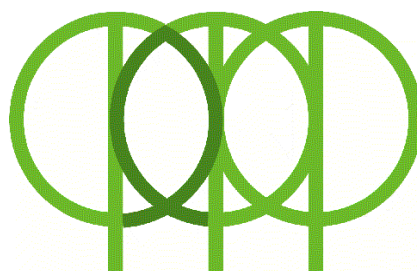


verpleegkundig competentieprofiel zorg voor spiritualiteit

Een verkennende literatuurstudie

R.R. van Leeuwen & B.S. Cusveller



Rapport van het Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut, nr.

17

Ede, 2002

Colofon

Deze literatuurstudie werd door drs. R.R. van Leeuwen (Christelijke Hogeschool Ede) voor het Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut uitgevoerd in opdracht van Febe, vereniging van werkers in de gezondheidszorg op gereformeerde grondslag, met een projectsubsidie van de AVVV (algemene Vergadering Verpleegkundigen en Verzorgenden), en gecoördineerd door drs. B.S. Cusveller (Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut).

Het project werd begeleid door een commissie bestaande uit drs. T. Gunter, voorzitter Febe, drs. M. Mauritz, opleidingsmanager Verpleegkunde, Christelijke Hogeschool Ede, drs. A.M. Eliens, senior beleidsadviseur AVVV, en Prof.dr. H. Jochemsen, directeur Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut.

De onderzoeker en coordinator van het project danken de leden van de commissie hartelijke voor hun inzet voor de totstandkoming van het project.

R.R. van Leeuwen, B.S. Cusveller, *Verpleegkundig competentieprofiel zorg voor spiritualiteit. Een verkennende literatuurstudie*, Ede: Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut, 2002.

ISBN 90-72659-17-1

© 2002 Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut



INHOUDSOPGAVE

SAMENVATTING EN LEESWIJZER

DEEL I: INLEIDING

Bart Cusveller & René van Leeuwen

Introductie

1. Spiritualiteit: een functionele benadering
 - Naar een operationalisering van spiritualiteit?
 - Nadere invulling
2. Spiritualiteit en verpleegkundige beroepsverantwoordelijkheid: een verkenning
 - Verpleegkundige beroepsverantwoordelijkheid
 - ‘Gewone’ spiritualiteit en verblijf
 - ‘Spiritualiteit van het ziek-zijn’ en verzorging
 - ‘Verstoorde spiritualiteit’ en behandeling
3. Werkwijze
 - Opzet: vraagstelling, begrippen, aanpak
 - Uitvoering
 - Consultatie formulering competenties

Bijlage I. Ordeningskader competenties in literatuursamenvattingen

Bijlage II. Model van spirituele thema's volgens Fitchett et al.

Bijlage III. Concept-competentieprofiel

DEEL II: COMPETENTIEBESCHRIJVINGEN VERPLEEGKUNDIGE ZORG VOOR SPIRITUALITEIT

René van Leeuwen

DEEL III: SAMENVATTINGEN BESTUDEERDE LITERATUUR

René van Leeuwen

OVER DE AUTEURS

PUBLICATIES LINDEBOOM INSTITUUT

SAMENVATTING EN LEESWIJZER

In dit rapport wordt verslag gedaan van een literatuurstudie naar de vraag welk profiel kan worden opgesteld van verpleegkundige competenties voor zorg voor spiritualiteit. Deze literatuurstudie probeert een eerste aanzet te geven om in een lacune te voorzien. Met het competentieprofiel dat in dit rapport wordt voorgesteld kan bijvoorbeeld in opleidingen een onderwijsaanbod worden opgezet om deze competenties te trainen, of in instellingen kan worden getoetst in hoeverre verpleegkundige beschikken over de vereiste competenties om zorg van kwaliteit te kunnen bieden.

In de inleiding wordt voorgesteld, dat een zogeheten functionele benadering van spiritualiteit een goed uitgangspunt kan zijn voor dit project. Dit wil zeggen dat spiritualiteit niet wordt vereenzelvigd met bepaalde vormen of inhouden van spiritualiteit, zoals godsdiensten of religies. Het uitgangspunt is juist dat in een holistische visie mensen net zo goed in spiritueel opzicht functioneren als in lichamelijk, psychisch of sociaal opzicht, en dat dit functioneren zich in veel verschillende vormen en inhouden kan uiten.

Vervolgens wordt in de inleiding voorgesteld, dat spiritualiteit zich op verschillende manieren de zorg kan tonen, als ‘gewone’ of alledaagse spiritualiteit waarvan de zorgvrager graag wil dat deze gecontinueerd kan worden tijdens zijn verblijf in een zorgsetting (thuis of in een instelling), als de ‘spiritualiteit van het ziek-zijn’, die veroorzaakt wordt door de aanleiding tot zorgverlening (een aandoening of handicap), en als ‘verstoorde’ spiritualiteit, die een probleem voor de zorgvrager kan vormen, maar nog niet direct te maken hoeft te hebben met de reden waarom de zorgvrager op dat moment zorg krijgt. Deze relaties van spiritualiteit met ziekte en gezondheid roept de vraag op welke competenties de literatuur suggereert voor het omgaan met de beroepsverantwoordelijkheden van de verpleegkundige.

