

DE GEESTELIJK VERZORGER ALS **BEELDRAGER**

Wat zijn de spirituele behoeften van patiënten en
wat is het beeld van de geestelijke verzorging als mogelijk antwoord op deze behoeften?



Scriptie ter afsluiting van de Master Theologie en Geestelijke Verzorging
Cursuscode: RTMD10042

UNIVERSITEIT UTRECHT
FACULTEIT GEESTESWETENSCHAPPEN



Juli 2012
A.M.A. Lambert
Academisch jaar 2011 - 2012
Studentnummer 3672786

INHOUDSOPGAVE

Pag.

Voorwoord	5
1. Inleiding	
1.1 Onderwerp en motivatie	7
1.2 Doelstelling	8
1.3 Vraagstelling	8
1.4 Onderzoeksplan	11
1.5 Samenvatting	12
2. Het levensbeschouwelijk landschap in Nederland	
2.1 Inleiding	13
2.2 De religieuze stromingen van subculturen: 1945 - 1967	13
2.3 Religie als engagement en solidariteit: 1967 - de jaren '80	14
2.4 De terugkeer naar de spiritualiteit: jaren '80 - heden	17
2.5 Samenvatting	19
3. Van historie naar de actualiteit van geestelijke verzorging	
3.1 Inleiding	20
3.2 Het begin van de integratie - de jaren zeventig	20
3.3 De dienst geestelijke verzorging - de jaren tachtig	22
3.4 Multiculturele geestelijke verzorging - de jaren negentig	23
3.5 Huidige ontwikkelingen die van invloed zijn op de rol en de positie van geestelijke verzorging	23
3.5.1 Is een geestelijk verzorger een professional of een gezondene?	24
3.5.2 Het Utrechtse model	26
3.5.3 Verzakelijking van de zorg	28
3.5.4 Verschuiving van de zorg	28
3.5.5 Complexer wordende zorgvraag en groeiende aandacht voor ethiek	29
3.6 Samenvatting	29

4.	Inventarisatie vanuit diverse praktijkstudies	
4.1	Inleiding	31
4.2	Onderzoek M. Prins (1996):	31
	- Geestelijke zorgverlening in het ziekenhuis.	
4.3	Praktijkstudie Van der Loo, Jabaaij en Goudriaan (1998):	32
	- Functie-uitvoering van geestelijk verzorgers en waardering daarvan door patiënten.	
4.4	Onderzoek T. Landman (1998):	33
	- Beeldvorming over geestelijke verzorging.	
4.5	Onderzoeken J. Pieper & R. van Uden:	
	- Geestelijke verzorging op de Fontein (2001).	34
	- Religie in een forensisch psychiatrische instelling (2006).	36
	- Geloof en levensbeschouwing in het verzorgings- en verpleeghuis (2006).	37
4.6	L. VandeCreek en L. Burton:	38
	A White Paper. Professional Chaplaincy: Its Role and Importance In Healthcare	
4.7	Samenvatting	39
5.	Kwantitatief onderzoek naar de beeldvorming van de geestelijk verzorger bij de patiënt bij Emergis, Centrum voor Geestelijke Gezondheid (Ggz) te Goes	
5.1	Emergis (Ggz) en de dienst Geestelijke Verzorging	41
5.2	Dienst Geestelijke Verzorging	43
5.2.1	Plaats binnen Emergis	43
5.2.2	Geestelijke Verzorging	44
5.3	Het empirisch onderzoek	46
5.3.1	De voorbereiding van het empirisch onderzoek	46
5.3.2	Het onderzoeksinstrument	47
5.3.2.1	Het kwantitatieve instrument	47
5.3.2.2	Het kwalitatieve instrument	48
5.3.3	De onderzoeksuitvoering	48
5.3.4	Interviews	50
5.3.5	Resultaten van het deelonderzoek	51

6.	Conclusie	61
7.	Literatuurlijst	65
8.	Bijlagen	68
8.1	Doctoraatsonderzoek L. Schrijver, MA, BSc.: Spirituele beleving van patiënten in een multiculturele samenleving: Empirische analyse van de vraag-aanbod afstemming	68
8.2	Voorstel L. Schrijver	70
8.3	Brief patiënt	74
8.4	Brief teamcoach/leidinggevende	76
8.5	Het kwantitatieve instrument	78
8.6	Het kwalitatieve instrument	80
8.7	Afsprakenlijst 8 mei 2012	81

VOORWOORD

Tijdens de stageperiode krijg ik tijdens mijn ronde op de afdeling van een patiënt de opmerking; “U bent toch pastor?” Onmiddellijk rijst bij mij dan de vraag waarom ik als zodanig wordt geïdentificeerd. En wat is dan het beeld van de geestelijk verzorger bij deze patiënt?

Wat heb ik bij deze mevrouw teweeg gebracht waardoor zij werd geraakt en waardoor zij mij met het beroep van geestelijk verzorger identificeert?

Als geestelijk verzorger ben je zowel beeld als beeldhouwer; je geeft vorm aan je eigen identiteit. Vanuit deze gedachte ontstond bij mij de these/vraag hoe ik als geestelijk verzorger beelddrager kan zijn.

Het spreekt voor zich dat het contact en de confrontatie met patiënten een grote impact hebben op de identiteit en grondhouding van mij als geestelijk verzorger. Toch kan ik geen spiritualiteit destilleren die voor alle geestelijk verzorgers geldt. Anderzijds is het wel mogelijk om een aantal dimensies van de pastorale grondhouding te beschrijven.

Ten eerste moet de geestelijk verzorger delen in de onmacht en kwetsbaarheid van de patiënt. Dit vereist een perspectiefwissel: de geestelijk verzorger moet kunnen ‘loslaten’ om zich in te leven in de beleving van de patiënt. Gaandeweg groeit dan het inzicht dat geestelijke verzorging geen eenrichtingsverkeer is, maar je als geestelijk verzorger ook veel ‘terugkrijgt’ van die patiënt. De verrijkende wederkerigheid is een belangrijk element in de persoonlijke pastorale spiritualiteit.

Ten tweede leer ik als geestelijk verzorger op een heel andere manier te denken en te kijken. Het ‘logische’ denken moet achtergelaten worden, ten voordele van een blik die verder kijkt dan het rationele. Dit kan tenslotte resulteren in een onvoorwaardelijke aanvaarding van de patiënt, ongeacht zijn of haar beperkingen.

Welk beeld van geestelijke verzorging beantwoordt aan de spirituele behoeften van de patiënt? Is dat het beeld van de professional of die van de gezondene?

In het probleemsigalerend onderzoek bij Emergis, Centrum voor Geestelijke Gezondheid (Ggz) te Goes, probeer ik deze vraag te beantwoorden, waarbij ik onderscheid maak tussen de feitelijke situatie en de wenselijke ontwikkeling van het beeld van geestelijke verzorging.

Mijn dank gaat uit naar mijn begeleider dr. W. Smeets, voor zijn wijze raad en aansturing. Tevens dank ik drs. L. Schrijver voor de betrokkenheid bij het empirisch onderzoek. Ook de geestelijk verzorgers en de verpleegkundigen van Emergis wil ik danken voor de ruimte die ik kreeg om tijdens mijn onderzoek een aantal patiënten te interviewen.

Daarnaast dank ik alle lieve mensen die ten tijde van het schrijven van de scriptie om mij heen stonden.

Anne-Marie Lambert

Juli 2012

1. INLEIDING

1.1 Onderwerp en motivatie

Bij het kiezen van een onderwerp voor mijn scriptie heb ik een voorkeur uitgedrukt voor de onderzoekslijn van de masteropleiding: 'Het beeld van geestelijke verzorging bij de patiënt.'

Een eerste motivatie voor deze keuze ligt in mijn interesse voor het beeld dat de geestelijk verzorger bij de patiënt oproept. Als bij de opname in een ziekenhuis gevraagd wordt of je prijs stelt op een bezoek van de geestelijk verzorger, welk beeld rijst er dan bij je op? Denk je in eerste instantie aan een kerkelijk ambtsdrager, een dominee, pastoor of imam, die een religieuze gemeenschap representeert? Of aan iemand die je met behulp van inzichten uit de kunst, filosofie en wereldliteratuur een ander perspectief op je leven kan laten zien? Of aan een aandachtige hulpverlener die rustig de tijd neemt om met je te praten over je ervaringen, waarbij diens beroepsmatige achtergrond er niet zoveel toe doet? En zal de term 'geestelijk verzorger' bij veel hedendaagse mensen niet vooral een vraagteken oproepen?

Mijn tweede motivatie voor dit onderzoek is dat mij is opgevallen hoe groot de variëteit is aan opvattingen over geestelijke verzorging. Dat wordt onder meer weerspiegeld in de vele bestaande omschrijvingen van het vak. Een eerste term die men tegenkomt is: 'pastoraat', zoals blijkt uit de nog regelmatig voorkomende benaming 'pastorale dienst'. Een tweede term is 'geestelijke verzorging' zoals die door de VGVZ wordt gebruikt; 'de professionele en ambtshalve begeleiding van en hulpverlening aan mensen bij zingeving aan hun bestaan'. Verder is er 'geestelijke zorgverlening', een term die bedacht is door de toenmalige bijzonder hoogleraar geestelijke verzorging in Kampen, J. Bouwer (1998 en 2003); 'geestelijke begeleiding', de term die aan de Universiteit voor Humanistiek wordt gehanteerd; 'geestelijk werk', de term van de vereniging Albert Camus. Verder zijn er nog meer algemene omschrijvingen, zoals 'begeleiding bij existentiële, geloofs- en levensvragen'. De toenmalige hoogleraar praktische theologie in Tilburg, D. Nauer (2004), pleitte voor herinvoering van de term 'christelijke zielzorg' in plaats van 'geestelijke verzorging'.¹ Conclusie is dat er heel veel verschillende en onderling tegenstrijdige opvattingen bestaan over wat geestelijke verzorging inhoudt, niet alleen bij patiënten, maar vooral ook bij de geestelijk verzorgers zelf. De beroepsidentiteit van de geestelijk verzorger bevat -veertig jaar na het ontstaan van de beroepsvereniging- nog steeds onduidelijkheden.

¹Zock, H., - *De geestelijk verzorger in beeld*, Tijdschrift Geestelijke verzorging, 8^{ste} jaargang nr. 34, p. 15-16

Mijn derde motivatie voor dit onderzoek is gelegen in het feit dat er nog weinig onderzoek is verricht met betrekking tot dit thema. Behalve de onderzoeken van M. Prins, D. van der Loo, L. Jabaaij & I. Goudriaan, T. Landman en enkele publicaties van R. van Uden & J. Pieper is er nog weinig over gepubliceerd in de Nederlandse context. Deze publicaties liggen al ruim een decennium achter ons, reden te meer om te kijken hoe het vandaag gesteld is met de beeldvorming.

1.2 Doelstelling

Het doel van het promotieonderzoek van drs. L. Schrijver, waarin ik als studentonderzoeker participeer, is het verbeteren van de afstemming tussen spirituele behoeften van patiënten en het aanbod van de geestelijke verzorging.

De twee elementen van deze afstemming zijn de spirituele behoeften van patiënten en het aanbod van de geestelijke verzorging. In deze fase van het onderzoek richten we ons op het eerste element, de patiënten.

Het levensbeschouwelijk landschap is de afgelopen decennia zo veranderd in Nederland dat het onderzoeken van het bestaande imago van de geestelijk verzorger gewenst is.

Het doel van deze scriptie is het verzamelen van informatie bij patiënten over het beeld van de geestelijke verzorging ten behoeve van collega's geestelijk verzorgers, collega's zorgverleners en beleidsmakers. Hiermee hoop ik een bijdrage te leveren aan de vraag of het aanbod van de huidige geestelijke verzorging nog aansluit bij de verwachtingen en behoeften van de patiënt. Daarnaast spreekt het voor zich dat collega's geestelijk verzorgers die werkzaam zijn in de andere werkvelden eveneens gebruik kunnen maken van de resultaten van dit onderzoek.

1.3 Vraagstelling

Vraag is wat de patiënt eigenlijk van de geestelijk verzorger wil of hoe de patiënt de geestelijk verzorger ziet. Uit diverse onderzoeken blijkt dat de beelden bij patiënten divers zijn en ook de geestelijk verzorgers over hun product diverse opvattingen hebben.

Hoe zien de patiënten in een zorginstelling de geestelijk verzorgers, en wat is het imago van de geestelijke verzorging? Wat wil de patiënt van de geestelijk verzorger? En wat verwacht de geestelijk verzorger van de patiënt?

De discipline geestelijke verzorging drukt zich uit in beelden. En die beelden kunnen gefixeerd en beperkt zijn. We hebben het dan over de smalle identiteit van de discipline geestelijke verzorging. Zij kan zich uitdrukken in beelden, foto's, statements, website etcetera, bijvoorbeeld de legitimatie geestelijke verzorging in een instelling, de relatie geestelijk ambt en geestelijke verzorging.

We noemen dit ook wel de geformaliseerde identiteit van de geestelijke verzorging. Beelden hebben hier een 'idoolfunctie' en kennen een beheersingsdrang die overigens geheel naar menselijke maatstaven is.² Witvliet bedoelt hiermee dat er eerst een beeld wordt bedacht in het hoofd. Pas daarna kan het worden uitgebeeld. Zoiets gebeurt naar de maat van onze eigen beperkte ervaring.

In de opvatting van de discipline geestelijke verzorging als een 'brede' identiteit zijn er aanzienlijk meer dimensies die we dienen te bevragen om haar identiteit te kunnen benoemen. Enkele dimensies waarnaar verwezen kan worden zijn de levensbeschouwelijke, organisatorische, ethische, beleidsmatige enzovoort. Dit noemt Witvliet de 'icoonfunctie' van de organisatie identiteit.

De 'icoon' verwijst niet naar het bestand der dingen maar naar een open ruimte, naar het onzichtbare en ondenkbare voorbij alles wat is, naar de Naam uit het Exodusverhaal: 'Ik zal er zijn, zoals Ik er zal zijn'. Van dit beeld, deze 'icoon' kunnen we ons geen beeld, geen 'idool' maken. De 'icoon' brengt God niet op begrip, maar slaat elk begrip uit handen. God is altijd al 'voorbijgegaan'. De 'icoon' nodigt uit tot mee optrekken en daarmee tot het loslaten van de zorg om eigen identiteit, zo goed en zo kwaad als we dat kunnen - en maar te 'zien'.³

Echter niet alleen in het geval van religieuze tradities maar ook bij seculiere levensbeschouwingen is er sprake van het 'ultieme'. Zo noemt Mooren in zijn boek 'Verbeelding En Bestaansoriëntatie' de theoloog Fowler, die het concept de 'ultieme omgeving' heeft geïntroduceerd en daarmee een verbinding legt tussen het theologische concept van geloven en de psychologische functie van de verbeelding.⁴ "In de kerk bijvoorbeeld is een gelovige omringd met symbolen en andere tastbare en visuele weergaven van een dimensie, die hij via een proces van verinnerlijking van beelden en verhalen voor betekenisvol aanneemt en die de ervaring of de richting aanduiden van een leven in overeenstemming met de fundamentele waarden van het geloof."⁵

²Witvliet T., - *Het geheim van het lege midden - Over de identiteit van het westers christendom*, p. 120-121

³Witvliet T., - *Het geheim van het lege midden*, p. 119-120

⁴Mooren J.H.M., - *Verbeelding En Bestaansoriëntatie*, p. 93

⁵Mooren J.H.M., - *Verbeelding En Bestaansoriëntatie*, p. 94

“Bij seculiere levensbeschouwingen wordt de ultieme omgeving niet altijd als zodanig herkend maar deze fungeren in het leven van mensen als richtinggevende en richtingzoekende stelsels van opvattingen die zowel zijnsuitspraken over mens en wereld bevatten, als waardebeoordelingen over doen en laten en de resultaten daarvan.”⁶

Een voorbeeld van een seculiere ultieme omgeving is de ‘sociale beeldvorming’. De filosoof Taylor doelt met dit begrip op ideeën die gewone mensen zich vormen over hun sociale bestaan, ideeën die ze niet uitdrukken in theoretische termen, maar in beelden, verhalen, aldus Mooren. Zulke voorstellingen vormen de achtergrond van ons doen en laten, van hoe we ons tot elkaar verhouden, hoe we gekomen zijn tot waar we nu zijn en hoe we ons verhouden tot andere groepen. “Een belangrijk deel van deze omvattender achtergrond is wat Taylor noemt ‘de morele orde’. De morele orde is een heersend idee over hoe mensen horen samen te leven in de maatschappij. Ze is iets nastrevenswaardigs. Normen en waarden hebben hun betekenis in hun context. De morele orde bevat steeds een ‘ontische’ component: uitspraken over wat de wereld kenmerkt.”⁷

Een tweede voorbeeld dat Mooren noemt als seculiere ultieme omgeving is de milieufilosofische benadering van de Noorse filosoof Arne Naess. “Deze ecologische stroming gaat ervan uit, dat ieder levend wezen het recht heeft zijn eigen potentieel te verwezenlijken. Een ecosofie is een persoonlijk waardesysteem en een wereldbeeld dat iemands handelen richting geeft, en dat speciaal gericht is op de relatie tussen onszelf en de natuur (Naess, 1989).”⁸

Ook het levensbeschouwelijk humanisme is een voorbeeld van een seculiere ultieme omgeving. Mooren noemt Van Praag (1978), die zich met name heeft toegelegd op “het ontwikkelen van een levensbeschouwelijk alternatief voor godsdienstigheid, ten behoeve van buitenkerkelijken en als middel tegen een oprukkend nihilisme. Dit resulteerde in de formulering van een mensbeeld en een wereldbeeld. Voor de verklaring van gebeurtenissen en ontwikkelingen en voor het verantwoorden van het handelen wordt een beroep gedaan op hogere machten of krachten.”⁹

Naar aanleiding van bovenstaande voorbeelden kunnen we concluderen, dat er zowel ultieme omgevingen zijn binnen religieuze tradities alsmede binnen de seculiere levensbeschouwingen.

⁶Mooren J.H.M., - *Verbeelding En Bestaansoriëntatie*, p. 96

⁷Mooren J.H.M., - *Verbeelding En Bestaansoriëntatie*, p. 97

⁸Mooren J.H.M., - *Verbeelding En Bestaansoriëntatie*, p. 98

⁹Mooren J.H.M., - *Verbeelding En Bestaansoriëntatie*, p. 100

Vanuit deze verschillende levensbeschouwelijke achtergronden en ervaringen kan er zowel bij geestelijk verzorgers als bij patiënten sprake zijn van een verschillend beeld van geestelijke verzorging. Bij de beroepsgroep geestelijk verzorgers is een positief en duidelijk imago echter onontbeerlijk voor het aangaan van een zorgrelatie met de patiënt.

Vanuit het perspectief van de patiënten zijn er twee vragen die we dienen te onderzoeken:

1. Wat zijn de spirituele behoeften van patiënten?
2. Wat is het beeld van de geestelijke verzorging als mogelijk antwoord op deze behoeften?

Ten aanzien van de eerste vraag ga ik zelf empirisch onderzoek doen (zie hoofdstuk 5). Verderop zal blijken dat de spirituele behoeften meestal niet rechtstreeks te benaderen zijn, in de zin dat patiënten ze doorgaans weinig expliciet beschikbaar hebben. Daarom is er gekozen voor de indirecte benadering van deze behoeften via de spirituele beleving.

De vraagstelling zal dan luiden:

Wat is de spirituele beleving van patiënten tijdens de opname in een zorginstelling?

Ten aanzien van de tweede vraag vindt er een inventarisatie plaats van bestaand onderzoek (zie hoofdstuk 4). Als algemeen kader voor beide vragen schets ik in de eerste theoretische hoofdstukken het actuele levensbeschouwelijke landschap (zie hoofdstuk 2 - als achtergrond voor onderzoeksvraag 1) en de geschiedenis van de geestelijke verzorging (zie hoofdstuk 3 - als achtergrond voor onderzoeksvraag 2).

1.4 Onderzoeksplan

De uitvoering van het onderzoek zal bestaan uit een theoretisch en een praktisch gedeelte.

In het theoretisch gedeelte worden hiervoor de volgende stappen doorlopen:

- Een literatuuronderzoek naar de religieuze veranderingen in interactie met een aantal sociale en culturele processen in de Nederlandse samenleving en de daarmee samenhangende ontwikkeling van het beroep van geestelijk verzorger in Nederland in de afgelopen decennia.
- Inventarisatie van nationale en internationale praktijkstudies over het beeld van geestelijke verzorging. De resultaten van deze studies zullen in hoofdstuk 4 nader worden uitgewerkt.

Voor wat betreft het praktisch gedeelte participeer ik in het empirisch onderzoek van drs. L. Schrijver, geestelijk verzorger in het Catharina Ziekenhuis te Eindhoven, dat deel uitmaakt van haar promotieonderzoek onder begeleiding van dr. A. Dillen (Faculteit Godgeleerdheid Katholieke Universiteit Leuven, promotor) en dr. J. Dezutter (Faculteit Psychologie Katholieke Universiteit Leuven, copromotor) en dr. W. Smeets (Faculteit Geesteswetenschappen, Universiteit Utrecht en UMC St. Radboud Nijmegen, copromotor).

Schrijver's onderzoek draagt als titel 'Spirituele beleving van patiënten in een multiculturele samenleving: Empirische analyse van de vraag-aanbod afstemming.'¹⁰

Dit empirisch onderzoek valt uiteen in twee delen: een kwantitatief onderzoek (vragenlijsten) en een kwalitatief onderzoek (interviews met patiënten). Een deel van dit empirisch onderzoek wordt uitgevoerd door studenten van de masteropleiding 'Theologie en Geestelijke Verzorging' van de Universiteit Utrecht.

De kwantitatieve verwerking van de door respondenten gegeven antwoorden van ondergetekende (66 uitgereikt met 53 respondenten) zijn uitgewerkt in hoofdstuk 5, paragraaf 5.3.5. Door respondenten wordt niet altijd op alle vragen geantwoord waardoor in de verwerking het aantal respondenten kan variëren.

Studenten van het volgende cohort (studiejaar 2012-2013) werken de interviews in detail uit.

1.5 Samenvatting

Met dit onderzoek beoog ik relevante zaken die verband houden met het beeld van de geestelijke verzorging in kaart te brengen. Het empirisch onderzoek is gehouden onder psychiatrische patiënten die bij Emergis, Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (Ggz) te Goes werden behandeld. De scriptie is toegespitst op de geestelijke verzorging in de geestelijke gezondheidszorg. Hier laat een probleem met de beeldvorming zich mogelijk gelden en daarnaast heeft dit werkgebied mijn interesse. Het spreekt voor zich dat collega's geestelijk verzorgers die werkzaam zijn in de andere werkvelden eveneens gebruik kunnen maken van de resultaten van dit onderzoek.

¹⁰Schrijver L., *Spirituele beleving van patiënten in een multiculturele samenleving: Empirische analyse van de vraag-aanbod afstemming*, zie bijlage 8.1, p. 68

2. HET LEVENSBESCHOUWELIJK LANDSCHAP IN NEDERLAND

2.1 Inleiding

Onderstaand volgt een beschrijving van de ontwikkeling van het levensbeschouwelijk landschap in Nederland gedurende de jaren 1945 tot heden. Ik beschrijf de ontwikkeling van de religie in interactie met een aantal sociale en culturele processen. Er zijn in de naoorlogse geschiedenis van Nederland, waar het mentaliteit en religie betreft, drie tijdvakken te onderscheiden. Ik benoem deze tijdvakken volgens Kennedy 2005¹¹.

1. 1945 - 1967:
De religieuze stromingen van subculturen.
2. 1967- 1980:
Religie als engagement en solidariteit.
3. De jaren '80 tot heden:
De terugkeer naar de spiritualiteit.

