niet meer mobiel is waardoor hij de verbondenheid met de natuur niet meer kan ervaren door een boswandeling te maken.

Ook naar de factor ‘waarden’ wordt door FACITsp niet gevraagd. Waar andere instrumenten bijvoorbeeld vragen naar de invloed van de levensbeschouwing van de patiënt op ‘terminal events planning’ (zoals het SPIRIT model), vraagt FACITsp niet naar de ethische implicaties van iemands spiritualiteit.

8. *Instrumenten om spirituele zorgbehoeften vast te stellen moeten door onderzoek zijn gevalideerd.*

FICA, SPIRIT en HOPE zijn modellen die minimaal zijn geëvalueerd op psychometrische eigenschappen (Borneman et al., 2010). Smeets stelt bovendien dat deze modellen niet toepasbaar zijn gemaakt voor de Nederlandse situatie (Smeets, 2010). Hoewel wij ten behoeve van deze scriptie een werkvertaling hebben gemaakt van de vragen, zou er veel meer moeten worden nagedacht over een goede vertaling van de vragen, waarna de validiteit in de Nederlandse situatie zou moeten worden onderzocht. Datzelfde geldt voor FACITsp, omdat de vragen uit dit model alleen in de Verenigde Staten zijn gevalideerd (Pearce et al., 2011; Peterman, Fitchett, Brady, Hernandez, & Cella, 2002).

Voor het model van Fitchett voldoen de vragen zoals voorgesteld door de dienst Geestelijke Verzorging en Pastoraat van het Radboud MC niet, omdat er geen sprake is van echte vragen, zoals we beschreven bij criterium 2. Voor het 'Nijmeegse' model geldt dit wel, maar we hebben in de literatuur geen validerend onderzoek kunnen vinden.

De Distress Thermometer, in het Nederlands vertaald als Lastmeter, is in de ambulante oncologische setting gevalideerd in de Verenigde Staten (Bannink, 2010). De Nederlandse versie heeft de oorspronkelijke 35 items aangevuld naar 47, waarna ook deze is gevalideerd door empirisch onderzoek (Tuinman et al., 2008). De aanpassing op voorstel van de werkgroep van de VGVZ moet echter nog worden gevalideerd.

Smeets (2010) geeft kritiek op het gebrek aan eenduidigheid van de items op het gebied van religie en spiritualiteit in de oorspronkelijke Lastmeter. Bij aanpassing met het door de werkgroep van de VGVZ gedane voorstel zou er grote winst geboekt worden met betrekking tot begrijpelijkheid en eenduidigheid. Wel vragen we ons af of het item 'maken van keuzes' niet erg breed overkomt en door elke patiënt in verband gebracht zal worden met het kopje levensvragen/ religieuze vragen.

6.5. Samenvatting en conclusies

In de literatuur wordt onderscheid gemaakt tussen spirituele screening en het afnemen van een spirituele biografie. We hebben 7 spiritueel biografische instrumenten beschreven om spirituele zorgbehoeften vast te stellen. Vervolgens hebben we deze instrumenten beoordeeld volgens de criteria die we in hoofdstuk 5 hebben vastgesteld.

Zoals blijkt uit tabel 9, is er niet een model dat volledig voldoet wanneer alle criteria op de modellen worden toegepast. Wat betreft de Lastmeter gaan we uit van een volgens het voorstel van de werkgroep van de VGVZ aangepaste versie. Deze versie zou moeten worden gevalideerd, evenals het Nijmeegse model. Met betrekking tot criterium 4 kan de Lastmeter eenvoudig worden aangepast door niet 1 maar 5 thermometers te maken, zodat patiënten per gebied kunnen aangeven hoe groot de last is die zij ervaren.

Tabel 9: voldoen de instrumenten aan de criteria? N=nee; J=ja

	Instru- ment						
Criterion	HOPE	Fitchett	FICA	SPIRIT	Lastmeter	FACITsp	Nijmeegs model
1: aantal vragen	N	N	N	N	J	J	J
2: bewoording	N	N	N	N	J	N	J
3: eigen ervaringen	J	N	J	J	J	J	J
4: een onderwerp	N	N	J	J	N	J	J
5: breedheid	J	J	N	N	J	J	J
6: 5 dimensies	J	J	N	N	J	N	J
7: 4 factoren	J	J	J	J	J	N	J
8: validiteit	N	N	N	N	N	N	N

Wanneer validerend onderzoek heeft plaatsgevonden, blijken zowel de Lastmeter (na de door ons voorgestelde aanpassing) als het Nijmeegs model dus te voldoen aan alle criteria die we in de literatuur hebben gevonden. Deze instrumenten lijken ons daarom het meest geschikt om in de praktijk te gaan gebruiken om spirituele zorgbehoeften vast te stellen bij patiënten die zijn opgenomen in een algemeen ziekenhuis.

HOOFDSTUK 7: EMPIRISCH ONDERZOEK

7.1. Inleiding

Zoals we in hoofdstuk 1 hebben verwoord, willen we in onze eindschrift een bijdrage leveren aan de beantwoording van de vraag hoe spirituele zorgbehoeften kunnen worden vastgesteld bij patiënten die zijn opgenomen in een algemeen ziekenhuis⁴⁶.

Onze doelstelling is om een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van een efficiënt instrument om spirituele zorgbehoeften vast te stellen bij patiënten die zijn opgenomen in een algemeen ziekenhuis. Om hierbij aanbevelingen te kunnen doen is er een inventarisatie nodig van de wijze waarop geestelijk verzorgers op dit moment in algemene ziekenhuizen in Nederland spirituele zorgbehoeften vaststellen bij hun patiënten. We hebben ons empirisch onderzoek dan ook uitgevoerd door met behulp van een enquête geestelijk verzorgers in algemene ziekenhuizen te bevragen over de methodieken die zij toepassen om spirituele zorgbehoeften vast te stellen.

Na analyse van de data uit de enquête met behulp van SPSS zullen we deze toetsen aan de bestaande literatuur, om zo te komen tot een aanbeveling voor het doen van verder onderzoek en het vormen van verdere wetenschappelijke theorievorming met betrekking tot het vaststellen van spirituele zorgbehoeften in de Nederlandse context.

We hebben de enquête samengesteld in nauw overleg met docent Jos Pieper en onze medestudenten. Na enkele rondes waarin we de vragen kritisch bekeken, hebben we de enquête ingevoerd op de website www.thesistools.com, waarna we onze medestudenten hebben gevraagd om de enquête als proef in te vullen. Naar aanleiding hiervan hebben we nog een enkel detail veranderd, waarna we onze medestudenten hebben gevraagd de enquête niet meer in te vullen, om er zeker van te zijn dat de data vanaf dat moment alleen afkomstig zouden zijn van geestelijk verzorgers die werkzaam zijn in algemene ziekenhuizen in Nederland.

De VGVZ was in de persoon van Joshua Geelen zo vriendelijk om de link naar de enquête door te sturen aan 281 bij de VGVZ aangesloten geestelijk verzorgers binnen het werkveld ziekenhuizen. Twee van hen reageerden dat zij niet meer in een algemeen ziekenhuis werkzaam waren en de enquête daarom niet hebben ingevuld. 82 Respondenten vulden de enquête in (29 %).

⁴⁶ We sluiten met deze vraagstelling aan bij Smeets (2010).

In de volgende paragraaf zullen we de opbouw van de enquête beschrijven en relateren aan de hoofd- en subvragen die we hebben beschreven in §1.4.1. van deze scriptie. De enquête is als aanhangsel 1 toegevoegd.

7.2. Opbouw enquête

De hoofd- en subvragen die we in §1.4.1. van deze scriptie hebben beschreven zijn:

Hoofdvraag: Welke methoden worden anno 2014 gebruikt door geestelijk verzorgers in algemene ziekenhuizen in Nederland om spirituele zorgbehoeften bij patiënten vast te stellen, en hoe zijn deze te evalueren met gebruik van de bestaande literatuur over het vaststellen van spirituele zorgbehoeften?

Subvragen:

7. Op welke wijze komen contacten tot stand tussen patiënten en de dienst geestelijke verzorging?
8. Welke vragen worden anno 2014 gesteld in de verpleegkundige anamnese bij opname van patiënten, met betrekking tot hun spirituele zorgbehoeften?
9. Op welke andere manieren dan de verpleegkundige anamnese stellen geestelijk verzorgers in algemene ziekenhuizen in Nederland spirituele zorgbehoeften vast bij patiënten?

Om deze vragen te beantwoorden beginnen we de enquête met een aantal vragen naar de volgende persoonsgegevens: 1) leeftijd, 2) hoogst voltooide opleiding, 3) aantal jaren ervaring, 4) geslacht, 5) de vraag of de respondent zich als religieus, spiritueel of levensbeschouwelijk beschouwt, of zij behoort tot een religieuze/ spirituele of levensbeschouwelijke groepering en 6) met welke stroming zij zich het meest verwant voelt.

Ons doel hiermee is om te onderzoeken of er verbanden bestaan tussen deze variabelen en andere data die we door deze enquête willen verkrijgen, zoals mogelijke verbanden tussen leeftijd of opleiding en toegepaste methodieken. Uit een kleinschalig onderzoek dat werd uitgevoerd door v.d. Wel & Pieper blijkt bijvoorbeeld dat er verbanden zijn tussen leeftijd en gewenste mate van integratie⁴⁷ (v.d. Wel & Pieper, 2000). De jongere groep (39-45 jaar) van de door hen ondervraagde geestelijk verzorgers spreekt zich sterker uit voor procesintegratie dan de oudere groep (46-56), wat onder meer betekent dat er een grote betrokkenheid bij multidisciplinaire patiëntbesprekingen is. Daardoor zou, met betrekking tot ons onderzoek, de

⁴⁷ V.d. Wel & Pieper wijzen er in de beschrijving van dit onderzoek op dat 'vanwege het geringe aantal respondenten er weinig gedifferentieerd naar verbanden gezocht kan worden en dat de kans op het vinden van statistische significantie gering is' (v.d. Wel & Pieper, 2000).

kans groter kunnen zijn dat een jongere geestelijk verzorger vaker patiënten zal bezoeken naar aanleiding van multidisciplinair overleg dan een oudere geestelijk verzorger. Wij hopen door deze vragen in de enquête te betrekken ook dergelijke verbanden te vinden.

Na deze persoonsgegevens stellen we subvraag 7 (over het tot stand komen van contact tussen patiënt en dienst geestelijke verzorging), waarbij we uitgaan van de 7 mogelijkheden die Smeets (2010) noemt (vraag 7 in de enquête)⁴⁸. Hieraan voegen we de mogelijkheid toe dat er standaard een kennismakingsgesprek wordt gevoerd met nieuw opgenomen patiënten, op eigen initiatief van de geestelijk verzorger. Om subvraag 8 te beantwoorden stellen we de vraag of, wanneer het onderzoek naar spirituele zorgbehoeften van nieuw opgenomen patiënten is gedelegeerd aan de verpleging, de respondenten weten welke vragen er worden gesteld (vraag 8 in de enquête). Vervolgens vragen we of de respondenten in tekstvakken willen aangeven welke vragen er worden gesteld (vraag 9 in de enquête).

Subvraag 9 willen we proberen te beantwoorden door de vraag te stellen hoe geestelijk verzorgers, wanneer zij zelf in gesprek gaan met een patiënt, spirituele zorgbehoeften onderzoeken (vraag 10). We geven hierbij vier mogelijke antwoorden waarvan we vermoeden dat die in de praktijk vaak worden gehanteerd, namelijk a) het beluisteren van het levensverhaal, waarbij b) wordt doorggevraagd bij bepaalde onderwerpen; c) het letten op bepaalde signalen en d) gebruikmaking van een standaard vragenlijst. Bij b, c en d vragen we om in een tekst-vak aan te geven om welke onderwerpen, signalen en/of vragen het gaat. Vervolgens stellen we de vraag, wanneer respondenten gebruik maken van een standaard vragenlijst, of zij deze zelf hebben samengesteld, (deels) hebben ontleend aan een hen bekend model, of 'anders'. We vragen daarbij om ook aan te geven van welk model er eventueel gebruik gemaakt wordt (vraag 11).

Vervolgens vragen we of het de respondenten bekend is of verpleegkundigen ook letten op bepaalde signalen die kunnen wijzen op spirituele zorgbehoeften en welke signalen dat eventueel zijn (vraag 12). Ten slotte vragen we of de verpleegkundige discipline naar de mening van de respondenten spiritualiteit ziet als onderdeel van de totale zorg, en waar dat uit blijkt (vraag 13). Deze vragen horen bij subvraag 8.

⁴⁸ Namelijk:

"a. Op verzoek van de patiënt: 'vraaggestuurde zorg'.

b. Op verzoek van de naasten van patiënt (ook in het kader van 'vraaggestuurde zorg').

c. Als aanbod van de geestelijk verzorger – in het kader van eigen initiatief (bijvoorbeeld n.a.v. deelname aan publieke rituelen).

d. In het kader van een behandelingsprotocol van een afdeling (bijvoorbeeld standaard kennismakingsgesprek met nieuw opgenomen patiënten).

e. In het kader van een ziekenhuisbreed protocol.

f. Op basis van een multidisciplinair vastgestelde 'spirituele nood' en 'spirituele coping'." (Smeets, 2010, 187)

7.3. Resultaten

7.3.1. Persoonsgegevens

De leeftijd van de 82 respondenten varieert sterk. De jongste is 25 jaar, de oudste 69 jaar oud. De gemiddelde leeftijd is 52 jaar. Verreweg het grootste aantal geestelijk verzorgers (75) heeft een universitaire masteropleiding (91,5%). 6 Respondenten (7,3%) gaven aan een HBO masteropleiding te hebben gevolgd. Een respondent beantwoordde de vraag niet. We ontvingen van hem een e-mail waarin hij aangeeft in de vragenlijst de mogelijkheid te missen om zijn opleiding, namelijk een academische doctoraal opleiding, op te geven.

Het gemiddeld aantal jaren waarin de respondenten werkzaam zijn als geestelijk verzorger is 12,5, waarbij het minste aantal functie jaren 1 is, het hoogste aantal functie jaren 33. 2 Respondenten geven niet aan wat hun geslacht is. 33 Respondenten zijn man (40,2%), 47 zijn vrouw (57,3%).

35 Van de respondenten geven aan zich als religieus ingesteld te beschouwen (42,7%). 25 Beschouwen zich als spiritueel ingesteld (30,5%). 24 Beschouwen zich als levensbeschouwelijk ingesteld (29,3%). 50 Respondenten zijn aangesloten bij een religieuze/ spirituele of levensbeschouwelijke groepering (61%). 28 Respondenten voelen zich het meest verwant met het Rooms-Katholicisme (34,1%), 43 met het Protestantisme (52,4%). 2 Respondenten voelen zich het meest verwant met het Hindoeïsme (2,4%) en 7 met het Boeddhisme (8,5%). 3 Voelen zich het meest verwant met het Jodendom (3,7%) en 1 met de New Age (1,2%). 6 Respondenten voelen zich het meest verwant met Nieuwe Spiritualiteit (7,3%) en 13 van de respondenten met het Humanisme (15,9%). Geen van de respondenten voelt zich verwant met de Islam, het Atheïsme of Agnosticisme. 3 Respondenten geven aan zich met geen enkele stroming verwant te voelen (3,7%).

5 Respondenten geven aan zich verwant te voelen met een andere stroming (6,1%). Een van hen geeft aan zich het meest verwant te voelen met het Christendom-Katholicisme. Het is niet duidelijk welk verschil zij bedoelt met de stroming Christendom: Rooms-Katholiek. Mogelijk bedoelt ze zich met meest verwant te voelen met het Oud-Katholicisme. Het is ook mogelijk dat ze bedoelt zich het meest verwant te voelen met het Christendom in algemene zin, wat de letterlijke betekenis van het woord 'Katholiek' is. Dit wordt door een andere respondent aangegeven, namelijk 'Christendom'. De overige 3 respondenten geven aan zich het meest verwant te voelen met het Oud-Katholicisme, het Religieus Humanisme en met het Taoïsme. De persoonsgegevens zijn verzameld in tabel 10.

Tabel 10: persoonsgegevens respondenten (n = 82)

Variabelen	Frequentie	Percentage
Leeftijd	Gemiddeld = 52,41 Standaard deviatie = 8,96 Spreiding = 25-69	
Hoogst voltooide opleiding		
HBO Bachelor	0	0
HBO Master	6	7,3
Universitaire Bachelor	0	0
Universitaire Master	75	91,5
Niet ingevuld	1 (doctoraal)	1,2
Geestelijk verzorger sinds	Gemiddeld = 12,57 Standaard deviatie = 8,22 Spreiding = 1-33	
Geslacht		
Man	33	40,2
Vrouw	47	57,4
Niet ingevuld	2	2,4
Beschouwt zichzelf als		
Religieus ingesteld	35	42,7
Spiritueel ingesteld	25	30,5
Levensbeschouwelijk ingesteld	24	29,3
Behorend tot groepering	50	61
Meest verwant met		
Rooms-Katholicisme	28	34,1
Protestantisme	43	52,4
Islam	0	0
Hindoeïsme	2	2,4
Boeddhisme	7	8,5
Jodendom	3	3,7
New Age	1	1,2
Nieuwe Spiritualiteit	6	7,3
Humanisme	13	15,9
Atheïsme	0	0
Agnosticisme	0	0
Geen enkele stroming	3	3,7
Andere stroming:	5:	6,1
	Christendom-Katholicisme	
	Christendom	
	Oud-Katholicisme	
	Religieus Humanisme	
	Taoïsme	

7.3.2. De wijze waarop contacten tot stand komen tussen patiënten en de dienst Geestelijke Verzorging

Op de vraag op welke wijze contacten tot stand komen tussen patiënten en geestelijk verzorgers konden meerdere antwoorden gegeven worden. Bij de mogelijke antwoorden zijn we uitgegaan van de mogelijkheden die Smeets (2010) noemt, waarbij we de mogelijkheid hebben toegevoegd dat er standaard een kennismakingsgesprek wordt gevoerd met nieuw opgenomen patiënten, op eigen initiatief van de geestelijk verzorger. Ook werd gevraagd om zo mogelijk aan te geven in hoeveel procent van de gevallen de gekozen optie (bij benadering) geldt. De resultaten zijn verwerkt in tabel 10.

10 Van de respondenten geven aan te proberen standaard een kennismakingsgesprek met nieuw opgenomen patiënten te voeren, omdat dit onderdeel is van het behandelingsprotocol van de afdelingen waar zij werken (12,2%). De afdelingen waarvoor dit protocol geldt zijn dagbehandeling oncologie (2x), cardiac care unit (CCU), dialyseafdeling, revalidatie, chirurgie, neurologie, interne, psychiatrie, de palliatieve unit en de oncologie longafdeling. Een van de respondenten geeft aan dat dit protocol ook geldt voor zogenaamde 'langliggers'.

De haalbaarheid om daadwerkelijk standaard een kennismakingsgesprek met de patiënten te voeren varieert sterk, van 5% op de afdeling psychiatrie tot 90% op de dialyseafdeling. Er kunnen door het beperkte aantal data geen conclusies worden getrokken over een eventueel verband tussen de aard van de afdeling en de haalbaarheid om het protocol waar te maken. De volledige antwoorden op deze vraag zijn opgenomen in aanhangsel 2.