Verder wordt in de inleiding verantwoording afgelegd van de manier waarop de onderzoeker (met de coordinator) de onderzoeksvragen heeft geformuleerd, de gegevens heeft verzameld en het competentieprofiel heeft opgesteld. Voor de ordening van de literatuurgegevens is aangesloten bij het Beroepsprofiel en voor de verwoording van het competentieprofiel is gebruik gemaakt van richtlijnen uit *Met het oog op de toekomst. Beroepscompetenties voor HBO-verpleegkundigen*.

Het tweede deel van dit rapport bestaat uit het competentieprofiel zelf. Deze competenties zijn in kort bestek:

- De verpleegkundige kan op een betrokken wijze communiceren met zorgvragers uit verschillende culturen over zijn spiritualiteit
- De verpleegkundige kan eigen waarden, overtuigingen en gevoelens hanteren in de relatie met zorgvragers met verschillende levensovertuigingen
- De verpleegkundige kan informatie verzamelen over de spiritualiteit van de zorgvrager en in samenspraak met die zorgvrager de zorgvraag vaststellen
- De verpleegkundige kan in samenspraak met de zorgvrager en in overleg met andere disciplines zorg voor de spiritualiteit van de zorgvrager afstemmen en het eigen aandeel in die zorg plannen en schriftelijk vastleggen
- De verpleegkundige kan de zorg voor de spiritualiteit van de zorgvrager uitvoeren en die zorg in samenspraak met de zorgvrager en in het (multi)disciplinair overleg evalueren
- De verpleegkundige levert een bijdrage aan de kwaliteitszorg en deskundigheidsbevordering op het gebied van zorg voor spiritualiteit binnen de zorginstelling

Het derde deel tenslotte bevat samenvattingen van de literatuur die werd bestudeerd.

DEEL I

INLEIDING

Bart Cusveller & René van Leeuwen

Introductie

Het *Beroepsprofiel van de verpleegkundige* stelt dat de verpleegkundige in haar zorg voor de zorgvrager uitgaat van een mensbeeld, waarin het gaat “om lichamelijke, psychische, sociale en spirituele aspecten”.¹ Voor het ingaan op deze aspecten dient de verpleegkundige te beschikken over relevante competenties. Aan competenties voor de lichamelijke verzorging, de psychische begeleiding en de sociale ondersteuning is in theorie en praktijk al de nodige aandacht besteed. Maar wat moeten verpleegkundigen kunnen (en weten en zijn) om zorg voor spiritualiteit te verlenen? Daarover bestaat, ondanks toenemende aandacht,² veel minder duidelijkheid. In de nieuwe kwalificatiestructuur van eindtermen voor het verpleegkundig onderwijs worden ze bijvoorbeeld niet expliciet genoemd.³ In dit rapport wordt verslag gedaan van een literatuurstudie naar antwoorden op genoemde vraag. Het doel van deze studie is een verpleegkundig competentieprofiel te ontwikkelen voor het adequaat uitvoeren van verpleegkundige interventies op het gebied van zorg voor spiritualiteit, waaruit doelstellingen zijn af te leiden voor onderwijs en zorgpraktijk.

Voordat we verslag doen van de literatuurstudie en het profiel, zullen we verantwoorden welke werkwijze werd gevolgd (par. 3) en, in het bijzonder, hoe we omgaan met de vraag wat spiritualiteit eigenlijk inhoudt (par. 1) en welke plaats zij heeft in de professionele verpleegkundige zorgverlening (par. 2). Daarover gaat deze inleiding.

1. Spiritualiteit: een functionele benadering

Het begrip ‘spiritualiteit’ is in de verpleegkundige literatuur in korte tijd gemeengoed geworden, maar het wordt door veel verschillende auteurs op nogal verschillende wijzen gedefinieerd en gebruikt.⁴ Een literatuurstudie naar competenties kan dan ook nauwelijks uitgaan van consensus over de aard en de plaats van spiritualiteit in de zorgverlening. Een enkel ding is misschien wel duidelijk, namelijk dat spiritualiteit volgens de meeste auteurs niet samenvalt met godsdienstigheid. Maar wat het dan *meer* is of *anders* dan godsdienstigheid, dat laat zich nog niet zo gemakkelijk omschrijven, laat staan ‘operationaliseren’.

¹ E. Leistra et al., *Beroepsprofiel van de verpleegkundige*, Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1999, p. 12.

² Zie bijv. A. Eliens, C. Frederiks, “Spirituele problemen in de verpleegkunde: religie en zingeving bij patienten”, *Verpleegkundige probleemgebieden: diagnoses en interventies* 4 (1998) 5; M. Steemers-Van Winkoop, *Geloven in zorg*. Baarn: Uitgevers Hoger Beroepsonderwijs, 2001.