Religie verschijnt in deze drie tijdvakken telkens op een andere wijze.

2.2 De religieuze stromingen van subculturen: 1945 - 1967

De problemen waar Nederland na de oorlog voor stond, waren enorm. Het was een land dat weer opgebouwd moest worden. Er heerste voedselgebrek en woningnood en er was een geboortegolf. Dat men terugviel op zijn gezindte is niet verwonderlijk. Niet de natie, maar de zuil, de gezindte bood de vastigheid die men nodig had. Het zuilenstelsel gaf de gemoedsrust en de inspiratie die leidde tot een tot dan toe onvoorstelbare welvaart.

In de loop van de jaren '50 ontstonden de eerste scheuren in de zuilen. Onder de oppervlakte groeide een gevoel van stilstand dat in schril contrast stond met de toenemende welvaart. Er was sprake van een versplinterde samenleving. Men begon daarom over de grenzen van de eigen gezindte te kijken. Er ontstonden andere wijzen om tegen het geloof aan te kijken. Dit alles gaf aanleiding tot interessante theologische en filosofische discussies. Deze discussies werden op de radio gevoerd en waren voor iedereen te beluisteren. Het zuilenstelsel werd weliswaar niet opgeheven, het werd wel ondermijnd.

¹¹Borg ter, M. - *Religie na 1945: een cultuur-sociologische schets van de achtergronden*, *Handboek Religie in Nederland*, p. 50-65

Het christelijk individualisme, dat tot uitdrukking komt in de persoonlijke gewetensvrijheid, werd onder invloed van het existentialisme uitgewerkt als zelfbepaling en zelfontplooiing. Dit vond niet alleen plaats met het oog op het hiernamaals, maar ook met het oog op deze wereld, in het hier en nu.

Zo werd er binnen de zuilen gewerkt aan een zeer geleidelijke verwerkelijking van de doorbraakgedachte. Dit alles zou leiden tot de Nederlandse variant van de wereldwijde culturele revolutie van de late jaren zestig.

2.3 Religie als engagement en solidariteit: 1967 - jaren '80

De ontzuiling berustte op de ontdekking dat men er binnen elk van de zuilen hetzelfde ethos op na bleek te houden. Door de media zoals radio en televisie kon men als het ware bij de andere zuilen naar binnen kijken en zien dat men er daar net zo over dacht als in de eigen zuil. Bovendien bleken ook daar aardige mensen te zijn met een herkenbare levensstijl. Zo bleek Nederland opeens een nieuwe, modernistische identiteit te hebben. Men liet niet langer zijn gedrag bepalen door wat de zuil eiste. Van nu af aan ging men zijn eigen weg en liet men zich inspireren en motiveren door andere dingen dan die in de zuilen gebruikelijk waren geweest. Er heerste een gevoel van bevrijding. Alles was mogelijk. Althans zo leek het.

De elites van de zuilen werden door dit alles verrast maar omdat de omwenteling inhoudelijk enigszins in het verlengde lag van hun eigen inspiratie, zoals het streven naar zelfontplooiing en emancipatie, legden zij zich betrekkelijk gemakkelijk neer bij de voldongen feiten. Door de televisie en de automobilisering kwam het lokale gemeenschapsleven onder druk te staan. Dit droeg uiteindelijk bij aan de ontkerkelijking.

Volgens Kennedy is de ontkerkelijking de eerste ontwikkeling in Nederland waardoor het idee is ontstaan dat het huidige tijdperk mijlenver afstaat van het religieuze verleden.¹² De snelheid waarmee de secularisatie plaatsvond heeft mensen in Nederland de indruk gegeven dat ze in korte tijd van 'de middeleeuwen' in de moderne tijd waren beland. De snelle secularisatie sneed de Nederlanders af van hun verleden. De oude geloofsvormen konden niet meer gehandhaafd worden. Zelfs aan de mogelijkheid om geloof en kerk te transformeren zodat zij beter aansloten bij de tijdgeest werd getwijfeld, aldus Kennedy.

¹²Kennedy J.C., - *Bezielende verbanden - gedachten over religie, politiek en maatschappij in het moderne Nederland*, p. 44

Auto en televisie leidden ook tot een verdergaande individualisering. De mensen hoefden zich niet meer te conformeren aan de eisen van de directe omgeving. De zuilen waren onder meer een stelsel van sociale controle. Aan die controle kon men zich nu onttrekken. En men durfde het ook omdat men zich bevrijd voelde.

De zorgrelaties werden anoniemer en, in het verlengde daarvan, geprofessionaliseerd. Ook het diaconale kerkenwerk kwam hierdoor in de lucht te hangen. Regelingen van de verzorgingsstaat zoals de ABW en de AWBZ waren tegelijkertijd een oorzaak, een remedie en een uitdrukking van deze verschraving.

In plaats van de zuilen kwam de identificatie met een gegeneraliseerd gedachtegoed van de zuilen, maar dan zonder de zuilen. Er ontstond een wereldbeeld als een grootste gemene deler van waar de zuilen achteraf gezien voor gestaan zouden hebben. Er ontstond een illusie van maakbaarheid van maatschappij en mens. De succesvolle industrialisering op wetenschappelijke grondslag gaf mensen het idee dat men het lot in eigen hand kon nemen.

Het woord 'emancipatie' deed zijn intrede. Ieder mens moest zich ontworstelen aan de machtsstructuren die het verleden hem of haar ten onrechte had opgelegd.

Dit streven naar emancipatie bracht een verlinksing met zich mee. Nu de zuilen werden afgebroken, werd de tegenstelling arbeid-kapitaal als scheidslijn belangrijker. Nederland werd verondersteld een klassensamenleving te zijn die geanalyseerd moest worden met behulp van de ideeën van Karl Marx. Polarisatie was het parool, het op de spits drijven van tegenstellingen. Wat daarvoor nodig was, was een kritische houding.

De polarisatie ging niet zover dat zij de nieuw ontdekte eenheid ernstig ondermijnde. Omdat men begeistert was door een van oorsprong christelijk emancipatie-ideaal werden de meeste mensen volgens Kennedy, niet alleen socialisten en communisten, links. Het hele politieke spectrum schoof op naar links. Ook de kerken oriënteerden zich op links. Zoals alles in de hoogtijdagen van de verzuiling theologie was, zo werd nu alles politiek.

Emancipatie betekende vrijheid en gelijkheid. Omdat dit doel voor iedereen moest gelden, stond solidariteit centraal. Men stond achter het idee dat Nederland zijn onverdiende rijkdom ten dele moest aanwenden om de wereld te verbeteren. Nederland moest een voorbeeldfunctie vervullen. Dit betekende wel dat Nederland consequenties moest trekken.

Als het een voorbeeldfunctie wilde vervullen, dan diende het in moreel opzicht ook voorop te lopen. Zo kregen emancipatie en moderniteit ook gestalte in wetgeving betreffende abortus en euthanasie en werden softdrugs officieel gedoogd.

In het Nederland van na de wederopbouw poogden velen de nieuwe rijkdom betekenis te geven in het verlengde van het christelijk ethos. Dit nam zulke vormen aan dat we wellicht kunnen spreken van 'civiele religie'. Rituele uitdrukking van de modernistische civiele religie was de nationale dodenherdenking die over alle televisienetten werd uitgezonden.

Men zocht compensatie voor de ontheemdheid van de ontzuiling en een nieuw gevoel van saamhorigheid. De eenheidsscheppende civiele religie nam niet weg dat er grote onvrede heerste met alles wat bestond. Van en voor iedere institutie werd een alternatief gecreëerd. Alles moest anders.

De revolutie van de jaren '60 had voor de georganiseerde godsdienst rampzalige gevolgen. Niet alleen veroorzaakte ze een plotselinge, hevige versnelling in het tot dan toe sluimerende proces van ontkerkelijking, ze veroorzaakte ook een antireligieuze stemming.

Je zou kunnen zeggen dat de geïstitutionaliseerde religie het slachtoffer werd van haar eigen succes. De kerken hadden de grondslag gevormd van vele Nederlandse instituties. Vanuit een van de idealen die de kerken zelf gepredikt hadden -zelfontplooiing, emancipatie- werden veel van deze instituties en de geborgenheid die zij geboden hadden nu, retrospectief, als onderdrukkend ervaren.

Ondertussen deden de kerken alle mogelijke pogingen om de leegloop te stuiten, onder andere door zich aan de revolutionaire tijden aan te passen. De kerken politiseerden en polariseerden even heftig als de buitenwereld. Zo trachtte men de hiërarchische structuren te vervangen door meer democratische. De rooms-katholieken probeerden dit via een pastoraal concilie. Het mocht allemaal niet baten.

Samenvattend kunnen we de periode van de jaren zestig tot en met de jaren tachtig beter zien als een periode van religieus-ethische maatschappelijke betrokkenheid, waarin de oude kerkelijke en theologische standpunten op brede schaal werden getransformeerd, dan als een periode waarin dit alles in verval raakte. Natuurlijk namen de traditionele en kerkelijke uitingen van religie af omdat gelovigen zich meer gingen richten op het publieke leven.

Daarnaast waren er ook velen die zich niet langer christenen wilden noemen en zich afzetten tegen hun orthodox-christelijke achtergrond maar daarmee waren ze nog niet af van hun religieuze energie. Theologische begrippen als 'liefde' en 'rentmeesterschap' werden in de jaren zestig bij voorbeeld verwoord als 'medemenselijkheid' en 'milieubewustzijn'.¹³

2.4 De terugkeer naar de spiritualiteit: jaren '80 - heden

Wat overbleef van de revolutie van de jaren '60 was in ieder geval de emancipatie van het individu. De maakbaarheid van de samenleving bleek een illusie.

De deinstitutionalisering van de religie, begonnen in de jaren '60, kwam niet tot staan. Het individualisme was meer vanzelfsprekend geworden en gaf langzamerhand voldoende ontologische geborgenheid. In deze tijd overheerste het markt-individualisme. De religie leek ook aan het marktdenken onderworpen. Religie werd gezien als een individuele voorkeur naast de andere. Er werd meer en meer gesproken over de religieuze markt, waar individuen hun religieuze koopwaar kwamen halen en waarop de kerken, naast andere instanties, de aanbieders waren. De kerken moesten consumenten binnenhalen en deze eerst behouden in een fluctuerend klimaat, en vervolgens omvormen van individualistische consument tot lid van een gemeenschap. Dat was niet onmogelijk, maar het was ook niet gemakkelijk in een tijd waarin als gevolg van de individualisering de aanhang juist terugloopt. De ontkerkelijking ging dan ook gewoon door.

Het goede nieuws was dat religie niet langer taboe was. Er werd weer over gesproken. Gelovig zijn was weer iets waar mensen voor durfden uit te komen.

Het voortschrijdende moderniseringsproces heeft tenminste vier kenmerken waardoor de maatschappelijke relevantie van religie toeneemt.¹⁴

1) Toenemende mondialisering.

Nederland komt in aanraking met een wereld waar de relevantie van religie zo groot is dat mensen het de moeite waard vinden ervoor te sterven. Nederland is een minderheid van één miljoen mensen gaan herbergen, die haar identiteit in de eerste plaats ontleent aan de islam.

¹³Kennedy J.C., - *Bezielende verbanden - gedachten over religie, politiek en maatschappij in het moderne Nederland*, p.49

¹⁴Borg ter, M. - *Religie na 1945: een cultuur-sociologische schets van de achtergronden*, *Handboek Religie in Nederland*, p. 63-64

Wil men deze minderheid in de samenleving integreren, dan moet men de relevantie van religie erkennen. Men moet zich inleven in een cultuur, een manier van leven, die niet tot de eigen culturele bagage behoort, met kenmerken die soms dwars tegen westerse grondwaarden ingaan.

2) Een gevoel van leegte door de voortschrijdende individualisering en economisering van het leven. Is dit alles? Het leidt tot aanbod op de religieuze markt van vormen van religie en spiritualiteit die zijn aangepast aan het individualisme van de markt. Als dit instrumentele gebruik van spiritualiteit doorzet, gaat het de belangrijkste weerlegging van de secularisatiethese vormen, omdat het een vorm van religie is die door het moderniseringsproces zelf is opgeroepen.

3) Nieuwe collectieve vormen van religie.

Een hang naar religiositeit lijkt ook te spreken uit nieuwe collectieve vormen van religie die overal opduiken. Als er zich rampen of andere schokkende gebeurtenissen voordoen, worden er al snel spontaan initiatieven genomen tot één of andere vorm van ritueel. Deze nieuwe vormen van devotie, zoals stille tochten of de gewoonte bloemen en brieven te brengen naar de plek des onheils, zijn inmiddels geïnstitutionaliseerd en internationaal gemeengoed geworden.

4) Sacralisering van bepaalde waarden.

Een aantal basale waarden van de samenleving, zoals bijvoorbeeld gelijkheid, vrijheid, broederschap, hebben een status van heiligheid verworven. Men spreekt bijvoorbeeld van de sacraliteit van de techniek en de vooruitgang, van het kind zijn, enzovoort. Wat als heilig wordt ervaren, is aan veranderingen onderhevig. Het heeft niet langer de stabiliteit van de civiele religie, zoals die in de tijd van het modernisme gestalte kreeg. In die instabiliteit, in die veranderlijkheid ligt het verschil tussen modernisme en postmodernisme.

Deze sacralisering zou erop kunnen wijzen dat mensen moeilijk kunnen leven in een wereld waarin niets heilig is en geen hogere waarde bestaat dan individuele voorkeuren van marktpartijen. Dat zou dan weer kunnen wijzen in de richting van een behoefte aan religiositeit om de ontologische geborgenheid te bekrachtigen en dat zou op zijn beurt wijzen op het problematische karakter van de secularisatiethese.

2.5 Samenvatting

De veranderingen die in de Nederlandse cultuur en ook in de Nederlandse religie hebben plaatsgevonden sinds de Tweede Wereldoorlog zijn niet gering. De maatschappij verandert van een door de traditie gevormde, hechte samenleving die nog aan de individualisering moet wennen, via een modernistische revolutie, in een netwerk van consumerende individuen. De religie verandert van kerkreligie als machtsfactor die stevig lijkt ingebed in een autoritaire maatschappelijke orde, via een met religieuze ijver beleden christelijk geïnspireerd modernisme, naar een vrijblijvende 'elk wat wils'-religiositeit.

De religie verandert maar verdwijnt niet. Hetzelfde geldt voor de maatschappelijke relevantie van religie. Of men deze verandering inschat als een vermindering is goeddeels een kwestie van interpretatie en religiedefinitie.¹⁵

¹⁵Borg ter, M. - *Religie na 1945: een cultuur-sociologische schets van de achtergronden*, *Handboek Religie in Nederland*, p. 65

3. VAN HISTORIE NAAR DE ACTUALITEIT VAN GEESTELIJKE VERZORGING

3.1 Inleiding

Het beroep van geestelijk verzorger ontstond rond de jaren '70. Het kwam voort uit de pastorale werkzaamheid van katholieke pastores en predikanten in ziekenhuizen en zorginstellingen.

Mooi en Hijweege stellen dat door de jaren heen het beroep een steeds duidelijker profiel kreeg. Met name de cursus voor de Klinisch Pastorale Vorming (kpv) van geestelijk verzorgers is hierbij van groot belang geweest.

Parallel aan deze ontwikkeling op het werkveld groeide binnen de theologische opleidingen van pastores en predikanten de aandacht voor de specifieke situatie van het pastoraat in een instelling. Dit heeft geleid tot een aantal opleidingsroutes voor geestelijk verzorger, zowel op universitair als Hbo-niveau.¹⁶

Om het huidige beeld van geestelijke verzorging te onderzoeken is het van belang om allereerst de geschiedenis van geestelijke verzorging in kaart te brengen. Een kort overzicht van de historische ontwikkelingen en de actuele stand van zaken van de geestelijke verzorging in algemene ziekenhuizen is uitstekend beschreven door De Vries, die de geschiedenis van de geestelijke verzorging beschrijft in het Academisch Ziekenhuis Utrecht, thans Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMC).¹⁷

3.2 Het begin van de integratie - de jaren zeventig

Het integraal werken begon reeds in 1971 in Nederland waarbij ik me exemplarisch richt op het ziekenhuis Oudenrijn in Utrecht. Het ziekenhuis koos een ziekenhuispredikant aan wie de geestelijke verzorging van de patiënten kon worden toevertrouwd in nauwe samenwerking met de collega, die vanuit de Rooms Katholieke Kerk in dit ziekenhuis geplaatst was. Een jaar later werd er een advertentie geplaatst waarin het ziekenhuis Oudenrijn een parttime ziekenhuispredikant vraagt. De eis van klinische pastorale vorming is opvallend omdat deze vorming toen nog in de kinderschoenen stond.

¹⁶Mooi D.E. en Hijweege N.M., *Over opleiding en competentie - Doolaard J.J.A. (red.), Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*, p. 131

¹⁷Vries De J.D., *Van gast tot huisgenoot. Beknopte geschiedenis van de geestelijke verzorging in de algemene ziekenhuizen (1969-1995)*, Doolaard J.J.A. (red.) *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*, p. 59-69

Uit de sollicitatieprocedure werd een hervormd predikant benoemd die in dienst trad van het ziekenhuis Oudenrijn. Hiermee was de integratie van de geestelijke verzorging in het ziekenhuis Oudenrijn een feit geworden, in de meest rudimentaire zin van het woord.¹⁸

In juli 1972 deed de Nationale Ziekenhuisraad de principe-uitspraak, dat de geestelijke verzorging in ziekenhuizen een integraal deel vormt van de totale zorg die elk ziekenhuis behoort te bieden. Bij de tariefvaststelling behoren vervolgens de daaraan verbonden kosten mede in aanmerking genomen te worden. In de basisrapporten schetst men de geestelijke verzorging als een georganiseerde dienst naast andere diensten.¹⁹

In mei 1976 viel in het ziekenhuis Oudenrijn in Utrecht het besluit over te gaan tot de benoeming van een coördinerend hoofd van de dienst geestelijke verzorging wiens taak het zou zijn om met begrip voor de bestaande situatie (geestelijk verzorgers/assistenten/vrijwilligers, in het ziekenhuis geplaatst vanuit kerk en genootschap) te werken aan de opbouw van een nieuwe geïntegreerde dienst.²⁰

Belangrijker nog was de geestelijke integratie binnen de nieuwe dienst. Naar de patiënten toe wilde men een pluriform aanbod doen. Dat betekende ook dat men elkaar grondig bevroeg op identiteit, de eigenlijke inhoud van de christelijke en humanistische traditie die men vertegenwoordigde.²¹

Hoofdpunt van de integratie was de nieuwe wijze van aanbod van geestelijke zorg en daardoor een nieuwe attitude. Het is een verschil of men werkt uit de opdracht tot geestelijke verzorging voor patiënten van eigen kerk/geloofsrichting, of dat men beschikbaar is voor alle patiënten die een beroep doen op geestelijke hulp.²² In deze periode van de jaren zeventig zijn er in verschillende algemene ziekenhuizen en ook elders geestelijk verzorgers aan het werk via een zogenaamde territoriumverdeling, altijd op basis van de hoofdregel, dat de patiënt het recht heeft zijn/haar eigen geestelijk verzorger te kiezen.

¹⁸Vries De J.D., *Van gast tot huisgenoot. Beknopte geschiedenis van de geestelijke verzorging in de algemene ziekenhuizen (1969-1995)* - Doolaard J.J.A. (red.), *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*, p. 60-61

¹⁹Vries De J.D., *Van gast tot huisgenoot. Beknopte geschiedenis van de geestelijke verzorging in de algemene ziekenhuizen (1969-1995)* - Doolaard J.J.A. (red.), *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*, p. 61

²⁰Vries De J.D., *Van gast tot huisgenoot. Beknopte geschiedenis van de geestelijke verzorging in de algemene ziekenhuizen (1969-1995)* - Doolaard J.J.A. (red.), *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*, p. 62

²¹Vries De J.D., *Van gast tot huisgenoot. Beknopte geschiedenis van de geestelijke verzorging in de algemene ziekenhuizen (1969-1995)* - Doolaard J.J.A. (red.), *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*, p. 64

²²Vries De J.D., *Van gast tot huisgenoot. Beknopte geschiedenis van de geestelijke verzorging in de algemene ziekenhuizen (1969-1995)* - Doolaard J.J.A. (red.), *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*, p. 64

In 1976 startte het AZU met werken op twee sporen, waarbij de pastores het werkterrein onderling verdeelden, terwijl de humanistisch geestelijk verzorger een spoor volgde door het hele ziekenhuis. Dankzij onderlinge integratie -groei in verstandhouding en kennis van elkaars traditie- besloot de dienst geestelijke verzorging in 1979 deze werkwijze te verlaten om voortaan ieder teamlid een eigen eerste verantwoordelijkheid te geven voor de geestelijke verzorging op een bepaald territorium.²³

3.3 De dienst geestelijke verzorging - de jaren tachtig

In vele algemene ziekenhuizen was nu een Dienst Algemene Verzorging aanwezig.

In deze periode werd -en wordt tot heden toe- veel aandacht besteed aan professionele vorming.

In 1987 verscheen de Nota van de N.Z.R., onder de titel 'Dienst geestelijke verzorging in organisatie en beleid'. In deze nota luidde de omschrijving van geestelijke verzorging: 'de professionele en ambtshalve begeleiding van en hulpverlening aan mensen vanuit en op basis van geloofs- en levensovertuiging'²⁴.

In algemene ziekenhuizen droegen geestelijk verzorgers bij aan vorming en opleiding. Meer en meer kwam er aandacht voor cultuur, levensbeschouwing en rituelen van allochtone bevolkingsgroepen. In de academische ziekenhuizen kwam daar nog de bijdrage bij -regulier of incidenteel- aan de medische opleiding, die bestaat uit introductie van de geestelijke verzorging bij medische studenten, onderwijs aan junior co-assistenten over godsdienstige pathologie (AZU 1984), opleiding co-assistenten en een enkele maal een college. Omgekeerd leverden soms leden van een medische staf een bijdrage aan studiedagen ter bijscholing van collega's van het basispastoraat (Dienst Geestelijke Verzorging Academisch Ziekenhuis Groningen).²⁵ Te midden van de voortgang in specialisatie en groei van medische technologie kwamen er in toenemende mate ethische vragen. Als gevolg daarvan namen in vele ziekenhuizen geestelijk verzorgers zitting in een commissie medische ethiek, of gezondheidsethiek of ook in een commissie ter beoordeling van wetenschappelijk onderzoek op mensen.²⁶

²³Vries De J.D., *Van gast tot huisgenoot. Beknopte geschiedenis van de geestelijke verzorging in de algemene ziekenhuizen (1969-1995)* - Doolaard J.J.A. (red.), *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*, p. 65

²⁴Dienst Geestelijke Verzorging in organisatie en beleid, *Uitgave Cie. Geestelijke Verzorging N.Z.R. 1987, passim.*

²⁵Vries De J.D., *Van gast tot huisgenoot. Beknopte geschiedenis van de geestelijke verzorging in de algemene ziekenhuizen (1969-1995)* - Doolaard J.J.A. (red.), *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*, p. 67

²⁶Vries De J.D., *Van gast tot huisgenoot. Beknopte geschiedenis van de geestelijke verzorging in de algemene ziekenhuizen (1969-1995)* - Doolaard J.J.A. (red.), *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*, p. 67

3.4 Multiculturele geestelijke verzorging - de jaren negentig

Vanwege de groei van patiënten uit allochtone bevolkingsgroepen in het ziekenhuis werd in de jaren negentig ook de vraag naar multiculturele geestelijke verzorging actueel.