1 Respondent geeft aan te proberen standaard een kennismakingsgesprek met nieuw opgenomen patiënten te voeren, omdat dit onderdeel is van het behandelingsprotocol van het ziekenhuis (1,2%). Hij geeft echter ook aan dat dit slechts in 5% van de gevallen haalbaar is.

6 Respondenten geven aan te proberen standaard een kennismakingsgesprek met nieuw opgenomen patiënten te voeren omdat ze dat zelf willen (7,3%). De mate waarin dat haalbaar is varieert sterk, van 5% waarbij geen afdeling werd genoemd, tot 90% op de intensive care, waarbij de respondent aangeeft dat dit op andere afdelingen niet lukt. Een respondent geeft aan zelf te kiezen voor een standaard kennismakingsgesprek op CCU.

Bij 53 respondenten is het onderzoek naar spirituele zorgbehoeften van nieuw opgenomen patiënten gedelegeerd aan de verpleging (64,6%). Het aantal contacten dat hieruit voortkomt tussen patiënten en geestelijk verzorgers, varieert van 1% tot zelfs 80%. Een van de respondenten geeft aan dat de contacten niet zozeer voortkomen uit de anamnese, als wel door het signaleren van spirituele nood door de verpleegkundige, tijdens de opname.

70 Respondenten geven aan dat contacten tussen patiënten en de dienst Geestelijke Verzorging tot stand komen op verzoek van de patiënt (85,4%). Minimaal 1% van de patiëntencontacten komt hieruit voort, maximaal 60%. Volgens 58 respondenten komen contacten tussen patiënten en de dienst Geestelijke Verzorging tot stand op verzoek van de naasten van de patiënt (70,7%). Minimaal 1% van de patiëntencontacten komt hieruit voort, maximaal 30%. 54 Van de respondenten geven aan dat contacten tussen patiënten en de dienst Geestelijke Verzorging tot stand komen op eigen initiatief van de geestelijk verzorger (65,9%). Hieruit komt minimaal 0% van de patiëntencontacten voort, maximaal 96%.

We hebben geen significante verschillen kunnen vinden tussen de persoonskenmerken en de mate waarin de respondenten zelf initiatief nemen om patiënten te bezoeken. Het enige verschil dat we hebben gevonden tussen mannen en vrouwen is dat 57% van de mannen zelf initiatief neemt, tegen 72% van de vrouwen. Uit analyse met behulp van SPSS blijkt dat de P-waarde .169 is en dus groter dan .05, wat betekent dat dit verschil niet significant is.

61 Respondenten geven aan dat contacten tot stand komen naar aanleiding van een multidisciplinair overleg (74,5%). Hieruit komt minimaal 1% van de patiëntencontacten voort, maximaal 90%.

Tabel 10: de wijze waarop contacten tot stand komen

Antwoorden	Aantal	Percentage	Haalbaarheid	Aantal contacten
Standaard kennismakingsgesprek afdelingsprotocol	10	12,2	5-90%	
Standaard kennismakingsgesprek ziekenhuisprotocol	1	1,2	5%	
Standaard kennismakingsgesprek eigen wil	6	7,3	5-90%	
Gedelegeerd verpleging	53	64,6		1-80%
Verzoek patiënt	70	85,4		1-60%
Verzoek naasten	58	70,7		1-30%
Eigen initiatief	54	65,9		0-96%
N.a.v. MDO	61	74,5		1-90%
Anders	41	50		

41 Respondenten geven aan dat patiëntencontacten op een andere manier tot stand komen dan de voorgegeven antwoorden (50%). Via het tekst-vak in de enquête geven zij aan welke

manieren zij bedoelen (zie aanhangsel 2). We hebben de antwoorden ingedeeld in categorieën, wat het volgende resultaat oplevert:

1. *Verwijzing door andere disciplines*, los van het MDO: 46x. Hier hebben we een onderverdeling gemaakt in de subcategorieën: ‘artsen’ (16x); ‘verpleegkundigen’ (23x) en ‘overige disciplines’ (7x). Onder de laatste subcategorie worden genoemd: maatschappelijk werk; palliatief advies team; fysiotherapie; orthopedie; reumatologie; medisch psycholoog; paramedici.
2. *Specifieke omstandigheden*: 15x, waarbij worden genoemd: oproep bereikbaarheidsdienst (1x); bezoek van patiënten waarmee de geestelijk verzorger tijdens een eerdere opname contact had (2x); langdurige opnames (6x); crisis; na bezoek van de kerkdienst op zondag (1x); omstandigheden als ver van huis opgenomen zijn (2x), 90 jaar of ouder/ 35 jaar of jonger (1x), verjaardagen (1x), leeftijd (1x).
3. *Spontane ontmoetingen*: worden 3 x genoemd, waarbij een respondent aangeeft open te staan en met open vizier rond te lopen in het ziekenhuis.
4. *Aanbod geestelijke verzorging*: 3x, waarbij eigen initiatief (1x), screening van het elektronisch patiëntendossier (1x), en een aanbodgerichte werkwijze op grond van bepaalde (niet nader omschreven) criteria (1x) worden genoemd.
5. *Verzoek door derden*: 2x, waarbij vrijwillige contactpersonen en de parochie of kerkelijke gemeente van de patiënt genoemd worden.

Contacten met patiënten komen dus relatief weinig tot stand omdat er een standaard kennismakingsgesprek wordt gevoerd, of dit nu onderdeel is van een afdelings- of ziekenhuisprotocol of dat de geestelijk verzorger hier zelf voor kiest. Dit zou kunnen wijzen op een geringe mate van procesmatige integratie⁴⁹ (van Gerven, aangehaald door v.d. Wel & Pieper, 2000), ware het niet dat een groot aantal respondenten niet alleen aangeeft in contact te komen met patiënten naar aanleiding van deelname aan multidisciplinair overleg, maar ook buiten deze MDO's regelmatig in consult te worden gevraagd door andere disciplines. Deze manier waarop contacten tot stand komen wordt door Rooijackers (aangehaald door v.d. Wel & Pieper, 2000) het communicatieve model genoemd⁵⁰. Ook het gebruik van het

⁴⁹ Van Gerven onderscheidt vier vormen van integratie: a) gedoogintegratie, waarbij de instelling wel gelegenheid biedt tot uitoefening van geestelijke verzorging, maar deze op geen enkele wijze faciliteert; b) organisatorische integratie, waarbij de instelling de nodige faciliteiten biedt aan geestelijke verzorging maar zich er inhoudelijk niet mee bemoeit; c) beleidsmatige integratie, waarbij geestelijke verzorging onderdeel is van het beleid van, en een bijdrage levert aan de doelstelling van de instelling; d) procesmatige integratie, waarbij de geestelijke verzorging is opgenomen in het primaire zorgproces.

⁵⁰ Rooijackers noemt het contact dat tot stand komt op verzoek van de patiënt, diens naasten of de verpleging het ‘client-centered model’. Daarnaast noemt hij het ‘pastor-centered model’, waarbij het initiatief uitgaat van de geestelijk verzorger, en het ‘communicatief model’ waarbij contacten tot stand

communicatieve model wijst op een grote mate van integratie. Helaas is niet vast te stellen hoe vaak er contacten voortkomen uit deze consulten. Lang niet alle respondenten vermelden namelijk ook een percentage bij hun antwoord.

We kunnen hieruit de conclusie trekken dat er een grote mate is van feitelijke integratie van geestelijk verzorgers in algemene ziekenhuizen. Dit sluit aan op het onderzoek van v.d. Wel & Pieper (2000). We moeten hierbij echter opmerken dat het aantal contacten dat deze verzoeken en consulten volgens de respondenten oplevert, sterk varieert. Hoewel 74,5% van de respondenten aangeeft in contact te komen met patiënten naar aanleiding van MDO's, varieert het aantal contacten dat hieruit voortkomt van 1 tot zelfs 90%. Het vaakst wordt hier 20% genoemd, namelijk 10x. 10% wordt 9x genoemd. SPSS komt op een gemiddeld percentage van 31 uit, met een standaarddeviatie van 22,5.

Het aantal contacten dat ontstaat op verzoek van de patiënten zelf varieert van 1 tot 60%. Het aantal keren dat de percentages worden genoemd zijn vrij gelijk verdeeld, hoewel 5, 10 en 20% het vaakst genoemd worden (respectievelijk 14, 22 en 9 keer). Analyse met behulp van SPSS laat zien dat het gemiddelde aantal contacten dat tot stand komt op verzoek van de patiënten zelf 12% is, met een standaarddeviatie van 11.

Het aantal contacten dat tot stand komt op verzoek van de naasten van de patiënten varieert ook sterk: van 1 tot 30%. Hier ligt het hoogste aantal malen dat de percentages genoemd worden tussen de 2 en 10%, waarbij 2% 9x genoemd wordt, 5% 22x en 10% 14x. Analyse met behulp van SPSS laat zien dat het gemiddelde aantal contacten dat tot stand komt op verzoek van de naasten van de patiënten 6% is, met een standaarddeviatie van 5.

Uit deze gegevens blijkt dat het 'cliënt-centered model' lijkt te overheersen (85,4% van de respondenten noemt dat contacten tot stand komen op verzoek van de patiënt), maar dat hier volgens de respondenten maximaal 60% van de contacten uit voortkomt (Rooijackers, aangehaald door v.d. Wel & Pieper, 2000). Het MDO wordt door 74,5% van de respondenten genoemd als aanleiding voor contact met patiënten. Hier komt maximaal 90% van de contacten uit voort. Dit zou kunnen wijzen op een overheersend 'communicatief model'. Ook dit komt overeen met de bevindingen van v.d. Wel & Pieper (2000).

7.3.3. Onderzoek naar spirituele zorgbehoeften gedelegeerd aan verpleging

In §7.3.2. zagen we dat 53 respondenten aangeven dat het onderzoek naar spirituele zorgbehoeften van nieuw opgenomen patiënten is gedelegeerd aan de verpleging (64,6%). Aan

komen vanuit het MDO of op basis van een protocol (Rooijackers, aangehaald door v.d. Wel & Pieper, 2000).

alle respondenten werd gevraagd of zij weten welke vragen de verpleegkundigen stellen. Hierop geven 59 respondenten aan wel te weten welke vragen de verpleegkundigen stellen (72%), 11 antwoorden dat niet te weten (13,4%) en 12 antwoorden dat het onderzoek naar spirituele zorgbehoeften niet is gedelegeerd aan de verpleging (14,6%).

Deze antwoorden zijn niet congruent met de eerder gegeven antwoorden op vraag 7 van de enquête, zoals beschreven in §7.3.2. Indien de laatste antwoorden kloppen, zou dat betekenen dat in 85,4% ('ja' + 'nee') van de gevallen het onderzoek naar spirituele zorgbehoeften is gedelegeerd aan de verpleging, en niet de eerder genoemde 64,6%. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat in een aantal gevallen de verpleging wel vragen stelt die kunnen helpen om spirituele zorgbehoeften vast te stellen, maar dat het daarbij niet strikt gaat om delegeren omdat de geestelijk verzorger zelf ook onderzoek doet naar spirituele zorgbehoeften.

Als bekend was welke vragen de verpleging stelt, werd gevraagd aan te geven om welke vragen het dan gaat. Hieruit blijkt dat er maximaal 8 mogelijke vragen worden gesteld⁵¹ (1x), minimaal 1 vraag (14x), waarbij 1 keer wordt opgemerkt dat deze vraag weliswaar in de verpleegkundige anamnese staat, maar niet altijd wordt gesteld. Hierbij wordt 1 keer onderscheid gemaakt tussen een formele vraag (*stelt u het bezoek van een geestelijk verzorger op prijs?*) en een informele vraag (*zou u het fijn vinden om met iemand te praten die tijd en aandacht heeft voor dat wat u bezighoudt?*). Deze vraag hebben we als 1 gerekend, omdat we er vanuit gaan dat in de praktijk of de formele, of de informele vraag zal worden gesteld en nooit beide. Het vaakst wordt verondersteld dat er 2 vragen worden gesteld (30x). In 1 geval wordt er onderscheid gemaakt tussen hoe de verpleging wordt getraind (*zo worden zij getraind: wat geeft u kracht, moed, hoop, inspiratie in het leven. In hoeverre heeft u ondersteuning nodig*) en hoe het in de praktijk gaat (*in de praktijk helaas vaak alleen: hoort u bij een bepaalde kerk*). Dit antwoord hebben we zowel bij de enkele vraag geteld (in de praktijk), als bij het stellen van 2 vragen (zoals bij de training wordt aangeleerd). In 6 gevallen worden er 3 vragen gesteld, in 7 gevallen 4 vragen en in 2 gevallen 5 vragen.

Inhoudelijk hebben we de vragen in categorieën ingedeeld, wat het volgende resultaat oplevert (zie aanhangsel 2):

1. *Behoeft geestelijk verzorger*. De respondenten noemen 52x dat vragen rond dit thema worden gesteld (Bijv. *hebt u behoefte aan geestelijke verzorging*). 2x Wordt aangegeven dat hierbij eventueel de vraag wordt toegevoegd: *niet op dit moment?* Of: *Nog niet?* 1 x Wordt aangegeven dat de vraag naar de behoefte aan geestelijke verzorging later tijdens de opname wordt herhaald.

⁵¹ Waarbij moet worden gezegd dat dit ook het aantal tekstvakken was waarop een vraag kon worden ingevuld.

2. *Religie/ spiritualiteit/ levensbeschouwing.* De respondenten geven 39 x aan dat de vraag wordt gesteld naar het hebben van religie, spiritualiteit en/ of levensbeschouwing, waarbij in de meeste gevallen gevraagd wordt naar geloof en/ of levensbeschouwing. Het woord spiritueel wordt maar 1 x genoemd.
3. *Rituelen.* Bij 13 van de genoemde vragen zouden patiënten kunnen antwoorden dat zij prijs stellen op bepaalde rituelen, hoewel in de meeste gevallen een brede vraag gesteld wordt, die voor meerdere interpretaties vatbaar is (zoals: *'er wordt gevraagd of de levensbeschouwing van de patiënt dingen met zich meebrengt waar rekening mee moet worden gehouden'*). Volgens 2 respondenten wordt gevraagd of patiënten de kerkdienst (in het ziekenhuis) willen bezoeken. 1x Wordt specifiek genoemd dat gevraagd wordt of de patiënt waarde hecht aan bepaalde rituelen. 1 x Werd alleen het woord 'bediening' genoemd.
4. *Keuzes.* Bij 13 van de vragen zouden patiënten kunnen antwoorden dat hun levensbeschouwing bepaalde consequenties heeft voor de keuzes die zij willen maken, zoals ethische keuzes omtrent wel of niet behandelen of bijvoorbeeld de keuze voor of tegen euthanasie. Ook zouden zij antwoorden kunnen geven over keuzes die te maken hebben met de vormgeving van hun religie en/ of spiritualiteit. Ook hier worden de vragen breed en multi-interpretabel gesteld (zoals: *'heeft u bepaalde wensen of behoeften op het gebied van geloof of levensbeschouwing?'*). Volgens 1 respondent wordt concreet gevraagd of er een voor de arts relevante verklaring/ document is⁵². Volgens 1 respondent wordt gevraagd naar de invloed van de levensbeschouwing op het ziekteproces, bijv. met betrekking tot een dieet.
5. *Levensbeschouwelijke organisatie.* 9 Respondenten geven aan dat verpleegkundigen vragen of de patiënt is aangesloten bij, of lid is van een levensbeschouwelijke organisatie. Volgens 3 respondenten wordt hierna de vraag gesteld of de patiënt er prijs op stelt wanneer de geloofsgemeenschap op de hoogte wordt gebracht van de opname.
6. *Coping.* 7 Respondenten noemen vragen op het gebied van coping, zoals de vraag: *'hoe gaat u daar mee om?'*, als vervolg op de vraag: *'bent u veranderd sinds u ziek bent?'*
7. *Sociaal.* In 2 van de gevallen maakt de respondent melding van een vraag naar het sociale netwerk.
8. *Zin/ betekenis:* In 2 van de gevallen noemt de respondent de vraag of de patiënt veel nadenkt over de zin van zijn leven of ziekte.

⁵² Hoewel deze vraag niet nader wordt uitgelegd, vermoeden we dat het hier gaat om de vraag naar bijvoorbeeld een euthanasieverklaring of een niet-reanimeren verklaring.

9. *Zelfomschrijving*. 1x Maakt de respondent melding van een vraag naar hoe de patiënt zichzelf zou omschrijven. 1x Noemt de respondent de vraag: '*bent u veranderd sinds u ziek bent?*' In totaal worden er dus 2 vragen genoemd over zelfomschrijving.
10. *Gevoelens*. 1x Noemt een respondent de vraag: 'hebt u meer last van de volgende gevoelens?', waarbij de betekenis van het woord 'volgende' niet wordt toegelicht (bijvoorbeeld het noemen van een aantal mogelijke gevoelens na het stellen van de vraag).

Naast naar de inhoud van de vraagstelling, voegden we nog twee niet-inhoudelijke categorieën toe.

11. *Geen vraag*. In 6 gevallen geven de respondenten antwoorden die inhoudelijk geen vraag vormen die aan patiënten kan worden gesteld, zoals de opmerking dat de verpleegkundige bij het volgen van de anamnese bij punt 11 kan zien of de patiënt bij eerdere opname contact heeft gehad met een geestelijk verzorger.
12. *Gebruik model*. 3 Respondenten geven aan dat de verpleging gebruik maakt van een bepaald model. 1 Respondent noemt hierbij de drie screeningsvragen die worden genoemd in de 'richtlijn spirituele zorg'. 1 Respondent noemt het anamnese-model van Gordon en 1 respondent geeft aan dat soms de Lastmeter wordt afgenomen.

Uit bovenstaande data kunnen we de conclusie trekken dat onze ervaringen tijdens onze stage in het Rode Kruis Ziekenhuis te Beverwijk voor een groot deel overeenkomen met de algehele praktijk in algemene ziekenhuizen in Nederland. Veelal worden de vragen waardoor onderzoek naar spirituele zorgbehoeften gedaan zou moeten worden, beperkt tot de vraag of iemand ergens in gelooft of ergens toe behoort, en of patiënten behoefte hebben aan een gesprek met een geestelijk verzorger. We willen hier verwijzen naar §1.1. van deze scriptie, waar we bij deze vragen kritische opmerkingen hebben geplaatst.

Als er al andere vragen worden gesteld, zoals naar de behoefte aan rituelen of de vraag of de religie/ spiritualiteit van de patiënt van invloed is op keuzes ten aanzien van ethiek en/ of behandeling, zijn deze erg breed en voor meerdere interpretaties vatbaar. Hier en daar worden pogingen ondernomen om verpleegkundigen te trainen om andere vragen te stellen, zoals: '*wat geeft u kracht, moed, hoop, inspiratie in het leven?*' En: '*In hoeverre heeft u ondersteuning nodig*'. De respondent die deze vragen naar voren bracht, vermeldt echter dat er in de praktijk vaak alleen gevraagd wordt of de patiënt bij een bepaalde kerk hoort. Mogelijk is het zo dat niet alle verpleegkundigen zich thuis voelen bij het taalspel dat hoort bij spiritualiteit en vragen zij daarom liever naar feitelijke informatie dan naar spirituele behoeften en bronnen. Om dit vast te kunnen stellen zou meer onderzoek gedaan moeten worden.