³ Commissie Kwalificatiestructuur, *Gekwalificeerd voor de toekomst. Kwalificatiestructuur en eindtermen voor verpleging en verzorging*, Zoermeer/Rijswijk: Ministeries van OCW en VWS, 1996.

⁴ R.R. van Leeuwen, *Zorg voor spiritualiteit: een verpleegkundig aandachtsgebied*, Jaarwerkstuk Verplegingswetenschap, Universiteit Maastricht, 1997; H. Jochemsen et al, *Levensvragen in de stervensfase. Kwaliteit van spirituele zorg in de terminale palliatieve zorg vanuit patientenperspectief*, Ede: Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut, 2002, E.J. Taylor, *Spiritual Care. Nursing Theory, Research, and Practice*, Upper Saddle River: Prentice-Hall, 2002.

Naar een operationalisering van spiritualiteit?

De verschillende betekenissen van spiritualiteit in de literatuur overlappen voor een deel, maar dus ook voor een deel weer niet. De een spreekt over zingeving, de ander over energie, een derde over religie, een vierde over basisvertrouwen of nog weer iets anders. Het blijkt lastig het begrip op een enkele betekenis vast te pinnen. Veel auteurs gebruiken dan ook omschrijvingen die een aantal van deze items samennemen, bijvoorbeeld religie *en* zingeving. We zouden al met al kunnen zeggen dat het begrip ‘spiritualiteit’ niet zozeer op een enkelvoudige, eenduidige betekenis wijst, maar eerder op een ‘familie’ van verwante betekenissen.

Om voor deze literatuurstudie tot een hanteerbare werkwijze te komen, moeten we daarom wellicht ook niet zozeer vragen wat spiritualiteit *is*, maar eerder vragen hoe mensen *functioneren* wanneer we spreken van spiritualiteit. Dat wil zeggen, spiritualiteit is dan niet gelijk aan een bepaalde (bijv. godsdienstige) inhoud of vorm, maar eerder aan een wijze van menselijk functioneren, van doen en denken en zijn, net zoals mensen in lichamelijk, psychisch en sociaal opzicht functioneren. Mensen kunnen ook in deze laatste opzichten verschillend functioneren, maar gemeenschappelijk is in ieder geval *dat* ze die functies hebben. Het is deze wijze van functioneren die op uiteenlopende maar meestal vergelijkbare wijzen wordt geïnterpreteerd en geleefd in godsdiensten, religies, wereldbeschouwing, en zo meer (hoe fragmentarisch, inconsistent of impliciet soms ook).

Het gaat in deze familie van verschillende maar overlappende betekenissen, globaal aangeduid, om de wijze waarop mensen zich verhouden tot datgene wat het lichamelijke, psychische en sociale overstijgt. Het zijn de handelingen en overtuigingen en houdingen die uitdrukking geven aan de houding van mensen ten opzichte van de meest fundamentele, algemeen menselijke kenmerken van hun bestaan: de levensloop, de dood, het lijden, de kwetsbaarheid, de afhankelijkheid, de noodzaak tot keuzes, het bovennatuurlijke, het uiteindelijk belangrijke, het waarlijk menselijke, en dergelijke.⁵ Vandaar dat in dit verband ook wel wordt gesproken van levensvragen, levenshouding, levenswijsheid, levensvisies en ook van levensbeschouwingen. Dat wil niet zeggen dat er een algemeen menselijke of generieke vorm of inhoud van spiritualiteit bestaat; dat wil zeggen dat het een algemeen menselijke trek is dat mensen (ook) op een spirituele wijze functioneren, dat bij verschillende mensen en plaatsen en tijden verschillende inhouden en vormen doortrekt. We spreken dus niet over zoiets als *de* spiritualiteit; we kennen alleen *spiritualiteiten*.

Hoewel spiritualiteit wellicht zo opgevat kan worden dat het in de zorgrelatie – zonder dat het uitgesproken wordt – altijd aanwezig is, hebben we in dit onderzoek het oog op de specifieke handelingen, overtuigingen en houdingen die waarneembaar uitdrukking geven aan het spirituele functioneren van de mens. Dit zijn bijvoorbeeld godsdienstige gebruiken, het nadenken over zin vragen, of het opmaken van de levensbalans, en zo meer. Als voorlopige werkdefinitie hanteren we bij onze literatuurstudie zodoende:

*Het levensbeschouwelijk en religieus functioneren van de mens, waartoe ook de vragen van zingeving en zinervaring behoren.*⁶

Een voorbeeld van zo’n functionele benadering is het model van de Amerikaanse ziekenhuispastor en onderzoeker George Fitchett, waarin een aantal inhoudelijke thema’s in het spiritueel functioneren van zorgvragers worden ondergebracht (zie ook bijlage). Net zoals een verpleegkundige verschillende zaken kan onderscheiden aan het lichamelijke

⁵ We zouden ook kunnen spreken van de ‘existentiele dimensie’ van het menselijk bestaan. Vgl. G. Glas, ‘Existentiele en geloofsproblemen’, hfdst. 5.6 in *Handboek palliatieve zorg*, Utrecht: KNMG (in voorbereiding).