Om zo goed mogelijk op de nieuwe hulpvragen te kunnen reageren legde het Academisch Ziekenhuis Utrecht in 1985 contacten met de moslim- en hindoegemeenschap om geestelijk verzorgers uit deze gemeenschappen bereid te vinden in dringende gevallen naar het ziekenhuis te komen.

Een van de belangrijkste voorzieningen voor buitenlanders in ziekenhuizen was de inrichting van een gebedsruimte voor moslims, die men vandaag in vele algemene en andere ziekenhuizen kan aantreffen.

In het Academisch Ziekenhuis Leiden kunnen de moslimpatiënten sinds 1994 gebruik maken van een zelfstandige gebedsruimte. In het Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit in Amsterdam is dat al sinds 1987 mogelijk.²⁷ Het Academisch Ziekenhuis in Leiden en het Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit waren de eerste ziekenhuizen waar men gebruik kon maken van deze voorziening. Intussen is dit overal gemeengoed geworden.

Sinds 1996 maakt geestelijke verzorging deel uit van het kwaliteitsbeleid in ziekenhuisinstellingen. De beschikbaarheid van de geestelijke verzorging binnen deze instellingen is toen in de Kwaliteitswet Zorginstellingen vastgelegd. Deze wet verplicht het ziekenhuis geestelijke verzorging beschikbaar te hebben voor patiënten die langer dan 24 uur in de instelling verblijven. De geestelijke verzorging moet aansluiten bij de levensovertuiging van de patiënt.²⁸

3.5 Huidige ontwikkelingen die van invloed zijn op de rol en de positie van geestelijke verzorging

Er is een aantal ontwikkelingen in de gezondheidszorg die thans van invloed zijn op de rol en de positie van geestelijke verzorging.

Deze articulaties en connotaties zijn:

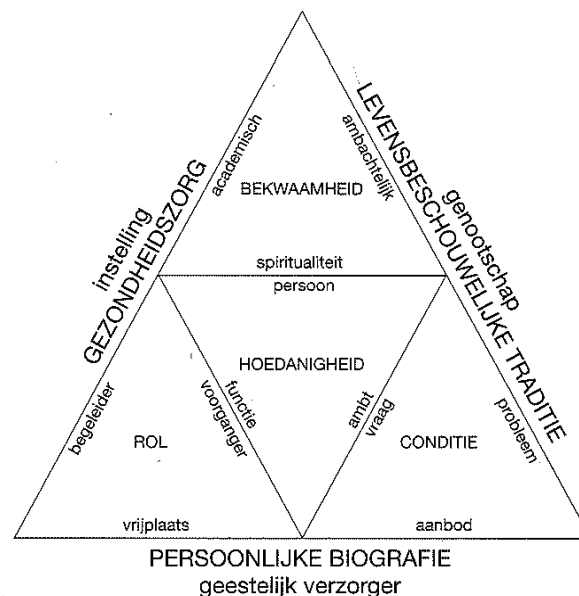
²⁷Vries De J.D., *Van gast tot huisgenoot. Beknopte geschiedenis van de geestelijke verzorging in de algemene ziekenhuizen (1969-1995)* - Doolaard J.J.A. (red.), *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*, p. 68

²⁸Holsappel J., Jutte M, Zock H., *Ruimte voor geestelijke verzorging in het Martini Ziekenhuis Groningen*, p. 18

3.5.1 Is een geestelijk verzorger een professional of een gezondene?

Hanrath stelt op grond van literatuur vast dat geestelijke verzorging en pastoraat, professionaliteit en ambtshalve kwaliteit, integratie en vrijplaats twee verschillende zaken zijn die weliswaar in de geestelijk verzorger samenkomen, maar tegelijk een oppositioneel en conflicterend karakter kunnen hebben.²⁹ Hij stelt voor de keuze tussen professionaliteit of gezondene enigszins te schakeren, door de bipolaire grondstructuur van geestelijke verzorging te nuanceren in een driedimensionaal professioneel profiel. Hanrath opteert voor een meer geïntegreerde benadering van de professionele identiteit van de geestelijk verzorger. Binnen een meer geïntegreerde benadering wordt de professionele identiteit van de geestelijk verzorger opgevat als een gelaagde identiteit, geconcentreerd rondom functie, ambt en persoon. Deze staan in een driehoeksverhouding tot elkaar. In het model van een gelijkzijdige driehoek kan dit als volgt weergegeven worden:

De professionele identiteit van de geestelijk verzorger:



De complex gelaagde identiteit van de geestelijk verzorger wordt door Hanrath vervolgens uitgewerkt in de context waarbinnen, de competentie van waaruit en de conditie waaronder geestelijke verzorging wordt verleend.

²⁹Hanrath T., (2000), *Geestelijke Verzorging in het Hart van de Zorg. De professionele identiteit van de geestelijk verzorger in een veranderende zorgcontext, Handelingen. Tijdschrift voor praktische theologie, jaargang 27, nr. 4, p. 444-454*

De context wordt gevormd door de buitenkant van de identiteitsdriehoek. Hanrath onderscheidt de context drievoudig in gezondheidszorg, levensbeschouwelijke traditie en de persoonlijke biografie. Vervolgens maakt hij ook binnen de verschillende onderdelen van de context een driestaps verdeling.

1. De eerste context, de gezondheidszorg, krijgt op macroniveau haar gestalte in het samenspel tussen zorgaanbieder, de zorgverzekeraar, de zorgvrager (georganiseerd in de patiëntenverenigingen) en de politieke overheid. Op dit niveau is er vooral sprake van beleidsvorming. Hier worden de keuzes in de zorg gemaakt. Op mesoniveau krijgt de gezondheidszorg haar gestalte binnen de organisatie van de instelling in het samenspel tussen de medewerkers. De geestelijk verzorger dient hiervoor te beschikken over een organisatieperspectief en een actieve managementparticipatie. Op het microniveau tenslotte krijgt de zorg gestalte in de directe patiëntenzorg.
2. De geestelijke verzorging vindt ook plaats binnen de context van de levensbeschouwelijke traditie. Hanrath typeert de huidige samenleving als een levensbeschouwelijk gefragmenteerde, pluriforme samenleving met een levensbeschouwelijk tolerant, maar vrijblijvend karakter. Op mesoniveau zijn de denominatieve genootschappen te vinden die de levensbeschouwelijke tradities representeren. De concrete mensen die hun persoonlijke levensbeschouwing min of meer individueel vormgeven en samenstellen vormen het microniveau.
3. De derde context waarbinnen de geestelijk verzorger werkzaam is, is de autobiografische context van de professional zelf. Juist omwille van het persoonlijk karakter van de professionele relatie is de verhouding van de geestelijk verzorger met de eigen biografische context van wezenlijk belang.³⁰

Vanuit de context waar de geestelijk verzorger werkzaam is (de buitenkant van de identiteitsdriehoek) koppelt Hanrath de competentie (de binnenkant van de identiteitsdriehoek).

De competentie laat zich uitleggen in hoedanigheid, bekwaamheid en rol. De hoedanigheid van de geestelijk verzorger is geconcentreerd rond functie, ambt en persoon, waarbinnen de persoon als drager van het ambt en functie een vitale rol speelt.

³⁰Hanrath T.(2000), *Geestelijke Verzorging in het Hart van de Zorg, De professionele identiteit van de geestelijk verzorger in een veranderende zorgcontext, Handelingen. Tijdschrift voor Praktische Theologie, jaargang 27, nr. 4, p. 444-454*

De bekwaamheid werkt Hanrath niet uit in verschillende functie-eisen. Wel geeft hij aan welke scholing een geestelijk verzorger gehad moet hebben. Hanrath benadrukt dat een voortdurende spirituele ontwikkeling eveneens tot de bekwaamheidsdriehoek behoort. De laatste competentiedriehoek wordt gevormd door de rol die de geestelijk verzorger uitoefent als begeleider, voorganger of vrijplaats. In de vrijplaats rol wordt de geestelijk verzorger aangesproken op presentie in aandacht en vertrouwen. De aandachtscontacten hebben, volgens Hanrath, een professionele eigenstandigheid, naast de begeleidingscontacten en de voorgangerscontacten. De geestelijk verzorger heeft zelf een fundamenteel recht om het initiatief tot contact te nemen.

Hanrath besluit zijn omschrijving van de functiedriehoek met de laatste driehoek, de conditie waaronder geestelijke verzorging wordt geboden, namelijk in probleem-, vraag- en aanbodgestuurde zorg. Wederom benadrukt Hanrath dat het recht van de geestelijk verzorger om zelf het initiatief te nemen tot het aanbieden van zorg binnen de gezondheidszorg uniek te noemen is.

3.5.2 Het Utrechtse model

Vanuit de masteropleiding Theologie en Geestelijke Verzorging van de Universiteit Utrecht is, voortbouwend op Hanrath, een model ontwikkeld voor de geestelijke verzorging, de driehoek van Utrecht.³¹ Dit model is opgebouwd vanuit zingeving en vanuit de competenties zorgverlening en zelfreflectie.

“Er wordt verondersteld dat zij die als professionals geestelijke verzorging werkzaam zijn binnen zorginstellingen of in een vrijgevestigde praktijk, beschikken over deze competenties. De genoemde competenties zijn onderling op elkaar betrokken en dragen slechts in combinatie bij aan de professionaliteit van de geestelijk verzorger. Dit leidt ertoe dat een procesmatige benadering van geestelijke verzorging wordt voorgestaan. Hierin is zowel aandacht voor narratieve benaderingen van betekenisgeving, als ook voor cognitief psychologische en psychodynamische aspecten van betekenisverlening, zin en religiositeit.”

Onderstaande afbeelding is een weergave van bovengenoemd model en toont de deelaspecten van zingeving en de competenties zorgverlening en zelfreflectie waarbij tevens de diverse rollen van de geestelijk verzorger worden genoemd en de daarbij behorende functies.

³¹Hijweege N., - *Visiedocument masterprogramma theologie en geestelijke verzorging*, p. 2

De driehoek van Utrecht ziet er als volgt uit³²:

ZINGEVING

Deelaspecten:

Levensbeschouwing & spiritualiteit

Ethiek

Hermeneutiek & narrativiteit

Ritualiteit & symboliek

Rol: Zingevingdeskundige

Functies:

Begeleider

Hermeneut

Ethiekbeoefenaar

ZORGVERLENING

Deelaspecten:

Pastorale psychologie

Organisatie & Beleid

Counseling

Professionalisering

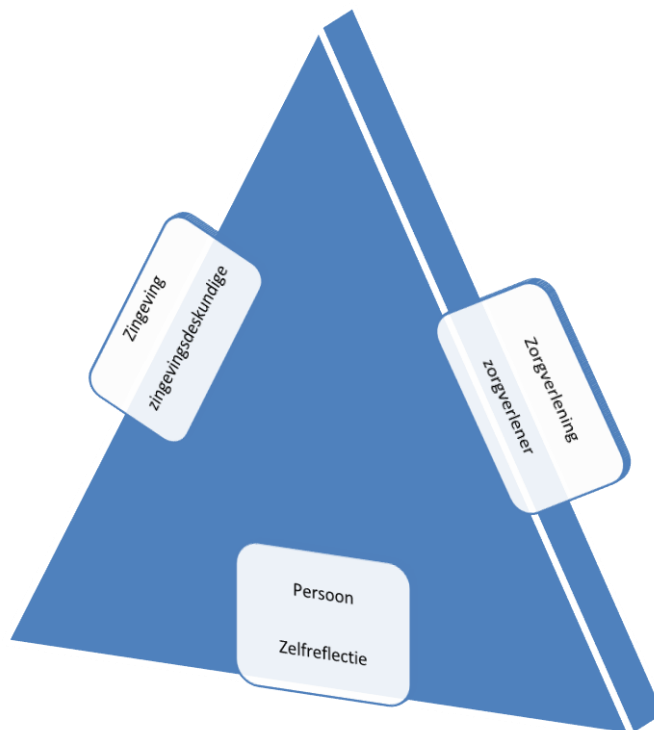
Rol: Zorgverlener

Functies:

Hulpverlener

Adviseur

Collega



ZELFREFLECTIE

Deelaspecten:

Levensbeschouwelijke biografie

Counselingrollen

Ethische zelfreflectie

Rolcorrespondentie: Persoon

Spiritualiteit

Dialogische identiteit

³²Hijweege N., - *Visiedocument masterprogramma theologie en geestelijke verzorging*, p. 1

Op grond van de combinatie van bovengenoemde competenties en de daarbij veronderstelde rollen en functies stel ik vast dat de geestelijk verzorger zowel professional als gezondene is. Derhalve zou ik de vraag onder 3.5.1 of de geestelijk verzorger een professional of een gezondene is willen herformuleren in 'de geestelijk verzorger als professional en gezondene'.

Andere huidige ontwikkelingen zijn de verzakelijking van de zorg, de verschuiving van de zorg en een steeds complexer wordende zorgvraag die gepaard gaat met een groeiende aandacht voor ethiek.³³ Dit is wat Witvliet bedoelt met de 'brede' identiteit. Er dienen steeds meer dimensies te worden bevraagd om de identiteit van de subdiscipline geestelijke verzorging te kunnen benoemen.

3.5.3 Verzakelijking van de zorg

Naast de eerder genoemde wettelijke verplichte beschikbaarheid heeft de ziekenhuisorganisatie alle vrijheid om het kwaliteitsbeleid verder te ontwikkelen. Zij kan er dus voor kiezen geestelijke verzorging uit te breiden. Dat is een beleidskeuze die de organisatie maakt met het oog op kwaliteit van zorg, maar ook met het oog op efficiënte bedrijfsvoering. De toegenomen financiële druk op de zorginstellingen en de introductie van marktwerking in de zorg dwingen ook geestelijk verzorgers te gaan werken met standaarden, protocollen en richtlijnen. Naast de eigen zorginstelling vragen ook verzekeraars, de overheid en andere betrokkenen om meetbaarheid en transparantie. Geestelijke verzorging moet zich net als andere zorgdisciplines verantwoorden om gefinancierd te blijven.³⁴ Ook Van Gastel en Van Iersel spreken van een verzakelijking van de zorg als een niet te onderschatten ontwikkeling, die tevens van invloed is op de geestelijke verzorging. Deze verzakelijking dwingt tot professionalisering, efficiënte en erkende handelswijze en meetbare doelen.³⁵ Om niet gemarginaliseerd te worden is echter de vraag of en op welke wijze de geestelijke verzorging, als beroepsgroep, mee zal moeten in deze ontwikkeling.

3.5.4 Verschuiving van de zorg

Andere ontwikkelingen in de gezondheidszorg die invloed hebben op het werk van geestelijk verzorgers zijn de kortere opnameduur en de daarmee gepaard gaande verschuiving naar ambulante, poliklinische, transmurale en zelfs extramurale zorg.

³³Holsappel J., Jutte M, Zock H., *Ruimte voor geestelijke verzorging in het Martini Ziekenhuis Groningen*, p. 18-21

³⁴Huijzer R., *Uitvoeringstoets geestelijke verzorging onder de loep – Tijdschrift Geestelijke Verzorging 10 (2007) no. 42, p. 5-8; Snoep-van Vliet, Geestelijke verzorging buiten de muren van de instellingen, Tijdschrift voor Geestelijke Verzorging 12 (2009) no. 52, p. 54-62*

³⁵Gastel L. van en Iersel A.H.M. van, *Vier besturingsmodellen voor de geestelijke verzorging in de zorg*, p. 20

Dat betekent dat een groeiend aantal patiënten niet meer zoals voorheen via opname in het ziekenhuis gebruik kan maken van geestelijke verzorging.³⁶ Uit onderzoek van het Trimbos-instituut blijkt dat door extramuralisering de behoefte aan geestelijke verzorging niet afneemt. Er is zelfs een groeiende behoefte aan geestelijke verzorging en die zal naar verwachting nog toenemen, vooral onder ouderen en chronisch zieken, aldus Van Gastel en Van Iersel.³⁷

3.5.5 Complexer wordende zorgvraag en groeiende aandacht voor ethiek

In de huidige samenleving is er sprake van een toename van medisch-technische mogelijkheden en complexiteit van zorgvragen. Dit leidt tot een groeiende behoefte aan ethische reflectie. Zingeving- en ethische vragen van patiënten worden ingewikkelder. Ook op de werkvloer groeit de aandacht voor ethische vragen en moreel beraad. Op geestelijk verzorgers wordt dan ook vaker een beroep gedaan voor ethische advisering en scholing.³⁸ Binnen de postinitiële cursus morele counseling zoals die in Nijmegen van start is gegaan leren geestelijk verzorgers hoe ze patiënten op een non-directieve manier kunnen ondersteunen bij morele dilemma's. Emoties worden gezien als vindplaats van ethiek en moraal.³⁹

3.6 Samenvatting

In dit hoofdstuk heb ik een overzicht gegeven van de historie en de actualiteit van de geestelijke verzorging. Het domein van de geestelijke verzorging bevindt zich thans in een turbulente omgeving. De inhoud van de geestelijke verzorging wordt vanuit de verschillende perspectieven bediscussieerd.

Hanrath stelt de identiteit van de geestelijk verzorger voor als een gelaagde identiteit als met drie lagen, geconcentreerd rondom functie, ambt en persoon. Het polemische karakter van de bipolaire structuur wordt doorbroken door uit te gaan van een driehoeksverhouding. Alle zijden van de identiteitsdriehoek staan in gelijke verhouding tot elkaar. In zijn conclusie schrijft Hanrath dat het uitgangspunt van zijn gelijkzijdige driehoek impliceert dat de afzonderlijke zijden in hun onderlinge verhouding van gelijk gewicht zijn. Men kan alleen bij een gelaagde identiteit spreken over een geslaagde identiteit.

³⁶Veltkamp H., *Geestelijke verzorging : aan bed gebonden of transmuraal?*, *Handelingen. Tijdschrift voor Praktische Theologie* (2005) no. 4, p. 403-420

³⁷Gastel L. van en Iersel A.H.M. van, *Vier besturingsmodellen voor de geestelijke verzorging in de zorg*, p. 21

³⁸Holsappel J., Jutte M, Zock H., *Ruimte voor geestelijke verzorging in het Martini Ziekenhuis Groningen*, p.21

³⁹De Groot J., *Geestelijke verzorging en ethische besluitvorming. Tijdschrift Geestelijke Verzorging* jrg. 9, nr. 41, p. 26-37

Vanuit de driehoek van Utrecht zijn zingeving en de competenties zorgverlening en zelfreflectie onderling op elkaar betrokken. Zij dragen slechts in combinatie bij aan de professionaliteit van de geestelijk verzorger. Derhalve pleit men vanuit de driehoek van Utrecht voor een procesmatige benadering van geestelijke verzorging.

Volgens Van Gastel en Van Iersel wordt de behoefte van de patiënt door onder meer pluralisering op religieus en levensbeschouwelijk vlak moeilijker eenduidig te bepalen. De wijze waarop de geestelijke verzorging aangeboden moet worden aan de steeds meer extramurale omgeving verkerende patiënt is dan ook een reëel organisatorisch vraagstuk en dit alles bevindt zich in een veranderende politieke omgeving. Deze turbulente setting vergroot de kans op marginalisering van de geestelijke verzorging als er geen passende maatregelen getroffen worden om ook in de toekomst aan dit domein een professionele plaats in de zorg toe te kennen.⁴⁰

⁴⁰Gastel L. van en Iersel A.H.M. van, *Vier besturingsmodellen voor de geestelijke verzorging in de zorg*, p. 115

4. INVENTARISATIE VANUIT DIVERSE PRAKTIJKSTUDIES

4.1 Inleiding

Om meer inzicht te krijgen in het onderwerp van mijn onderzoek heb ik mij verdiept in eerdere praktijkstudies over geestelijke verzorging. Beeldvorming oftewel een imago, ontstaat niet zomaar in het luchtledige, maar is altijd een afspiegeling, een afgeleide, van een identiteit, aldus Landman⁴¹. Onderstaand volgt een overzicht van de resultaten vanuit de diverse praktijkstudies.

4.2 Onderzoek M. Prins (1996):

Dit onderzoek van Prins vond plaats in 1996 in het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam. Een van de kernvragen in haar onderzoek is: welke discipline rekent wat tot zijn zorg of competentie als het gaat om de geestelijke begeleiding van patiënten in het ziekenhuis? Met andere woorden: wat zijn de grenzen binnen de zorgverlening?

Een van de conclusies is dat patiënten slecht zijn geïnformeerd over de beschikbaarheid van geestelijke verzorging in het ziekenhuis. Patiënten die niet eerder gesprekken hebben gehad met geestelijke verzorging, noemden dit als reden waarom zij weinig gebruik maakten van deze vorm van hulpverlening. De voorlichting aan patiënten was gebrekkig te noemen.

De indruk bestaat dat geestelijke verzorging vooral een begeleidingstaak vervult voor patiënten die op sterven liggen. Dit beeld leeft niet alleen bij patiënten, maar ook bij veel verpleegkundigen.

Op basis van gesprekken met geestelijk verzorgers concludeerde Prins dat er een gebrek is aan informatie en deskundigheid. Niet alleen bij patiënten, maar ook bij management, verpleging en maatschappelijk werk, leeft de vraag wat het aanbod van geestelijke verzorging nu eigenlijk precies inhoudt. Bovendien roept het woord 'geestelijk' verwarring op. Het is ongrijpbaar.

Daarnaast heeft de beroepsgroep van geestelijke verzorging in de afgelopen 15 jaar te weinig aandacht gehad voor de inhoudelijke ontwikkeling van het beroep. Verder werd niet altijd kritisch gekeken naar de behoeften van patiënten. Vervolgens concludeerde Prins dat reorganisaties de plaats en de betekenis van geestelijke verzorging beïnvloeden.

⁴¹Landman T., - *Beeldvorming over geestelijke verzorging*, p. 1

Binnen een ziekenhuisorganisatie wordt de dienst Geestelijke Verzorging gemakkelijk als 'vreemde eend in de bijt' gezien, waardoor deze discipline extra gevoelig is voor de gevolgen van een reorganisatie. Tevens concludeerde Prins dat door het pluriforme karakter van geestelijke verzorging (beroepsbeoefenaren met een verschillende achtergrond) er nogal wat variatie is in aanpak en interpretatie van het werk. Betrokken deelnemers weten soms van elkaar niet wat precies bedoeld wordt, waardoor ieder naar eigen inzicht een bepaalde opvatting kan ontwikkelen.

Dit leidt tot een gefragmenteerde beeldvorming die aanleiding kan geven tot conflicten en daarmee tot een zwakke positie van geestelijke verzorging binnen de organisatie. Een andere conclusie in deze studie is dat er binnen de beroepsgroep geestelijke verzorging gebrek heerst aan wederzijds respect en inzicht in elkaars waarden en normen. Het zou daarom goed zijn binnen de organisatie nadrukkelijker als homogene dienst naar buiten te treden, ter bevordering van een duidelijke profilering van de dienst. Door geestelijk verzorgers wordt het belang benadrukt van een duidelijke en heldere overdracht van kennis en informatie over het werk naar elkaar toe (interne profilering) en naar de andere disciplines binnen de organisatie (externe profilering). Over hoe die interne en externe profilering moet worden aangepakt bestaat nog geen duidelijk uitgekristalliseerd beeld.⁴²

Op basis van deze resultaten pleit deze studie voor een ingrijpende klimaatsverandering ten aanzien van de plaats en de betekenis van geestelijke zorg binnen de gezondheidszorg. Op basis van een groot aantal gesprekken met patiënten en zorgverleners in een academisch ziekenhuis laat Prins zien hoe belangrijk de geestelijke dimensie van ziekte en dreigende dood in feite voor alle betrokkenen is; en hoe beperkt tegelijkertijd de mogelijkheden zijn om daarvoor ruimte te vragen en professionele aandacht te krijgen.