7.3.4. Onderzoek naar spirituele zorgbehoeften door respondenten

7.3.4.1. Manier van onderzoek

Op de vraag hoe geestelijk verzorgers in gesprek met patiënten spirituele zorgbehoeften onderzoeken, antwoorden alle 82 respondenten dat zij luisteren naar het levensverhaal van de patiënt (100%). 72 Van hen geven aan bij bepaalde onderwerpen door te vragen (87,8%). 64 Van de respondenten geven aan te letten op bepaalde signalen bij de patiënten (78%). 5 Respondenten geven aan gebruik te maken van een standaard vragenlijst (6,1%). Een van hen geeft echter aan dat in het verleden wel te hebben gedaan maar nu niet meer. Een tweede van deze 5 respondenten geeft aan een vragenlijst in zijn achterhoofd te houden, maar geeft niet aan welke vragen dat zijn. Een derde respondent die had aangegeven een standaard vragenlijst te gebruiken geeft in het tekst-vak aan in plaats van vragen 'pointers' te gebruiken, zonder deze te benoemen. Een vierde respondent geeft aan gebruik te maken van de vragenlijst van Leget. De laatste van deze 5 respondenten geeft aan de drie vragen van Puchalski te gebruiken die de 'Richtlijn spirituele zorg' aanreikt⁵³. De resultaten zijn verwerkt in tabel 11.

Antwoorden	Aantal	Percentage
Luister naar levensverhaal	82	100
Vraag door bij bepaalde onderwerpen	72	87,8
Let op signalen	64	78
Gebruik standaard vragenlijst	5	6,1

Naast het gebruik van een standaardvragenlijst geven 2 Respondenten aan zelf een vragenlijst te hebben samengesteld (2,4%), 1 geeft er aan de vragenlijst deels zelf te hebben ontworpen, deels te hebben ontleend aan een model (1,2%), 5 geven er, zoals we zagen in tabel 11, aan gebruik te maken van een model (6,1%) en 9 geven als antwoord: 'anders' (11%). Niemand van de respondenten geeft concreet weer uit welke vragen de eventuele standaard vragenlijst bestaat.

De respondent die aangeeft gebruik te maken van een standaard vragenlijst die hij deels zelf heeft samengesteld, deels ontleende aan een model, geeft aan hiervoor vragen uit 'dynamische oordeelsvorming' te hebben gebruikt. Van de 5 respondenten die aangaven gebruik te maken van een model, noemen er 3 een model, namelijk Leget, Fitchett en Puchalski. De vierde vermeldt in het tekst-vak geen gebruik te maken van een model, maar wel

⁵³ Hoewel de richtlijn inderdaad drie screeningsvragen noemt, zoals in hoofdstuk 6 benoemd, reikt Puchalski er slechts twee aan (Puchalski et al., 2009).

zijn werkwijze voor een deel te baseren op 'levensbeschouwelijke counseling'. De laatste van deze respondenten geeft aan geen gebruik te maken van een standaard vragenlijst, maar wel vragen te stellen die zij heeft ontleend aan verschillende modellen, waarbij ze Pruyser noemt, de pastorale diagnostiek van Bouwer en de richtlijn signaleren van spirituele nood van het Radboud ziekenhuis.

Van de respondenten die 'anders' als antwoord geven, vermeldt 1 persoon het 'uit de losse pols' te doen. Iemand anders noemt het gespreksmodel van Weiher, een ander geeft aan soms het gespreksmodel van Leget te gebruiken. Een respondent geeft aan dat het maatwerk is.

7.3.4.2. Onderwerpen waarbij wordt doorgevraagd

We hebben bekeken bij welke onderwerpen de respondenten doorvragen en geprobeerd de kernwoorden daaruit te halen die door de respondenten zelf worden gebruikt (zoals existentieel, beleving, hoop). Te algemene opmerkingen, zoals 'werkelijk alles kan belangrijk zijn' hebben we daarbij buiten beschouwing gelaten. Daarna hebben we geprobeerd deze kernwoorden onder te brengen in de zes relevante dimensies van religie c.q. spiritualiteit die we in hoofdstuk 6 hebben gebruikt als criterium om de modellen die we in de literatuur hebben gevonden te evalueren, namelijk de cognitieve, experiëntiële, sociale, morele en rituele dimensie van religie/ spiritualiteit en religieuze coping. We hebben daarbij gebruik gemaakt van tabel 8 uit hoofdstuk 6 waarin de door wetenschappers voorgestelde theoretische kaders om de items van de Lastmeter te wijzigen zijn verbeeld, om te determineren waaronder de kernwoorden geschikt zouden kunnen worden (VGVZ, 2011). Dit leverde de volgende resultaten op (zie aanhangsel 2 voor de volledige antwoorden):

1. *Cognitief*. De onderwerpen in de cognitieve dimensie, waar de respondenten op doorvragen wanneer die in het levensverhaal naar voren komen, zijn: godsdienstige vragen; vragen over leven, dood en het hiernamaals; levensmotto; het opmaken van de levensbalans; het verschuiven van een levensvisie door het ziek zijn; kruispunten of scharniermomenten in het leven; existentiële worsteling; vragen rond betekenis; wat echt belangrijk is in het leven, motivaties, zinbeleving en zingeving.
2. *Experiëntieel*. Onderwerpen waar de respondenten op doorvragen en waarvan we de kernwoorden onder de dimensie experiëntieel hebben geschikt, zijn: verlangen; verdriet; angst; boosheid; dankbaarheid; de beleving van het ziek zijn; verbondenheid met anderen of de Ander; dromen; emoties; rouw- en verlieservaringen; piekervaringen; slecht nieuws; het gemis van mogelijkheden; het uiten van geloofs-

en/ of spirituele ervaringen of onderwerpen; het beleven van de ziekte, opname en de duur daarvan; eerdere crises in het leven, 'life-events'; aanvaarding; de mate van welbevinden; vreugdevolle momenten; (verlies van) vertrouwen; contingentie; spanning; gebrokenheid; lijden; inspiratie; het ervaren van de eigen kwetsbaarheid en/of sterfelijkheid; transcenderende ervaringen en (verlies van) identiteit;

3. *Sociaal*. Onderwerpen die we hebben geschaard onder de sociale dimensie zijn: kerk of levensbeschouwelijke organisatie; familie, partner, kinderen en kleinkinderen; vrienden; verbondenheid; eenzaamheid; belangrijke anderen; verbroken relaties; overlijden van naasten; werk of ontslag daarvan; het kunnen delen van ervaringen.
4. *Moreel*. Onderwerpen die we hebben geschikt onder de morele dimensie zijn: wel of geen behandeling; ethische vragen; schuld en schaamte.
5. *Ritueel*. Onderwerpen die we hebben geschikt onder de rituele dimensie zijn: rituelen die ter sprake komen; bidden en Bijbellezen.
6. *Coping*. De onderwerpen met betrekking tot coping, waar de respondenten op doorvragen wanneer die in het levensverhaal naar voren komen, zijn: bronnen van steun, houvast, troost, kracht, moed, hoop, levensvreugde, inspiratie en voeding (in verleden en heden); het volhouden; omgaan met lijden;

In totaal hebben we 255 kernwoorden ondergebracht bij de zes relevante dimensies van religie c.q. spiritualiteit. Daarvan schaarden we 115 kernwoorden onder de dimensie 'experientiële' (45%), 59 kernwoorden onder de dimensie 'coping' (23%), 39 kernwoorden onder de dimensie 'sociaal' (15%), 23 kernwoorden onder de dimensie 'cognitief' (9%), 12 onder de dimensie 'moreel' (5%) en 7 onder de dimensie 'ritueel' (3%).

De onderwerpen waarover de respondenten doorvragen wanneer die in het levensverhaal naar voren komen, zijn dus vooral onder de experientiële dimensie (45%) en coping (23%) te scharen. Het minst wordt er doorgevraagd over de rituele (3%), de morele (5%) en de cognitieve (9%) dimensie.

Deze resultaten zijn te verwachten omdat het uitgangspunt voor alle respondenten het levensverhaal van de patiënt is. Het levensverhaal zoals dat door de patiënt is/ wordt ervaren en de manier waarop hij in zijn leven en ziekteproces omging en -gaat met hoogte- en dieptepunten. Het uitgangspunt ligt dus al in de experientiële/coping dimensie. Een groot aantal van de respondenten vraagt vervolgens door op onderwerpen die de patiënt zelf te

berde brengt (87,8%), en die volgens de respondenten kunnen wijzen op spirituele zorgbehoeften. Het is niet vreemd dat ook deze onderwerpen overwegend liggen in de dimensies experientieel en coping.

Dit laat direct ook een nadeel zien van het nemen van het levensverhaal van de patiënt als uitgangspunt. Hoewel het aan de ene kant volkomen begrijpelijk en terecht is dat de patiënt en diens ervaring centraal staan (zie §8.4.), draagt het beluisteren van het levensverhaal en het daarop doorvragen als methodiek om spirituele zorgbehoeften vast te stellen, het risico met zich mee dat de andere relevante (!) dimensies van religie/ spiritualiteit onderbelicht blijven.

7.3.4.3. Signalen waarop wordt gelet door de respondenten

Zoals gezegd geven 64 respondenten aan te letten op bepaalde signalen (78%). Zij konden op de enquête in een tekst-vak aangeven om welke signalen het gaat. We hebben deze signalen ondergebracht in 3 categorieën, namelijk ‘verbale signalen’ (21%), ‘non-verbale signalen’ (58%) en ‘ruimte/ leefomgeving’ (21%). Een respondent geeft ook nog ‘langdurig verblijf met complicaties’ aan, welke niet in een van de categorieën past. Het volgende resultaat komt naar voren:

1. *Verbale signalen* (21%): de respondenten letten op verbale signalen als verbale uitingen van emoties; de waaromvraag; taalgebruik; bepaalde begrippen (bijvoorbeeld: ‘daar hebben wij niets over te zeggen’); het inhoudelijk verloop van het levensverhaal; de ‘opgave’ waar de patiënt zich voor geplaatst ziet (met een verwijzing naar Baart); terugkomen op bepaalde (existentiële) onderwerpen; interactie met naasten; beeldtaal en gebruik van metaforen; breuklijnen in het levensverhaal; transcendentie en herhaling van bepaalde woorden.
2. *Non-verbale signalen* (58%): ook wordt door de respondenten gelet op non-verbale signalen als: emoties als boosheid, angst, verdriet of vrolijkheid; incongruentie tussen verbale en non-verbale communicatie; apathie of lethargie; stil worden of bepaalde onderwerpen vermijden; aan- of wegstaren; vermoeidheid; benauwdheid of pijn; gedrag t.o.v. de respondent; mimiek; emotie in de stem; het slaan van een kruisteken of vouwen van de handen; tekenen van eenzaamheid; vol zitten; tranen; verkleuring van het gezicht; onrust; ogen; houding; berusting, verzet of vechtlust; (des-)interesse; stokkende of versnellende ademhaling en zuchten.

3. *Ruimte/leefomgeving* (21%): respondenten letten ook op de directe omgeving van de patiënt, met name op: sieraden; spullen op het nachtkastje; kaarten en/ of foto's aan de muur; religieuze voorwerpen als Bijbel, Koran, Mariabeeldje, engeltje, rozenkrans; gebedenboeken, psalmboeken, kruisje of ankertje; literatuur; tekeningen en afbeeldingen en kleding (zoals een sluier).

7.3.5. Signalen waarop wordt gelet door de verpleging

Bij de vraag of het de respondenten bekend is of de verpleegkundigen naast het stellen van de anamnesevragen ook letten op bepaalde signalen bij de patiënten die kunnen wijzen op spirituele zorgbehoeften, antwoorden 5 respondenten dat niet te weten (6,1%). Volgens 10 respondenten let de verpleging niet op signalen (12,2%). 61 Respondenten geven aan dat de verpleging naar hun idee wel let op signalen (74,5%).

Een aantal daarvan geeft daarbij aan dat het sterk individueel bepaald is in hoeverre verpleegkundigen op signalen letten. Uitgaande van dezelfde categorieën als waar de respondenten zelf op letten, wordt er door de respondenten slechts 3 x genoemd dat de verpleging let op signalen in de ruimte/ leefomgeving, waarbij de respondenten uitsluitend de aanwezigheid van Christelijke voorwerpen in die ruimte/leefomgeving noemen. Volgens de respondenten let de verpleging met name op stemming en emoties, waarbij er geen opmerkelijke verschillen zijn met de emoties waarop de respondenten zelf ook letten.

Wel geven de respondenten aan dat de verpleging let op signalen van de naasten van de patiënten, wat bij de signalen waarop de respondenten zelf letten niet wordt genoemd. Verder wordt bij de non-verbale signalen waarop de verpleging let, het wakker liggen nog genoemd. Het is begrijpelijk dat de respondenten dit signaal niet noemen, aangezien geestelijk verzorgers in de regel niet 's nachts op de afdeling aanwezig zijn.

7.3.6. Spiritualiteit als onderdeel van de totale zorg

Op de vraag of spiritualiteit door de verpleegkundige discipline volgens de respondenten wordt gezien als onderdeel van de totale zorg, antwoorden 15 respondenten dat dit niet het geval is (18,3%). 8 Respondenten geven aan dit niet te weten (9,8%) en 54 respondenten antwoorden dat dit wel het geval is (65,9%). Dit blijkt volgens de respondenten uit: de hoeveelheid consultvragen en de vanzelfsprekendheid daarvan; belangstelling voor scholing; gesprekken in de wandelgangen, tijdens moreel beraad of multidisciplinair overleg en de waardering voor geestelijke verzorging. Ook hier geven verschillende respondenten aan dat er grote individuele verschillen bestaan.

7.4. Evaluatie

Na bovenstaande beschrijving van ons empirisch onderzoek blijft er nog de volgende deelvraag ter beantwoording over:

10. Hoe is de huidige praktijk van het vaststellen van spirituele zorgbehoeften te evalueren in het licht van de literatuur?

In de literatuur hebben we een aantal criteria gevonden, die we hebben toegepast om te beoordelen of een zevental instrumenten die we in de literatuur hebben gevonden, efficiënt zijn om spirituele zorgbehoeften vast te stellen. We willen de resultaten van ons onderzoek nu analyseren door te beoordelen of de huidige praktijk van het vaststellen van spirituele zorgbehoeften aan dezelfde criteria voldoet. Een aantal criteria is niet te hanteren bij een evaluatie van de praktijk, omdat deze gaan over vragenlijsten. Deze worden in de praktijk bijzonder weinig gebruikt. Ook is criterium 8, dat stelt dat instrumenten moeten zijn gevalideerd door wetenschappelijk onderzoek, hier niet van toepassing. We zullen daarom alleen de overblijvende criteria 5 t/m 7 gebruiken.

In plaats van het woord 'instrument' gebruiken we hier het woord 'methode', omdat er vrijwel geen gebruik wordt gemaakt van een instrument (in de zin van een standaard vragenlijst) bij het vaststellen van spirituele zorgbehoeften. We zullen ons hier richten op de methodes die worden gehanteerd door de respondenten zelf, in casu geestelijk verzorgers. Zoals in §6.4. beargumenteerd gaat het bij de vragen die door verpleegkundigen worden gesteld namelijk meer om een spirituele screening dan om het vaststellen van spirituele zorgbehoeften.

5. De methode moet spirituele zorgbehoeften kunnen vaststellen bij patiënten die zich religieus noemen, bij degenen die zich spiritueel noemen, en bij patiënten die zich in (geen van) beide termen herkennen.

De respondenten geven allemaal aan in de eerste plaats te luisteren naar het levensverhaal van de patiënt, en door te vragen bij bepaalde onderwerpen. Omdat het verhaal van de patiënt het uitgangspunt is, of deze zich nu religieus, spiritueel of geen van beide noemt, voldoet deze methode aan criterium 5.

6. De methode moet alle vijf relevante dimensies van religie c.q. spiritualiteit omvatten, de cognitieve, experiëntiële, sociale, morele en rituele dimensie.

Zoals in §7.3.4.2. aangegeven, draagt het beluisteren van het levensverhaal van de patiënt en het daarop doorvragen als methodiek om spirituele zorgbehoeften vast te stellen, het

risico met zich mee dat de andere relevante (!) dimensies van religie/ spiritualiteit onderbelicht blijven.

7. *De in hoofdstuk 2 benoemde factoren van spiritualiteit: 'verbondenheid', 'zin, betekenis en doel', 'transcendentie' en 'waarden' moeten door de methode worden gemeten.*

Ook ten aanzien van dit criterium kan gezegd worden dat het beluisteren van het levensverhaal van de patiënt en het daarop doorvragen als methodiek om spirituele zorgbehoeften vast te stellen, het risico met zich meedraagt dat er factoren van spiritualiteit onderbelicht blijven.

7.5. Samenvatting en conclusies

Om een inventarisering te kunnen maken van de wijze waarop geestelijk verzorgers in algemene ziekenhuizen in Nederland spirituele zorgbehoeften vaststellen bij hun patiënten, hebben we een enquête verspreid onder 281 bij de VGVZ aangesloten geestelijk verzorgers. 82 Respondenten die op dit moment werkzaam zijn in algemene ziekenhuizen hebben de enquête ingevuld. De meesten van hen voelen zich het meest verwant met het Protestantisme en het Rooms-Katholicisme.

We hebben in ons empirisch onderzoek geprobeerd om een antwoord te vinden op de volgende onderzoeksvragen:

Op welke wijze komen contacten tot stand tussen patiënten en de dienst geestelijke verzorging? Uit de enquête blijkt dat contacten tussen patiënten en de dienst geestelijke verzorging het vaakst tot stand komen uit de samenwerking met andere disciplines, op verzoek van de patiënten of hun naasten of op eigen initiatief van de geestelijk verzorger. 12,2% Van de respondenten antwoorden dat zij op afdelingen werken waar het behandelingsprotocol voorschrijft dat zij standaard een kennismakingsgesprek met nieuw opgenomen patiënten voeren. In de praktijk blijkt de haalbaarheid daarvan sterk te variëren.

Welke vragen worden anno 2014 gesteld in de verpleegkundige anamnese bij opname van patiënten, met betrekking tot hun spirituele zorgbehoeften? Bij 64,4% van de respondenten is het onderzoek naar spirituele zorgbehoeften van nieuw opgenomen patiënten gedelegeerd aan de verpleging, hoewel een groter percentage (85,4%) aangeeft dat verpleegkundigen wel vragen stellen aan patiënten om spirituele zorgbehoeften vast te stellen, alleen niet in alle gevallen (13,4%) te weten welke vragen er worden gesteld. De respondenten die aangeven wel op de hoogte te zijn van de inhoud van de vragen, geven aan dat het daarbij meestal gaat om

vragen of er behoefte is aan een bezoek van een geestelijk verzorger, en of de patiënt een bepaalde religie/ spiritualiteit heeft.