⁶ Jochemsen et al. 2002, p. 12.

functioneren van de zorgvrager (zoals temperatuur, beweging, pijn), kan ze ook aan het spirituele functioneren van de zorgvrager verschillende zaken onderscheiden, zoals geloof en levensbeschouwing; levensdoel en levensbalans; ervaringen en emoties; moed, hoop en groei; religieuze gebruiken en praktijken, relaties en sociale verbanden; oriëntatiebron en leidraad.⁷ Andere voorbeelden van een functionele benadering zijn te vinden bij Westrik en bij O'Brien.

Nadere invulling

Zo breed en algemeen als spiritualiteit wel wordt aangeduid, blijft het in de zorgverlening dus ook weer niet. Alleen kan er in Nederland nog meer onderzoek naar worden gedaan.⁸ De relatie tussen spiritualiteit en de ziekte en gezondheid van de zorgvrager is niet altijd hetzelfde, zodat ook de spiritualiteit ook niet altijd de zelfde rol speelt in de zorgrelatie. Dat maakt dat de verpleegkundige beroepsverantwoordelijkheid voor spirituele zorg niet altijd hetzelfde is en dat daardoor verschillende competenties vereist kunnen zijn. De verschillende relaties tussen spiritualiteit enerzijds en ziekte en gezondheid anderzijds maakt dat we in deze literatuurstudie kunnen letten op verschillende competenties. Een voorlopige driedeling als de volgende laat zich denken (al zal het volgende niet altijd scherp van elkaar afgebakend kunnen worden en zal vaak sprake zijn van 'en/en'):⁹

Ten eerste is er de 'gewone', bij wijze van spreken 'alledaagse' spiritualiteit van de zorgvrager, die deze tijdens een episode van zorgverlening graag gecontinueerd ziet. Als een zorgvrager bepaalde behoeften of gebruiken hebben waarin zij in de regel zelf voorziet (bidden, mediteren, lezen van teksten, bezoek van samenkomsten) dan wil ze dat bij thuiszorg of bij verblijf in een zorginstelling ook vaak gewoon kunnen blijven doen. Deze 'gewone' spiritualiteit kan dan gevolgen hebben voor de zorgverlening. Wat vraagt dit van de verpleegkundige?

Ten tweede is er zoiets als (wat we maar noemen) 'de spiritualiteit van het ziek-zijn'. Mensen die geconfronteerd worden met ziekte, lijden, handicap, sterven (maar ook bij geboortes), kunnen een verandering of reactie ervaren in hun verhouding tot hun bestaan, hun gewoonten, overtuigingen en levenshouding. Zo kan iemand met een op zich levenskrachtige levensovertuiging door ziekte een op zich passende reactie van depressiviteit of emotionaliteit krijgen. Er kan dan sprake zijn van geestelijke nood, of zingevingproblematiek, of levensvragen ten gevolge van het ziek-zijn (of gehandicapt zijn, of stervende zijn, en zo verder), waar de verpleegkundige dan mee om moet gaan.

Ten derde kan de spiritualiteit van de zorgvrager aan de verpleegkundige verschijnen als verstoord zonder dat dit te maken heeft met de aanleiding tot zorgverlening. Wanneer iemand poliklinisch van een ingegroeide nagel wordt afgeholpen tegelijk een persoon is die bijvoorbeeld problemen heeft om gebeurtenissen uit de eigen jeugd te verwerken, vloeit dit spirituele probleem niet direct voort uit de episode van zorgverlening, die namelijk de chirurgische ingreep betreft. Wel is mogelijk dat spiritualiteit in sommige gevallen de oorzaak is van bepaalde aandoeningen, zoals angststoornissen ten gevolge van het wegvallen van vertrouwde normen en waarden. Het kan zijn dat hier dan specialistische zorg nodig is; zo ja, dan is de vraag: hoe moet de verpleegkundige daarmee om kunnen gaan?

⁷ G. Fitchett, *Assessing Spiritual Needs. A Guide For Caregivers*, Augsburg: Fortress Press, 1993; ook J. Bouwer, *Pastorale diagnostiek. Modellen en mogelijkheden*, Zoetermeer: Boekencentrum, 1998; Jochemsen et al. 2002.

⁸ Vgl. L. Tiesinga, D. Post, 'Spiritualiteit: who cares?', *Verpleegkunde* 17 (2002) 2, Forumbijdrage.