4.3 Praktijkstudie Van der Loo, Jabaaij en Goudriaan (1998):

- Functie-uitvoering van geestelijk verzorgers en waardering daarvan door patiënten

Het doel van dit onderzoek was kennis en inzicht verwerven over het hulpaanbod van de dienst Geestelijke Verzorging op de somatische afdelingen van het algemeen ziekenhuis. Naast het hulpaanbod werd de tevredenheid van de patiënten over de verleende zorg onderzocht.⁴³

⁴²Prins, C.J. - *Geestelijke zorgverlening in het ziekenhuis*, p. 167-176

⁴³Van der Loo, Jabaaij en Goudriaan - *De geestelijke verzorger in het algemeen ziekenhuis*, p. 5-6

Geestelijk verzorgers vulden vragenlijsten in over de contacten met de patiënten. Met hen zijn voorafgaand interviews gehouden over de organisatie van de afdeling.

Een steekproef van patiënten heeft na ontslag een lijst ontvangen met vragen over de contacten met de geestelijk verzorger. Het centrale thema hierin was tevredenheid van de patiënt over de contacten met de geestelijk verzorger. Patiënten in dit onderzoek zijn uitermate tevreden over de contacten met de geestelijk verzorgers. Niemand is zelfs ontevreden. De gemiddelden in dit onderzoek liggen veel hoger dan in onderzoeken onder cliënten van de Riagg-volwassenenzorg (Van der Sande, Van Hoof, Hutschemaekers, 1992), -ouderenzorg (De Beer, Hutschemaekers, 1996), -kinder- en jeugdzorg (Vermande, Faber, Hutschemaekers, 1997), en de Paaz (Jabaaij, Hutschemaekers, 1998). Een van de redenen is het verschil in aard van de zorgverlening.

De positie van de geestelijk verzorger is anders. Ten eerste is de frequentie van de contacten vaak gering en ten tweede wil de geestelijk verzorger toch vooral ondersteuning bieden om verder te kunnen. Patiënten kunnen zich baden in het 'warme bad van empathie'. Uiteraard ervaren mensen dit als prettig en dientengevolge zullen zij tevredener zijn.

Visser (1983b) noemt in zijn onderzoek een aantal factoren die van invloed kunnen zijn op de satisfactie over een ziekenhuisverblijf. Ouderen, kerkleden en patiënten met een lage sociaal economische status zijn in het algemeen de meest tevreden patiënten. Een reden kan zijn dat de spreiding te gering is. Iedereen is tevreden, er zijn geen ontevreden patiënten te onderscheiden.⁴⁴

4.4 Onderzoek T. Landman (1998):

- Beeldvorming over geestelijke verzorging

Dit onderzoek richtte zich op twee onderzoeksvragen:

- Welke beeldvorming over geestelijke verzorging leeft er bij mensen die in een ziekenhuis hebben gelegen?
- Is er een relatie tussen beeldvorming over geestelijke verzorging en persoonlijke kenmerken van de respondenten?⁴⁵

De 16 respondenten in dit onderzoek zijn ex-ziekenhuispatiënten die afkomstig zijn uit Schiedam en Haarlem. Zij waren ouder dan 30 jaar en autochtoon.

⁴⁴Van der Loo, Jabaaij en Goudriaan - *De geestelijke verzorger in het algemeen ziekenhuis*, p. 61-62

⁴⁵Landman T., *Beeldvorming over geestelijke verzorging*, p. 37

Bovendien waren zij in de afgelopen vijf jaar opgenomen geweest in een ziekenhuis. In dit onderzoek is gebleken dat er sprake is van een incomplete en incorrecte beeldvorming.

Dit houdt in dat de huidige beeldvorming, het feitelijk imago, niet overeen komt met de identiteit van geestelijke verzorging, aldus Landman. Een andere conclusie is dat de ambtshalve kwaliteit van de identiteit van de geestelijk verzorger tevens een dominante rol in de beeldvorming over geestelijke verzorging speelt. Op deze wijze werd door dit onderzoek de veronderstelling bevestigd dat er sprake is van een archaïsche beeldvorming. De professionele kwaliteit van de identiteit speelt in de beeldvorming een ondergeschikte rol. Verder wordt gesteld dat de beeldvorming beïnvloed wordt door de mate van zichtbaarheid van kenmerken van het beroep. Landman geeft in haar literatuuronderzoek blijk van het feit dat de beeldvorming over geestelijke verzorging bij verschillende groeperingen anders kan zijn. Men veronderstelde dat leeftijd en kerkelijke betrokkenheid belangrijke onderscheidende kenmerken zijn. Dit wordt inderdaad bevestigd in dit onderzoek. Landman concludeert dan ook dat de toenemende secularisering van invloed is op de beeldvorming. De veronderstelling dat er sprake zou zijn van een negatieve beeldvorming wordt in dit onderzoek niet bevestigd. Het op eigen initiatief contact maken met de patiënt blijkt een zeer belangrijke eigenheid van geestelijke verzorging te zijn. Vervolgens komt naar voren dat de primaire doelgroep werd gevormd door gelovige actief kerkelijke, oudere mensen terwijl een andere belangrijke potentiële doelgroep werd gevormd door gelovige niet-kerkelijke en niet-gelovige mensen. Deze laatste doelgroep stond er positief tegenover wanneer de geestelijk verzorger op eigen initiatief langs komt.⁴⁶

4.5 Onderzoeken J. Pieper & R. van Uden:

- Geestelijke verzorging op de Fontein (2001).

Het uitgangspunt van dit onderzoek was de geloof/levensbeschouwing en behoefte aan geestelijke verzorging onder patiënten van de Fontein.

Ik zal eerst kort de onderzoeksgroep kenschetsen. De gemiddelde leeftijd van de onderzochten is 39 jaar. De mediaan is 37 jaar. De leeftijdsspreiding loopt van 18 jaar tot en met 79 jaar. 34% is man, 66% is vrouw. De behandelduur loopt uiteen van 1 maand tot 120 maanden. De gemiddelde behandelduur bij het instituut is 8,5 maanden. De mediaan is 3 maanden. De helft van de onderzochten is dus maar hooguit 3 maanden bij De Fontein in behandeling.

⁴⁶Landman T., - *Beeldvorming over geestelijke verzorging*, p. 69-71

De meeste respondenten zijn alleen intern in de kliniek behandeld en heeft later nog een aanvullende deeltijdbehandeling gehad. 45 personen (38%) zijn bereid deel te nemen aan een interview.⁴⁷ Eén van de drie onderzoeksvragen luidde: Wat verwacht men specifiek van de ambtsdragers met betrekking tot geloof en levensbeschouwing?

In de literatuur (Nauta, 1993, 1996; Pieper, 1999; Schilderman, 1998, Witvliet 2003) wordt erop gewezen dat de concrete pastorale activiteiten aangestuurd kunnen worden door achterliggende opvattingen over de kern van het pastoraat, tot uitdrukking komend in pastorbeelden of tot uitdrukking komend in de geformaliseerde versus de brede identiteit.

Zo kwam uit dit onderzoek onder meer naar voren dat een heel concrete activiteit en tevens de activiteit waaraan de onderzochten het meest zouden willen meedoen, het persoonlijk gesprek is met de ambtsdrager.

In zo'n gesprek kunnen talloze onderwerpen aan de orde komen zoals geloof: 'geloof en problemen', 'versterken band met God', 'bijbel', 'gebed en meditatie' etc. Vervolgens kwamen onderwerpen aan de orde die op de persoon van de patiënt betrekking hebben: 'geluk', 'levensverhaal' en 'persoonlijke groei'. Aan het eind verschenen er onderwerpen in de relationele sfeer: 'problemen in relaties met ouders, kinderen of partner', 'mishandeling en geweld', 'seksuele problemen'.

Pieper en Van Uden stelden zich vervolgens de vraag of met bovenstaande theorieën ook achterliggende pastorbeelden zijn verbonden?

Vier beelden werden breed gedragen: 'deskundige', 'naast de patiënt staand', 'te vertrouwen' en 'vertegenwoordiger Kerk'. De ambtsdrager is deskundige op het gebied van geloof en levensbeschouwing, maar wel gelegitimeerd vanuit een Kerk. Daarbij geldt hij als een intieme, te vertrouwen gesprekspartner. De volgende twee items ('samenwerken andere beroepsgroepen' en 'psychische problemen helpen oplossen') neigden meer naar het midden van de schaal. Het beeld 'bekeerder' tot slot vond weinig instemming.⁴⁸

⁴⁷Pieper J.Z.T. en Van Uden M.H.F., - *Geestelijke verzorging op De Fontein*, p. 10

⁴⁸Pieper J.Z.T. en Uden Van M.H.F., - *Geestelijke verzorging op de Fontein*, paragraaf 4.2 (het rapport bevat géén paginanummering)

- Religie in een forensisch psychiatrische instelling (2006)⁴⁹

Dit onderzoek werd verricht onder patiënten van de Pompestichting en richtte zich op de behoefte aan geestelijke verzorging tegen de achtergrond van de plaats die geloof en levensbeschouwing in het leven van patiënten innemen.

Dit leidde onder andere tot de volgende onderzoeksvragen en conclusies:

- In hoeverre en op welke manier is geloof en levensbeschouwing relevant voor het leven van de patiënten van de Pompestichting?
- Wat verwacht men specifiek van de geestelijk verzorgers met betrekking tot geloof en levensbeschouwing?

Ik geef eerst kort een beschrijving van de onderzoeksgroep. Het betreft 52 patiënten van de Pompekliniek in de leeftijd tussen 24 en 67 jaar (gemiddelde leeftijd: 43 jaar). De gemiddelde verblijfsduur binnen de kliniek is 27 maanden.⁵⁰

Onder levensbeschouwing verstaat men 'het geheel van waarden, normen en opvattingen die mensen hanteren als ze nadenken over de zin en het doel van het leven'. Over geloof wordt gesproken als deze waarden, normen en opvattingen geheel of gedeeltelijk ontleend zijn aan een bestaand geloof (bijvoorbeeld het rooms-katholieke, het gereformeerde, etc.). Wat Nederlandse maatstaven betreft blijkt, dat men te doen heeft met een gemiddeld gelovige populatie. Op de tweede plaats blijkt dat geloof/levensbeschouwing een belangrijke bijdrage levert aan het omgaan met psychische problemen. In instellingen verblijvende patiënten ervaren hun levenssituatie als relatief onveranderlijk. Daarom vallen zij terug op copingbronnen die gericht zijn op het emotioneel omgaan met problemen. Een van de belangrijkste 'emotion-focused' copingbronnen is religie.⁵¹

Slechts 20% van de onderzochten heeft geen behoefte aan contact met een geestelijk verzorger in het instituut. Dit betekent dat er massale behoefte is aan contact met de geestelijk verzorger. Het takenpakket van de geestelijk verzorger is uitgebreid. Alle aangeboden taken worden door een meerderheid van de onderzochten als behorend tot het takenpakket van de geestelijk verzorger gerekend.

⁴⁹Pieper J.Z.T. en Uden Van M.H.F., - *Religie in een forensische psychiatrische instelling*, p. 10

⁵⁰Pieper J.Z.T. en Uden Van M.H.F., - *Religie in een forensische psychiatrische instelling*, p. 47

⁵¹Pieper J.Z.T. en Uden Van M.H.F., - *Religie in een forensische psychiatrische instelling*, p. 48

De belangrijkste taken hebben te maken met de geestelijk verzorger als 'counselor' en de geestelijk verzorger als 'liturgisch voorganger'. Een heel concrete activiteit en tevens de activiteit waaraan de onderzochten het meest zouden willen meedoen is het persoonlijk gesprek met de geestelijk verzorger.⁵²

77% van de respondenten vindt dat tijdens de intake of aan het begin van de opname naar de geloofs-/levensbeschouwelijke achtergrond gevraagd zou moeten worden.⁵³

- Geloof en levensbeschouwing in het verzorgings- en verpleeghuis (2006)⁵⁴

De ViVa! Zorggroep heeft opdracht gegeven tot uitvoering van dit onderzoek. Het onderzoek richt zich op de behoefte aan geestelijke verzorging, maar wil dit doen tegen de achtergrond van de plaats die geloof en levensbeschouwing in het leven van de patiënten innemen.

De eerste twee onderzoeksvragen luiden:

- In hoeverre en op welke manier is geloof en levensbeschouwing relevant voor het leven van patiënten van de verzorgings- en verpleeghuizen van de ViVa! Zorggroep?
- Wat verwacht men specifiek van de geestelijk verzorgers met betrekking tot geloof en levensbeschouwing?

Voordat we overgaan tot beantwoording van de vraagstellingen wil ik eerst kort de onderzoeksgroep kenschetsen. Het betreft 106 bewoners van een verpleeghuis en verzorgingshuizen van de ViVa! Zorggroep in de leeftijd tussen 58 en 105 jaar (gemiddelde leeftijd: 84 jaar). De gemiddelde verblijfsduur binnen de instellingen is 41 maanden.⁵⁵

Uit de beantwoording van de eerste onderzoeksvraag komt naar voren dat de respondenten een sterk gelovige groep blijkt te zijn. Wat de aard van het geloof betreft kan gezegd worden dat men in meerderheid intrinsiek gelovig is en dat de relatie met God gemiddeld genomen positief is. Op de tweede plaats blijkt dat geloof/levensbeschouwing een belangrijke bijdrage levert aan het omgaan met de levenssituatie. 74% ervaart positieve invloed, 4% negatieve invloed van het geloof op de problematiek.

⁵² Pieper J.Z.T. en Uden Van M.H.F., - *Religie in een forensisch psychiatrische instelling* p. 51

⁵³ Pieper J.Z.T. en Uden Van M.H.F., - *Religie in een forensisch psychiatrische instelling*, p. 53

⁵⁴ Pieper J.Z.T., *Geloof en levensbeschouwing in het verzorgings- en verpleeghuis*, p. 38-43

⁵⁵ Pieper J.Z.T., *Geloof en levensbeschouwing in het verzorgings- en verpleeghuis*, p. 38

Wat betreft de tweede onderzoeksvraag: 47% van de onderzochten heeft behoefte aan contact met een geestelijk verzorger. Het liefst heeft men contact met een geestelijk verzorger van het eigen geloof. De meerderheid denkt vooral aan contact met de dominee/pastor van de thuisgemeente/parochie. Met name de bewoners die nu behoefte hebben aan contact met een geestelijk verzorger zouden kiezen voor iemand van het eigen geloof uit de thuisgemeente/parochie. Als het nodig is, neemt de meerderheid (80%) zelf contact op met de geestelijk verzorger. Men heeft een groot vertrouwen in de deskundigheid van de geestelijk verzorger. Verreweg de meest gewenste activiteit is het bijwonen van een religieuze viering. Ook twee andere rituele activiteiten zoals het 'luisteren naar religieuze muziek' en het 'stiltecentrum' scoren hoog. Daarna volgt het voeren van een persoonlijk gesprek.

Welke pastorbeelden zijn daarbij op de achtergrond aanwezig?

Vier beelden worden breed gedragen: 'deskundige', 'vertegenwoordiger Kerk', 'naast de bewoner staand', en 'te vertrouwen'. De geestelijk verzorger is deskundige op het gebied van geloof en levensbeschouwing, maar wel gelegitimeerd vanuit een Kerk. Daarbij geldt hij als een intieme, te vertrouwen gesprekspartner.

4.6 L. VandeCreek en L. Burton:

- A White Paper. Professional Chaplaincy: Its Role and Importance In Healthcare⁵⁶

Dit artikel beschrijft de rol en het belang van professionele geestelijke verzorging binnen de gezondheidszorg. Het is de eerste gezamenlijke verklaring van de vijf grootste verenigingen van geestelijk verzorgers (10.000 leden) binnen de gezondheidszorg in Noord-Amerika. In dit artikel is onder andere gekeken naar de voordelen van spirituele zorg door professionele geestelijk verzorgers. Professionele geestelijk verzorgers zijn theologisch en klinisch opgeleid en werken vanuit een organisatie. Een toenemend aantal professionele geestelijk verzorgers zijn lid van niet blanke, niet christelijke gemeenten en tradities.

VandeCreek en Burton beschrijven onder andere het nut van spirituele zorg door professionele geestelijk verzorgers ten aanzien van patiënten en hun familie en komen met de volgende bevindingen:

⁵⁶VandeCreek L., Burton L., *A White Paper. Professional Chaplaincy: Its Role and Importance In Healthcare, The journal of Pastoral Care, Spring 2001, p. 81-97*

1. Patiënten en familieleden zijn zich steeds bewust van hun spirituele nood tijdens een ziekenhuisopname. Zij willen professionele spirituele aandacht voor hun noden en reageren positief op de verleende zorg, hetgeen van invloed is op hun aanbeveling aan anderen in het ziekenhuis.
2. Professionele geestelijk verzorgers spelen vooral een belangrijke rol bij het diagnosticeren van patiënten in geestelijke nood en bij het oplossen van religieuze of spirituele problemen. Dit leidt tot verbetering van hun gezondheid.
3. Gezinnen vertrouwen op religieuze en geestelijke middelen teneinde om te kunnen gaan ingeval van ernstige nood tijdens de ziekte van een geliefde (coping). Een geestelijk verzorger levert dus een positieve bijdrage in de zorg voor familieleden.

4.7 Samenvatting

Uit onderzoeken in Nederland en de V.S. komen onder andere de volgende bevindingen met betrekking tot het beeld van de geestelijk verzorger bij de patiënt en de behoeften van de patiënt met betrekking tot geestelijke verzorging naar voren.

In Nederland worden vier beelden van de geestelijk verzorger breed gedragen;

- 'deskundige',
- 'naast de patiënt staand',
- 'te vertrouwen',
- 'vertegenwoordiger Kerk'.

Uit één van de onderzoeken komt naar voren dat het op eigen initiatief contact maken met de patiënt een zeer belangrijke eigenheid van geestelijke verzorging blijkt te zijn (Landman). Dit is de vrijplaats. In de vrijplaatsrol wordt de geestelijk verzorger aangesproken op presentie in aandacht en vertrouwen. De aandachtscontacten hebben, volgens Hanrath, een professionele eigenstandigheid, naast de begeleidingscontacten en de voorgangerscontacten.

Zoals uit de resultaten van de onderzoeken blijkt, is er een massale behoefte aan contact met een geestelijk verzorger (Pieper & Van Uden). Bij ViValZorggroep heeft 47% van de patiënten behoefte aan contact met een geestelijk verzorger. Bij de Pompestichting ligt het percentage nog veel hoger, namelijk 80%.

Uit onderzoek bij de Fontein komt tevens naar voren dat er een grote behoefte (77%) bij de patiënten ligt, om de geloofs/levensbeschouwelijke achtergrond te melden aan het begin van een opname/intake (Pieper & Van Uden).

Ook uit internationaal onderzoek blijkt dat er in de V.S. een grote behoefte is aan een professionele spirituele zorgverlener en aan diagnostiek bij geestelijke nood voor het oplossen van religieuze of spirituele problemen. Zoals blijkt, nemen weinig patiënten ondanks de grote satisfactiebeleving, zowel nationaal als internationaal, zelf het initiatief tot contact met de geestelijk verzorger.

In het volgende hoofdstuk komt het kwantitatieve empirische onderzoek bij Emergis aan de orde. Levert dit onderzoek eenzelfde beeld op?

5. KWANTITATIEF ONDERZOEK NAAR DE BEELDVORMING VAN DE GEESTELIJK VERZORGER BIJ DE PATIENT BIJ EMERGIS, CENTRUM VOOR GEESTELIJKE GEZONDHEID (GGZ) TE GOES

5.1 Emergis (Ggz) en de dienst Geestelijke Verzorging

In het kader van het onderzoek van drs. L. Schrijver, het inventariseren van de huidige situatie van de existentiële en spirituele behoeften van de moderne patiënt om zo te komen tot een vernieuwd zorgaanbod, volgt hierna een beschrijving van de instelling waar ik onderzoek heb gedaan. Ook de kennismaking met de dienst Geestelijke Verzorging en een korte beschrijving van haar werkzaamheden binnen de instelling, alsmede de door de geestelijk verzorgers van de dienst gegeven feedback op het ontwikkelde meetinstrument, de vragenlijst, zal hierna worden beschreven.

Mijn praktijkonderzoek vindt plaats bij Emergis, een psychiatrisch ziekenhuis in Goes.

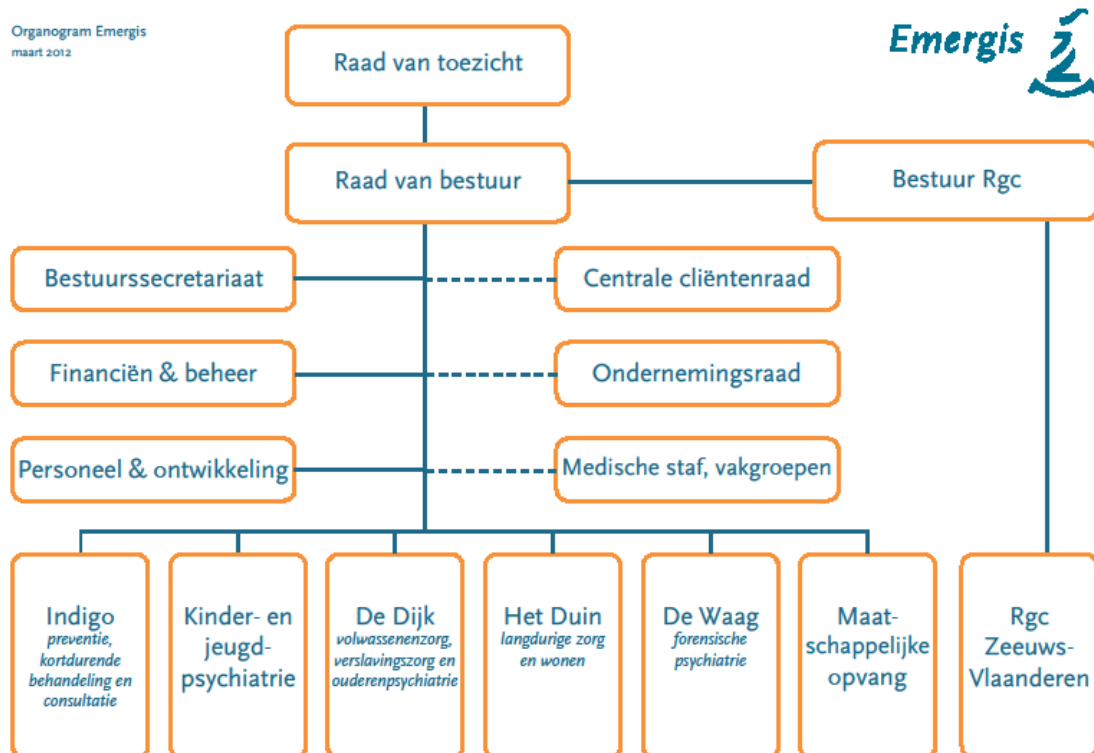
Emergis is de Zeeuwse instelling voor Geestelijke Volksgezondheid. Zij biedt geestelijke gezondheidszorg aan in klinische, semi-murale, ambulante en poliklinische vorm. De hulpverlening betreft medisch-psychiatrische en sociaal-psychiatrische behandeling en begeleiding. Tevens zijn er voorzieningen voor Beschermd Wonen en Begeleid (Zelfstandig) Wonen.

De organisatie biedt kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen de zorg en hulp die bij hen past door middel van preventieve cursussen, kortdurende begeleiding of langdurige behandeling. Dit gebeurt thuis, via het internet, in ambulante centra, beschermende woonvormen of in een (poli)kliniek. Samen met de patiënt bekijkt Emergis welke hulp hij of zij nodig heeft: niet te weinig en niet te veel. Zij behandelen, begeleiden en verzorgen iedereen die om hulp vraagt deskundig en respectvol. Met eerbied voor geloof, culturele achtergrond en politieke en maatschappelijke overtuiging.