Op welke andere manieren dan de verpleegkundige anamnese stellen geestelijk verzorgers in algemene ziekenhuizen in Nederland spirituele zorgbehoeften vast bij patiënten? Respondenten maken in gesprekken met hun patiënten vrijwel geen gebruik van vragenlijsten om spirituele zorgbehoeften vast te stellen. Alle respondenten geven er de voorkeur aan om te luisteren naar het levensverhaal van de patiënt, en bij bepaalde onderwerpen door te vragen. Bij de genoemde onderwerpen waarbij wordt doorgevraagd komen alle relevante dimensies van religie/ spiritualiteit aan de orde, waarbij de nadruk zoals beschreven sterk ligt op de experiëntiële/ coping dimensie. Om vast te stellen of alle dimensies aan de orde komen in de individuele gesprekken die door de respondenten worden gevoerd met patiënten, zou verder onderzoek moeten worden verricht, bijvoorbeeld door het analyseren van verbatims.

Zowel verpleegkundigen als de respondenten letten op verbale en non-verbale signalen bij de patiënten die kunnen wijzen op spirituele zorgbehoeften. De respondenten zelf letten volgens hun zeggen meer op de inhoud van verbale signalen dan verpleegkundigen. Verpleegkundigen letten volgens de respondenten ook op signalen van de naasten van de patiënt, wat bij de signalen waarop de respondenten zelf letten niet wordt genoemd. Verpleegkundigen letten ook op wakker liggen als non-verbaal signaal, wat voor de respondenten niet mogelijk is. Ook wordt door zowel de respondenten als door verpleegkundigen gelet op signalen in de directe omgeving van de patiënten, waarbij volgens de respondenten door verpleegkundigen de aandacht vooral gericht is op Christelijke voorwerpen in de leefomgeving. De respondenten zelf letten in meer brede zin op signalen in de omgeving, waarbij niet alleen religieuze voorwerpen worden betrokken maar bijvoorbeeld ook kaarten, foto's, tekeningen en literatuur.

Aan het slot van hoofdstuk 7 hebben we de huidige praktijk van het vaststellen van spirituele zorgbehoeften geëvalueerd in het licht van de literatuur. We hebben daarbij, voor zover toepasbaar, de criteria gebruikt die we ook hebben toegepast om 7 van de in de literatuur gevonden instrumenten te beoordelen.

Uit deze evaluatie kunnen we de conclusie trekken dat, hoewel het begrijpelijk en terecht is dat de patiënt en diens ervaring centraal staan, het zich beperken tot het beluisteren van het levensverhaal en het daarop doorvragen als methodiek om spirituele zorgbehoeften vast te stellen, het risico met zich meedraagt dat er zowel relevante dimensies van religie/ spiritualiteit, als factoren van spiritualiteit onderbelicht blijven. Daarmee is het risico van het beluisteren van het levensverhaal als enige methode, dat er spirituele zorgbehoeften bestaan die niet worden vastgesteld.

HOOFDSTUK 8: CONCLUSIES, DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN

8.1. Inleiding

Onderzoek van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid laat zien dat het levensbeschouwelijke landschap in Nederland er niet meer uitziet zoals tientallen jaren geleden (Kronjee & Lampert, 2006). Waar Nederland voorheen een overwegend Christelijk land genoemd kon worden, beschouwde in 2006 46% van de bevolking zich als niet religieus en 26% als ongebonden spiritueel. 25% Van de bevolking beschouwde zich als Christen, 3% bestond uit overige gebonden religieuzen.

Toch is het onderzoek naar spirituele zorgbehoeften bij patiënten die in algemene ziekenhuizen zijn opgenomen, vaak nog altijd beperkt tot vragen als: ‘bent u aangesloten bij een levensbeschouwelijke organisatie?’ en: ‘heeft u behoefte aan een gesprek met een geestelijk verzorger?’. In de inleiding van onze scriptie hebben we bij die vragen kritische noten geplaatst. De meerderheid van de bevolking zal deze vragen niet bevestigend beantwoorden, wat niet betekent dat zij geen spirituele zorgbehoeften hebben. In Hoofdstuk 2 hebben we immers gezien dat spiritualiteit een algemeen menselijke behoefte is. Elk mens is spiritueel (Piotrowski, 2013), dus elk mens kan spirituele zorgbehoeften ontwikkelen.

Een deel van de patiënten ontvangt op dit moment mogelijk geen adequate zorg op spiritueel gebied omdat het ontbreekt aan een algemeen aanvaard efficiënt instrument om vast te stellen hoe het gesteld is met hun spirituele zorgbehoeften. Onze doelstelling met deze masterthesis is om een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling daarvan. Onze hoofdvraag daartoe luidt:

Welke methoden worden anno 2014 gebruikt door geestelijk verzorgers in algemene ziekenhuizen in Nederland om spirituele zorgbehoeften bij patiënten vast te stellen, en hoe zijn deze te evalueren met gebruik van de bestaande literatuur over het vaststellen van spirituele zorgbehoeften?

We hebben literatuuronderzoek gedaan om de volgende deelvragen te beantwoorden:

1. Welke definities zijn er van spiritualiteit? (begripsbepaling t.b.v. onderzoek)
2. Welke spirituele zorgbehoeften kunnen er worden onderscheiden?
3. Welk onderscheid is er in de literatuur te vinden tussen spirituele zorgbehoeften naar aanleiding van contingentie en spirituele zorgbehoeften naar aanleiding van ‘spiritual distress’?
4. Welke criteria noemt de literatuur om te beoordelen of spirituele zorgbehoeften op een efficiënte manier worden vastgesteld?

5. Welke methoden om spirituele zorgbehoeften vast te stellen worden er in de literatuur genoemd?
6. Hoe kunnen deze methoden geëvalueerd worden vanuit de criteria in de literatuur?

Naast literatuuronderzoek hebben we empirisch onderzoek gedaan om vast te stellen welke methoden anno 2014 worden gebruikt door geestelijk verzorgers in algemene ziekenhuizen in Nederland om spirituele zorgbehoeften bij patiënten vast te stellen. Daarna hebben we deze methoden geëvalueerd met gebruik van de gevonden literatuur. In dit empirisch onderzoek hebben we de volgende deelvragen verwerkt in een enquête die werd toegezonden aan alle in Nederland werkzame geestelijk verzorgers in algemene ziekenhuizen die zijn aangesloten bij de VGVZ:

7. Op welke wijze komen contacten tot stand tussen patiënten en de dienst geestelijke verzorging?⁵⁴
8. Welke vragen worden anno 2014 gesteld in de verpleegkundige anamnese bij opname van patiënten, met betrekking tot hun spirituele zorgbehoeften?
9. Op welke andere manieren dan de verpleegkundige anamnese stellen geestelijk verzorgers in algemene ziekenhuizen in Nederland spirituele zorgbehoeften vast bij patiënten?

Door de resultaten van dit onderzoek te evalueren hebben we de volgende deelvraag beantwoord:

10. Hoe is de huidige praktijk van het vaststellen van spirituele zorgbehoeften te evalueren in het licht van de literatuur?

In dit hoofdstuk zullen we uit de gegevens die we hebben verzameld conclusies trekken, discussie over ons onderzoek beschrijven en aanbevelingen doen voor verder onderzoek en voor de praktijk.

⁵⁴ Deze vraag stellen we om te ontdekken wie het de spirituele zorgbehoeften in eerste instantie vaststelt. Is dat de geestelijk verzorger zelf, omdat een standaard kennismakingsgesprek onderdeel is van het behandelingsprotocol van de afdeling of het ziekenhuis waar hij werkt, of omdat hij zelf kiest voor een standaard kennismakingsgesprek? Wordt het onderzoek naar spirituele zorgbehoeften van nieuw opgenomen patiënten gedelegeerd aan de verpleging? Verzoekt de patiënt zelf om een gesprek met de geestelijk verzorger, of doen diens naasten dat? Neemt de geestelijk verzorger zelf initiatief om patiënten te bezoeken, bijvoorbeeld naar aanleiding van publieke rituelen? Of bezoekt de geestelijk verzorger patiënten naar aanleiding van multidisciplinair overleg? Zijn er nog andere manieren waarop contact tussen de geestelijk verzorger en de patiënten tot stand komt?

8.2. Conclusies

In hoofdstuk 2 hebben we spiritualiteit gedefinieerd als volgt: spiritualiteit is dat aspect van het mens-zijn dat verwijst naar de manier waarop individuen zin, betekenis en doel zoeken en uitdrukken, naar de waarden die ze hieraan ontleen en de manier waarop ze hun verbondenheid ervaren met het moment, met zichzelf, met anderen, met de natuur en met het betekenisvolle of heilige. Waar niet aan deze algemeen menselijke behoeften kan worden tegemoetgekomen, valt te verwachten dat spirituele zorgbehoeften ontstaan, zagen we in hoofdstuk 3. Met een deel van deze zorgbehoeften kunnen patiënten zelf omgaan, bij een deel is professionele begeleiding nodig. Dit is ook het geval wanneer patiënten psychische problemen krijgen die te maken hebben met de spiritualiteit en/of religie van patiënten zelf.

In hoofdstuk 4 hebben we daarom stil gestaan bij de sinds 1994 in de DSM-IV opgenomen code 'Religious or Spiritual problem' (Lukoff et al., 2011). Hieruit komt naar voren dat psychische problemen onder meer kunnen ontstaan door grote veranderingen in het leven op religieus gebied, door levensbedreigende en terminale ziekten en door bijzondere ervaringen op spiritueel gebied. Het is belangrijk dat geestelijk verzorgers van dit soort problemen op de hoogte zijn, omdat ze met patiënten die problemen hebben op deze gebieden te maken kunnen krijgen. Zoals blijkt uit hoofdstuk 4 kunnen zij bij de begeleiding van mensen met deze problemen vanuit hun expertise een belangrijke rol spelen. Ook voor deze problemen is een goed instrument nodig ter vaststelling.

In hoofdstuk 5 hebben we criteria vastgesteld vanuit de literatuur, om te beoordelen of instrumenten om spirituele zorgbehoeften vast te stellen efficiënt zijn. Deze criteria, die betrekking hebben op de formulering van vragen, de validiteit van de instrumenten, op de brede toepasbaarheid en op de praktische aspecten ervan, hebben we in hoofdstuk 6 gebruikt om zeven instrumenten die we in de literatuur hebben gevonden te beoordelen.

In hoofdstuk 6 hebben we onderscheid gemaakt tussen een spirituele screening en een spirituele biografie. Een spirituele screening is bedoeld om snel vast te stellen of iemand een spirituele crisis doormaakt en daarom doorverwezen dient te worden naar een geestelijk verzorger (Puchalski et al., 2009). Een spirituele biografie is het voeren van een vraaggesprek met een patiënt om een beter begrip te krijgen van zijn spirituele zorgbehoeften en bronnen (Puchalski et al., 2009; Smeets, 2010).

In hoofdstuk 7 hebben we het empirisch onderzoek beschreven en de huidige praktijk van het vaststellen van spirituele zorgbehoeften geëvalueerd in het licht van de literatuur. Wanneer we de vragen die in de praktijk door verpleegkundigen worden gesteld vergelijken met de in hoofdstuk 6 benoemde spirituele screening, zien we zowel overeenkomsten als

verschillen. De verpleegkundige vragen die respondenten het vaakst noemen gaan over de eventuele behoefte van de patiënt aan een bezoek door een geestelijk verzorger en over de aanwezigheid van religie en/of spiritualiteit bij de patiënt. De vragen van bijvoorbeeld Fitchett & Risk (1999) gaan over dezelfde onderwerpen, maar inhoudelijk zijn hun vragen meer gericht op het ontdekken van spirituele zorgbehoeften. In de praktijk van verpleegkundigen lijkt het vaak te gaan om het vaststellen van feiten, bij Fitchett & Risk (1999) lijkt het meer te gaan om het vaststellen van onderliggende spirituele zorgbehoeften.

Verpleegkundigen vragen in de praktijk vaak of een patiënt gelovig of spiritueel is, of dat een patiënt een bepaalde levensbeschouwing heeft. Fitchett & Risk (1999) vragen of religie of spiritualiteit belangrijk is om met de ziekte om te gaan en bij een ontkennend antwoord of dat vroeger misschien wel zo was. Ook de vragen die in de 'Richtlijn spirituele zorg' (Leget et al., 2010) worden gesteld, zijn meer gericht op het vaststellen van spirituele zorgbehoeften, of in ieder geval op de vraag of het inschakelen van andere disciplines gewenst is om spirituele zorgbehoeften vast te kunnen stellen.

Bij Fitchett & Risk (1999) zijn er drie mogelijke uitkomsten van de screening: (1) er wordt een geestelijk verzorger ingeschakeld om een 'spiritual assessment' te doen; (2) bezoek van een geestelijk verzorger wordt op prijs gesteld, of (3) er wordt geen actie ondernomen. Zowel in de praktijk van de verpleegkundigen als bij de 'Richtlijn spirituele zorg' (Leget et al., 2010) is minder helder wanneer er actie moet worden ondernomen.

Zoals we in Hoofdstuk 1 al hebben gesteld, kunnen termen als 'spiritualiteit' en 'geestelijk verzorger' onbekend zijn bij patiënten of ongewenste associaties oproepen. Zowel in de praktijk als in de screeningsmodellen worden deze termen gebruikt.

Naast instrumenten voor spirituele screening hebben we in Hoofdstuk 6 ook 7 instrumenten beschreven waarmee spirituele zorgbehoeften kunnen worden vastgesteld. Uit ons onderzoek blijkt dat een zeer klein aantal van de respondenten in de praktijk gebruik maakt van een standaard vragenlijst die geheel of gedeeltelijk is ontleend aan een dergelijk model. Een van de respondenten merkt op dat nooit te zullen doen omdat een standaard vragenlijst de focus van de geestelijk verzorger centraal stelt in plaats van die van de patiënt. Volgens deze respondent staat dat haaks op wat geestelijke verzorging inhoudt.

Alle respondenten geven aan te luisteren naar het levensverhaal van de patiënt. 72 Van hen geven aan door te vragen wanneer de patiënt bepaalde onderwerpen aansnijdt. We hebben deze onderwerpen geanalyseerd door ze te comprimeren tot kernwoorden, en deze vervolgens onder te verdelen in de zes relevante dimensies van religie c.q. spiritualiteit. Hoewel alle dimensies van religie/ spiritualiteit over het geheel genomen aan de orde komen,

blijkt uit de hoeveelheid kernwoorden die we onder de dimensies hebben geschaard, dat de nadruk sterk ligt op de dimensies experientieel en coping. Het nadeel van de methodiek die in de huidige praktijk door geestelijk verzorgers wordt toegepast is dat de andere relevante dimensies van religie/ spiritualiteit onderbelicht kunnen blijven. Om empirisch vast te kunnen stellen of dit werkelijk het geval is, zou verder onderzoek moeten worden verricht, bijvoorbeeld door het analyseren van verbatims.

Ook wat betreft de factoren van spiritualiteit die we in hoofdstuk 2 hebben beschreven (verbondenheid; zin, betekenis en doel; transcendentie; waarden), kan worden gezegd dat het zich beperken tot de methode van het luisteren naar het levensverhaal als nadeel heeft, dat er factoren niet ter sprake komen of onderbelicht blijven.

Uit de evaluatie van de 7 in de literatuur gevonden instrumenten kan worden geconcludeerd dat voor de Nederlandse situatie zowel de Lastmeter (na verwerking van de door de VGVZ gevormde werkgroep gedane wijzigingsvoorstellen) als het Nijmeegse model veelbelovende instrumenten zijn. Beide zouden efficiënte instrumenten kunnen zijn om spirituele zorgbehoeften vast te stellen bij patiënten die zijn opgenomen in algemene ziekenhuizen. Beide instrumenten zouden moeten worden gevalideerd voor de Nederlandse situatie. Voor de Lastmeter zou een eenvoudige aanpassing met betrekking tot de thermometer, door niet 1 maar 5 thermometers op te nemen, de duidelijkheid voor patiënten ten goede komen.

Uit de enquête onder geestelijk verzorgers die we in hoofdstuk 7 beschreven, blijkt dat het vaakst genoemd wordt dat contacten tussen patiënten en de dienst geestelijke verzorging tot stand komen uit de samenwerking met andere disciplines, op verzoek van de patiënten of hun naasten of op eigen initiatief van de geestelijk verzorger. In een groot aantal gevallen is het onderzoek naar spirituele zorgbehoeften gedelegeerd aan de verpleging. De vragen die daarbij gesteld worden zijn echter vooral gericht op het vaststellen van feiten, waarbij er onvoldoende duidelijkheid is over de vraag wanneer een geestelijk verzorger ingeschakeld zou moeten worden. Bovendien sluiten de vragen onvoldoende aan bij het grote aantal mensen in Nederland dat zich beschouwt als niet-religieus of ongebonden spiritueel.

Onze hoofdvraag was: Welke methoden worden anno 2014 gebruikt door geestelijk verzorgers in algemene ziekenhuizen in Nederland om spirituele zorgbehoeften bij patiënten vast te stellen, en hoe zijn deze te evalueren met gebruik van de bestaande literatuur over het vaststellen van spirituele zorgbehoeften? Uit ons onderzoek blijkt dat alle respondenten luisteren naar het levensverhaal van de patiënt en bij onderwerpen die vooral bij de dimensies experientieel en coping horen, doorvragen. Verder letten geestelijk verzorgers op de genoemde verbale en non-verbale signalen en signalen in de leefomgeving van de patiënt. Uit

de evaluatie van deze data kunnen we de conclusie trekken dat deze methode het risico in zich draagt dat er spirituele zorgbehoeften bij patiënten zijn die niet worden vastgesteld.

8.3. Discussie

In ons onderzoek wilden we onder meer antwoord krijgen op de vraag hoe in de praktijk contacten tot stand komen tussen patiënten en de dienst geestelijke verzorging. In de mogelijke antwoorden die we in onze enquête gaven, beperkten we ons hierbij echter tot nieuw opgenomen patiënten. Terecht merkten sommige respondenten op dat spirituele zorgbehoeften vaak niet direct bij opname, maar wel tijdens de behandeling in het ziekenhuis naar boven komen. We hebben ons door de voorgegeven antwoorden te zeer beperkt in ons onderzoek.

We hebben bij deze eindschrijft gekozen voor een kwantitatief onderzoek onder geestelijk verzorgers. We hebben daarbij ook vragen gesteld over het beeld dat zij hebben van de vragen die worden gesteld door verpleegkundigen om spirituele zorgbehoeften vast te stellen, en de signalen waar de verpleging in de optiek van geestelijk verzorgers op letten. De praktijk zou anders kunnen blijken te zijn wanneer onderzoek verricht zou worden onder de verpleegkundigen zelf.

Kwantitatief onderzoek heeft als nadeel dat we als onderzoekers niet om verduidelijking kunnen vragen wanneer antwoorden incongruent blijken te zijn. Dit was het geval bij de vraag naar het aantal gevallen waarin het onderzoek naar spirituele zorgbehoeften is gedelegeerd aan de verpleging. In eerste instantie gaf 64,6% van de respondenten aan dat dit onderzoek is gedelegeerd aan de verpleging. Bij een latere vraag werd echter door slechts 14,6% van de respondenten aangegeven dat dit onderzoek niet is gedelegeerd aan de verpleging. Hoewel we hebben gesuggereerd dat het in een aantal gevallen mogelijk niet om delegeren in de strikte zin van het woord gaat, blijft onduidelijk wat de incongruentie in de antwoorden veroorzaakt.