⁹ Vgl. voor dit onderscheid tussen verpleegkundige verantwoordelijkheden voortvloeiend uit verblijf, verzorging en behandeling van de zorgvrager J.L. van der Wolf, 'Verpleegkundige beroepsverantwoordelijkheid in samenwerkingsrelaties', in: B.S. Cusveller (red.), *Volwaardige verpleging. Morele beroepsverantwoordelijkheid in de zorgverlening*, Amsterdam: Buijten & Schipperheijn, 1999.

2. Spiritualiteit en verpleegkundige beroepsverantwoordelijkheid: een verkenning

Het is een ding dat het spirituele functioneren van zorgvragers zich op verschillende manieren aan de verpleegkundigen voordoet, maar het is nog iets anders wat verpleegkundigen daarmee beroepshalve voor bemoeienis hebben. Met andere woorden, als de beroepsverantwoordelijkheid van verpleegkundigen ook de spirituele aspecten van het functioneren van de zorgvrager omvat, zoals het Beroepsprofiel stelt, wat behoort daar dan toe en wat niet? Dit is in feite een toespitsing van de algemene vraag naar de grond en de grens van de verpleegkundige beroepsverantwoordelijkheid. Mogelijk ligt hier in ten minste twee opzichten een grens, namelijk met betrekking tot de verhouding tussen de spiritualiteit van de zorgvrager en die van de verpleegkundige, en met betrekking tot de verhouding tussen de beroepsverantwoordelijkheid van de verpleegkundige en die van de geestelijk verzorger. De hierboven genoemde driedeling kan ons helpen een vraagstelling voor deze literatuurstudie te formuleren.

Verpleegkundige beroepsverantwoordelijkheid

Wij beschouwen verpleegkundige beroepsverantwoordelijkheid als een intensivering en uitbreiding van de verantwoordelijkheid voor zorg die mensen in de samenleving voor elkaar hebben.¹⁰ Aangezien zorg voor mensen met bepaalde aandoeningen soms te zwaar, te langdurig, te onaangenaam, te onbekend, of te ingewikkeld kan worden, ontstaat er in de samenleving een groep van mensen die de verantwoordelijkheid op zich nemen deze zorg voor iemands gezondheid te verlenen waarvoor meer deskundigheid, ervaring en uithoudingsvermogen nodig is. Op deze groep van deskundige zorgverleners doen we een beroep om ons welzijn en onze gezondheid te ondersteunen (in de context van onze zorgvraag). Iets preciezer, we verwachten dat ze de bereidheid (attitude) hebben om hun specifieke beroepsmatige kunde (competenties) in dienst stellen van het voorkomen, verhelpen en verzachten van de verstoringen in de functies die we nodig hebben om als mens te kunnen leven.

In het beroepsprofiel wordt hierbij het onderscheid gemaakt dat de geneeskundige zorgverlening gericht is op de functiestoornissen zelf (bijvoorbeeld een gebroken pols) en de verpleegkundige zorgverlening op de gevolgen van de functiestoornissen voor ons dagelijkse leven (bijvoorbeeld het kunnen eten met een gebroken pols):

De verpleegkundige ondersteunt en beïnvloedt beroepsmatig de vermogens van de zorgvrager bij feitelijke of potentiële reacties op gezondheids- en/of daaraan gerelateerde bestaansproblemen en op behandeling of therapie, om het evenwicht tussen draagkracht en draaglast te handhaven of te herstellen.¹¹

Dit betekent dat we in de zorgverlening niet te maken hebben met tot hun ziekte of tot hun zorg gereduceerde individuen, maar met veelkleurige groepen van volwaardige personen. Uiteraard vindt er wel een bepaalde concentratie en beperking plaats in de interactie tussen de zorgvrager en de zorgverlening, namelijk door de betrekking op de gezondheidsproblematiek.

¹⁰ Zie Cusveller 1999, hfdst. 2; ook B.S. Cusveller, 'Ethiek', in: G.H. Hunink (red.), *Kwaliteit en deskundigheid in de verpleegkundige beroepsuitoefening*, Utrecht/Zutphen: ThiemeMeulenhoff, 2000, m.n. par. 3.2.

¹¹ Leistra et al. 1999, p. 11.

Intussen blijven alle overige aspecten van het menszijn ook aanwezig. Dat lijkt op voorhand niet anders voor spiritualiteit van zowel de zorgvrager als de zorgverlener.¹²