De naam Emergis is afgeleid van de Zeeuwse wapenspreuk Luctor et Emergo. Dat betekent 'Ik worstel en kom boven'. Emergis betekent letterlijk 'Je zult bovenkomen'. De ambitie van de zorginstelling is: samen werken aan een goede geestelijke gezondheid van alle mensen in Zeeland. Emergis biedt preventie aan specifieke risicogroepen en behandelt en begeleidt circa 10.000 mensen die psychiatrische hulp of ondersteuning nodig hebben. Dat doet zij met circa 1.500 medewerkers vanuit zo'n vijftig locaties verspreid over Zeeland.

De organisatiestructuur van Emergis bestaat uit:

- raad van toezicht;
- raad van bestuur;
- sectoren;
- diensten;
- ondernemingsraad;
- centrale cliëntenraad;
- medische staf en vakgroepen



Raad van Toezicht

De raad van toezicht volgt de algemene gang van zaken bij Emergis en adviseert de raad van bestuur. De raad van toezicht kijkt zowel naar de belangen van Emergis als naar de bijzondere maatschappelijke verantwoordelijkheid.

Raad van Bestuur

De raad van bestuur bestuurt de stichting Emergis. De raad van bestuur is verantwoordelijk voor een doelmatige en transparante bedrijfsvoering.

Medische staf en vakgroepen

Een aantal beroepsgroepen binnen Emergis heeft een vakgroep of raad die aandacht heeft voor de uitoefening en ontwikkelingen van het beroep. De vakgroepen organiseren studiebijeenkomsten voor hun leden en geven de raad van bestuur gevraagd en ongevraagd advies. De dienst Geestelijke Verzorging is formeel ook een vakgroep (eenheid van specifieke collegae) maar is organisatorisch een eigenstandige dienst met een eigen budget en diensthoofd. Als verantwoordelijk directeur is de directeur van Het Duin aangesteld.

Emergis kent momenteel de volgende vakgroepen:

- medische staf;
- verpleegkundige adviesraad;
- vakgroep psychologie;
- vakgroep vaktherapie;
- vakgroep maatschappelijk werk;
- vakgroep geestelijke verzorging.

5.2 Dienst Geestelijke Verzorging

5.2.1 Plaats binnen Emergis

Bedrijfsmatig is Emergis onderverdeeld in een aantal sectoren en diensten. De dienst Geestelijke Verzorging vormt een cliëntgebonden dienst. Binnen de instelling neemt de dienst Geestelijke Verzorging, zowel organisatorisch als werkinhoudelijk, een eigen plaats in. In de organisatie gezien vormt ze een zelfstandige dienst met eigen hoofd. De dienst is sinds 2005 onderdeel van het Kenniscentrum. De directeur daarvan vertegenwoordigt de dienst bij het managementteam en het bestuur. Het Kenniscentrum bevindt zich in het organogram integraal bij Financiën & beheer, zoals ook planning en control etc.

Intussen is deze organisatievorm voor de dienst Geestelijke Verzorging al weer losgelaten. Het Kenniscentrum is ietwat herzien.

De dienst Geestelijke Verzorging ressorteert nu onder de directeur van De Dijk, het bedrijfsonderdeel waaronder voornamelijk langdurige zorg valt. Dit is een reorganisatiekeuze, want werkinhoudelijk is de geestelijke verzorging onveranderd gebleven en de dienst rekent alle afdelingen van Emergis tot haar werkgebied.

Een wettelijke verankering ontleent de geestelijke verzorging aan artikel 3 van de Kwaliteitswet Zorginstellingen, die per 1 april 1996 in werking is getreden.

Hierin staat:

“Voor zover het betreft zorgverlening die verblijf van de patiënt in de instelling gedurende tenminste het etmaal met zich brengt, draagt de zorgaanbieder er tevens zorg voor dat in de instelling geestelijke verzorging beschikbaar is, die zoveel mogelijk aansluit bij de godsdienst of levensovertuiging van de patiënten.”

De inhoudelijke verankering hangt samen met de visie van Emergis op zorg. “De problematiek van de patiënten en de behandeling en begeleiding die onze instelling geeft, heeft een zingevings- en levensbeschouwelijke component. Behandeling en verzorging enerzijds en zingeving anderzijds zijn strikt genomen niet van elkaar los te maken. Religiositeit en levensbeschouwing behoren tot de essentiële copinginstrumenten. Vanuit deze opvatting heeft Emergis er vanaf het begin voor gekozen een volwaardig geestelijke verzorging ‘in huis te hebben’. Geestelijke verzorging behoort daarmee tot het basisaanbod aan mensen die in de kliniek van de centrale voorziening van Emergis verblijven”.⁵⁷

5.2.2 Geestelijke Verzorging

Het uitgangspunt van de dienst Geestelijke Verzorging luidt als volgt:

Op grond van de Kwaliteitswet Zorginstellingen voorziet Emergis op kwantitatief en kwalitatief verantwoorde wijze in Geestelijke Verzorging, die aansluit bij de reële behoefte van de patiënt binnen de context van diens relationeel en levensbeschouwelijk netwerk.

De dienst Geestelijke Verzorging sluit zich aan bij de definitie van geestelijke verzorging van de beroepsvereniging VGVZ:

“Geestelijke verzorging is de ambtshalve en professionele begeleiding en hulpverlening aan mensen bij zingeving aan hun bestaan, vanuit en op basis van geloofs- en levensovertuiging en de professionele advisering inzake ethische en/of levensbeschouwelijke aspecten in zorgverlening en beleidsvorming.” (Beroepsstandaard Vereniging van Geestelijk Verzorgers in Zorginstellingen, 2002).⁵⁸

⁵⁷Goch van W., *Zinvol bewegen in de GGZ. Geestelijke Verzorging in Emergis, 2004-2008*, p. 4

⁵⁸VGVZ, *Beroepsstandaard voor de Geestelijk Verzorgers in Zorginstellingen*, VGVZ-cahiers 2, Amersfoort 2002, p. 13

De dienst Geestelijke Verzorging van Emergis omschrijft het in haar brochure voor patiënten als: *“Samen met patiënten, die dat willen, zoeken naar zin en samenhang in het leven door middel van levensbeschouwelijke ondersteuning. Deze begeleiding bieden wij ongeacht de levensbeschouwelijke achtergrond van de patiënt.”* De mensvisie van de dienst sluit aan bij het hulpverlenersmodel van Neuman⁵⁹, dat in Emergis wordt gehanteerd. Dat model onderscheidt biologische, psychologische, spirituele, sociaal-culturele en ontwikkelingsvariabelen, die in samenhang met elkaar gezondheid en welzijn beïnvloeden. Daarbij wordt uitgegaan van respect voor eigen verantwoordelijkheid en keuzevrijheid van de patiënt. Wanneer de geestelijk verzorger mensen aanspreekt op zin- en betekenisgeving, raakt dat aan hun vermogen tot diepgang en hun gevoel voor de dingen die het alledaagse overstijgen. Vaak wordt daarmee hun gezonde kant aangesproken.

Mensen ontwikkelen, aldus de dienst, meer of minder bewust, een individueel en contextueel levensconcept. Daarbij spelen vragen een rol als:

- Hoe verwerk ik een crisis die mij overvalt? Wat geeft mij moed?
- Waarom overkomt mij dit?
- Waar gaat het naartoe met mij, wat betekent dit voor mij?
- Waar leef ik voor? Vanuit welke oriëntatie? Vanuit welk verlangen, welke hoop?
- Wat vindt mijn omgeving ervan? Wat betekent dat voor mij?

Dit soort vragen en gevoelens kunnen ook op andere plaatsen ter sprake worden gebracht; bij de behandeling, bij lotgenoten, bij andere activiteiten. De dienst Geestelijke Verzorging geeft de ruimte om er verder op in te gaan met professionele (en ambtshalve) ondersteuning. Zingeving is niet het exclusieve domein van de geestelijke verzorging, het is wel haar specifieke focus.

Generaliserend zijn er twee (gelijktijdige) mogelijkheden waarlangs de geestelijke verzorging zich ontwikkelt:

1. Pastoraat als zielzorg in lijn met specifieke levensbeschouwelijke tradities en in verbondenheid met Kerken en genootschappen, waarbij de individuele verwerking daarvan voor Emergis maatgevend is;
2. Als levensbeschouwelijke begeleiding voor de mens, gericht op individuele oriëntatie, zingeving en perspectief. Steeds meer mensen stellen zelf een persoonlijk en voorlopig levensontwerp samen, door componenten uit diverse culturen en godsdiensten met elkaar te verbinden.

⁵⁹[http://www.nsmplatform.nl/Neuman System Model Platform](http://www.nsmplatform.nl/Neuman_System_Model_Platform) (2010)

Beide aspecten zijn in de geestelijke verzorging van Emergis vertegenwoordigd. De patiënt bepaalt langs welke lijnen de inhoud van de contacten zich zal ontwikkelen. De professionaliteit dient voor beide aspecten garant te staan. De verbondenheid met tradities krijgt vorm in de zending vanuit de betreffende genootschappen. De geestelijk verzorgers zijn niet alleen professionals.⁶⁰

5.3 Het empirisch onderzoek

5.3.1 De voorbereiding van het empirisch onderzoek

Op 8 februari 2012 is er een eerste kennismaking geweest. Tijdens deze eerste bijeenkomst waren twee medewerkers van de dienst Geestelijke Verzorging, ds. H. van Eerden en R. Douwes, humanistisch raadvrouw aanwezig. Namens de Universiteit Utrecht was als begeleider dr. W. Smeets, docent aanwezig alsmede de studenten J.P. Versteeg, U. Berger en ondergetekende.

Tijdens deze bijeenkomst is afgesproken dat het empirisch gedeelte van het eerder vernoemde promotieonderzoek zal worden opgedeeld in een aantal fases. De eerste fase betreft het in kaart brengen van de spiritualiteit van patiënten. Vooraleer je een interventie wil plegen is het noodzakelijk te weten wat de spirituele situatie/behoefte van patiënten zijn. Dit onderzoek zal in het jaar 2012 worden uitgevoerd.

De studentonderzoekers, waaronder ondergetekende, begeleiden het invullen van het meetinstrument en nemen ook de interviews af.

De gedetailleerde analyse van de interviews valt buiten het bereik van hun eigen onderzoek. Volgend academiejaar komt dan de tweede fase in zicht: de interventies door de geestelijk verzorger en het meten van het effect daarvan. De analyse van de interviews en de afronding van het eerste deelonderzoek zal in het volgend academiejaar door studenten worden gedaan die vervolgens het effectonderzoek van geestelijke verzorging zullen uitvoeren.

⁶⁰Goch van W., *Zinvol bewegen in de GGZ. Geestelijke Verzorging in Emergis, 2004-2008*, p. 4-6

Op 18 februari 2012 is drs. L. Schrijver, promovendus en werkzaam als geestelijk verzorger in het Catharina Ziekenhuis te Eindhoven, bij een scriptiecollege in Utrecht geweest om de stand van zaken met betrekking tot haar onderzoek dat de titel draagt 'Spirituele beleving van patiënten in een multiculturele samenleving: Empirische analyse van de vraag-aanbod afstemming', nader toe te lichten.⁶¹

Daarnaast is in een vergadering van de dienst Geestelijke Verzorging van Emergis in Goes het onderzoek en het meetinstrument van het uit te voeren onderzoek, de vragenlijst, ontwikkeld en besproken in samenwerking met drs. L. Schrijver.

Globaal kan worden vastgesteld dat op het uit te voeren onderzoek bij Emergis positief werd gereageerd. Op de begeleidende brief en de items van de vragenlijst is feedback gegeven. Onder het item 'Burgerlijke stand' zijn in relatie tot de familie twee vragen toegevoegd. De volgende aanpassingen zijn in de vragenlijst opgenomen: 'Heeft u kinderen?' en 'Heeft u broers/zussen?' Beide voorstellen zijn akkoord bevonden en in de vragenlijst opgenomen.

5.3.2 Het onderzoeksinstrument

5.3.2.1 Het kwantitatieve instrument⁶²

Het kwantitatieve instrument is ontwikkeld door drs. L. Schrijver, promovendus, in samenwerking met dr. A. Dillen en dr. J. Dezutter, Katholieke Universiteit Leuven, dr. W. Smeets, Universiteit Utrecht alsmede met de studenten, waaronder ondergetekende, van de Universiteit Utrecht. De vragen van dit onderzoeksinstrument zijn samengesteld en ontwikkeld naar aanleiding van resultaten uit eerdere onderzoeken. Ik noem de onderzoeksinstrumenten van Moadel *et al*, 1999, van Davinson & Jhangri, 2010 en van Smeets, Spirit 2011 alsmede de richtlijn Spirituele Zorg binnen de Palliatieve Zorg, van Meurs en Leget, 2010 en De Lastmeter van IKNO, 2008. Dit meetinstrument betreft vragen rondom de beleving van zingeving, geloof en spiritualiteit van de patiënt.

Het kwantitatieve instrument bestaat uit diverse onderdelen. De vragen betreffen algemene gegevens zoals leeftijd, geslacht, hoogst behaalde diploma, burgerlijke stand, kinderen en broers en/of zussen en de beleving van de ziekenhuisopname van de patiënt. Een voorbeeld van een vraag is 'Op dit moment ben ik bezig met waarom mij dit is overkomen'. Hierop kon men op een schaal van 1 tot 5 antwoorden met 'helemaal niet' tot 'heel veel'.

⁶²Vragenlijst 'Beleving van uw opname', zie bijlage.8.5 p.78-79

Ook is er gevraagd naar een eerdere opname en of er wel voldoende aandacht is voor de thema's waarop is bevestigd. Daarnaast is er een open vraag gesteld over het geloof, de levensbeschouwing of spiritualiteit van de patiënt en in hoeverre dit invloed heeft op bijvoorbeeld het handelen in het dagelijks leven.

In dit onderzoeksinstrument is ook gevraagd naar hoe men uitdrukking geeft aan geloof, levensbeschouwing of spiritualiteit. Tenslotte is bij de patiënt de vraag neergelegd of hij/zij verder wil praten over de genoemde thema's. Indien de patiënt dit met een 'ja' heeft ingevuld en zijn/haar naam heeft genoteerd, zal er binnen een week contact met hem/haar worden opgenomen. De studentonderzoeker zal dan via de contactpersoon van de betreffende afdeling een afspraak maken met de patiënt. Voor dit vervolgesprek is een kwalitatief instrument ontwikkeld. In onderstaande paragraaf volgt een beschrijving van dit instrument.

5.3.2.2 Het kwalitatieve instrument

Voor het kwalitatieve onderzoek is door drs. L. Schrijver, promovendus, in overleg met alle bovengenoemde gremia gekozen voor het 'screening' formulier van Leget.⁶³

Dit kwalitatieve instrument bestaat uit drie vragen. Binnen deze drie vragen zijn nog eens drie of vier vragen opgenomen die inhoudelijk van een gelijke strekking zijn. Hieruit kan een keuze worden gemaakt door de studentonderzoeker. Voorbeelden van deze vragen zijn 'Hoe gaat u om met alles wat er nu met u gebeurt?', 'Wat geeft u steun of houvast als het leven moeilijk is?' en 'Zou u het prettig/fijn vinden om met iemand hierover door te praten? Aan wie denkt u dan? Zou u daarbij eventueel aan een geestelijk verzorger denken?' Tot slot volgt er een conclusie; de geestelijk verzorger wel of niet inschakelen of consulteren.

Daarnaast zijn in de interviews door mij aanvullende vragen gesteld ten behoeve van verheldering van het beeld van de geestelijke verzorging bij de patiënt waarmee informatie verkregen kan worden met betrekking tot mijn onderzoeksvraag.

5.3.3 De onderzoeksuitvoering

Op 8 mei 2012 ben ik als studentonderzoeker geïntroduceerd op de afdelingen Angst- en Stemmingstoornissen (43/45), Soteria (1^e Psychoseafdeling) en Ouderenpsychiatrie. Na kennismaking met enkele verpleegkundigen volgde nader overleg met de verantwoordelijken van de afdelingen die als contactpersoon zullen optreden tijdens dit onderzoek.

⁶³Verkennen 'Screening' *Zingeving/spiritualiteit*, zie bijlage 8.6, p.80

Deze contactpersonen waren al eerder door de dienst Geestelijke Verzorging van dit onderzoek op de hoogte gesteld.

Op de afdeling Ouderenpsychiatrie, Langdurig verblijf, word ik door de geestelijk verzorger op 8 mei voorgesteld aan deze groep voorafgaand aan de groepsbijeenkomst. De geestelijk verzorger informeert de patiënten over het aanstaande onderzoek dat ik zal afnemen op 15 mei. Door deze werkwijze maakt de geestelijk verzorger de groep vertrouwd met de aard van het onderzoek en met mij als onderzoeker. Tevens ben ik op deze dag bij een groepsbijeenkomst geweest van Soteria, de 1^e psychoseafdeling. Nadat ik mij heb voorgesteld als onderzoeker geef ik uitleg over het onderzoek en beantwoord ik enkele vragen van de patiënten. Na afloop van de groepsbijeenkomst begeleid ik enkele patiënten bij het invullen van de vragenlijst. Alle zes patiënten hebben de vragenlijst ingevuld. Twee patiënten wensen een vervolgggesprek.

Op 15 mei 2012 staat er om 10.00 uur een afspraak gepland met E. van Eijkeren, contactpersoon van de afdeling Ouderenpsychiatrie. Deze ochtend zal ik op de afdeling Langdurig Verblijf met enkele patiënten de vragenlijst invullen. De eerdere afspraak om dit samen met leerling-verpleegkundigen te doen is komen te vervallen omdat er minder patiënten in staat blijken om de vragenlijst in te vullen. Het invullen van de vragenlijsten met deze patiënten neemt dan ook veel tijd in beslag. Zo was er één mevrouw die tijdens het gesprek op haar bed in slaap viel. Uiteindelijk is het gelukt om met vijf patiënten de vragenlijst in te vullen. Het begeleiden en invullen van de vragenlijsten gebeurde op de kamers van de patiënten. Geen van deze patiënten wenst een vervolgggesprek.

Op dezelfde dag om 13.00 uur woon ik een groepsbijeenkomst bij op de Dagopvang van de afdeling Ouderenpsychiatrie. De geestelijk verzorger introduceert mij als onderzoeker en licht het onderzoek toe. Tijdens deze bijeenkomst komt vooral naar voren dat de leefomgeving van deze patiënten weinig begrip heeft voor de persoonlijke situatie. Na afloop van deze groepsbijeenkomst zijn alle patiënten bereid om de vragenlijst in te vullen (code H1-H10). Geen van de patiënten wenst een vervolgggesprek. Na afloop van deze groepsbijeenkomst neem ik de ingevulde vragenlijsten mee.

Op 15 mei zijn ook de vragenlijsten uitgezet op de afdeling Observatie en diagnostiek, code E1-E21. De contactpersoon, H. Splinter, zal de ingevulde vragenlijsten afgeven bij de dienst Geestelijke Verzorging vóór 22 mei a.s.

Op 22 mei 2012 heb ik de afdeling Ouderenpsychiatrie bezocht in verband met het begeleiden van het invullen van de vragenlijsten op 'Voortgezet Verblijf', code D1-D4. Het invullen van de vragenlijsten verliep vlot. Er was één patiënt die een vervolggesprek wenste. Dit vervolggesprek heb ik direct afgenomen op de kamer van de patiënt.

De ingevulde vragenlijsten van de afdeling Ouderenpsychiatrie 'Observatie en Diagnostiek' zijn door de contactpersoon, H. Splinter, inmiddels afgegeven bij de dienst Geestelijke Verzorging. Van de 21 gecodeerde formulieren (E1-E21) zijn er 11 ingevuld waarvan twee mensen hebben gevraagd om een vervolggesprek. Ik heb op 22 mei deze twee patiënten bezocht op hun kamer. Eén patiënt had het niet goed begrepen. Hij wenste een gesprek met de geestelijk verzorger. Ik heb dit doorgegeven aan W. van Goch, geestelijk verzorger. De tweede patiënt herinnerde zich de vragenlijst niet meer en wenste derhalve ook geen vervolggesprek.

Aan het eind van deze dag is mijn deelonderzoek afgerond en heb ik een evaluatiegesprek gevoerd met W. van Goch.

5.3.4 Interviews

In overleg met de dienst Geestelijke Verzorging zijn er afspraken gemaakt met de afdelingen Angst- en Stemningsstoornissen, 43-45, en de afdeling Soteria, 1^e Psychose-afdeling voor vijf interviews. Vier interviews zullen worden gehouden op de afdeling Angst- en Stemningsstoornissen en één interview op de afdeling Soteria, 1^e Psychoseafdeling.

Voor wat betreft het interview hanteer ik de vragen van het 'screening' formulier;

1. Wat betekent het voor u, dat dit u overkomt?
2. Wat geeft u steun of houvast als het leven moeilijk is?
3. Zou u het prettig/fijn vinden om met iemand hierover door te praten? Aan wie denkt u dan?

De interviews zijn opgenomen met de mobiele telefoon en opgeslagen op een usb-stick zodat deze beschikbaar blijven voor de analyse van de interviews en de afronding van dit eerste deelonderzoek dat in het volgend academiejaar door studenten zal worden gedaan en die vervolgens het effectonderzoek van geestelijke verzorging zullen uitvoeren.

Op 15 mei van 15.00 uur tot 15.45 uur heb ik vier vervolggesprekken gevoerd met patiënten van de afdelingen Angst- en Stemningsstoornissen, 43-45.

Er is een aparte kamer gereserveerd voor het afnemen van deze gesprekken. De contactpersoon, A. Bolding, zit in een kamer ernaast in verband met eventuele calamiteiten. Tijdens deze gesprekken valt het mij op dat de drie vragen van het 'screening' formulier aan deze patiënten niet zo eenvoudig zijn te stellen. Enkele patiënten hebben niet meer helder waarom ze hun naam hebben ingevuld.

Soms gaat men niet direct in op de vragen maar heeft men juist behoefte om het eigen verhaal te vertellen. Op mijn aanvullende vraag of zij verschil ervaren in een gesprek met de psycholoog of de geestelijk verzorger krijg ik respons. Men ervaart een duidelijk verschil. Zo antwoordt men dat een gesprek met een geestelijk verzorger veel dieper gaat. Bij de psycholoog gaat het om maatschappelijke dingen. Naar aanleiding van de vragenlijsten was er ook een klacht. Men vond dat men de vragenlijsten te snel moest invullen.

Het laatste vervolgesprek heb ik om 14.30 uur gevoerd met één van de patiënten van afdeling Soteria, 1^e Psychoseafdeling. Het gesprek vindt plaats op de kamer van de patiënt. Dit gesprek blijkt niet eenvoudig. De patiënt is vaak niet in staat om antwoord te geven op mijn vraag. Hij begint telkens over een ander thema. Op de vraag of hij verschil ervaart in het gesprek met een psycholoog of een geestelijk verzorger antwoordt hij dat in het gesprek met de geestelijk verzorger veel meer over de dingen van het leven wordt gesproken.

Het gesprek met de tweede patiënt heeft geen doorgang gevonden omdat de patiënt op het moment van de afspraak was verhuisd naar Terneuzen.