Wat betreft de onderwerpen waarop geestelijk verzorgers doorvragen bij het luisteren naar het levensverhaal van de patiënten, hebben we de respondenten gevraagd om aan te geven bij welk soort onderwerpen zij doorvragen. Deze vraagstelling gaf de respondenten aanleiding om voorbeelden te geven van de onderwerpen waarop zij doorvragen. Het is de vraag of zij hierin uitputtend geweest zijn. We hebben geconstateerd dat bij de genoemde onderwerpen alle zes relevante dimensies van religie/ spiritualiteit aan de orde komen, maar dat de nadruk sterk ligt op de dimensies experientieel en coping.

8.4. Aanbevelingen

Geestelijk verzorgers zijn in de meeste gevallen wetenschappelijk opgeleide professionals die werken vanuit de gerichtheid op de patiënt. Uit ons onderzoek valt af te leiden dat geestelijk verzorgers een plaats willen bieden waar patiënten hun hart kunnen luchten. Een gesprek zonder agenda, waar het helemaal mag gaan om de patiënt. Een vrijplaats waar de patiënt in vertrouwelijkheid mag praten over zin en onzin van zijn ziekte, vrede en ontevredenheid, morele en ethische vragen over wel of niet behandelen, waarden, doelen, betekenis, levensbeschouwing. Het niet gebruiken van instrumenten om spirituele zorgbehoeften vast te stellen kan echter betekenen dat bij een aantal patiënten hun spirituele zorgbehoeften niet onderkend worden, waardoor er geen adequate zorg kan worden geleverd.

We leven ook in een tijd waarin de plaats die geestelijk verzorgers aan hun patiënten willen bieden, steeds meer onder druk komt te staan. Als geestelijk verzorgers moeten we meer en meer, en steeds beter uit kunnen leggen waarom wij nodig zijn in de gezondheidszorg en wat onze expertise inhoudt. Juist het feit dat we als geestelijk verzorgers, door onze cliëntgerichtheid, minder geneigd zijn om te werken met wetenschappelijk gevalideerde instrumenten die geschikt zijn om spirituele zorgbehoeften vast te stellen, verzwakt onze positie.

Ons onderzoek laat zien dat het onderzoek naar spirituele zorgbehoeften vaak is gedelegeerd aan de verpleging. Veel respondenten hebben bovendien aangegeven vaak in consult te worden geroepen door andere disciplines, waarbij artsen de hoofdmoot vormen. Het zou goed zijn als we meer gebruik zouden maken van deze vruchtbare samenwerking en deze zouden uitbouwen door onze collega's in andere disciplines nog veel duidelijker te maken waar we als geestelijke verzorging voor staan, wat ons nut is en hoe wij kunnen bijdragen aan het spirituele en daarmee algehele welzijn van de patiënt. Gebruikmaking van wetenschappelijk gevalideerde instrumenten kan ook hier een belangrijke rol in spelen.

We willen daarom de aanbeveling doen om meer wetenschappelijk onderzoek te doen naar de bruikbaarheid van het screeningsprotocol van Fitchett en Risk (1999) in de Nederlandse situatie. We zouden willen kiezen voor dit instrument vanwege de helderheid voor andere disciplines over wat te doen bij de gegeven antwoorden van de patiënten. Onderzocht zou moeten worden of dit instrument aansluit bij de wijze van werken van verpleegkundigen in Nederland en of door het gebruik ervan een bijdrage kan worden geleverd aan het vaker en nauwkeuriger vaststellen van de mogelijke aanwezigheid van spirituele zorgbehoeften.

Ook willen we geestelijk verzorgers die werkzaam zijn in de praktijk aanbevelen om vaker gebruik te maken van standaard vragenlijsten om spirituele zorgbehoeften vast te stellen.

Natuurlijk blijft de vrijplaats voor de patiënt van wezenlijk belang, maar wij zijn van mening dat we hen daarnaast op een veel professionelere en efficiëntere wijze dienstbaar zouden kunnen zijn, als we spirituele zorgbehoeften zouden kunnen vaststellen die in een cliëntgericht gesprek over het levensverhaal van de patiënt mogelijk niet naar voren zouden komen.

We willen daarom bovendien de aanbeveling doen om verder onderzoek te doen naar de Lastmeter en naar het 'Nijmeegse' model. De wijzigingsvoorstellen van de door de VGVZ ingestelde werkgroep zouden moeten worden verwerkt in de Lastmeter en voor beide instrumenten zou wetenschappelijk onderzoek gedaan moeten worden naar de validiteit ervan.

Ten slotte zouden we willen aanbevelen om verder onderzoek te doen naar de bruikbaarheid van de begrippen 'religie', 'spiritualiteit' en 'geestelijk verzorger'. Het zou goed zijn een eenduidige uitleg van deze begrippen te ontwerpen of te kiezen voor synoniemen die begrijpelijk zijn voor de patiëntenpopulatie en voor de andere disciplines waarmee we samenwerken. Synoniemen die niet de soms negatieve associaties oproepen die wel opkomen bij de huidige begrippen.

Literatuur

- Anandarajah, G., & Hight, E. (2001). Spirituality and medical practice: the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *American Family Physician*, 63, 81-88. Gelezen op: <http://courses.washington.edu>
- Bannink, M. (2010). Lastmeter: Instrument voor detecteren. *Multidisciplinair tijdschrift over palliatieve zorg*, 3, 14-15. DOI: 10.1007/s12479-010-0046-5
- Benito, E., Oliver, A., Galiana, L., Barreto, P., Pascual, A., Gomis, C., & Barbero, J. (ter perse). Development and validation of a new tool for the assessment and spiritual care of palliative care patients. *Journal of Pain and Symptom Management*. Gelezen op: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.06.018>
- Blanchard, J.H., Dunlap, D.A. & Fitchett, G. (2012). Screening for spiritual distress in the oncology inpatient: a quality improvement pilot project between nurses and chaplains. *Journal of Nursing Management*, 20, 1076-1084. DOI: 10.1111/jonm.12035
- Blazer, D.G. (2011). Spirituality and depression: A background for the development of DSM-IV. In J.R. Peteet, F.G. Lu & W.E. Narrow, (red.). *Religious and spiritual issues in psychiatric diagnosis: A research agenda for DSM-V* (pp. 31-51). American Psychiatric Association, Arlington, VA. : American Psychiatric Publishing, Inc.
- Borneman, T., Ferrell, B., & Puchalski, C.M. (2010). Evaluation of the FICA Tool for Spiritual Assessment. *Journal of Pain and Symptom Management*, 40, 163-173. DOI:10.1016/j.jpainsymman.2009.12.019
- Bouwer, J. (1998). Pastorale diagnostiek: Modellen en mogelijkheden. Zoetermeer, Nederland: Boekencentrum.
- Bouwer, J. (2006). Levensbeschouwelijke diagnostiek als instrument voor wetenschappelijk onderzoek. In J.J.A. Doolaard (Red.), *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging* (pp. 773 – 797). Kampen, Nederland: Kok.
- Büssing, A., Janko, A., Baumann, K., Hvidt, N.C. & Kopf, A. (2013). Spiritual Needs among Patients with Chronic Pain Diseases and Cancer Living in a Secular Society. *Pain Medicine*, 14, 1362-1373. DOI: 10.1111/pme.12198

- Chandler, C.K., Holden, J.M. & Kolander, C.A. (1992). Counseling for spiritual wellness: Theory and practice. *Journal of Counseling & Development*, 71, 168-175. Gelezen op: <http://web.b.ebscohost.com.proxy.library.uu.nl>
- Crowley, N. & Jenkinson, G. (2009). Pathological spirituality. In Cook, C. (Red.), Powell, A. (Red.) & Sims, A. (Red.), *Spirituality and Psychiatry* (pp. 254-273). Londen, Engeland: The Royal College of Psychiatrists. Gelezen op: <http://www.psychiatry.ru>
- Culliford, L. & Eagger, S. (2009). Assessing spiritual needs. In Cook, C. (Red.), Powell, A. (Red.) & Sims, A. (Red.), *Spirituality and Psychiatry* (pp. 16-39). Londen, Engeland: The Royal College of Psychiatrists. Gelezen op: <http://www.psychiatry.ru>
- Dienst Geestelijke Verzorging en Pastoraat (2008). Spiritualiteit: Richtlijn 'spiritualiteit als verpleegkundig aandachtsgebied'. Nijmegen, Nederland: UMC St. Radboud. Gelezen op: <https://www.radboudumc.nl>
- Draper, P. (2012). An integrative review of spiritual assessment: implications for nursing management. *Journal of Nursing Management*, 20, 970–980.
DOI: 10.1111/jonm.12005
- Farran, C.J., Fitchett, G., Quiring-Emblen, J.D. & Burck, R. (1989). Development of a Model for Spiritual Assessment and Intervention. *Journal of Religion and Health*, 28, 185-194.
DOI: 10.1007/BF00987750
- Frankl, V.E. (1959). *Man's search for meaning: An introduction to logotherapy*. Boston, MA: Beacon Press.
- Fitchett, G. & Risk, J.L. (1999). Screening for spiritual risk. *Chaplaincy Today*, 15, 2-12.
DOI: 10.1080/10999183.1999.10767102
- Frick, E., Riedner, C., Fegg, M., Hauf, S. & Borasio, G.D. (2006). A clinical interview assessing cancer patients' spiritual needs and preferences. *European Journal of Cancer Care*, 15, 238–243. DOI: 10.1111/j.1365-2354.2005.00646.x

- Galek, K., Flannelly, K.J., Vane, A., Galek, R.M. (2005). Assessing a patient's spiritual needs: A comprehensive instrument. *Holistic Nursing Practitioner*, 19, 62-69. Gelezen op: <http://ovidsp.tx.ovid.com.proxy.library.uu.nl>
- Gordon, T. & Mitchell, D. (2004). A competency model for the assessment and delivery of spiritual care. *Palliative Medicine*, 18, 646-651. DOI: 10.1191/0269216304pm936oa
- Greyson, B. (1997). The near-death experience as a focus of clinical attention. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 185, 327-334. Gelezen op: <http://ovidsp.tx.ovid.com.proxy.library.uu.nl>
- Hodge, D.R. (2005). Developing a spiritual assessment toolbox: A discussion of the strengths and limitations of five different assessment methods. *Health & Social Work*, 30, 314-323. Gelezen op: <http://www.samaritaninstitute.org>
- Hodge, D.R. (2006). A template for spiritual assessment: A review of the JCAHO requirements and guidelines for implementation. *Social Work*, 51, 317-326. Gelezen op: <http://web.a.ebscohost.com.proxy.library.uu.nl>
- Hood, R.W., Hill, P.C. & Spilka, B. (2009). *The psychology of religion*. New York, NY: The Guilford Press.
- Jager Meezenbroek, E. de, Garssen, B., Berg, M. van den, Dierendonck, D. van, Visser, A. & Schaufeli, W.B. (2012). Measuring spirituality as a universal human experience: A review of spirituality questionnaires. *Journal of Religion and Health*, 51, 336-354. DOI 10.1007/s10943-010-9376-1
- Koenig, H.G. (2011). Schizophrenia and other psychotic disorders. In J.R. Peteet, F.G. Lu & W.E. Narrow, (red.). *Religious and spiritual issues in psychiatric diagnosis: A research agenda for DSM-V* (pp. 31-51). American Psychiatric Association, Arlington, VA.: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Kronjee, G., Lampert, M. (2006) Leefstijlen en zingeving. In: Donk, W. van der., Jonkers, A., Kronjee, G. & Plum, R. (red.) *Geloven in het publieke domein. Verkenningen van een dubbele transformatie*. Wetenschappelijke Raad voor het regeringsbeleid (WRR), Amsterdam: University Press (www.wrr.nl) p.p. 171-208.

- Larson, K. (2003). The Importance of Spiritual Assessment: One Clinician's Journey. *Geriatric Nursing*, 24, 370-371. DOI:10.1016/j.gerinurse.2003.10.020
- Leeffers-Vleesenbeek, L. & Sluis, S. van der (2011). *Spirituele screening in de oncologische patiëntenzorg*. Afstudeeronderzoek HBO verpleegkunde, Zwolle: Gereformeerde Hogeschool.
- Leeuwen, R. van. (2008). *Towards nursing competencies in spiritual care* (Proefschrift, Universiteit van Groningen, Nederland). DOI: 10.2143/SIS.19.0.2043682
- Leget, C., Staps, T., Geer, J. v.d., Mur-Arnoldi, C., Wulp, M & Jochemsen, H. (2010). *Richtlijn: spirituele zorg*. Agorawerkgroep 'Richtlijn Spirituele zorg', Pallialine. Gelezen op: <http://www.zorgnetwerkm.nl>
- Lukoff, D., Lu, F.G. & Yang, C.P. (2011). DSM-IV religious and spiritual problems. In J.R. Peteet, F.G. Lu & W.E. Narrow, (red.). *Religious and spiritual issues in psychiatric diagnosis: A research agenda for DSM-V* (pp. 171-198). American Psychiatric Association, Arlington, VA.: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Maugans, T.A. (1996). The SPIRITual history. *Archives of Family Medicine*, 5, 11-16. Gelezen op: <http://triggered.stanford.clockss.org>
- Moadel, A., Morgan, C., Fatone, A., Grennan, J., Carter, J., Laruffa, G., . . . Dutcher, J. (1999). Seeking meaning and hope: Self-reported spiritual and existential needs among an ethnically-diverse cancer patient population. *Psycho-oncology*, 8, 378-385. Gelezen op: <http://web.a.ebscohost.com.proxy.library.uu.nl>
- Monod, S.M., Rochat, E., Büla, C.J., Jobin, G., Martin, E. & Spencer, B. (2010). The spiritual distress assessment tool: An instrument to assess spiritual distress in hospitalised elderly persons. *BioMed Central Geriatrics*, 10, 1-9. DOI: 10.1186/1471-2318-10-88
- Pargament, K.I. (1997). *The psychology of religion and coping*. New York, NY: The Guilford Press.

- Pearce, M.J., Coan, A.D., Herndon, J.E. II, Koenig, H.G. & Abernethy, A.P. (2011). Unmet spiritual care needs impact emotional and spiritual well-being in advanced cancer patients. *Support Care Cancer*, 20, 2269-2276. Online voorpublicatie. DOI 10.1007/s00520-011-1335-1
- Peterman, A.H., Fitchett, G., Brady, M.J., Hernandez, L. & Cella, D. (2002). Measuring Spiritual Well-Being in People With Cancer: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp). *Annals of Behavioral Medicine*, 24, 49-58. Gelezen op: <http://web.a.ebscohost.com.proxy.library.uu.nl>
- Piotrowski, L.F. (2013). Advocating and educating for spiritual screening assessment and referrals to chaplains. *Omega*, 67, 185-192. DOI: <http://dx.doi.org/10.2190/OM.67.1-2.v>
- Puchalski, C., Ferrell, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P., Bull, . . . Sulmasy, D. (2009). Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care: The Report of the Consensus Conference. *Journal of Palliative Medicine*, 10, 885-904. DOI:10.1089/jpm.2009.0142.
- Smeets, W. (2010). Het spirituele aspect in het detecteren van psychosociale behoeften in de oncologische praktijk. *Psyche & Geloof*, 21, 178 – 195.
- Stranahan, S. (2008). A Spiritual Screening Tool for Older Adults. *Journal of Religion and Health*, 47, 491-503. DOI: 10.1007/s 10943-007-9 156-8
- Timmins, F. & Kelly, J. (2008). Spiritual assessment in intensive and cardiac care nursing. *Nursing in Critical Care*, 13, 124-131. DOI: 10.1111/j.1478-5153.2008.00276.x
- Topper, C. (2003), *Spirituality in Pastoral Counseling and the Community Helping Professions*. Gelezen op: <http://reader.ebib.com.proxy.library.uu.nl>
- Tuinman, M. A., Gazendam-Donofrio, S.M. & Hoekstra-Weebers, J.E. (2008). Screening and Referral for Psychosocial Distress in Oncologic Practice: Use of the Distress Thermometer. *Cancer*, 113, 870 – 878. Online voorpublicatie. DOI 10.1002/cncr.23622

Turner, R.P., Lukoff, D., Barnhouse, R.T. & Lu, F. (1995). Religious or spiritual problem: A culturally sensitive diagnostic category in the DSM-IV. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 435-444. Gelezen op: <http://ovidsp.tx.ovid.com.proxy.library.uu.nl>

Ven, J. A. van der, Dreyer, J.S. & Pieterse, H.J. (1997). Belief in God among South African youth and its relation to their religious socialization and praxis. *Theological Studies*, 53, 864-880. DOI: 10.4102/hts.v53i3.1705

Vereniging van Geestelijk Verzorgers in Zorginstellingen (2011). Voorstel tot aanpassing lastmeter. Gelezen op: <http://www.vgvz.nl>

Wel, D. v.d. & Pieper, J. (2000). De geestelijk verzorger aan de zijlijn? De integratie van de geestelijk verzorger in het algemeen ziekenhuis. *Praktische Theologie*, 27-4, 392-407

AANHANGSELS

Aanhangsel 1: enquête onder geestelijk verzorgers in algemene ziekenhuizen

Vragenlijst

1.

Leeftijd: (jaar)

2.

Hoogst voltooide opleiding:

- HBO Bachelor
- HBO master
- Universitaire bachelor
- Universitaire master

3.

Geestelijk verzorger sinds: (jaar)

4.

Geslacht

- Man
- Vrouw

5.

Ik beschouw mezelf als:

- Religieus ingesteld
- Spiritueel ingesteld
- Levensbeschouwelijk ingesteld

- Behorend tot een religieuze/spirituele of levensbeschouwelijke groepering

6.

Met welke stroming voelt u zich het meest verwant?

- Christendom: rooms-katholiek
- Christendom: protestant
- Islam
- Hindoeïsme
- Boeddhisme
- Jodendom
- New Age
- Nieuwe spiritualiteit
- Humanisme
- Atheïsme
- Agnosticisme
- Geen enkele stroming
- Andere stroming, namelijk:

7.

Op welke wijze komen in het ziekenhuis waar u werkt contacten tot stand tussen patiënten en de dienst geestelijke verzorging? Meerdere antwoorden zijn mogelijk. Vul zo mogelijk in voor hoeveel procent van de gevallen de gekozen optie (bij benadering) geldt.

- Ik probeer standaard een kennismakingsgesprek met nieuw opgenomen patiënten te voeren, omdat dit onderdeel is van het behandelingsprotocol van de afdeling(en) waar ik werk. Geef in het tekstvak aan voor welke afdelingen dat geldt en in hoeveel % van de gevallen dat haalbaar is.
- Ik probeer standaard een kennismakingsgesprek met nieuw opgenomen patiënten te voeren, omdat dit onderdeel is van het behandelingsprotocol van het ziekenhuis waar ik werk. Geef in het tekstvak aan in hoeveel % van de gevallen dat haalbaar is.
- Ik probeer standaard een kennismakingsgesprek met nieuw opgenomen patiënten te voeren, omdat ik dat zelf wil. Geef in het tekstvak aan in hoeveel % van de gevallen dat haalbaar is.
- In het ziekenhuis waar ik werk is het onderzoek naar spirituele zorgbehoeften van nieuw opgenomen patiënten gedelegeerd aan de verpleging. In de verpleegkundige anamnese wordt hiernaar gevraagd. Geef in het tekstvak aan in hoeveel % van de gevallen hier contacten met de patiënten uit voortkomen.