‘Gewone spiritualiteit’ en verblijf

We zagen dat de spiritualiteit van de zorgvrager op verschillende manieren kan verschijnen in de zorgverlening, namelijk als ‘gewone’ spiritualiteit, als ‘spiritualiteit van het ziek-zijn’ en ‘verstoorde’ spiritualiteit. Net als bij andere ‘gewone’ activiteiten van de zorgvrager (diens eigen verantwoordelijkheidgebied) kan de verpleegkundige in het kader van het verblijf van de zorgvrager geconfronteerd worden met spirituele gewoonten van de zorgvrager, of dit nu thuis is of in een instelling. Aangezien de verpleegkundige het tot haar beroepsverantwoordelijkheid rekent om de mogelijkheden te creëren dit functioneren voort te zetten. (Althans, om de gevolgen te voorkomen, verhelpen of verlichten die het verblijf in het kader van de zorgvraag heeft voor de mogelijkheden tot functioneren). Dan vereist dit bepaalde competenties van haar kant. Wanneer een zorgvrager een enthousiast puzzelaar is, zal zij dit mogelijk ook in het ziekenhuis willen doen; wanneer iemand een trouwe kerkganger is, zal zij dit bij langdurige thuiszorg ook op een of andere manier willen continueren. Het gaat hierbij veeleer om de gevolgen van een *verblijf* in de context van gezondheidsproblemen dan om de *verzorging* of *behandeling*. Dit leidt tot de vraag over welke attitude en competenties de verpleegkundige volgens de literatuur zal beschikken om de verantwoordelijkheid gestalte te kunnen geven die zij heeft voor haar ondersteuning van de zorgvrager.

We zeiden echter ook al dat de verpleegkundige met alle eigenschappen van haar volle persoonlijkheid de verantwoordelijkheid voor zorg voor de zorgvrager op zich neemt, en dat wil in dit verband ook zeggen: inclusief zijn of haar eigen spiritualiteit. Het is mogelijk dat de verpleegkundige die beroepsverantwoordelijkheid niet op zich zou nemen (dit wil zeggen, dit beroep niet zou kiezen), wanneer deze niet zou overeenstemmen met de verantwoordelijkheden, waarden, normen, opvattingen en persoonlijkheid die de verpleegkundige als individu kenmerken. Zodra het persoonlijke echter niet overeenstemt met het professionele bestaat er een spanning, waarmee de verpleegkundige op professionele wijze om moet gaan. Dit principe kan op verschillende dingen van toepassing zijn (bijvoorbeeld bij ethische dilemma’s), maar ook op spiritualiteit (bijvoorbeeld meedoen aan gebruiken van levensbeschouwingen die men zelf niet deelt of zelfs afwijst). In dat geval is de vraag welke attitudes en competenties de literatuur aangeeft om in overleg met de zorgvrager, met het team en binnen het geheel van de zorgverlening aan de zorgvrager met dergelijke grenzen om te gaan.

‘Spiritualiteit van ziek-zijn’ en verzorging

Vergelijkbare dingen kunnen gevraagd worden over de beroepsverantwoordelijkheid van de verpleegkundige voor het omgaan met de ‘spiritualiteit van het ziek-zijn’ van de zorgvrager. Het laat zich immers heel wel denken dat de uitingen van het spirituele functioneren van de zorgvrager samenhangen met of voortvloeien uit de episode van zorgvraag en zorg. Een verpleegkundige die op de gynaecologie-afdeling van een algemeen ziekenhuis werkt, kan vanwege de aandoening en behandeling van haar zorgvragers bijvoorbeeld op een andere manier geconfronteerd worden met verlieservaringen en rouw dan op een andere afdeling of in de thuiszorg. Het is dan de vraag welke attitudes en competenties van de verpleegkundige volgens de literatuur verbonden zijn met haar verantwoordelijkheid voor de verzorging van de zorgvrager op dit gebied.

¹² Vgl. voor het onderstaande ook G.J. Westrik, ‘Verpleegkundige beroepsverantwoordelijkheid voor spirituele zorg’, in: Cusveller 1999.

Tegelijk moet hierbij gezegd, dat de aandachtspunten op dit vlak dermate zwaar, langdurig, onaangenaam, onbekend, of ingewikkeld zijn, dat hiervoor mogelijk meer nodig is dan verpleegkundige zorgverlening. Wanneer in die gevallen een beroep wordt gedaan op ‘specialisten’ op spiritueel gebied, zoals geestelijk verzorgers of raadspersonen, is de vraag waar de competenties van de verpleegkundige ophouden en zij competent moet zijn in en bereid tot samenwerking met andere disciplines binnen het geheel van haar zorgverlening. In hoeverre geeft de literatuur weer hoe de verpleegkundige moet omgaan met deze professionele grens van haar beroepsverantwoordelijkheid?

Aan dit punt (en aan het overige) kan worden toegevoegd dat de mogelijkheden die de verpleegkundige heeft tot interventie en presentie op het gebied van spiritualiteit mede zal afhangen van de omstandigheden en randvoorwaarden. Het zal bij het beschrijven van een competentieprofiel dan ook van belang kunnen zijn wat de literatuur zegt over het kunnen omgaan met deze randvoorwaarden.