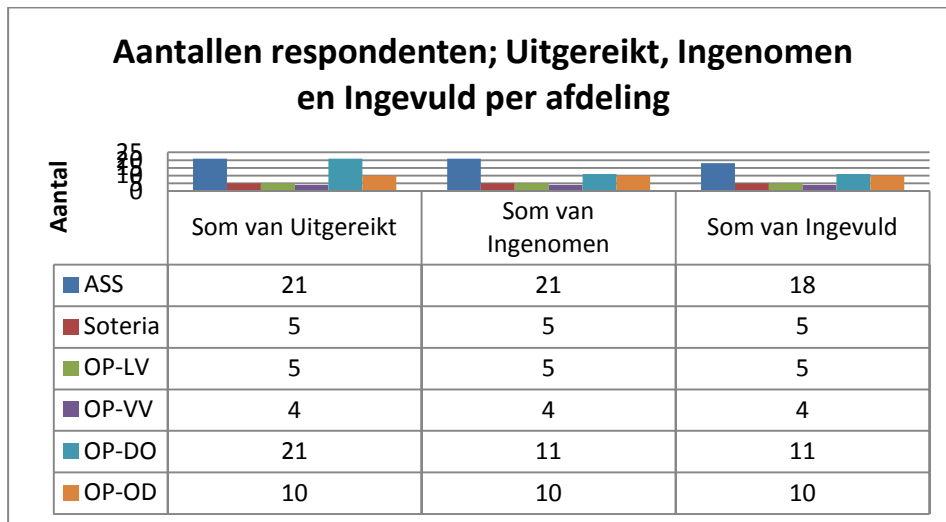
5.3.5 Resultaten van het deelonderzoek

In deze paragraaf geef ik de resultaten weer van het empirisch onderzoek bij Emergis (fase 1 van het empirisch deel van het promotieonderzoek van drs. L. Schrijver). De resultaten betreffen de volgende items uit de vragenlijst, dat wil zeggen het kwantitatieve onderzoeksinstrument; de antwoorden op de open vragen zullen worden meegenomen in de toekomstige analyse van het kwalitatieve onderzoeksinstrument.

1. 'algemene gegevens'.
2. 'beleving van uw ziekenhuisopname'.
3. 'uw geloof, levensbeschouwing of spiritualiteit'.
4. 'aanvullende vragen'.

Allereerst volgt in onderstaande tabel een weergave van het aantal respondenten per afdeling. Het gaat om de afdelingen Angst- en Stemningsstoornissen 43-45 (ASS), Soteria (1^{ste} Psychoseafdeling), Ouderenpsychiatrie Lang Verblijf (OP-LV), Ouderenpsychiatrie Verkort Verblijf (OP-VV), Ouderenpsychiatrie Dagopvang (OP-DO) en Ouderenpsychiatrie Observatie en Diagnostiek (OP-OD).

Tabel 1. Aantal respondenten per afdeling



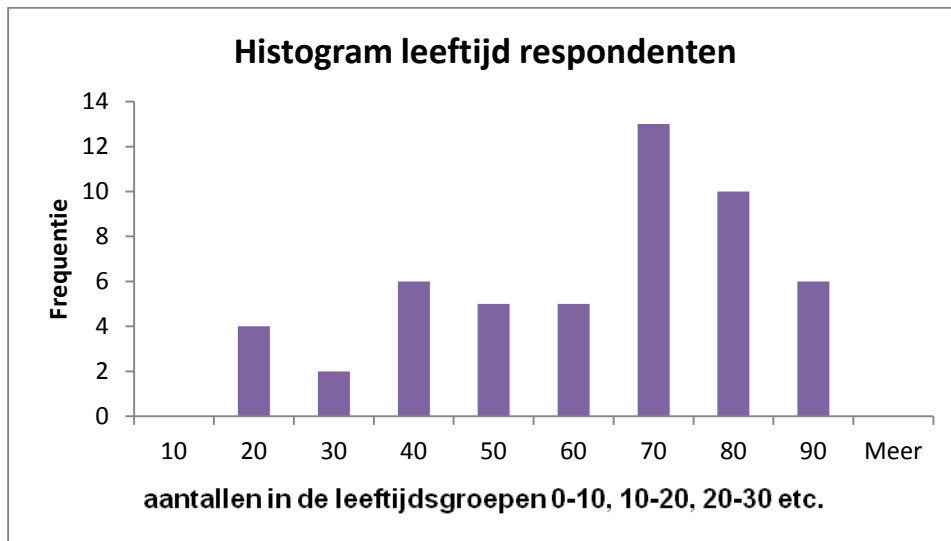
Het aantal vragenlijsten dat is uitgereikt bedraagt 66. Van de 66 vragenlijsten zijn er 56 ingenomen. Van het aantal ingenomen vragenlijsten zijn er 53 vragenlijsten ingevuld. De responserate is 80.3%. Dat betekent dat veel patiënten bereid waren om aan het onderzoek deel te nemen.

1. Algemene gegevens

Dit onderdeel betreft leeftijd, geslacht, hoogst behaalde diploma en de burgerlijke stand.

In onderstaand histogram zijn de leeftijdsgroepen van de respondenten weergegeven.

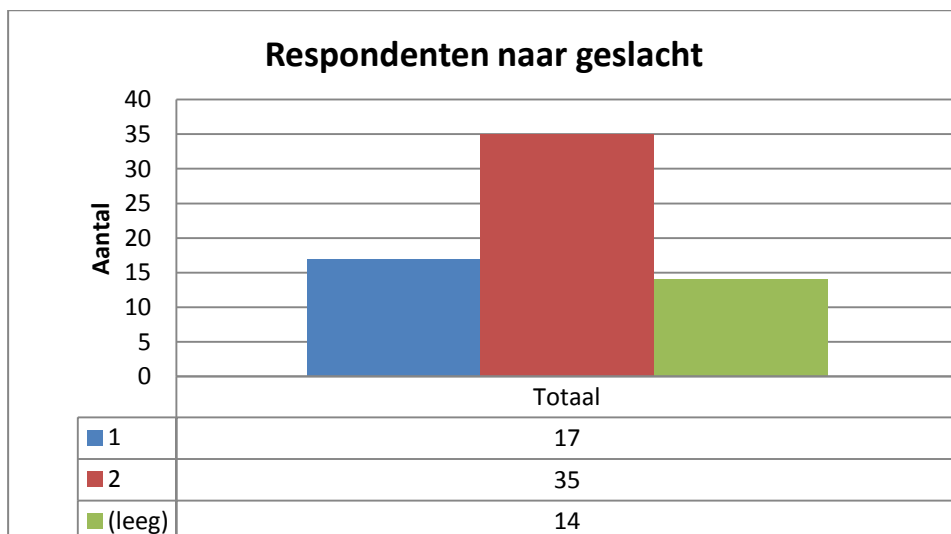
Tabel 2. Leeftijd



De meeste respondenten zitten in de leeftijdscategorie van 60 tot 80 jaar. Daarna volgen de leeftijdsgroepen van 30 tot 40 jaar en 80 tot 90 jaar. Opvallend is dat het aantal in de leeftijdscategorie van 10 tot 20 jaar groter is dan het aantal in de leeftijdscategorie van 20 tot 30 jaar. Deze laatstgenoemde categorie is het minst vertegenwoordigd onder de respondenten. Uit de gegevensverwerking blijkt dat de minimum leeftijd van de respondent 18 jaar is en de maximum leeftijd 89 jaar. De gemiddelde leeftijd van de respondent is 54 jaar.

In de volgende tabel zijn het aantal respondenten opgenomen naar geslacht.

Tabel 3. Geslacht

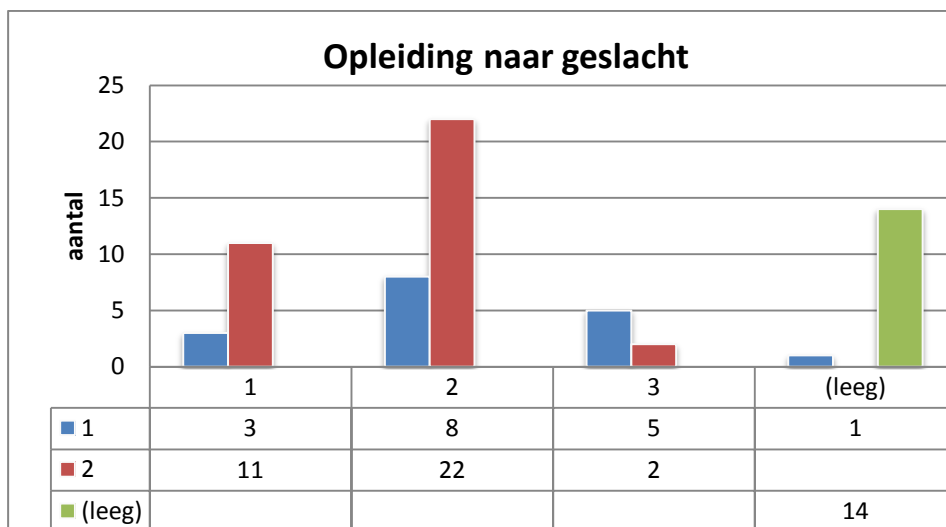


1 = man, 2 = vrouw, 3 = leeg (niet ingevuld)

17 mannen en 35 vrouwen hebben de vragenlijsten ingevuld. 14 respondenten hebben hier niets ingevuld. Conclusie is dat er meer vrouwelijke dan mannelijke respondenten aan dit onderzoek hebben deelgenomen.

Vervolgens werd er in dit onderzoek gevraagd naar het hoogst behaalde diploma. In onderstaande tabel volgt een weergave van de categorieën basis/lager onderwijs, voortgezet/secundair onderwijs en hoger onderwijs (universiteit of hogeschool) van de respondenten. Tevens breng ik een onderscheid aan tussen het geslacht en de verschillende categorieën onderwijs.

Tabel 4. Opleiding



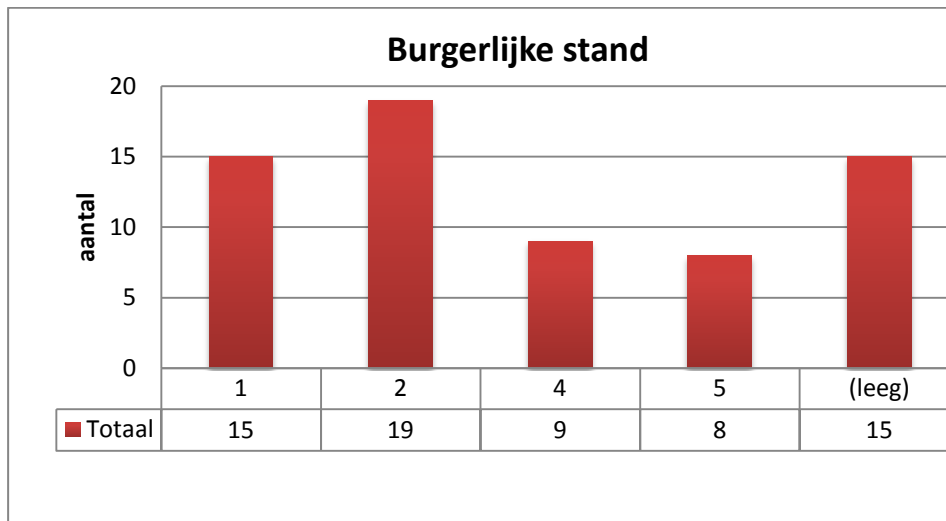
Horizontaal: 1 = lager, 2 = secundair, 3 = hoger

Verticaal: 1 = man, 2 = vrouw, 3 = leeg (niet ingevuld)

De meeste respondenten zijn secundair opgeleid; 8 mannen en 22 vrouwen. Het aantal lager opgeleide respondenten bestaat uit 3 mannen en 11 vrouwen. In de categorie 'hoger opgeleid' bedraagt het aantal respondenten 5 mannen en 2 vrouwen. 1 respondent, een man, heeft deze vraag niet ingevuld. Van de 66 vragenlijsten zijn er 14 vragenlijsten waarbij deze vraag niet is ingevuld.

Tenslotte is er gevraagd naar de burgerlijke stand. Gegevens hieromtrent zijn weergegeven in onderstaande tabel.

Tabel 5. Burgerlijke stand



1 = alleenstaand, 2 = gehuwd, 3 = samenwonend, 4 = weduwe/weduwnaar, 5 = gescheiden

Onder de respondenten zijn er 15 respondenten alleenstaand, 19 respondenten zijn gehuwd, 9 respondenten zijn weduwe/weduwnaar en 8 respondenten zijn gescheiden.

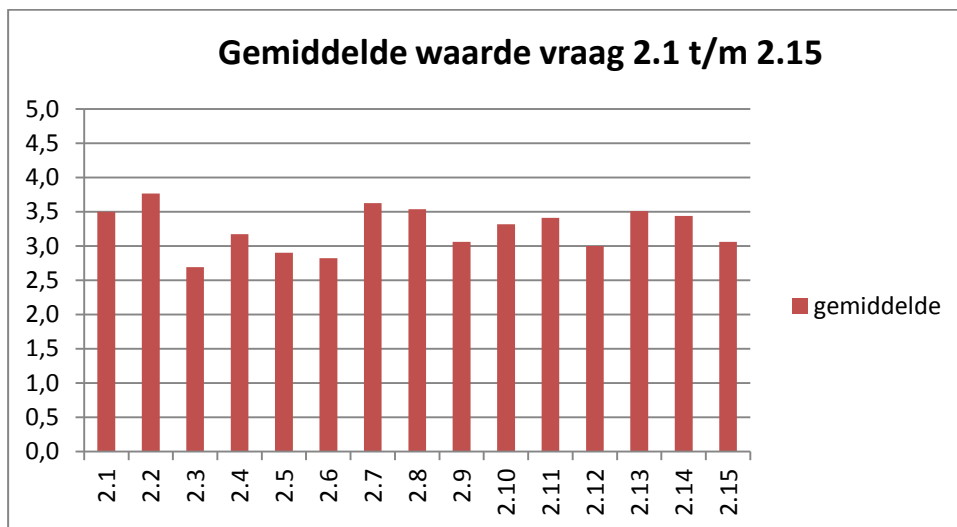
2. Beleving van uw ziekenhuisopname

“We vragen ons af waar u mee bezig bent tijdens uw ziekenhuisopname. Waar denkt u over na, wat speelt er in uw gedachten? Wilt u hieronder aangeven in hoeverre u op dit moment bezig bent met onderstaande zaken door het cijfer te omcirkelen dat het best bij uw beleving past?”

De respondenten hadden in de beantwoording van deze 16 vragen de volgende keuzemogelijkheid; 1. Helemaal niet, 2. Eigenlijk niet, 3. Min of meer, 4. Redelijk veel en 5. Heel veel.

Onderstaand geef ik in een tabel op basis van de resultaten de gemiddelde waarde weer van de beantwoording op de vragen 2.1. tot en met 2.15. Ten behoeve van het verwerken van de vragen is een factoranalyse verricht in de hoop dat de items gegroepeerd zouden kunnen worden in de theoretisch veronderstelde factoren, die bij de opbouw van de vragenlijst richtinggevend waren. Dit theoretisch uitgangspunt kreeg echter geen empirische ondersteuning bij de patiëntengroep van Emergis. In onderstaande tabel worden daarom de gegevens per vraag gepresenteerd.

Tabel 6. Spirituele beleving van opname



1 = helemaal niet, 2 = eigenlijk niet, 3 = min of meer, 4 = redelijk veel, 5 = heel veel

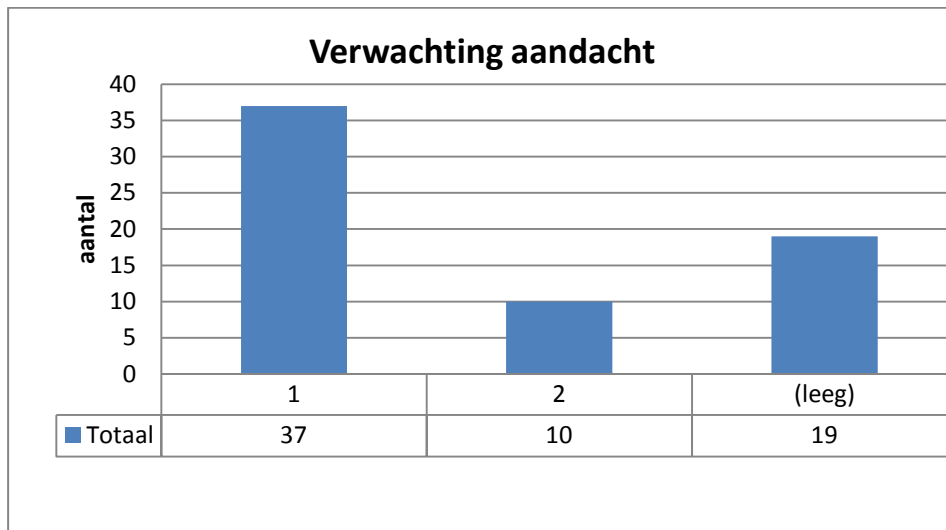
Aan vraag 2.2 'Op dit moment ben ik bezig met wat waardevol is voor mij in mijn leven' wordt de hoogste gemiddelde waarde toegekend namelijk 3.8. Ook vraag 2.7 'Op dit moment ben ik bezig met de onrust die ik voel', scoort gemiddeld hoog, waarde 3.6.

Dan volgen er enkele vragen die scoren met een gemiddelde waarde van 3.5 namelijk de vragen 2.1 'Op dit moment ben ik bezig met waarom mij dit is overkomen'; 2.8 'Op dit moment ben ik bezig met beslissingen over de situatie waarin ik mij bevind'; 2.13 'Op dit moment ben ik bezig met leren omgaan met mijn verdriet' en 2.14 'Op dit moment ben ik bezig met het zoeken naar bronnen van steun'. De laagste gemiddelde waarde betreft vraag 2.3 'Op dit moment ben ik bezig met keuzes maken omtrent mijn behandeling', waarde 2.6. De gemiddelde waarde van alle antwoorden is 3.3.

Na de vragen 2.1 tot en met 2.15 volgen er enkele open vragen in de vragenlijst (zie bijlage 8.5). Zo luidt een vraag of de respondent verwacht dat er tijdens zijn/haar behandeling en/of opname voldoende aandacht is voor de bovenstaande thema's.

In de volgende tabel toon ik de verwachting van aandacht tijdens de behandeling en/of opname van de respondenten.

Tabel 7. Verwachting aandacht

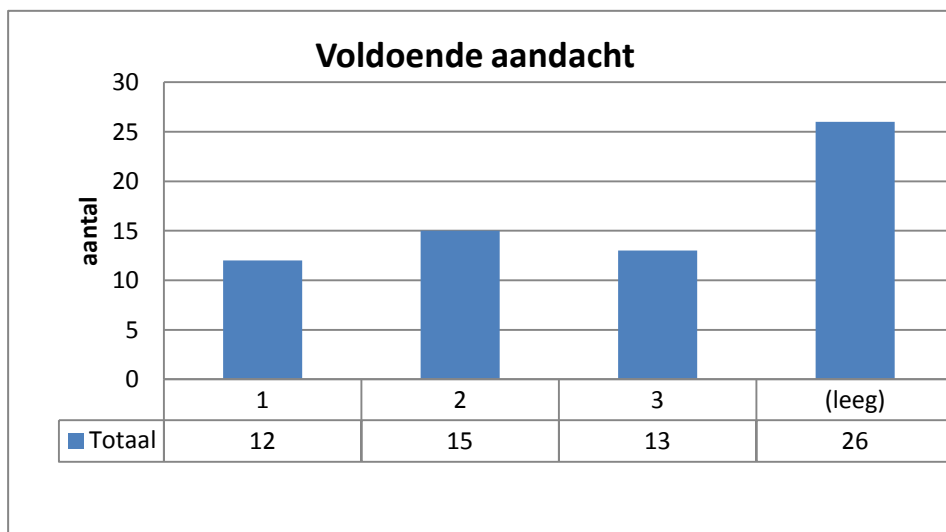


1 = ja, 2 = nee, 3 = leeg (niet ingevuld)

Van de 53 respondenten verwachten 37 respondenten aandacht tijdens hun behandeling en/of opname wanneer het gaat om geloof, levensbeschouwing of spiritualiteit. 10 respondenten verwachten geen aandacht tijdens de behandeling en/of opname. 6 respondenten hebben niets ingevuld.

Vervolgens is de vraag gesteld of er tijdens een eerdere opname voldoende aandacht was voor thema's als geloof, levensbeschouwing of spiritualiteit (bijlage 8.5). Onderstaande tabel toont de gegevens van de respondenten over het ervaren van wel of geen voldoende aandacht tijdens de eerdere opname.

Tabel 8. Voldoende aandacht



1= geen mening, 2 = ja, 3 = nee, (leeg) = niet ingevuld

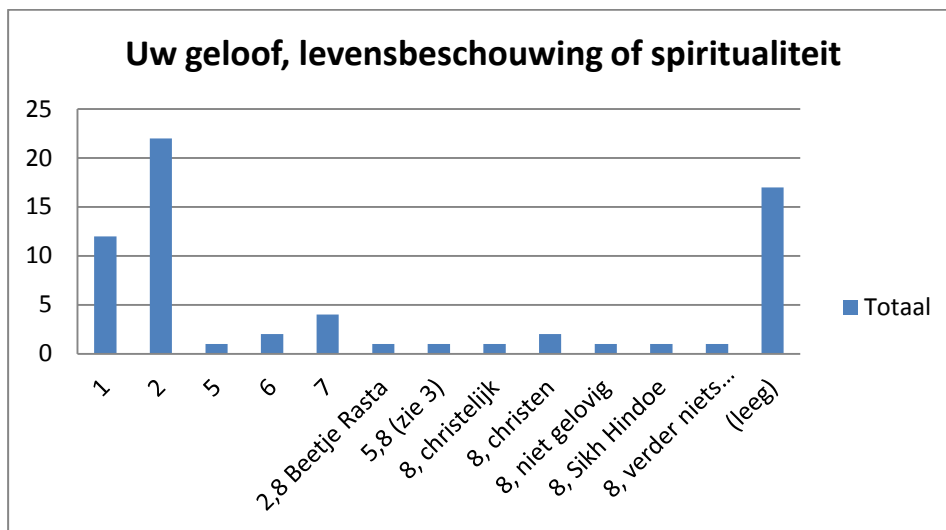
Uit bovenstaande gegevens blijkt dat 12 respondenten geen mening hebben. 15 respondenten vinden dat er voldoende aandacht was voor de thema's geloof, levensbeschouwing en spiritualiteit tijdens de eerdere opname en 13 respondenten vinden dat er niet voldoende aandacht was voor genoemde thema's. Het aantal respondenten die wel tevreden zijn met betrekking tot voldoende aandacht is ongeveer gelijk aan het aantal respondenten die niet tevreden zijn. De helft van de respondenten heeft dus meer behoefte aan aandacht rondom zingeving tijdens hun eerdere opname. Opvallend is dat 13 mensen deze vraag niet hebben ingevuld. Dat is aanzienlijk meer dan bij de andere vragen waar men niets heeft ingevuld.

Na de vragen 2.1 tot en met 2.15 volgen er enkele open vragen in de vragenlijst (zie bijlage 8.5). De antwoorden op deze vragen worden meegenomen in de toekomstige analyse van het kwalitatieve onderzoeksinstrument en zijn niet opgenomen in deze scriptie.

3. Uw geloof, religie of spiritualiteit

Onderdeel 3 over 'Uw geloof, levensbeschouwing of spiritualiteit' bestaat uit één open vraag en diverse meerkeuzevragen. De open vraag betreft een korte beschrijving van het geloof, de religie of spiritualiteit van de patiënt. 'Wat betekent geloof, religie of spiritualiteit voor u? Hoe ziet uw geloof, religie of spiritualiteit eruit?' De antwoorden op deze vraag worden meegenomen in de toekomstige analyse van het kwalitatieve onderzoeksinstrument en zijn niet opgenomen in deze scriptie. Tevens waren er drie meerkeuzevragen. De tweede meerkeuzevraag gaat ook weer over hoe de patiënt zijn/haar geloof, religie of spiritualiteit ziet. De vraag luidt als volgt; 'Ziet u zichzelf als 1. katholiek, 2. protestant, 3. moslim, 4. jood, 5. gelovig/spiritueel, 6. humanist, 7. atheïst en 8. anders nl.' De antwoorden op deze vraag zijn verwerkt in onderstaande tabel.