- Op verzoek van de patiënt. Geef in het tekstvak aan voor hoeveel % van de gevallen dat geldt.
- Op verzoek van de naasten van de patiënt. Geef in het tekstvak aan voor hoeveel % van de gevallen dat geldt.
- Ik neem zelf initiatief om patiënten te bezoeken (bijvoorbeeld n.a.v. deelname aan publieke rituelen). Geef in het tekstvak aan voor hoeveel % van de gevallen dat geldt.
- Ik bezoek patiënten n.a.v. een multidisciplinair overleg. Geef in het tekstvak aan voor hoeveel % van de gevallen dat geldt.
- Anders, n.l.:

8.

Indien het onderzoek naar spirituele zorgbehoeften van nieuw opgenomen patiënten in het ziekenhuis waar u werkt, is gedelegeerd aan de verpleging, weet u dan welke vragen de verpleegkundigen stellen?

- Ja (ga verder met vraag 9)
- Nee (ga verder met vraag 10)
- Is niet gedelegeerd aan de verpleging

9.

Indien u vraag 8 hebt beantwoord met 'ja', wilt u hieronder aangeven welke vragen er door de verpleegkundigen worden gesteld?

- a.
- b.
- c.
- d.
- e.
- f.
- g.
- h.

10.

Wanneer u als geestelijk verzorger in gesprek gaat met een patiënt, hoe onderzoekt u in dit gesprek spirituele zorgbehoeften? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- Ik luister naar het (levens)verhaal van de patiënt
- Ik vraag door bij bepaalde onderwerpen. (wilt u in het tekstvak aangeven bij welk soort onderwerpen u doorvraagt?)
- Ik let op de volgende signalen: (wilt u in het tekstvak aangeven op welke signalen u let?)
- Ik maak gebruik van een standaard vragenlijst (wilt u in het tekstvak aangeven welke vragen dit zijn?)

11.

Indien u gebruik maakt van een vragenlijst, heeft u deze vragenlijst zelf samengesteld of zijn ze ontleend aan een u bekend model?

- Zelf samengesteld
- Deels zelf samengesteld, deels ontleend aan een model, namelijk:
- Ontleend aan een model, namelijk:
- Anders, namelijk:

12.

Is u bekend of de verpleegkundigen naast het stellen van de anamnesevragen letten op bepaalde signalen bij de patiënten die kunnen wijzen op spirituele zorgbehoeften?

- Neen, dat is mij niet bekend /weet niet
- De praktijk laat zien dat de verpleegkundigen daar niet op letten
- Ja, zij letten met name op de volgende signalen: (wilt u in het tekstvak aangeven op welke signalen zij volgens u letten?)

13.

Ziet de verpleegkundige discipline over het algemeen naar uw mening spiritualiteit als onderdeel van de totale zorg?

- Ja, dat blijkt uit:
- Neen
- Weet niet

Aanhangsel 2: antwoorden op open vragen

7.

Op welke wijze komen in het ziekenhuis waar u werkt contacten tot stand tussen patiënten en de dienst geestelijke verzorging? Meerdere antwoorden zijn mogelijk. Vul zo mogelijk in voor hoeveel procent van de gevallen de gekozen optie (bij benadering) geldt.

Ik probeer standaard een kennismakingsgesprek met nieuw opgenomen patiënten te voeren, omdat dit onderdeel is van het behandelingsprotocol van de afdeling(en) waar ik werk. Geef in het tekstvak aan voor welke afdelingen dat geldt en in hoeveel % van de gevallen dat haalbaar is.

Dagbehandeling oncologie, maar in de praktijk niet 100% haalbaar

5%

CCU 50%

Dialyse afdeling, 90%

Dit geldt voor 1 afdeling en dat is in 75% van de gevallen haalbaar. Dit geldt voor 20% van de totale patiëntencontacten.

revalidatie, langliggers

chirurgie (80%), neurologie (20%), interne (80%) en psychiatrie (5%)

pal unit 75%

oncologie long/ 85%

dagbehandeling oncologie 30%

Ik probeer standaard een kennismakingsgesprek met nieuw opgenomen patiënten te voeren, omdat dit onderdeel is van het behandelingsprotocol van het ziekenhuis waar ik werk. Geef in het tekstvak aan in hoeveel % van de gevallen dat haalbaar is.

5

Ik probeer standaard een kennismakingsgesprek met nieuw opgenomen patiënten te voeren, omdat ik dat zelf wil. Geef in het tekstvak aan in hoeveel % van de gevallen dat haalbaar is.

5%, CCU, 50%, 30%, op IC 90%, op andere afdelingen lukt dit niet, 5%

In het ziekenhuis waar ik werk is het onderzoek naar spirituele zorgbehoeften van nieuw opgenomen patiënten gedelegeerd aan de verpleging. In de verpleegkundige anamnese wordt hiernaar gevraagd. Geef in het tekstvak aan in hoeveel % van de gevallen hier contacten met de patiënten uit voortkomen.

20%, 50%, 10%, 15%;

Dit gebeurt op de Acute Opname Afdeling, maar er komen nauwelijks contacten uit voort; 65%,

7%, 20%, 10%, 50%, 50%, 20%, >10%, 24%, 15%, 5%, 20%,

25% van de patiëntencontacten komt hieruit voort;

2%, 5%, 20%, 5%, ?5%;

30, Echter NIET uit de verpleegkundige anamnese bij opname (hooguit 2 procent), als wel door signaleren van spirituele nood tijdens opname door de verpleegkundige;

40%, 80%, 20%, 10%, 1%, 30%,

revalidatie;

paar keer per week;

40%, ongeveer 40%, 50%, 10%, 5%;

2% nieuwe opnames; 25 % in de loop van de opname;

10%, 1%, 20%, 20%, 30%; weinig; 10%, 5%, 5%, 1%, 10%, 25%, 50%, 10%, 10%, 5%, 15%, 3%, 5%.

Op verzoek van de patiënt. Geef in het tekstvak aan voor hoeveel % van de gevallen dat geldt.

20%, 15%, 20%, 3%, enkele procenten, 5%, 2%, 10%, 10%, 20%, 20%, 10%, 15%, 20%, 3%, 5%, 1%, 1%, 5%, 10%, 15%, 10%, 15%, 20%, 10%, 5%, 50%, 5%, 10%, 10%, 10%, 60%, 5%, 5%, 10%, 2%, 10%, 10%, 10%, 5%, 20%, 3%, 10%, 30%, 25%, 10%, 3%, 2%, 21,38%, 80%, 5%, 20%, 5%, zelden, 5%, 10%, 20%, 5%, zeer weinig, 2%, 10%, 5%, 1%, 10%, 10%, 10%, 10%, 50%, 10%, 25%, 4%, 5%.

Op verzoek van de naasten van de patiënt. Geef in het tekstvak aan voor hoeveel % van de gevallen dat geldt.

5%, 1%, 30%, 2%, enkele procenten, 5%, 1%, 10%, 5%, zelden, 5%, 10%, 10%, 3%, 3%, 0,5%, 5%, 10%, 5%, 10%, 5%, 5%, 5%, 2%, 5%, 1%, 10%, 5%, 2%, 10%, 2%, 5%, 5%, 5%, 10%, 3%, 10%, ongeveer 5%, 5%, 1%, 0,1%, 10,53%, 5%, 5%, 20%, 1%, 5%, 10%, 5%, 1%, 2%, 2%, 1%, 5%, 10%, 5%, 2%, 10%, 10%, 10%, 2%, 2%.

Ik neem zelf initiatief om patiënten te bezoeken (bijvoorbeeld n.a.v. deelname aan publieke rituelen). Geef in het tekstvak aan voor hoeveel % van de gevallen dat geldt.

20%, 5%, 5%, 15%, enkele procenten, 5%, 4%, 20%, 10%, 15%, 80%, 60%, 10%, 50%, 96%, 50%, 21%, 60-70%, 60%, 25%,
Dit geldt voor 10% van de patiëntencontacten en is meestal haalbaar,
15%, 30%, 5%, 80%, 70%, 1%, 20%, 10%, 0%, 10%, 35%, 15%, 40%, 30%, 60%, 15%, 10%, ongeveer 15%, 25%, 2%, 21%, 3,95%, 7%, 20%, 10%, 15%, 30%, 20%, 60%, 50%, 5%, 8%, 96%, 25%, 5%, 10%, 20%,
0% er zijn geen vieringen meer,
20%, 30%, 68%.

Ik bezoek patiënten n.a.v. een multidisciplinair overleg. Geef in het tekstvak aan voor hoeveel % van de gevallen dat geldt.

20%, 10%, 40%, 60%,

Op een paar afdelingen is MDO, mijn collega's participeren daarin, ikzelf niet.

20%, 80%, 30%, 50%, 20%, 10%, 50%, 75%, 40%, 80%, 30%, 40%, 2%, 10%, 5%, 10%, 20%,

Dit geldt voor 25% van de patiëntencontacten,

23%, 20%, 40%, 60%, 40%,

5% maar op één van mijn afdelingen bestaat MDO,

90%, 20%, 45%, 20%, 60%, 30%, 40%, 20%, 10%, 30%, 75%, 20%, ongeveer 5%, 50%, 5%, 10%, 23,68%, 15%, 13%, 30%, 15%, 15%, 40%, 20%, 10%, 40%, 80%, 1%, 50%, 30%, 10%, 10%, 50%.

Anders, n.l.:

Vraag arts 20; op verzoek van arts/maatschappelijk werk/verpleegkundige gedurende de opname (ongeveer 25%); Bij bureauopname wordt gevraagd of mensen een Bep. Levensbeschouwing hebben en of zij bezoek zouden willen hebben. Deze mensen komen op een zogenaamde pastoreslijst en dit beslaat 74% van de mensen die wij zien.; op initiatief van de specialist 10%; Verwijzing behandelaar 5; Het overgrote deel van de contacten ontstaat na een verzoek van de verpleging, of na overleg met de verpleging; 10% spontane ontmoeting 20% n.a.v. de kerkdienst; oproep bereikbaarheidsdienst: 100%; verpleegkundigen en artsen die in overleg met de patiënt mij inschakelen, op verzoek van verpleegkundigen/artsen/Palliatief Advies Team; verwijzing verpleegkundige 0,5 %; door artsen en verpleegkundigen word ik gevraagd: 80; via vrijwillige contactpersonen, specialisten, vieringen etc.; ik bezoek patiënten die ik tijdens een vorige opname gesproken heb; 70% mail of telefoon van verpleging die mogelijke zorgbehoefte bij patiënt waarneemt; 20 via persoonlijke oproepen van verpleging en/of artsen; signaleren van vpk. tijdens (!) opname 33; via artsen, via verpleging, via lijst van mensen die langer dan 1 week in ziekenhuis zijn, via heropnames, via toevallige ontmoetingen; lange liggers 20 %, verzoek arts of vpk. 70 %; rond de 30 procent van de verwijzingen komen van andere disciplines zoals palliatief arts of fysiotherapie; specifieke omstandigheden als lange opname of crisis, soms op verzoek vpk of arts 25%; De verpleging geeft door welke patiënten zij inschatten die behoefte hebben aan geestelijke verzorging; Het registratiesysteem is onvoldoende op orde om betrouwbare cijfers te noemen. Er is sprake van verschillende systemen in het zks. en er komt een nieuw; verwijzing personeel los van opnameanamnese 30% / ligduur 10%; via het patiëntendossier komt een consultaanvraag of een verpleegkundige spreekt me aan als ik op de gang loop; n.a.v. een vraag op het anamneseformulier / orthopedie, reumatologie; bezoek aan de kerkdienst op zondag; 10%; ongeveer 5%; aanbod bij alle langdurig opgenomen patiënten; Op verzoek van specialisten, artsen of verpleegkundigen; eigen initiatief: van ver komend, meer dan 2 weken opgenomen, 90 of ouder, 35 of jonger: 40%; 28,29% op verzoek v arts, verpl. of maatsch. werk; 12,35% via wekelijks overleg met teamleider; 70; op verzoek van parochie of kerkelijke gemeente; ik zoek aanknopingspunten in woonplaats (ver weg) of verjaardagen, maar nog belangrijker: ik kijk iemand in de ogen en peil de gezichtsuitdrukking.; 60% door verwijzing verpleging / dokter, los van het MDO,; via med. psycholoog; n.a.v. gesprek met vpk. op de VP-afdeling; via contact met verpleging, via eigen screening EPD; 38; Ik selecteer enigszins op ligduur, leeftijd, meerdere keren opgenomen, woonplaats om kennis te maken.; op verzoek van verpleegkundigen en artsen 40 %; We starten een pilot: existentiële problematiek bij palliatieve patiënten; via de zaal, de gang; eigen initiatief; open staan en met open vizier rondlopen in het ziekenhuis; aanbodgericht na afstemming met verpleegkundigen, op grond van bepaalde criteria (in ons ziekenhuis tot stand gekomen in overleg met aantal afdelingen; Vaak op aangeven van verpleegkundigen, of omdat ik op eigen initiatief mensen bezoek; verwijzing door verpleegkundigen en paramedici 20%.

9.

Indien u vraag 8 hebt beantwoord met 'ja', wilt u hieronder aangeven welke vragen er door de verpleegkundigen worden gesteld?

Ingedeeld in de volgende categorieën:

1. Behoefte geestelijk verzorger.

wie kan u steunen: pastor/GV? Wilt U kennismaking met/ondersteuning van een geestelijk verzorger? heeft u behoefte aan contact met een geestelijk verzorger. De vraag staat in de verpleegkundige anamnese, maar wordt niet 100% gesteld! Er wordt gevraagd of er behoefte is aan een gesprek met de geestelijk verzorger. heb u behoefte aan geestelijke verzorging. heeft u behoefte aan een gv-er. Wil u ondersteuning op dit gebied (gelovig/ spiritueel, D.W.). wenst de pt. een gesprek met de geestelijk verzorging tijdens de opname? heeft u behoefte aan geestelijke verzorging. heeft u

behoefte aan geestelijke verzorging. of men een geestelijk verzorger wenst te spreken. Wenst u contact met de GV. wilt u contact met de geestelijke verzorging. Heeft u behoefte aan een gesprek met een geestelijk verzorger? Formeel: stelt u het bezoek van een geestelijk verzorger op prijs? informeel: Zou u het fijn vinden om met iemand te praten die tijd en aandacht heeft voor dat wat u bezighoudt? Wilt u bezoek van een geestelijk verzorger. wenst u contact met een geestelijk verzorger. stelt u prijs op contact met een geestelijk verzorger? Heeft u behoefte aan een gesprek met de geestelijk verzorger van de afdeling? (ja of nee, bij ja komt er automatisch via het patiëntendossier een aanvraag bij onze afdeling terecht). stelt u prijs op contact met een geestelijk verzorger. vraag wordt gesteld of patiënt wil kennismaken met gver. is er behoefte aan een geestelijk verzorger. Zou u hier graag met iemand over willen praten (zin/ betekenis, D.W.). heeft u op dit moment behoefte aan geestelijke ondersteuning? Er is een geestelijk verzorger in huis die voor iedereen beschikbaar is, ongeacht uw achtergrond of levensovertuiging. Stelt u het op prijs dat deze geestelijk verzorger bij u langs komt? hebt u behoefte om te praten? wilt u een geestelijk verzorger spreken? behoefte aan bezoek gv. wilt u vrijblijvend kennismaken met de geestelijk verzorger van uw afdeling? Volgens de anamnese van Gorden. Vraag m.b.t. Waarden en levensovertuigingpatroon: \ 'Wilt u in contact komen met de medewerker van de dienst Geestelijke Verzorging? wilt u geestelijke begeleiding. Wilt u vrijblijvend kennismaken met de geestelijk verzorger van uw afdeling? wilt u contact met geestelijk verzorger? Artsen en vpk peilen de behoefte aan ondersteuning wanneer mensen voor moeilijke keuzen staan. Artsen en vpk peilen de behoefte aan ondersteuning na slecht nieuws. Heeft u behoefte hier met iemand over te praten? (na: denkt u veel na over de zin van uw leven, en van uw ziekte? D.W.). heeft u er behoefte aan dat de geestelijk verzorger bij u langs komt? wenst u contact met een geestelijk verzorger van het zkh. hebt u behoefte aan geestelijke ondersteuning. Als het goed is maken vpk daarbij een opmerking als: in ons ziekenhuis vinden we het belangrijk niet alleen oog te hebben voor het lichamelijke. wenst u contact met een geestelijk verzorger. heeft u behoefte aan een geestelijk verzorger van het ziekenhuis? heeft u behoefte aan geestelijke verzorging? Heeft u behoefte aan een geestelijk verzorger van het ziekenhuis? zo worden zij getraind: wat geeft u kracht, moed, hoop, inspiratie in het leven. in hoeverre heeft u ondersteuning nodig. wilt u contact met een gv-er. stelt u prijs op contact met gv. Wilt u contact met een geestelijk verzorger. Wenst u geestelijke ondersteuning? Zo ja: wilt u contact met geestelijke verzorging? stelt u contact met een geestelijk verzorger op prijs? is er behoefte aan geestelijk verzorger/pastoraat? stelt u bezoek van een geestelijk verzorger op prijs? hebt u behoefte aan GV. of iemand contact wil met gv.

Vervolgvraag: niet op dit moment? Nog niet? (als in nu nog geen behoefte, misschien later wel). later in de opname herhaalde vraag (Wilt u geestelijke begeleiding? D.W.).

2. Religie/ spiritualiteit/ levensbeschouwing

is geloof belangrijk/levensbeschouwelijke inhoud? Religie. onder het kopje waarden en overtuigingen staan twee items: religie en wilsverklaring. heeft u religie-levensbeschouwing. Bent u gelovig. Bent u spiritueel. heeft de pt een bepaalde godsdienst of levensovertuiging. Onder het kopje waarden en levensovertuiging kan

gevraagd worden hiernaar en zo mogelijk ingevuld. hebt u een levensbeschouwing. behoort u tot een bepaalde levensbeschouwelijke stroming. Is geloof belangrijk voor u? Heeft u een specifieke levensbeschouwing of levensovertuiging? (antw. ja of nee). welke levensbeschouwelijke achtergrond heeft u. vraag wordt gesteld naar levensovertuiging. levensbeschouwelijke achtergrond. wat is uw geloof / levensbeschouwing? bent u gelovig? Levensbeschouwing. speelt geloof en/of levensbeschouwing een rol in uw leven? Godsdienst/levensbeschouwing? Welke godsdienst of levensbeschouwing? Op dit moment wordt er gewerkt aan een nieuw anamnese formulier. Op dit moment luidt de vraag: Rekening houden met geloofs- of levensovertuiging? bent u gelovig. Speelt geloof of levensbeschouwing een rol in uw leven? hebt u een bepaalde levensbeschouwing? Bij anamnese wordt gevraagd naar waarden of levensovertuiging die voor pt belangrijk zij. bent u aangesloten bij een religie/levensovertuiging. bent u gelovig? vraag naar levens- of geloofsovertuiging. heeft u een geloofs- of levensovertuiging? Heeft u een geloofs- of levensovertuiging? wat is uw levensovertuiging. Waarden en geloofsovertuiging. welke geloofsovertuiging en levensovertuiging. Heeft u een levens- cq geloofsovertuiging? hebt u een bepaalde levensbeschouwing of geloof? welke levensbeschouwing heeft u? bent u gelovig? welke geloofsovertuiging/levensovertuiging heeft u? Heeft u een bepaalde levensbeschouwing of geloofsovertuiging waar we rekening mee moeten houden? Bent u praktiserend?