‘Verstoorde spiritualiteit’ en behandeling

We zijn intussen aanbeland bij de overgang naar de derde verschijningsvorm van spiritualiteit waarmee de verpleegkundige geconfronteerd kan worden, de ‘verstoorde’ spiritualiteit. Hiermee is bedoeld dat iemands spirituele functioneren zo verstoord kan zijn, dat er van ‘gewone’ voortzetting van spirituele gebruiken en dergelijke geen sprake is, noch van spirituele nood of pijn die voortvloeit uit de zorgvraag waarvoor de verpleegkundige met het verblijf van de zorgvrager wordt geconfronteerd. In dit geval is de vraag welke gespecialiseerde competenties nodig zijn voor het ondersteunen van de zorgvrager (of misschien zelfs verblijf in een gespecialiseerde instelling). In hoeverre dient de verpleegkundige competent te zijn om in samenspraak met zorgvrager en team de zorgvrager te ondersteunen of juist niet meer? Verschillende auteurs geven aan dat verpleegkundigen naast een signalerende en verwijzende taak ook een eigen zorgtaak hebben op het gebied van zorg voor spiritualiteit. De vraag hierbij is welke zorgaspecten tot het eigen competentiegebied behoren en welke doorverwezen moeten worden (met name naar de geestelijk verzorger).¹³

Samenvattend zijn er vragen over de attitudes en competenties die liggen op het eigen verantwoordelijkheidsgebied van de verpleegkundige, in het omgaan met eigen grenzen en andere zorgverleners. Daarnaast is er de vraag naar het kunnen omgaan met de randvoorwaarden voor zorg voor spiritualiteit in de setting waarin de zorgrelatie zich afspeelt.

3. Werkwijze

Deze literatuurstudie is mogelijk gemaakt door een projectsubsidie van de AVVV (Algemene Vergadering Verpleging en Verzorging), die werd toegekend aan Febe, vereniging voor werkers in de gezondheidszorg op gereformeerde grondslag. Voor de uitvoering van het project heeft Febe een beroep gedaan op het Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut, dat hiertoe gebruik kon maken van de inzet van dhr. R.R. van Leeuwen, docent verpleegkunde op de Christelijke Hogeschool Ede. Het project werd voor het Lindeboom Instituut gecoördineerd door dhr. B.S. Cusveller, wetenschappelijk medewerker. Een begeleidingscommissie die in de looptijd van het project driemaal over de voortgang heeft vergaderd, bestond uit dhr. A.M. Eliens, senior beleidsmedewerker van de AVVV, mw. T.A. Gunter, voorzitter van Febe, mw.

¹³ R. van Leeuwen, G. Westrik, ‘Spiritueel welzijn en verpleegkundige zorg’, *TVZ* 109 (1999) 22; R.R. van Leeuwen, G.H. Hunink, ‘Spiritual distress: een verpleegkundige diagnose?’, *Verpleegkunde* 15 (2000) 1, p. 41-49; R. Driebergen, *Aandacht voor zingeving en/of religie. Verpleegkundige zorg op het gebied van spiritualiteit*, Doctoraalscriptie verplegingswetenschap, Universiteit Maastricht, 2001.

M.W. Mauritz, opleidingsmanager verpleegkunde van de CHE, en dhr. H. Jochemsen, directeur van het Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut. Allen zijn eerder berokken geweest bij met onderzoek op het gebied van spiritualiteit en zorgverlening.

Opzet: vraagstelling, begrippen, aanpak

In overleg met Febe is door het Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut een van het projectvoorstel afgeleid werkplan opgesteld, dat na een eerste bespreking met de begeleidingscommissie op enkele kleine punten werd gepreciseerd en aangevuld (met name om ook naar enkele niet Engels- en Nederlandstalige publicaties alsmede ‘ego-documenten’ te kijken).

De centrale vraagstelling daarbij was:

Welke competenties moet een verpleegkundige bezitten om verpleegkundige interventies op het gebied van zorg voor spiritualiteit adequaat te kunnen uitvoeren?

Bij het literatuuronderzoek zou antwoord worden gezocht op de volgende vier deelvragen:

Welke verpleegkundige interventies/activiteiten op het gebied van zorg voor spiritualiteit worden er in de literatuur beschreven?

Welke eisen worden er in de literatuur aan de beroepsattitude van de verpleegkundige gesteld voor het adequaat uitvoeren van verpleegkundige interventies op het gebied van zorg voor spiritualiteit?

Welke organisatorische randvoorwaarden worden er in de literatuur beschreven voor het adequaat uitvoeren van verpleegkundige interventies op het gebied van zorg voor spiritualiteit?

Welke verpleegkundige competenties ten aanzien van het uitvoeren van interventies op het gebied van zorg voor spiritualiteit kunnen uit de analyse van de literatuur worden afgeleid?

De volgende werkdefinities werden gehanteerd voor een aantal cruciale begrippen:

Spiritualiteit: Het levensbeschouwelijk en religieus functioneren van de mens, waartoe ook de vragen van zingeving en zinervaring behoren.

Zorg voor spiritualiteit: zorg voor de spiritualiteit van de zorgvrager verleent door een professionele zorgverlener.