Tabel 9. Uw geloof, religie of spiritualiteit



1 = katholiek, 2 = protestant, 3 = moslim, 4 = jood, 5 = gelovig/spiritueel, 6 = humanist, 7 = atheïst, 8 = anders nl.

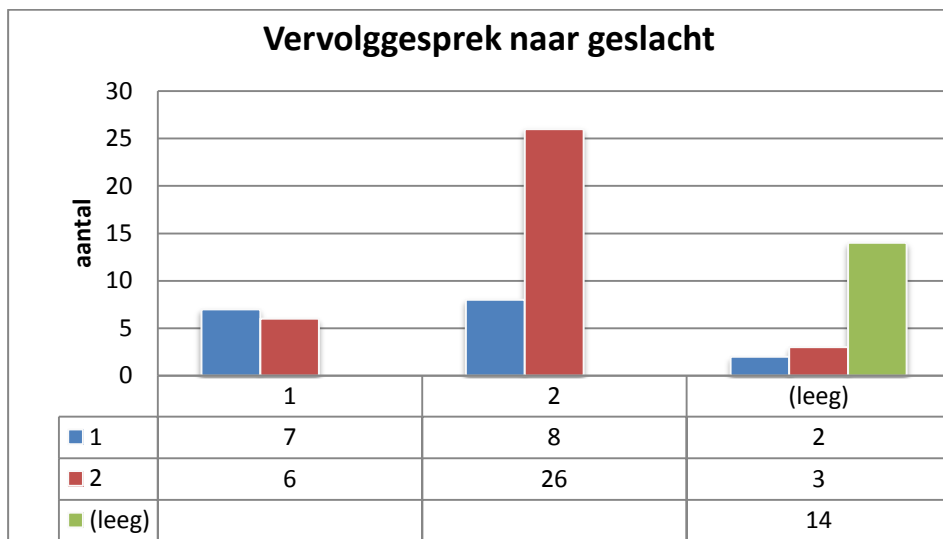
Van de 53 respondenten zijn er 22 protestant, 12 katholiek, 2 gelovig/spiritueel, 2 humanist, 4 atheïst en 7 anders nl. 1 = protestant en een beetje Rasta, 1 noemt zich gelovig/spiritueel en omcirkelt anders, 1 = anders nl. christen, 1 = anders nl. niet gelovig, 1 = anders nl. Sikh Hindoe en 1 heeft vraag 8 omcirkeld maar niets ingevuld. Dat betekent dat 4 respondenten deze vraag niet hebben ingevuld. In deze tabel komt naar voren dat het overgrote deel van de respondenten een christelijke levensbeschouwelijke achtergrond heeft. Onder punt 8, anders, antwoorden nog eens 3 respondenten dat ze christelijk, christen, protestant zijn.

De antwoorden op de eerste open vraag 'Geloof, levensbeschouwing of spiritualiteit kunnen veel dingen betekenen' en de tweede meerkeuzevraag 'Op welke wijze geeft u uitdrukking aan uw geloof, levensbeschouwing of spiritualiteit?' zijn niet in deze scriptie verwerkt.

4. Aanvullende vragen

Tenslotte is er onder dit item gevraagd of de respondenten graag nog met mensen verder willen praten over de thema's rondom geloof, levensbeschouwing of spiritualiteit. De volgende tabel toont het aantal respondenten dat wel of geen vervolgesprek wenst.

Tabel 10. Vervolggesprek



Horizontaal: 1 = ja, 2 = nee, (leeg) = niet ingevuld

Verticaal: 1 = man, 2 = vrouw, (leeg) = niet ingevuld

7 Mannen en 6 vrouwen wensen een vervolggesprek. 26 vrouwen en 8 mannen wensen geen vervolggesprek. Vervolgens hebben 3 vrouwen en 2 mannen deze vraag niet ingevuld.

6. CONCLUSIE

In dit hoofdstuk geef ik een slotsynthese met de voornaamste conclusies uit het empirisch onderzoek, mede gerelateerd aan eerder empirisch onderzoek. Van daaruit herneem ik de onderzoeksvraag met een proeve van antwoord daarop.

Uit de empirische onderzoeken van M. Prins, D. van der Loo, L. Jabaaij & I. Goudriaan, T. Landman en R. van Uden & J. Pieper blijkt, dat patiënten een hoge satisfactiebeleving hebben over de genoten geestelijke verzorging en een sterkere betrokkenheid van de geestelijk verzorger wensen. Ook de empirische gegevens van het Amerikaanse onderzoek van L. VandeCreek & L. Burton leveren eenzelfde beeld op.

Uit het onderzoek bij de Fontein komt naar voren dat er bij patiënten een grote behoefte ligt om de geloofs/levensbeschouwelijke achtergrond te melden aan het begin van een opname/intake. Uit onderzoek (niet gepubliceerd) in de V.S. is gebleken dat de overgrote meerderheid van ziekenhuispatiënten 'spiritual assessment' als onderdeel van de algemene anamnese accepteert. 88% van de psychiatrische patiënten gaven drie of meer geestelijke noden aan tijdens hun opname.⁶⁴

Fase 1 van het empirisch deel van het promotieonderzoek van drs. L. Schrijver is het empirisch opsporen van spirituele en existentiële behoeften bij patiënten. Dit gebeurde aan de hand van een kwantitatief onderzoek door middel van een zelf ontworpen vragenlijst als screeningsinstrument, die schriftelijk werd afgenomen. Deze vragenlijst bevat de standaard vragen over algemene gegevens zoals geslacht, leeftijd, opleiding, burgerlijke stand, kinderen en broers/zussen. Daarnaast peilt deze vragenlijst met een 16-tal vragen naar de behoeften van de patiënt, met een 5-tal vragen en een open vraag naar het religieuze/spirituele profiel van de patiënt en een vraag naar de spirituele activiteiten en de frequentie daarvan.

Uit de analyse van dit kwantitatieve empirische onderzoek blijkt, dat de bereidheid om deel te nemen aan het onderzoek groot is. De responserate is 80.3%. 66.3% van de respondenten verwacht aandacht tijdens zijn of haar behandeling wanneer het gaat om thema's als geloof, levensbeschouwing of spiritualiteit.

⁶⁴ Bouwer J., *Levensbeschouwelijke diagnostiek als instrument voor wetenschappelijk onderzoek*, - Doolaard J.J.A. (red.), *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*, p.786

Uit de analyse komt tevens naar voren dat patiënten niet alleen veel bezig zijn met wat waardevol is in hun leven maar ook met de onrust die ze ervaren tijdens de behandeling.

Een groot aantal patiënten is dan ook op zoek naar bronnen van steun. De laagst gescoorde waarde betreft vraag 2.3 uit de vragenlijst; 'Op dit moment ben ik bezig met keuzes maken omtrent mijn behandeling' (zie tabel 6). Tijdens de behandeling voelen patiënten zich vaak machteloos in de condities waarin zij zich bevinden. Geestelijke verzorging aan patiënten met een psychiatrische stoornis is een gesprek aangaan met patiënten die op zoek zijn naar zin in het bestaan. Vanuit hun professionele betrokkenheid alsook de vrijplaats kan de geestelijk verzorger hierbij aansluiten. Het gaat er dan om hen te begeleiden in het verhelderen van het levensverhaal.

Uit diverse empirische onderzoeken blijkt, dat de geestelijk verzorger in Nederland en in de V.S. het beeld van 'de 'deskundige', 'naast de patiënt staand', 'te vertrouwen' en 'vertegenwoordiger Kerk' draagt. Dit diverse beeld van de geestelijk verzorger zegt tegelijkertijd iets over de verschillende levensbeschouwelijke achtergrond van de patiënt.

Bij Emergis is 32.5% protestant, 20% katholiek, 2.5% moslim, 5% gelovig/spiritueel, 3.8% humanist, 5% atheïst, 18.8% anders en 12.4% niet ingevuld.

Volgens de VGVZ is het op dit moment een trend in zorginstellingen om algemeen geestelijk verzorgers te benoemen in plaats van door de Kerk gezonden geestelijk verzorgers. 'Er zijn zo veel verschillende geloofsmaken, dat een bredere geestelijke verzorging nodig is. Breder dan het werkveld voor een rooms-katholieke pastor of een predikant'.⁶⁵

Of er een voorkeur is voor algemene geestelijke verzorging of voor denominationele inkleuring van geestelijke verzorging bij Emergis wordt in mijn onderzoek niet duidelijk. De toekomstige kwalitatieve exploratie kan daar wellicht meer zicht op geven.

Ondanks de wens van sterkere betrokkenheid van de geestelijk verzorger nemen weinig patiënten zelf het initiatief tot contact met de geestelijk verzorger. De impliciete vraag van de patiënt, de zingevingsvraag, vraagt om explicitering. Deze verduidelijking van de hulpvraag kan vanuit aanbodgestuurde zorg middels levensbeschouwelijke/spirituele screening en daarop volgende diagnostiek plaatsvinden.

Levensbeschouwelijke diagnostiek wordt door de VGVZ erkend als een wezenlijk onderdeel van de professionaliteit van de geestelijk verzorger.

⁶⁵Nederlands Dagblad 5 juli 2012, *Geestelijke zorg vanuit kerk neemt af in instellingen*

Dit houdt in eerste instantie in dat geestelijk verzorgers zich er bewust op zouden moeten toeleggen om niet alleen hun eigen impliciete luisterrasters (modellen) te expliciteren, maar ook om instrumenten te ontwikkelen waarmee zowel indicatie van geestelijke behoeften (middels spirituele screening) als de aard van geestelijke behoeften (middels een diagnostisch model) kunnen worden achterhaald met het oog op adequate begeleiding van de patiënt.⁶⁶

Het model van Fitchett, dat mee de achtergrond vormt voor vraag 2 uit het kwantitatief onderzoeksinstrument, zou als interventie zeer geschikt zijn voor het psychiatrisch ziekenhuis vanwege zijn functionele en multidimensionale aard. Het helpt de geestelijk verzorger om volledige informatie over (van) de patiënt te verkrijgen en stelt hem/haar in staat om een zorgplan te ontwikkelen op basis waarvan adequate geestelijke begeleiding gegeven kan worden.⁶⁷

Uit mijn onderzoek komt naar voren, dat de geestelijk verzorger moet inspelen op de beleving van de patiënt. Hij/zij moet een actief aanbod doen op basis van de screening en dus niet wachten op de expliciet geformuleerde vraag naar geestelijke verzorging. Dit lijkt de eerste uitdaging van de geestelijk verzorger, om dit verder uit te werken.

De VGVZ formuleert in de beroepsstandaard de opdracht aan de geestelijk verzorger tot samenwerking. De interdisciplinaire samenwerking maar ook de grens daaraan komt terug in de beroepscode: 'De geestelijk verzorger streeft naar het in stand houden van een goede samenwerking met andere zorgverleners. Er is de bereidheid tot samenwerking en het verstrekken van goede wederzijdse informatie, een en ander met in achtneming van het gestelde in artikel 21 over de vertrouwelijkheid.'⁶⁸

De geestelijk verzorger moet dan ook samen met andere professionals actief insteken op uitbouw van een systeem van screening en diagnostiek zodat de patiënt met zijn of haar impliciete behoeften aan gesprek een actief beschikbare geestelijk verzorger vindt. Er is dus nood aan professionele ontwikkeling van standaarden en samenwerking. De geestelijk verzorger zal daarom bouwstenen moeten aandragen voor een goede integratie van de geestelijke verzorging in de totale zorgverlening.

⁶⁶Bouwer J., *Levensbeschouwelijke diagnostiek als instrument voor wetenschappelijk Onderzoek- Doolaard J.J.A. (red.), Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*, p. 792

⁶⁷Bouwer J., *Levensbeschouwelijke diagnostiek als instrument voor wetenschappelijk Onderzoek- Doolaard J.J.A. (red.), Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*, p. 788

⁶⁸ *Beroepsstandaard voor de Geestelijk Verzorger in Zorginstellingen, VGVZ-cahiers 2, Amersfoort 2002, p. 33*

Daarbij gaat het om de profilering van de geestelijke verzorging en een goede organisatie van de geestelijke verzorging.⁶⁹

Uit bovengenoemde bevindingen blijkt dat het beeld van de geestelijk verzorger meer die van de professionele begeleider is en van de vertrouwenspersoon ter exploratie van de uit de antwoorden op vraag 2 meest in het oog springende elementen namelijk 'wat van waarde is' en 'onrust'.

Vanuit de vrijplaats kan de geestelijk verzorger present zijn in aandacht en vertrouwen. Deze aandachtscontacten hebben een professionele eigenstandigheid, naast de begeleidingscontacten en de voorgangerscontacten. De geestelijk verzorger sluit vanuit deze competenties aan bij het beeld van de patiënt, aldus Hanrath.⁷⁰

Ik hoop dat mijn bijdrage aan dit onderzoek een representatief beeld geeft van de beleving en de behoeften van de patiënten in het psychiatrisch ziekenhuis zodat na de analyse van de kwantitatieve gegevens in het volgend academiejaar ook de interventies van de geestelijk verzorger in beeld komen en het meten van het effect daarvan.

⁶⁹ L. Vosters, *Handboek Geestelijke Verzorging, Rond de hoeksteen: over profilering van de geestelijke verzorging*, p. 523

⁷⁰ T. Hanrath, *Model van Hanrath, paragraaf 3.5.1*, p. 24

7. LITERATUURLIJST

- Baarda, D.B., De Goede M.P.M. en Teunissen J. (2009). *Basisboek kwalitatief onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*, Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda D.B., De Goede M.P.M. (2006). *Basisboek Methoden en Technieken. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwantitatief onderzoek*, Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Baart, A. (1997). *Methodiek, zorgbenadering en professionaliteit*, in Marian Verkerk (red.). *Denken over zorg. Concepten en praktijken*, Utrecht: Elsevier/De Tijdstroom, p. 205-223.
- Becker J.W., Vink R. (1994). *Secularisatie in Nederland, 1966-1991. De verandering van opvattingen en gedragingen*, Rijswijk: VUGA Uitgeverij.
- Boeije H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*, Amsterdam: Boom Uitgevers.
- Borg M.B. ter (2008). *Religie na 1945: een cultuur-sociologische schets van de achtergronden. Handboek religie in Nederland*, Zoetermeer: Uitgeverij Meinema.
- Donk W.B.H.J. van de, Jonkers A.P., Kronjee G.J., Plum R.J.J.M. (red.), (2006). *Geloven in het publieke domein – verkenningen van een dubbele transformatie*, Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Doolaard, J.J.A. (red.), (2006). *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging in zorginstellingen*, Kampen: Uitgeverij Kok.
- Draak, C. den, Smeets W. (red.) (2010). *Van kapucijn tot consulent spirituele zorg. Biologische ontwikkelingslijnen bij veertig jaar geestelijke verzorging en pastoraat*, Tilburg: KSGV.
- Gastel L. van, Iersel A.H.M. van (2007). *Vier besturingsmodellen voor de geestelijke verzorging in de zorg*, Budel: Uitgeverij DAMON.
- Goch, W. van, Dienst Geestelijke Verzorging Emergis (2003). *Zinvol bewegen in de GGZ. Geestelijke Verzorging in Emergis, 2004-2008*, Goes.
- Groot J. De (2006). *Geestelijke verzorging en ethische besluitvorming. Introductie van de Nijmeegse methode voor morele counseling*. Tijdschrift Geestelijke Verzorging, jaargang 9, nr. 41, p. 26-37.
- Hanrath T., (2000). *Geestelijke Verzorging in het Hart van de Zorg. De professionele identiteit van de geestelijk verzorger in een veranderende zorgcontext*. Handelingen. Tijdschrift voor praktische theologie, jaargang 27, nr. 4, p. 444-454.

- Hart J. (2011). *Zwevende gelovigen. Oude religie en nieuwe spiritualiteit*, Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker.
- Heuvel H. van den (2009). *Hoe schrijf ik een scriptie of these*, Den Haag: Uitgeverij LEMMA.
- Heijst A. van (2006). *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*. Kampen: Uitgeverij Klement.
- Hijweege N. (2008). *Visiedocument masterprogramma theologie en geestelijke verzorging*.
- Holsappel J., Jutte M., Zock H. (2010). *Ruimte voor geestelijke verzorging in het Martini Ziekenhuis Groningen*, Tilburg: KSGV.
- Huizer R. (2007). *Uitvoeringstoets geestelijke verzorging onder de loep*. Tijdschrift Geestelijke Verzorging, jaargang 10, nr. 42, p. 5-8.
- Jenner, J.A. e.a. (1998). *Wel bezorgd. Geestelijke verzorging en gezondheidszorg*, Kampen: Uitgeverij Kok.
- Kennedy J. (2010). *Bezielende verbanden – gedachten over religie, politiek en maatschappij in het moderne Nederland*, Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker.
- Kennedy J. (1995). *Nieuw Babylon in aanbouw. Nederland in de jaren zestig*, Amsterdam: Boom Uitgevers.
- Landman, T. (1998). *Beeldvorming over geestelijke verzorging, doctoraalscriptie Universiteit van Humanistiek*, Utrecht.
- Loo D. van der, Jabaaij L., Goudriaan I. (1998). *De geestelijk verzorger in het algemeen ziekenhuis. Een praktijkstudie naar functie-uitvoering van geestelijk verzorgers en waardering daarvan door patiënten*, Utrecht: Trimbos-instituut.
- Molenaar, B. (2004). *Wat kunnen wij voor u betekenen? De benoeming van onze beroepsidentiteit*. Tijdschrift Geestelijke Verzorging, 7 jaargang nr. 32, p. 20-23.
- Mooren, J.H.M. (2011). *Verbeelding En Bestaansoriëntatie*, Utrecht: Uitgeverij de Graaff.
- Pieper J.Z.T., Uden M.H.F. van (2001). *Publicatie 'Geestelijke verzorging op de Fontein' - Onderzoek onder cliënten van de Fontein naar hun geloof/ Levensbeschouwing en hun behoefte aan geestelijke verzorging*, Bosch en Duin.
- Pieper J.Z.T. (2006). *Publicatie 'Geloof en levensbeschouwing in het verzorgings- en verpleeghuis' - Onderzoek onder cliënten van de ViVa! Zorggroep over geloof/ levensbeschouwing en geestelijke verzorging*, Utrecht.
- Pieper J.Z.T., Uden M.H.F. van (2006). *Religie in een forensisch psychiatrische instelling. Onderzoek onder patiënten van de Pompestichting naar geloof/ levensbeschouwing en behoefte aan geestelijke verzorging*, Tilburg.

- Prins, M. (1996). *Geestelijke verzorging in het ziekenhuis*, Dwingeloo: Uitgeverij KAVANAH.
- Redactie Kerk en Religie Nederlands Dagblad (5 juli 2012). 'Geestelijke zorg vanuit kerk neemt af in instellingen', Barneveld.
- Rossum, W. van (2001). 'Hoe gaat het met u...? Een behoeftepeiling'. Tijdschrift Geestelijke Verzorging, jaargang 4, nr. 20, p. 9-14.
- Roy, A. de, Niemeijer L., Oenema D. en Hutschemaekers G. (1997). *Beroep: Geestelijk verzorger*, Utrecht: Trimbos-instituut.
- Sengers E. (ed.) (2005). *The Dutch and their gods. Secularization and transformation of religion in the Netherlands since 1950*, Hilversum: Uitgeverij Verloren.
- Smaling A., Hijmans E. (red.) (1997). *Kwalitatief onderzoek en levensbeschouwing*, Amsterdam: Boom Uitgevers.
- Snoep-van Vliet (2009). *Geestelijke verzorging buiten de muren van de instellingen*. Tijdschrift Geestelijke Verzorging, jaargang 12, nr. 52, p. 54-62.
- Uden M. van, Pieper J. (2009). *Zichtbare en onzichtbare religie. Over de varianten van religieuze zin*, Nijmegen: Valkhof Pers.
- VandeCreek L., Burton L. (2001). *A White Paper. Professional Chaplaincy: Its Role and Importance In Healthcare*. The Journal of Pastoral Care, Spring 2001, Vol. 55, No. 1, p. 81-97
- Veltkamp H. (2005). *Geestelijke verzorging aan bed gebonden of transmuraal?* Handelingen. Tijdschrift voor Praktische Theologie, jaargang 32, nr. 4, p. 403-420.
- VGVZ (2002). *Beroepsstandaard voor de geestelijk verzorger in zorginstellingen*, Amsterdam.
- Witvliet T. (2003). *Het geheim van het lege midden. Over de identiteit van het westers christendom*, Zoetermeer: Uitgeverij Meinema.
- Zock, H. (2007). *Niet van deze wereld? Geestelijke verzorging en zingeving vanuit godsdienstpsychologisch perspectief*, Tilburg: KSGV.
- Zock H. (2005). *De geestelijk verzorger in beeld. Tegenstrijdige opvattingen en verwachtingen*. Tijdschrift Geestelijke verzorging, jaargang 8, nr. 34, p. 15-23.

Internet:

- [Http://www.nsmplatform.nl/Neuman System Model Platform](http://www.nsmplatform.nl/Neuman%20System%20Model%20Platform). (2010).

8. BIJLAGEN

8.1 Doctoraatsonderzoek: L. Schrijver, MA, BSc.

Promotor: prof. dr. A. Dillen (Katholieke Universiteit Leuven).

Co-promotoren: dr. W. Smeets (Universiteit Utrecht).

dr. J. Dezutter (Katholieke Universiteit Leuven).

Spirituele beleving van patiënten in een multiculturele samenleving:

Empirische analyse van de vraag-aanbod afstemming.

Vraagstelling

Hoofdvraagstelling:

Welke existentiële en spirituele noden heeft de hedendaagse patiënt, en welk zorgaanbod sluit hier het beste bij aan?

Deelvraagstelling 1:

Wie is de patiënt en welke existentiële en spirituele behoeften heeft hij of zij?

Deelvraagstelling 2:

Wie zijn de (psycho-sociale) zorgverleners en welke vorm van spirituele zorg kunnen zij bieden, elk afzonderlijk op het eigen terrein en in interdisciplinair overleg?

Klinische setting

Patiënten in het ziekenhuis kunnen worden geconfronteerd met existentiële vragen. Immers, het ziek zijn roept vragen op over de zin van ziek zijn en lijden, het leven zelf, relaties met anderen, het ouder worden en de dood. Religiositeit en spiritualiteit spelen hier vaak een belangrijke rol in. Steeds meer mensen rekenen zichzelf echter niet meer tot een bepaalde religieuze groepering, maar omschrijven zichzelf wel als religieus of spiritueel (Roof, 1993; Van de Donk, et al, 2006). Hoe komt deze religiositeit en spiritualiteit dan tot uiting bij patiënten in het ziekenhuis, die zich vaak in bovengeschetste existentiële situaties bevinden? Welke specifieke religieuze, spirituele en existentiële behoeften hebben die patiënten dan? De maatschappelijke ontwikkelingen en de aangetoonde spirituele en existentiële behoeften van patiënten, doen vermoeden dat de existentiële en spirituele behoeften van patiënten niet afnemen, maar dat deze geestelijke noden wel meer divers zijn dan voorheen. De vraag is wat die behoeften dan precies zijn, met name in de Nederlandse en Vlaamse context. Er is immers veel Amerikaans onderzoek (o.a. Moadel, 1999; Weisman & Worden, 1976; Mickley & Soeken, 1993; Jenkins & Pargament, 1995), maar nauwelijks onderzoek in de Nederlandse en Vlaamse context.