3. Rituelen.

Heeft wensen m.b.t. de geloofsovertuiging. Bediening. Er wordt gevraagd of de levensbeschouwing van de patiënt dingen met zich meebrengt waar rekening mee moet worden gehouden. zijn er gebruiken of wensen waar we rekening mee moeten houden? Zijn er gebruiken waar wij rekening mee kunnen houden? (antw. ja of nee, bij ja wordt er doorgevraagd en gedocumenteerd). Heeft u bepaalde wensen of behoeften op het gebied van geloof of levensbeschouwing? heeft u speciale wensen? wilt u de kerkdienst in het ziekenhuis bezoeken. wilt u naar kerkdiensten gaan? Hebt u speciale wensen m.b.t. uw geloofsovertuiging. heeft u wensen m.b.t. geloofsovertuiging. hecht u waarde aan bepaalde rituelen, waar wij rekening mee moeten houden? Heeft u een bepaalde levensbeschouwing of geloofsovertuiging waar we rekening mee moeten houden?

4. Keuzes.

Heeft wensen m.b.t. de geloofsovertuiging. Is er een voor de arts relevante verklaring/document? Er wordt gevraagd of de levensbeschouwing van de patiënt dingen met zich meebrengt waar rekening mee moet worden gehouden. onder het kopje waarden en overtuigingen staan twee items: religie en wilsverklaring. zijn er gebruiken of wensen waar we rekening mee moeten houden? Heeft u bepaalde wensen of behoeften op het gebied van geloof of levensbeschouwing? Artsen en vpk peilen de behoefte aan ondersteuning wanneer mensen voor moeilijke keuzen staan. heeft u speciale wensen? heeft U wensen voor de toekomst? invloed van levensbeschouwing op ziekteproces (bv dieet). Hebt u speciale wensen m.b.t. uw geloofsovertuiging. heeft u wensen m.b.t. geloofsovertuiging. Heeft u een bepaalde levensbeschouwing of geloofsovertuiging waar we rekening mee moeten houden?

5. Levensbeschouwelijke organisatie
Bent u aangesloten bij een levensbeschouwelijke organisatie? Denominatie. Behoort u tot een geloofsgemeenschap? Bent u praktiserend? welke denominatie. behoort u tot een kerk/gemeente. In de praktijk helaas vaak alleen: hoort u bij een bepaalde kerk. bent u lid van religieuze levensbeschouwing. of iemand behoort bij een levensbeschouwelijk genootschap.

Vervolgvraag: wenst u contact met iemand uit die traditie. Wenst u geestelijke ondersteuning? En zo ja: wilt u dat uw geloofsgemeenschap op de hoogte wordt gesteld? dient uw geloofsgemeenschap verwittigt te worden.

6. Coping
hoe gaat u daar mee om? hoe omgaan met moeilijke situaties. Artsen en vpk peilen de behoefte aan ondersteuning na slecht nieuws. zo worden zij getraind: wat geeft u kracht, moed, hoop, inspiratie in het leven. in hoeverre heeft u ondersteuning nodig. waar put u kracht uit? wat / wie is u tot steun?

7. Sociaal
gezinssituatie/werk. wat / wie is u tot steun?

8. Zin/ betekenis
Denkt u na over de zin van uw leven of uw ziekte. Denkt u veel na over de zin van uw leven, en van uw ziekte?

9. Zelfomschrijving.
hoe zou u zichzelf omschrijven?

10. Invloed ziekteproces.
bent u verandert sinds uw ziek bent?

11. Gevoelens.
heeft u meer last van de volgende gevoelens?

12. Geen vraag.
Is de patiënt bekend bij psycholoog. med mw of geestelijk verzorger? onder het kopje zelfbeleving. vpk ziet bij volgen van anamnese bij punt 11 of de patiënt in eerdere opname al contact heeft gehad met een van de gvers. Meeste verzoeken om gv komen op grond van observaties van verpleegkundigen of artsen. Zij letten op mogelijke zingevingsproblematiek: uitingen als "waarom", "het niet meer zien zitten" e.d. Artsen en verpleegkundigen schakelen ons ook in wanneer ze zien dat pt veel piekert of behoefte heeft om te praten. wanneer mensen vastlopen of een slecht nieuws bericht hebben gehad wordt ik incidenteel gevraagd door de verpleegkundige of door de arts. soms wordt ik door de familie gebeld wanneer vader of moeder in het ziekenhuis ligt.

13. Gebruik model

Wij zijn met onderzoek bezig waarin we de 3 open screeningsvragen uit de richtlijn spirituele zorg scholen op pilotafdelingen. Volgens de anamnese van Gorden. Vraag m.b.t. Waarden en levensovertuiging patroon: \ 'Wilt u in contact komen met de medewerker van de dienst Geestelijke Verzorging? afname lastmeter soms.

10.

Wanneer u als geestelijk verzorger in gesprek gaat met een patiënt, hoe onderzoekt u in dit gesprek spirituele zorgbehoeften? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- Ik luister naar het (levens)verhaal van de patiënt
- Ik vraag door bij bepaalde onderwerpen. (wilt u in het tekstvak aangeven bij welk soort onderwerpen u doorvraagt?)

Coping met ziekte of emotie; lichamelijke/geestelijke verandering; levensovertuiging, waarden. emoties. motivaties. Ik vraag of men lid is van een kerkgenootschap, waar men steun aan ontleent en uit put, hoe men zijn eigen kwetsbaarheid/sterfelijkheid ervaart etc. knelpunten behandeling, levensthema's; beleving van ziekte en ziekenhuisverblijf, relaties. De beleving van het ziektegebeuren, als mensen aangeven wat hen kracht geeft, de relaties met familie/vrienden (goed of niet, netwerk, steun, eenzaamheid); Omgang met ziekte en met verlieservaringen. wat is voor belangrijk in uw leven? waaraan ontleent u steun? Met wie bent u verbonden? hebt u een gelovige/levensbeschouwelijke achtergrond? door wie/wat wordt geïnspireerd, ontvangt u kracht van? Oorsprong van levenskracht, in welke vorm, op welke momenten in leven hoe ervaart u dit tijdens deze opname; als iemand aangeeft wat hem of haar steunt als mensen plekken of omstandigheden benoemen waar ze graag zijn, of het over dingen hebben die ze graag doen, hen inspireren. Bijvoorbeeld de tuin, de natuur, het lezen van boeken, maar ook het naar de kerk kunnen gaan, een kaarsje opsteken en ervaringen delen. levensvragen, omgaan met lijden, omgaan met schuldgevoelens bijvoorbeeld; waar put u kracht uit? wat geeft u troost/ steun? Wat ervaart u als echt belangrijk in uw leven? slecht nieuws; terminale fase; verlieservaring; ik-houd-het niet-meer-vol; ethische vraag; leven en dood; Contingentie, verdriet, rouw, angst, spanning, gebrokenheid (ook in relaties), bronnen van kracht, hoop en vreugde; beleving van ziekte, opname, bepalende biografische existentiële momenten; angst, rouw, emotie; waar haalt de patiënt de kracht vandaan om vol te houden? eigen levensvisie; wanneer mensen zeggen dat ze een geloof hebben , vraag ik of ze daarvan ook steun ervaren in de tijd dat ze hier opgenomen zijn; Naar ervaringen die als moeilijk aangegeven worden, krachtbronnen uit het verleden en nu, beleving; of iemand het allemaal nog aan kan; of de patiënt nog vertrouwen heeft in zichzelf, in de behandeling of de situatie; of de patiënt ergens steun of troost aan beleeft;

de beleving van de ziekenhuisopname; bronnen van kracht/houvast; ik vraag niet naar bepaalde onderwerpen maar ga in op wat iemand vertelt over wat hem bezig houdt, wat daadwerkelijk van belang is; verlies, angst voor toekomst. schuldgevoel t.o.v. ziekte, moeite met behandeling, existentiële onderwerpen; als het over betekenis, moed of hoop gaat, tragiek, eenzaamheid, schuld; angst voor de dood, schuld problematiek; Het gaat niet zozeer om het doorvragen op bepaalde onderwerpen. Patiënten verpakken hun zorgen vaak ini ogenschijnlijk nietszeggende onderwerpen, of maken zich bijvoorbeeld heel druk over secundaire zaken. Het gaat erom dit te herkennen, en dan door te vragen. beleving situatie bij grote veranderingen in het leven met name rond verlies; zaken op existentieel niveau, kinderen, kleinkinderen, overlijdens, werkzaam leven. toekomst perspectief, zaken die helpen om verdieping te zoeken, maar behoedzaam zonder te peuteren; omgaan met lijden, hoop, dankbaarheid etc; o.a. rondom 'spirituele' opmerkingen, verwijzing naar 'in iets geloven', verlieservaringen, vreugdevolle momenten, Aandachtspunten gehoord van de verpleging/artsen/MDO; heeft u een geloof? Waar vindt u steun? Wat is in uw leven belangrijk als het om houvast en steun gaat? de existentiële worsteling als die er is; In plaats van veel doorvragen probeer ik zo te luisteren naar de patiënt (actief luisteren) dat hij of zij zo veel mogelijk ruimte krijgt om dat uit te drukken wat hem of haar het meeste bezighoudt. Vaak komt de spirituele dimensie of zingevingdimensie dan vanzelf naar de oppervlakte, en blijkt wat de spirituele behoefte is. krachtbronnen, wat voor iemand belangrijk is, als er duidelijk gesproken wordt over spirituele onderwerpen; bij wat naar voren komt als belangrijk. Dat kan werkelijk van alles zijn. sociaal netwerk, bronnen van kracht, mate van welbevinden kerkverlating, verliessituaties, voedingsbron; probeer aanknopingspunten te horen in het verhaal van de patiënt, vraag er ook wel specifiek naar (heeft u een levensbeschouwing, bent u religieus bv.; verlieservaringen, zin vragen, kruispunten in het leven, toekomst, naasten; levensvragen, geloofsvragen, ethische vragen, verlieservaringen, slecht nieuws, sterven; verlieservaringen, acceptatieproblematiek, rouwprocessen; moeilijke ervaringen in de biografie; rouw / verdriet / verlieservaringen / eerdere crises in het leven / omgang met eerdere ziekten of opname's / 'kruispunten' in het leven; moeite versus krachtbron; transcenderende ervaringen; verwachtingen rond levenseinde; ervaren zin; waarom-vraag; Scharniermomenten in het levensverhaal; verlies van identiteit, personen of zingeving, of juist momenten, activiteiten of onderwerpen die wel aan de zinbeleving bijdragen. overlijden van een familie lid, ontslag uit het werk, life-events (overleden) partners/kinderen, werk, life events; wat zijn uw krachtbronnen, lukt het daar nu uit te putten, Hebt u daar iets bij nodig? familie (wat heeft u van wie geleerd, zoals bijvoorbeeld bidden), natuur, belangrijke anderen (uit verleden) - overlijden van een naaste, levensbeschouwelijke 'pop-ups' krachtbronnen, bezoek vanuit levensbeschouwelijke achterban, ziektebeleving, confrontatie met eindigheid, angst voor de dood, levensvisie die gaat schuiven door wat pt meemaakt, rouw/verlieservaringen, opeenstapeling van teleurstellingen, uithouden, duur van ziekenhuisopname/traject van ziek zijn, herhaalde opnames; verlies, verdriet, gemis van mogelijkheden, belangrijke anderen, uitingen van geloofs/spirituele beleving, gebroken relaties met kinderen, aanstaande verandering zoals verhuizing vanwege gezondheidsproblemen, einde leven in zicht, balans van het leven opmaken, vragen tav wel of niet aangaan van een behandeling; Wat geeft levensvreugde? Waar is verbondenheid? waar eenzaamheid? Levensmotto? Waar doe ik het allemaal voor? wat geeft me kracht? o.a. doorvragen naar de beleving, wanneer men opmerkelijk afwijzend is naar pastorale zorg vraag ik of men ook nare ervaringen heeft gehad in het verleden; wat geeft iemand kracht, hoop, moed etc. en krachtbronnen, volhouden, rituelen, bepaalde woorden na slecht nieuws, bij grote ok's e.d. die het leven erg beïnvloeden; Daar waar gevoelens aangeraakt worden door het vertellen, bij rouw en verlieservaringen in de

breedste zin van het woord, wanneer een godsgeloof ter sprake komt, bij de betekenis van het ziekzijn/opgenomen zijn in het ziekenhuis, wanneer voor de patiënt belangrijke ervaringen en waarden ter sprake komen, bij piekervaringen, waar het verhaal gaat over de identiteit van de patiënt etc.; bij existentiële onderwerpen; het volhouden; contact ,met familie/vrienden; de ervaring van ziek zijn, Als verdriet wordt getoond en pijn vraag ik naar wat mensen (eerder er doorheen) heeft geholpen: ervaren steun, troost, Ervaring van (on)zin, samenhang/of niet, betekenis/of niet, verbondenheid met anderen, de Ander/of niet. Als dromen worden verteld., of mensen kenbaar maken welk ritueel of beeld voor hen belangrijk (is geworden). ziektebeleving / bronnen van kracht / context; angst, boosheid, verdriet, spijt, schuld, schaamte, ziekte, dood, hiernamaals, waar is het goed voor, e.d. verdriet, eenzaamheid, behoefte aan houvast, \drijfzand- of woestijn\'-gevoel, godsdienstige vragen enz; identiteit; verlangen, zingeving; bronnen van steun, kracht en inspiratie, behoren bij een kerk, bidden, bijbellezen.

Ik let op de volgende signalen: (wilt u in het tekstvak aangeven op welke signalen u let?)

apathie/huilen/lethargie/boosheid/twijfel/waaromvraag; emoties. stil worden. niet noemen van bepaalde zaken (zoals familie); Achtergrond, sieraden, spullen op nachtkastje, leeftijd; nonverbale signalen, wat ik in de kamer aantref; emoties, wegstaren, moeheid of; benauwdheid(dan het gesprek kort houden, patiënten durven dat niet altijd te zeggen); Emoties, lichaamstaal; taalgebruik, kaarten aan de muur, foto\'s, gedrag t.o.v. mij; Bijbel, Koran, religieuze voorwerpen/ bepaalde begrippen; Luister naar hetgeen er niet direct gezegd wordt, let in het bijzonder op non-verbale communicatie, let op voorwerpen die aanwezig zijn op de kamer; mimiek, emotie in stem of anderszins, aankijken, opmerkingen of antwoorden nav vragen naar wat men fijn vindt, kracht aan ontleend, behoefte gesprek, wens viering bij te wonen, tekens op nachtkaste, literatuur en uiteraard onderwerpen in gesprek bijvoorbeeld; kruis slaan (voor gebed of tijdens onderdelen gesprek), behoefte kaars aan te steken, aanwezigheid van Bijbel/ gebedenboek/ psalmtekst op het nachtkastje, kaarten in de kamer met godsdienstige spreuken/ taalgebruik van de patiënt/ kleding en haardracht; omgeving en nachtkastje van de patiënt; verandering van emotionele toon; langdurig verblijf met complicaties; tekenen van eenzaamheid; piekeren; volzitten; non verbale; tranen, verkleuring gezichtskleur, onrust. Ik let ook op voorwerpen op het nachtkastje (kruisje, boeken, tekeningen, afbeeldingen enz.); inhoudelijk verloop van het verhaal, geraaktheid of emotie, levens- /geloofsvragen; eenzaamheid, apathie, religieuze symbolen, foto\'s familie, wel of geen kaarten op prikbord; houding; ogen; gevoelens: geven aan hoe patiënt zich verhoud t.o.v. situatie / het leven / de opname etc; rozenkrans, mariabeeldje, kruisje om; wat emotioneert of gevoelens oproept, op de inhoud van het gesprek, op der non verbale communicatie; emoties die al dan niet verbaal of non-verbaal worden geuit; wat de \opgave\' is waar de patiënt zich voor geplaatst ziet (zie Baart); spullen in omgeving, bv religieuze zaken, opmerkelijke vrolijkheid. somberheid of vlakke stemming. incongruentie verbale en non verbale communicatie; geraakt zijn, emoties, reacties, etc.; mimiek, stiltes, terugkomen op existentieel onderwerp; houding, oogcontact, stemgebruik; wijze van reageren, gespannenheid, angst ,boosheid, verdrietige gevoelens, onzekerheid; signalen van (onderdrukte) emotie. Ik probeer altijd daar uit te komen waar het echte verdriet en de pijn zit, en dat dan - aan de hand van de mogelijkheden en taal van de patiënt - te verkennen en er ruimte voor te maken. emoties, blokkades, terugkerende onderwerpen of taal, enz.; emoties of gebrek daaraan; emoties met name waar pijn in zit en waar juist vreugde en kracht; voorwerkpen in de ruimte, emoties, interactie met naasten; basale gevoelens van vreugde en verdriet. hoop en wanhoop, berusting verzet of vechtlust.

emoties, boeken op het nachtkastje, kaarten aan de muur, bezoek aan dienst etc; emoties, houding, manier van kijken, gebaren (lichaamstaal) en manier van spreken; Woordgebruik, inhoud van het gesprek; ik let niet zozeer op algemene signalen maar meer op wat de (existentiële) nood of (spirituele) behoefte is van deze patiënt; wat op het nachtkastje staat, wat er hangt, wat iemand draagt; van alles. Van ongeïnteresseerdheid tot sterke emoties, van een vlak verhaal tot grote opwinding. mate waarin de zieke zingevingsvragen oproept, voorkomen emoties, ev. religieuze vragen lichaamstaal, voorwerpen op nachtkastje, kaarten aanwezigheid van rel. materiaal (bidsnoeren, heilige boeken, kleding (sluier bv.) beeldjes, et cetera; angst, verdriet, stil vallen, boosheid, emoties (boos/verdrietig/opluchting; emoties, lichaamstaal, terugkerende elementen in gesprek angst/overbelasting; wat emotioneert de patiënt; welke beeldtaal is typerend; Non-verbaal, ademhaling (stokt, versnelt, zucht), pauzes, thema's waar de patiënt nadruk op legt, onderwerpen waar breuklijnen in het levensverhaal ontstaan, onderwerpen waar de patiënt een transcendentie in betreft. emotie, manier van praten, lichaamstaal; blik in de ogen, al dan niet gevouwen handen, lichaamshouding, die rust of onrust uitstraalt, gezichtsuitdrukking (verdriet, eenzaamheid, verwarring, boosheid, apathie); lichaamssignalen (sip kijken, eens flink zuchten, wegstaren - alles is, na benoeming, een opening tot waar deze uiting op wijst); Non-verbale signalen en wat staat er op het kastje? religieuze artikelen in kamer / op nachtkastje (bijv bijbel, beeldje, rozenkrans, etc); onrust, half afgemaakte zinnen gevolgd door een geladen zwijgen, het zoeken van contact met ogen, handreiking; uiten van emoties, herhalingen van thema's, pijn, moeite met zich uiten; o.a. lichaamstaal, non verbale signalen, beelden & metaforen; voorwerpen op het kastje, kaarten, sieraden; uitspraken als: daar hebben wij niets over te zeggen of andere uitspraken waaruit blijkt dat patiënt gelovige achtergrond heeft. Ook zijn er bepaalde vragen als: waaromvraag waaruit spirituele nood kan blijken. Getoonde gevoelens en emoties, non-verbale communicatie, herhalingen/nadruk in het verhaal, bepaalde toespelingen die de patiënt zelf maakt, wat er op een nachtkastje staat (engeltje, Mariabeeldje o.a. symbolen), het dragen van bepaalde sieraden (kruisje, ankertje o.a. symbolen), de boeken die een patiënt leest etc.; non verbale signalen, verbale signalen; lichaamstaal; lichamelijke uitingsvormen (soms handen gevouwen), wijze van vertellen, herhaling van bepaalde woorden of geen woorden; lichaamstaal van patiënt, lichaamstaal, stiltes, emoties, voorwerpen op het kastje, kaarten, bezoek, etc; signalen in meest brede zin, die wijzen op hierboven genoemde ervaringen. Zowel verbaal als nonverbaal. toon van communicatie; diverse emoties; aanwijzingen voor persoonlijke levensbeschouwing en levensvragen.