De vraag is of wat geldt voor de Amerikaanse context, ook geldt voor de Nederlandse en Vlaamse, omdat het religieuze landschap van Amerika verschilt van dat van Nederland en Vlaanderen. Daarom is empirisch onderzoek naar de spirituele en existentiële noden van Nederlandse en Vlaamse patiënten noodzakelijk. Daarnaast is het belangrijk te onderzoeken welke zorg nodig is voor deze noden. Dit zal worden gedaan in een drietal deelstudies. De eerste studie inventariseert de spirituele en existentiële noden van de patiënt. De tweede studie onderzoekt de effectiviteit van het bezoek van een geestelijke verzorger. De derde studie onderzoekt de mening en rol van (psycho-sociale) zorgverleners.

Outline studie 1

Dit onderzoek beoogt het empirisch opsporen van spirituele en existentiële behoeften bij patiënten in Nederlandse en Belgische ziekenhuizen. Dit wordt onderzocht aan de hand van een kwantitatief empirisch onderzoek door middel van een zelf ontworpen vragenlijst die schriftelijk wordt afgenomen. Deze vragenlijst bevat de standaard vragen naar demografie en peilt met een 16-tal vragen naar de behoeften van de patiënt, met een 5-tal vragen en een open vraag naar het religieuze/spirituele profiel van de patiënt (Centrality of Belief Systems Scale, COBBS) en bevat een vraag naar de spirituele activiteiten en de frequentie daarvan.

8.2 Voorstel L. Schrijver

- Davison, S. N., & Jhangri, G. (2010). Existential and Supportive Care Needs Among Patients With Chronic Kidney Disease. *Journal of Pain and Symptom Management, Vol 40* (pp838-843).
- Moadel, A., *et al.* (1999). Seeking meaning and hope: self-reported spiritual and existential needs among an ethnically-diverse cancer patient population. *Psycho-oncology, Vol 8.* (pp378-385).

Vragenlijst van Moadel *et al*, 1999 is als volgt:

	Yes	Yes, but not now	No	Does not apply
I would like help with:				
• Overcoming my fears				
• Finding hope				
• Finding meaning in my life now				
• Finding spiritual resources				
I would like to have someone to talk about:				
• Finding peace of mind				
• The meaning of life				
• Dying and death				

- Vragenlijst van Davinson & Jhangri, 2010 is als volgt:

	Yes	Yes, but not now	No	Does not apply
I would like help with:				
• Making plans in case I become very ill.				
• Learning to cope with feelings of sadness.				
• Sharing my thoughts and feelings with those close to me.				
• Finding spiritual resources				
• Worries I have about my family.				
• Finding meaning in my life now.				
• Finding hope.				
• Overcoming my fears.				
I would like someone to talk to about:				
• The meaning of life.				
• Dying and death.				
• Finding peace of mind.				

SMEETS, SPIRIT

Instrument

Voorstel 'eerste stap' –screeningsvragen. Versie juli 2011

Kunt u aangeven in hoeverre de volgende uitspraken op u van toepassing zijn?

1=helemaal niet van toepassing.

2=niet van toepassing

3=enerzijds niet, anderzijds wel van toepassing

4=van toepassing

5=helemaal van toepassing

1. In mijn huidige situatie ervaar ik steun....

a. In mijn geloof, levensovertuiging en/of andere inspiratiebronnen

1 2 3 4 5

b. In wat voor mij van waarde is

1 2 3 4 5

c. In bepaalde rituelen of gebruiken

1 2 3 4 5

d. Van andere mensen met wie ik mijn spiritualiteit deel

1 2 3 4 5

e. In mooie of diepgaande ervaringen die ik in mijn leven heb meegemaakt

1 2 3 4 5

2. Het is goed dat er in mijn behandeling aandacht is voor het al of niet ervaren van deze steun.

1 2 3 4 5

3. Ik stel het op prijs met een gespecialiseerd zorgverlener over het al of niet ervaren van deze steun te spreken.

1 2 3 4 5

PALLIATIEVE ZORG, VAN MEURS EN LEGET

Spirituele zorg binnen de palliatieve zorg

Aandacht voor de spirituele dimensie is *altijd* (doorlopend/ gedurende gehele opname) aangewezen.

- Een open luisterende houding
- Een korte spirituele **verkenning*** (zie bijlage)

Begeleiding vindt alleen plaats wanneer *de patiënt* dit op prijs stelt. Dit kan volgen na de **verkenning** ('screening'). Alle zorgverleners, ook artsen en verpleegkundigen, kunnen vanuit hun eigen professie een rol spelen bij de begeleiding van spirituele zorg.

Crisisinterventie: Bij crisis neemt de *zorgverlener* het voortouw tot verlenen van ondersteuning/hulp.

Doorverwijzing:

Doorverwijzing kan naar:

- een geestelijk verzorger
- de behandelend arts
- een psycholoog
- een gespecialiseerd verpleegkundige/nurse practitioner
- een maatschappelijk werker (die al om andere redenen betrokken is).
- een persoonlijk begeleider of eerstverantwoordelijk verzorgende/verpleegkundige

Mensen die actief in een levensbeschouwelijke traditie staan hebben vaak een duidelijke voorkeur voor begeleiding vanuit de eigen traditie. Maar de focus dient altijd te liggen op het aanspreken van de persoonlijke bronnen van inspiratie van de patiënt.

Geestelijk verzorgers hebben spirituele zorg als eerste focus en referentiekader.

Belangrijke indicaties voor verwijzing:

Inhoudelijke redenen:

- Wanneer je het vermoeden hebt dat er meer nodig is maar je weet niet wat (of hoe)
- Wanneer de spiritualiteit van de ander opnieuw verkend moet worden (bijv. wanneer het levensperspectief heel plotseling zeer ingrijpend wijzigt)
- Wanneer er ervaringen van onmacht en schuld spelen (feitelijk en existentieel) bij de patiënt
- Wanneer de patiënt en/of naasten behoefte heeft/hebben aan rituelen
- Wanneer je een existentiële crisis vermoedt

Persoonlijke redenen:

- Wanneer je op persoonlijke grenzen stuit: "Ik begrijp dat dit belangrijk voor u is, maar ik kan u daarin niet bijstaan."
- Wanneer er sprake is van vastlopen in de eigen (levens)vragen van wanhoop of angst, of oplopen tegen eigen verdriet, pijn of onmacht

Praktische redenen:

- wanneer je tegen je eigen professionele grenzen aanloopt
- wanneer je op dat moment niet zelf de rust en ruimte kunt bieden

Bron: Graeff, A. de en Oirschot, M. van (red.) *richtlijn Spirituele zorg in: Palliatieve zorg. Richtlijnen voor de praktijk, Utrecht 2010, p. 637-662*

05-07-2011

Eventueel sticker	Patiëntnummer: Naam: Geb. datum: Afdeling:
----------------------	--

1. - Wat betekent het voor u, dat dit u overkomt?
 - Hoe gaat u om met alles wat er nu met u gebeurt?
 - Vraagt u zich wel eens af wat de zin is van wat u overkomt? Hoe gaat u daar mee om?

2. - Wat geeft u steun of houvast als het leven moeilijk is?
 - Wat houdt u op de been in moeilijke tijden?
 - Wat geeft u kracht als het leven zwaar is?
 - Waar vindt u inspiratie? Wat geeft u energie?

3. - Zou u het prettig/fijn vinden om met iemand hierover door te praten? Aan wie denkt u dan?
Zou u daarbij eventueel aan een geestelijk verzorger denken?
 - Zou het u helpen om met iemand te praten die helpt om alles op een rijtje te zetten?
Aan wie denkt u dan? Zou u daarbij eventueel aan een geestelijk verzorger denken?

Conclusie :

Geestelijk verzorger inschakelen of consulteren?

- Nee eventueel opmerking:

- Ja → ingeschakeld door.....op

(datum).....

Naam geestelijk verzorger/consulent:

Ingevuld door: datum:

8.3 Brief patiënt



ONS KENMERK 6200/WvG/MK
DATUM 15 mei 2012
ONDERWERP medewerking aan onderzoek DGV
CONTACTPERSOON Wim van Goch
DOORKIESNUMMER 0113 26 75 21
E-MAIL vangoch@emergis.nl

DIENST GEESTELIJKE
VERZORGING
Postbus 253
4460 AR Goes

BEZOEKADRES
Oostmolenweg 101
Kloetinge (gem. Goes)

TELEFOON
0113 26 70 00

TELEFAX
0113 21 66 26

E-MAIL EN INTERNET
emergis@emergis.nl
www.emergis.nl

Beleving van uw opname in dit ziekenhuis.

Beste mevrouw/mijnheer,

Een opname in een ziekenhuis kan een ingrijpende ervaring zijn. Wij vinden het belangrijk om beter zicht te krijgen op hoe u uw opname beleeft, zodat pastores/ geestelijk verzorgers nog beter in staat zullen zijn in te spelen op uw zorgen en wensen. Daarom willen wij, in samenwerking met de Universiteit Utrecht en de KU Leuven, nagaan hoe wij uw behoeften beter in kaart kunnen brengen en hoe we u van dienst kunnen zijn.

De belangrijkste vragen daarbij zijn:

- Waar denkt u aan tijdens uw verblijf, waar maakt u zich zorgen over?
- Welke rol speelt geloof, religie, spiritualiteit of uw levensbeschouwing hierin?

We willen u vragen of u hieraan wilt meewerken.

U kunt dit doen door de bijgevoegde lijst in te vullen en aan uw verpleegkundige of begeleider te geven. Deze vragenlijst is anoniem, de informatie wordt vanzelfsprekend vertrouwelijk behandeld.

Aan het einde wordt gevraagd of u, in een interview, meer zou willen vertellen over de thema's die in de lijst aan bod komen. Wanneer u daaraan mee zou willen werken, wordt naar uw naam gevraagd. Het is mogelijk dat u wordt uitgenodigd voor een interview van ongeveer 15 minuten. Uw informatie wordt daarna alsnog anoniem verwerkt.

En over een half jaar willen we kijken of en hoe de dienst Geestelijke Verzorging de mensen die dan opgenomen zijn, van dienst is.



Samen werken
aan een goede
geestelijke gezondheid
van alle mensen
in Zeeland

K.v.K. Middelburg
S 41115214

CENTRUM VOOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

15 mei 2012
onderzoek
6200/WvG/MK
Blad 2/2

Als u vragen hebt naar aanleiding van deze brief, kunt u contact opnemen met de dienst Geestelijke Verzorging van deze instelling.

Wij zouden het erg op prijs stellen als u zou willen meewerken aan het beter in beeld krijgen van wat mensen doormaken tijdens hun opname.

Alvast hartelijk dank en met vriendelijke groeten,
mede namens de student-onderzoekers, van de Universiteit Utrecht,
Ulla Berger en Anne-Marie Lambert,

dienst Geestelijke Verzorging Emergis




Wim van Goch
pastor/hoofd DGV

Harm van Eerden
pastor

Rita Douwes
humanistisch raadvrouw

BIJLAGE(N)
1 vragenlijst

Emergis 

 Universiteit Utrecht



8.4 Brief teamcoach/leidinggevende



ONS KENMERK 6201/WvG/MK
DATUM 15 mei 2012
ONDERWERP Onderzoek Universiteit Utrecht en DGV
CONTACTPERSOON Wim van Goch
DOORKIESNUMMER 0113 26 75 21
E-MAIL vangoch@emergis.nl

DIENST GEESTELIJKE
VERZORGING
Postbus 253
4460 AR Goes

BEZOEKADRES
Oostmolenweg 101
Kloetinge (gem. Goes)

TELEFOON
0113 26 70 00

TELEFAX
0113 21 66 26

E-MAIL EN INTERNET
emergis@emergis.nl
www.emergis.nl

Beste teamcoach/leidinggevende,

In aansluiting op eerdere mondelinge contacten het volgende.

**Betreft: beleving van een opname in het ziekenhuis.
Exploratie in samenwerking met de Universiteit van Utrecht, KU Leuven en de
Universitaire Ziekenhuizen Leuven.**

Een opname in het ziekenhuis is vaak een ingrijpende gebeurtenis voor de patiënt. Wij willen beter zicht krijgen op de beleving van de patiënt tijdens een ziekenhuisopname, zodat we aan kunnen sluiten op hun wensen en vragen. Waar denken patiënten aan tijdens hun verblijf in het ziekenhuis, waar maken ze zich zorgen over? En welke rol speelt het geloof, de religie of spiritualiteit van de patiënt hierin?

In een vervolgstadium zullen we onderzoeken wat het effect van geestelijke verzorging op deze aspecten is.

In samenwerking met de Universiteit Utrecht, de KU Leuven, en met een aantal andere ziekenhuizen, zijn wij als geestelijk verzorgers van Emergis gaan nadenken over een instrument om dit in kaart te brengen. Concreet hebben we een korte vragenlijst opgesteld voor de patiënt. Het invullen hoeft maar één keer te gebeuren.

We willen u vragen om aan deze exploratie van de beleving van patiënten mee te werken. U kunt dit doen door de vragenlijst en begeleidende brief aan elke patiënt te laten geven bij verblijf op uw afdeling. En de al dan niet ingevulde vragenlijst weer in te nemen. De student-onderzoeker zal met u afspreken wanneer hij/zij deze vragenlijsten komt ophalen.

Patiënten die hebben aangegeven ook te willen meewerken aan een kort interview van ongeveer 15 minuten zullen zo mogelijk binnen een week hiervoor door de student-onderzoeker worden bezocht.

Alle informatie wordt vertrouwelijk behandeld en anoniem verwerkt.



Samen werken
aan een goede
geestelijke gezondheid
van alle mensen
in Zeeland

K.v.K. Middelburg
S 41115214

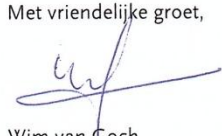
CENTRUM VOOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

15 mei 2012
Onderzoek
6201/WvG/MK
Blad 2/2

Voor meer informatie kunt u ook steeds terecht bij de student-onderzoeker en geestelijk verzorger van deze afdeling.

Alvast hartelijke dank voor uw medewerking,
mede namens Ulla Berger en Anne-Marie Lambert – student onderzoekers Universiteit Utrecht

Met vriendelijke groet,



Wim van Goch
pastor/hoofd DGV

Harm van Eerden
pastor

Rita Douwes
humanistisch raadvrouw

BIJLAGE(N)

- 1 vragenlijst
- 2 brief aan patiënt

Emergis 



Universiteit Utrecht



8.5 Het kwantitatieve instrument

Beleving van uw opname		Categorie/code: (door onderzoeker in te vullen)				
1. Algemene gegevens						
Leeftijd:					
Geslacht	<input type="checkbox"/> man	<input type="checkbox"/> vrouw				
Laatst behaalde diploma	<input type="checkbox"/> 1. basis/lager onderwijs <input type="checkbox"/> 2. voortgezet/secundair onderwijs <input type="checkbox"/> 3. hoger onderwijs (universiteit of hogeschool)					
Burgerlijke stand	<input type="checkbox"/> 1. Alleenstaand <input type="checkbox"/> 2. Gehuwd <input type="checkbox"/> 3. Samenwonend <input type="checkbox"/> 4. weduwe/weduwnaar <input type="checkbox"/> 5. Gescheiden					
	Heeft u kinderen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee			
	Heeft u broers/zussen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee			
2. Beleving van uw ziekenhuisopname						
We vragen ons af waar u mee bezig bent tijdens uw ziekenhuis opname. Waar denkt u over na, wat speelt er in uw gedachten? Wilt U hieronder aan geven in hoeverre u op dit moment bezig bent met onderstaande zaken door het cijfer te omcirkelen dat het best bij uw beleving past?						
		1: helemaal niet	2: eigenlijk niet	3: min of meer	4 : redelijk veel	5: heel veel
Op dit moment ben ik bezig met ...						
1. waarom mij dit is overkomen						1 2 3 4 5
2. wat belangrijke waarden zijn voor mij in mijn leven						1 2 3 4 5
3. keuzes maken omtrent mijn behandeling						1 2 3 4 5
4. het contact met mensen met wie ik mij verbonden voel in mijn situatie						1 2 3 4 5
5. mijn geloof, levensovertuiging en/of andere inspiratiebronnen						1 2 3 4 5
6. de dood						1 2 3 4 5
7. de onrust die ik voel						1 2 3 4 5
8. beslissingen rondom de situatie waarin ik mij bevind						1 2 3 4 5
9. wat ik met mijn naasten wil bespreken over mijn beleving van de situatie						1 2 3 4 5
10. het vinden van hoop/perspectief						1 2 3 4 5
11. de zin van mijn leven						1 2 3 4 5
12. hoe anderen naar mij kijken in mijn huidige situatie						1 2 3 4 5
13. leren omgaan met mijn verdriet						1 2 3 4 5
14. zoeken naar bronnen van steun						1 2 3 4 5
15. mooie, diepgaande ervaringen die ik in mijn leven heb meegemaakt						1 2 3 4 5
16. andere dingen nl:.....						
Ik verwacht dat er tijdens mijn behandeling voldoende aandacht is voor bovenstaande thema's						<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Bent u eerder opgenomen geweest in het ziekenhuis?						<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Indien ja: was er toen voldoende aandacht voor bovenstaande thema's?						<input type="checkbox"/> geen mening <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee

3. Uw geloof, levensbeschouwing of spiritualiteit

Geloof, levensbeschouwing en spiritualiteit kunnen veel dingen betekenen. Zo noemen sommige mensen zich katholiek, protestant, jood of moslim en gaan geregeld naar de kerk/synagoge/moskee. Andere mensen zien zichzelf als christen en bidden soms maar hebben geen band met een kerk. Sommigen mensen geloven dat er iets meer is, iets goddelijks, maar weten niet precies wat. Anderen geloven niet in iets goddelijks en noemen zich eerder humanist of atheïst. Kunt u bondig een beschrijving geven van uw geloof, levensbeschouwing, of spiritualiteit?

Kunt u, met de beschrijving van uw geloof, levensbeschouwing of spiritualiteit voor ogen, de volgende vragen beantwoorden?

1: helemaal niet waar	2: niet waar	3: noch waar, noch niet waar	4: waar	5: helemaal waar
------------------------------	---------------------	-------------------------------------	----------------	-------------------------

Mijn geloof, levensbeschouwing of spiritualiteit ...

- | | | | |
|--|----------|----------|----------|
| 1. beïnvloedt mijn handelen in mijn dagelijks leven | 1 | 2 | 3 |
| 2. is belangrijk voor de zin die ik aan m'n leven geef | 1 | 2 | 3 |
| 3. is een belangrijk aspect van m'n leven | 1 | 2 | 3 |
| 4. is belangrijk voor mijn identiteit | 1 | 2 | 3 |
| 5. speelt een belangrijke rol in m'n leven | 1 | 2 | 3 |

Ziet u zichzelf als

- 1. katholiek
- 2. protestant
- 3. moslim
- 4. jood
- 5. gelovig/spiritueel
- 6. humanist/atheïst
- 7. anders nl.....

Op welke wijze geeft u uitdrukking aan uw geloof, levensbeschouwing of spiritualiteit? U kunt meerdere activiteiten aan kruisen.

- 1. natuurwandeling
- 2. muziek maken/luisteren
- 3. gesprek
- 4. yoga/tai chi
- 5. meditatie/gebed
- 6. kerkbezoek/religieuze bijeenkomsten
- 7. anders nl.....

Hoe vaak doet u bovenstaande activiteiten?

- 1. zelden
- 2. maandelijks
- 3. wekelijks
- 4. dagelijks

4. Aanvullende vragen

Wij willen graag nog met mensen verder praten over bovenstaande thema's. Wilt u hieraan meewerken?

ja nee

Indien u ja hebt ingevuld, Wilt u dan hieronder uw naam invullen? Wij nemen dan graag contact met u op.

Naam:.....

N.B. Uw gegevens zullen vertrouwelijk worden behandeld.

Hartelijk dank voor het meewerken aan deze studie!

8.6 Het kwalitatieve instrument

*VERKENNEN ('screening') ZINGEVING / SPIRITUALITEIT (05-07-2011)

Eventueel sticker	Patiëntnummer: Naam: Geb. datum: Afdeling:
-------------------	--

1. - Wat betekent het voor u, dat dit u overkomt?
 - Hoe gaat u om met alles wat er nu met u gebeurt?
 - Vraagt u zich wel eens af wat de zin is van wat u overkomt? Hoe gaat u daar mee om?

2. - Wat geeft u steun of houvast als het leven moeilijk is?
 - Wat houdt u op de been in moeilijke tijden?
 - Wat geeft u kracht als het leven zwaar is?
 - Waar vindt u inspiratie? Wat geeft u energie?

3. - Zou u het prettig/fijn vinden om met iemand hierover door te praten? Aan wie denkt u dan?
 Zou u daarbij eventueel aan een geestelijk verzorger denken?
 - Zou het u helpen om met iemand te praten die helpt om alles op een rijtje te zetten?
 Aan wie denkt u dan? Zou u daarbij eventueel aan een geestelijk verzorger denken?

Conclusie :

Geestelijk verzorger inschakelen of consulteren?

- Nee eventueel opmerking:

- Ja → ingeschakeld door.....op

(datum).....

Naam geestelijk verzorger/consulent:

Ingevuld door:

.....datum:.....

8.7 Afsprakenlijst Emergis 8 mei 2012

Afsprakenlijst 08-05-2012

1. Angst- en stemmingsstoornissen.

Geestelijk verzorger: H. van Eerden. Onderzoeker: A. Lambert.

- Contactpersoon verpleegkundig team: J. de Kok.
- Vragenlijstcode: A 1 t/m 24. Door patiënten zelf in te vullen.
- In de loop van deze week: inname lijsten door J. de Kok. Inzage vrijdag door H. van Eerden, opgave aantal vervolgesprekken aan de student onderzoeker.
- Dinsdag 15 mei: eventueel vervolgesprekken plannen en/of uitvoeren (H. van Eerden).

1. Soteria (1^e psychoseafdeling).

Geestelijk verzorger: R. Douwes, vanaf medio week 20, tot die tijd H. van Eerden.

Onderzoeker: A. Lambert.

- Contactpersoon: A. Bolding.
- B 1 t/m 5 uitgedeeld en ingenomen. Door patiënten onder begeleiding van onderzoeker zelf ingevuld.
- Twee vervolgesprekken nog te plannen.

2. Ouderenpsychiatrie.

Geestelijk verzorger: W. van Goch. Onderzoeker: A. Lambert.

- Langdurig verblijf: contactpersoon: E. van Eijkeren.
Op dinsdag 15 mei zal ik met E. van Eijkeren (of diens collega) tussen 13.00 uur en 15.00 uur vragenlijsten afnemen. Streefgetal is 4 tot 8. (mensen helpen met invullen).
Code C, nummers nog onbekend.
- Voortgezet verblijf: contactpersoon: E. van Eijkeren.
Op dinsdag 22 mei ga ik met leerling-verpleegkundigen vanaf 10.00 uur de hele dag vragenlijsten afnemen bij de patiënten. E. van Eijkeren zal leerling-verpleegkundigen inseinen en een briefing plannen, te verzorgen door E. van Eijkeren en A. Lambert.
Code D, nummers nog onbekend.
- Observatie en diagnostiek: contactpersoon: H. Splinter.
H. Splinter zal vragenlijsten uitzetten, mede invullen en innemen. Code E 1t/m 21. De invulling zal door patiënten in samenwerking met verpleegkundigen geschieden. Planning week 20 (dinsdag 15 mei afleveren).