Ik maak gebruik van een standaard vragenlijst (wilt u in het tekstvak aangeven welke vragen dit zijn?)

Nee; Nee, in het verleden wel eens maar nu niet meer. niet standaard, maar wel in m'n achterhoofd; zal ik nooit doen! dat zet mijn focus centraal ipv de patiënt. dat staat haaks op wat gv inhoudt; geen standaard vragen, wel pointers; Ik maak geen gebruik van een vragenlijst, maar heb wel een 'model' in mijn achterhoofd; ik gebruik geregeld vragen uit de lijst van Leget, die ik ook heb onderzocht in mijn masterscriptie: De spirituele dimensie binnen de palliatieve zorg, onderzoek naar de ontwikkeling van een screeningslijst, MOLniek Steggerda, 2011, masterscriptie RU nijmegen; nee; nee zit in mijn hoofd en scheelt per patiënt; 3 vragen van Puchalski (in Richtlijn Spirituele Zorg in Palliatieve Zorg);

11.

Indien u gebruik maakt van een vragenlijst, heeft u deze vragenlijst zelf samengesteld of zijn ze ontleend aan een u bekend model?

- Zelf samengesteld
- Deels zelf samengesteld, deels ontleend aan een model, namelijk:

Mount Vermont vragen van Puchalski; dynamische oordeelsvorming; Hoewel ik geen gebruik maak van een standaard vragenlijst, stel ik wel vragen die ik aan verschillende modellen heb ontleend: van Pruyser, uit pastorale diagnostiek van J. Bouwer, richtlijn signaleren van spirituele nood;

- Ontleend aan een model, namelijk:

gespreksmodel van Weiher; Fitchett; ik gebruik geen model, maar mijn werkwijze is voor een deel gebaseerd op 'levensbeschouwelijke counseling'; Leget.

- Anders, namelijk:

'uit de losse pols'; soms gespreksmodel Carlo Leget; geen; geen vragenlijst; maatwerk; Ik maak geen gebruik van een vragenlijst; ik houd in mijn achterhoofd het model van Fichet; maak geen gebruik van vragenlijst;

12.

Is u bekend of de verpleegkundigen naast het stellen van de anamnesevragen letten op bepaalde signalen bij de patiënten die kunnen wijzen op spirituele zorgbehoeften?

- Neen, dat is mij niet bekend /weet niet
- De praktijk laat zien dat de verpleegkundigen daar niet op letten
- Ja, zij letten met name op de volgende signalen: (wilt u in het tekstvak aangeven op welke signalen zij volgens u letten?)

grotendeels zie antwoorden bij 10; Sommigen letten op spraakzaamheid/emoties/mate van bezoek/stemming etc; Behoefte aan aandacht, onrust, somberheid en wat de patiënt hen vertelt. levensbeschouwelijke/spirituele thema's, (a.s.)ziekerrouw, keuzeopties rond (niet) behandelen, 'complex' zorgtraject te verwachten; angst, depressie, verdriet; hevige emoties (angst, verdriet, agressie, depressief gedrag), bij geen of een klein sociaal netwerk, behoefte aan aandacht, na slecht nieuws; emoties (met name verdriet) veel aandacht vragen door patiënt. Heftige gebeurtenissen. emotionaliteit, naderend sterven, crisissituaties; Verpleegkundigen letten op hoe een patiënt met emoties omgaat, bij een gedeelte van de opnames wordt een psychologie-sociale-spirituele vroegsignaleringslijst afgenomen. ze letten met name op emoties, uitspraken van pten, en omstandigheden: slechtnieuws, zorgen/verlies Niet helemaal antwoord op de vraag: maar het is afhankelijk van de verpleegkundige zelf en

of zij daar al dan niet gevoelig voor is, bekend mee durft te zijn. levensvragen, angst, spirituele behoefte, behoefte van naasten, naderend levenseinde; Soms; op Bijbels/ spreuken ed. Altijd sterk kerkelijk gekleurd. droefheid, eenzaamheid, bezorgdheid; Stemming, angst, zorgen; eenzaamheid; gedepimeerdheid; heftige emoties; terminale fase; onrust en of veel aandacht vragen en onzekerheid, doodswens; Voorwerpen als rozenkrans, Mariabeeldjes, bijbel; angstig, verdrietig, eenzaam; behoefte om te praten; angstig zijn; niemand hebben om te praten; de verpleegkundige heeft een vermoeden dat er iets speelt maar weet niet wat. Niet alle, maar de meeste verpleegkundigen verwijzen door indien patiënten emotioneel zijn, down, ontredderd etc. wanneer ze in de omgang met de patiënt merken dat ze vast zitten met vragen of dat ze aangeven behoefte te hebben met iemand die naar ze wil luisteren; hoe het met iemand gaat, of ze zelf het gevoel hebben dat een langer gesprek of meer/andere aandacht de pt goed zou doen; Niet alle verpleegkundigen doen dit, maar een aantal wel en die schakelen ons dan in. Zij letten voornamelijk op de emotionele gesteldheid van de patiënt, of iemand overweldigd wordt door de situatie, een slecht nieuwsgesprek gaat krijgen of heeft gekregen, langdurig in het ziekenhuis verblijft, problemen heeft naast de ziekte en opname, angst voor de dood, angst voor behandeling/operatie, eenzaamheid; somberheid, verandering in stemming bij patiënt, spreken over de dood en gevoelens van zinloosheid, alertheid op vragen van patiënten als 'waarom overkomt mij dit?'; verdriet, stil, net slecht nieuws gehad, weinig naasten aan het bed, veel tegenslag, zorgen van naasten; somberheid, gebrek aan motivatie. geen reactie op slecht nieuws; intuïtie, verdrietige of emotionele patiënt; gevoelens en ervaringen die mensen delen met verpleging, reacties van naasten; Zij hebben daarvoor een door ons ontwikkeld indicatie- instrument op zak, maar in de praktijk schakelen zij ons in bij emotionele disbalans van de patiënt; stemming; gebleken behoefte aan gesprek; Ja mijn ervaring is dat verpleegkundigen patiënten doorgeven om verschillende redenen: slecht nieuws mbt de gezondheid, met name mensen die terminaal zijn, mensen die heel emotioneel zijn, eenzaamheid, veel piekeren en worstelen met vragen rond het ziek zijn en de levenssituatie, veel pijn hebben, veel verlies hebben meegemaakt in het leven. emoties, iemand die veel verdriet heeft of angstig is valt op; net alle verpleegkundigen letter daarop, maar sommigen wel: uitlatingen, emoties, bezoek eigen pastor, lezen uit de bijbel, bezoek aan stiltecentrum etc.; patiënten die praten over geloof/kerk, leeftijd (ouder dan vaak kerkelijker), soms bij afwijkende reacties op wat er met patiënt gebeurt, bij verdriet/pijn/woede/machteloosheid patiënt en soms van naasten. Ook wel wanneer de verpleegkundigen er geen raad mee weten. Wisselend. Sommigen letten op signalen van verdriet (mw. is heel verdrietig...), angstig zijn (mw. is erg onrustig...), eenzaamheid (meneer krijgt nooit iemand op bezoek...), vragen van leven en dood (meneer zegt dat hij dood wil), geloof (mw bidt veel). Dit soort signalen leiden vaak tot een doorverwijzing naar GV. Sommigen proberen zelf de patiënt wat extra aandacht te geven; Mijn indruk is wel dat er ook veel signalen zijn die niet worden gezien. onrust, verdriet, boosheid; dit is een belangrijker 'bron' van contacten dan de anamnese. Ze letten er op of 'het wel goed met iemand gaat' en of iemand veel meemaakt; stress, verdriet, slecht nieuwsgesprek gehad, verdriet, angst, behoefte aan gesprek of ritueel, relationele problemen. angst, boosheid, verdriet, zinvragen, onrust, zorgen mbt toekomst of familie en naasten kan per vpk verschillen. een handzaam kaartje heeft DGV ontwikkeld zodat werknemers weten waarvoor zij een GV kunnen vragen. duur van de opname langer dan verwacht en veel problemen thuis; behoefte van patiënten om hun hart te luchten / verdriet / bezorgdheid / angst / nachtelijk gepieker / somberheid emotioneel zijn, rouw en verlies, angst, gedepimeerd zijn; verdriet, gepieker, wanhoop, somberheid, stil zijn/weinig aandacht vragen, obstinaat gedrag, uitgesproken zinvragen (waarom? wat voor zin heeft mijn leven nog?), doodswens, slecht nieuws, religieuze gebruiken voorwerpen zoals bidden, rozenkrans, bijbel; bijvoorbeeld: stil/teruggetrokken zijn; slechtnieuwsgesprekken; eenzaamheid; emotionaliteit; slechte prognose; leeftijd; uitgesproken kerkelijke betrokkenheid; patiënt geeft aan te willen praten; patiënt maakt onrustige indruk; familie vraagt om contact met de GV; praatlust, verdriet, onrust.

verdriet, zorgen, zwijgen, gedragsverandering; of iemand het moeilijk heeft. Dan vragen zij door (velen van hen); gemoedstoestand pt, signalen die ik aandraag tijdens overleg / klinische les; of mensen zelf een geloof/levensovertuiging benoemen, of hun naasten; als mensen down, verdrietig, moedeloos zijn; als er weinig perspectief op verbetering is; als iemand eenzaam is/weinig contacten heeft; als iemand veel aandacht vraagt; al iemand onlangs iemand verloren heeft; Eenzaamheid, verdriet, bijbel naast bed, patiënt praat graag, wil aandacht; diagnose "spiritual distress" uit de Nanda is normgevend. In de praktijk beheersen maar weinig verpleegkundigen dit. patiënt is anders dan anders, bijv opeens stil of juist luidruchtig. patiënt slaapt slecht of huilt. Een enkeling die er op let. Vaak op aangeven van patiënt en/of familie, kwetsbare oudere patiënten (mogelijke behoefte aan een bediening/ziekenzalving. emoties, verandering in gedrag, onrust, piekeren, angst, opvallend gedrag het niet meer zien zitten; Slecht Nieuws Gesprek gehad gaan naar mijn idee vaak af op hun intuïtie, of iemand gelovig is. De overtuiging dat iemand gelovig moet zijn om een g.v. te ontmoeten is helaas hardnekkig. Maar sommigen weten inmiddels, na vele malen herhalen van onze (gv) kant dat iemand niet perse gelovig hoeft te zijn om met een g.v.-er te spreken hoe iemand zich uitsprekt, emoties; wat iemand op het nachtkastje heeft liggen / staan. wakker liggen, zorgen, emoties, terloopse opmerkingen, eenzaamheid, slecht nieuws, etc. in feite dezelfde signalen als bij vraag tien. Wel is de ene verpleegkundige hier zeer veel gevoeliger voor dan de andere! kerkbetrokkenheid (klassiek) klassieke zaken zoals een bijbel of vraag naar kerkbezoek verschilt sterk per vpk; uitingen van verdriet, eenzaamheid en wanhoop, levensbeschouwelijke achtergrond.

13.

Ziet de verpleegkundige discipline over het algemeen naar uw mening spiritualiteit als onderdeel van de totale zorg?

Ja, dat blijkt uit:

de hoeveelheid consultvragen; Sommigen zijn hier heel erg op gericht en hebben hier oog voor, Anderen bijna niet. Zij schakelen ons in, we hebben overleg via MDO en wij spreken soms met elkaar op afdelingsoverleggen. adequate verwijzingen door verpleegkundigen (zie 12) het feit dat ze regelmatig patiënten verwijzen naar ons en dat die verwijzing ook meestal een duidelijke behoefte betreft. Niet iedere verpleegkundige heeft daar oog voor. Wij hebben als geestelijke verzorging een verwijskaart gemaakt en deze geïntroduceerd bij de verpleging. Ik heb geprobeerd hem hier in te voegen, maar dat lukt niet. Lastig vind ik die kleine tekstruimtes, omdat je je eigen tekst niet overziet. dat ze ons zien als onderdeel van de zorg. belangstelling voor scholing; uit navraag blijkt dat zij het wel belangrijk vinden, maar in de praktijk weten ze er veel moeilijker er handvatten voor te vinden; Vanuit het pat. Gericht overleg komt spiritualiteit en zingeving steeds meer structureel onder de aandacht. Een prima methode en beter dan de anamnese tijdens het opname gesprek. het inschakelen van de gv is heel vanzelfsprekend; vragen om Geestelijke Verzorging. Kan nog altijd verbeterd, zeker ook bij artsen! Soms. Afhankelijk van de afdeling. Op sommige afdelingen werken veel kerkelijke verpleegkundigen. die zien signalen snel. Sommige anderen zien het belang ook, zeker degenen die in de palliatieve teams werken. ook op neonatologie bijvoorbeeld ziet men het als belangrijk onderdeel, onder meer vanwege dooprituelen of andere rituelen. Ook weet men steeds beter de rol van de imam te waarderen. deze wordt vaker gevraagd. Zowel voor rituelen als voor gesprekken als men behoefte daartoe meent te signaleren. Maar in z'n algemeenheid is moeilijk te beantwoorden. een deel van de bevolking ziet dat niet zo, geldt dus ook voor een deel van de verpleegkundigen. Voeg categorie \"soms\" toe zou ik zeggen.

dat sommigen verpleegkundigen dat doen. contacten met vp bij moreel beraad, in de leergemeenschap en bij patiëntenbesprekingen; het feit dat er regelmatig naar mijn oordeel wordt gevraagd; de wijze waarop ik word ingeschakeld. maar "de verpleegkundige discipline" bestaat niet, er bestaan grote verschillen; veelvuldig beroep op ons doen; het aantal verwijzingen, maar niet altijd gerelateerd aan spiritualiteit maar eerder aan extra zorg en aandacht (zingeving); dat verschilt per afdeling; vragen in vpk anamnese vaak ingevuld, vpk-en vragen me vaak een pt te bezoeken en/of te bespreken; waardering voor werk geestelijke verzorging, aandacht voor wat mensen ten diepste raakt, weten vaak heel goed van voor patiënt van belang is, hebben behoefte aan scholing op dit vlak, maar zullen dit zelf zelden benoemen als spirituele zorg; vinden ze wel bij navraag, maar komt niet goed tot uiting in zorg of verwijzing; ik word geregeld gevraagd door de verpleging; ze weten me te vinden; aandacht voor de hele mens en uit de doorverwijzingen; Dat zij ons inschakelen wanneer dat nodig is. Dit doen echter lang niet alle verpleegkundigen, er zijn er heel wat die geen idee hebben, ondanks herhaaldelijke voorlichting. inbreng in MDO\'s en soms verzoeken om contact op basis van hun eigen contact met de patiënt; dat ze altijd heel serieus patiënten aangeven om bij langs te gaan en ze dit ook heel goed weten in te schatten. Zelf zien ze ook goed de hele mens heb ik het idee en vinden ze het belangrijk dat daar aandacht voor is. per afdeling verschillend. Maar er is veel bereidheid hier scholing over te ontvangen. Velen zijn onbewust bekwaam. het is wisselend, de een heeft er oog voor maar de ander (nog) niet. maar over het algemeen vind men het vanzelfsprekend dat ziek zijn je raakt op existentieel niveau en dat dat zorg behoeft, dat blijkt uit verwijzingen, nagesprek over het contact dat er is geweest met patiënt. wat zij zeggen (" wij besteden daar aandacht aan" , maar in de praktijk gebeurt dat minder dan wij zouden willen; verwijzingen tijdens het MDO of als ik op de gang loop; Erg afhankelijk van de individuele medewerker. Sommigen hebben hier oog voor en geven vaak zinvolle doorverwijzingen naar geestelijke verzorging. Anderen hebben er weinig oog voor, signaleren weinig en weten niet wat ze ermee moeten doen. betrokkenheid, wijze waarop ze erover praten; manier waarop ze ons inroepen; goede samenwerking op afdeling. Waardering op MDO. Besef van andere professionaliteit; is erg verschillend. Verschilt per afdeling en per verpleegkundige; Het zorgconcept van PAnetree (uitgangspunt van het ziekenhuis; ze de psycho sociale kant mbt zingeving signaleren; het veelvuldige beroep dat op mij wordt gedaan; de mate waarin ze de hulp van gv inroepen; het feit dat zij "ons" weten te vinden; regelmatig verwijst men mij naar patiënten; In theorie, zo blijkt telkens weer, zien zij dat als belangrijke taak. In de praktijk blijkt dat echter vaak niet van te komen; de verzuchting \'ach, had ik maar meer tijd!\', doordat de verwijzingen 99% accuraat zijn; hoe zichtbaar wij zijn in huis; In het directe contact met de verpleegkundigen worden goede verwijzingen gegeven. Spiritualiteit is daarbij echter niet zozeer de focus, als wel de mogelijkheid bieden van een klankbord, emotionele ondersteuning. interesse en goodwill tav GV; gesprekken die we daarover voeren; de vele aanvragen van de verpleegkundigen; Op enkele afdelingen. Blijkt uit meer en betere doorverwijzingen; de aanvragen die zij doen, er is zeker welwillendheid, bereidheid, maar in de hectiek van de zorg is toch vaak het medische- en verpleegkundige aspect overheersend. aanvragen en afstemming aanbodgericht GV. Ook in hun toewijding en zorg. ze zien het wel als onderdeel van hun eigen zorg maar zijn er verlegen mee; ze vragen vaak aan de geestelijk verzorger om het dan maar te doen. gesprekken die ik met ze heb. Maar ook hier is de gevoeligheid van de antennes zeer divers! ze ons weten te vinden

- Neen
- Weet niet