Verpleegkundige interventie: elke handeling die een verpleegkundige op grond van zijn deskundig oordeel en klinische kennis uitvoert ten behoeve van een zorgvrager.¹⁴ Het kan een direct op de zorgvrager gerichte handeling zijn of een indirecte handeling, zoals het verwijzen naar een andere zorgverlener. In dit onderzoek wordt hierbij specifiek bedoeld op de verwijzende rol van de verpleegkundige naar de geestelijk verzorger.

¹⁴ T. Schoot, P. Stevens, *Ontwerpen van zorg vanuit verpleegkundig perspectief*, Utrecht/Zutphen: ThiemeMeulenhoff, 2000.

Competenties: Een samenstel van complexe vaardigheden in de context van een beroepssituatie. Competenties zijn contextueel. Een competentie is afhankelijk van een juiste inschatting en beoordeling van situaties om kennis en vaardigheden op het goede moment en op een goede manier te hanteren. Synoniem voor bekwaamheid.¹⁵

Competentieprofiel: beschrijving van gewenst verpleegkundig gedrag en verpleegkundige attitude.¹⁶

De onderzoeksopzet bestond in een inventariserend literatuuronderzoek naar taken en competenties van verpleegkundige op het gebied van zorg voor spiritualiteit in binnen- en buitenlandse literatuur. De literatuurgegevens werden geordend in een ordeningskader dat de volgende categorieën bevat:

Zorgvragergebonden interventies en activiteiten. Deze zijn in een analyseschema verder uitgewerkt waarbij gebruik gemaakt is van de zorgvragergebonden taken uit het *Beroepsprofiel van de verpleegkundige*;¹⁷

De inhoud van de verwijzende taak van de verpleegkundige naar de geestelijk verzorger;¹⁸

Randvoorwaardelijke aspecten, zoals persoonlijke,¹⁹ en organisatorische aspecten.²⁰

Het ordeningskader is in een bijlage bij deze inleiding opgenomen.

Gegevensverzameling

Er werd begonnen met een literatuursearch op elektronische databases van Medline, Cinahl, Invert, Picarta en internet op de volgende zoektermen: verpleegkunde (*nursing, pflege*), spirituele zorg (*spiritual care*), competentie (*competence*), verpleegkundige interventies (*nursing interventions*), geestelijke verzorging (*Seelsorge*), verpleegkundig onderwijs (*nursing education*). Bij het zoeken naar literatuur is gezocht naar een mate van evenwicht in de herkomst van literatuur. Naast Engelstalige literatuur (waar relatief veel materiaal voor handen is), is expliciet gezocht naar Nederlandse en Duitstalige literatuur. Wat laatstgenoemde betreft is er gezocht via een contact in Duitsland. Dit heeft alleen reeds bekende literatuur opgeleverd. Via Picarta is een recente Duitse publicatie over geestelijke verzorging in relatie tot medische en verpleegkundige zorg verkregen en bij het onderzoek betrokken.

Van de verzamelde literatuur (28 artikelen en hoofdstukken) zijn schriftelijke samenvattingen gemaakt. De eerste onderzoeker heeft de informatie uit de samenvattingen vervolgens geordend in het ordeningskader zoals dat in het werkplan beschreven is. Vervolgens heeft een synthese van de geordende gegevens per categorie plaatsgevonden

¹⁵ Leistra et al. 2000, p. 39.

¹⁶ C. Pool-Tromp, F. Veltman-Van Vugt, S. tromp, *Met het oog op de toekomst: beroepscompetenties van HBO-verpleegkundigen*, Rotterdam: Hogeschool Rotterdam / Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn/NIZW, 2001.

¹⁷ Leistra et al. 2000.

¹⁸ A. Narayanasamy, 'ASSET: A model for actioning spirituality and spiritual care education and training nursing', *Nurse Education Today* 19 (1999), p. 274-285; W.M. Greenstreet, 'Teaching spirituality in nursing: a literature review', *Nurse Education Today* 19 (1999), p. 649-658.

¹⁹ Narayanasamy 1999; Greenstreet 1999.

²⁰ Leistra et al. 2000, p. 34-35.

waaruit vervolgens de verschillende competenties zijn gelabeld. Om de geldigheid en betrouwbaarheid van deze werkwijze te waarborgen en intersubjectiviteit vast te stellen is het proces ook uitgevoerd door de projectcoördinator als tweede onderzoeker.²¹ Deze zijn vervolgens vergeleken met de samenvattingen van de eerste onderzoeker. Vervolgens heeft de tweede onderzoeker alle samenvattingen (ook de door de eerste gemaakte) geordend in het ordeningskader. Deze zijn vervolgens met elkaar vergeleken. Uit bovengenoemde vergelijkingen bleek dat er in voldoende mate overeenstemming was tussen de uitwerking van de onderzoeker en de onderzoekscoördinator.

Dit materiaal is voorgelegd aan de begeleidingscommissie in haar tweede bijeenkomst. Daar werd geconstateerd dat de gemaakte samenvattingen en analyses in voldoende mate met elkaar overeenkwamen en dat geen nieuwe gegevens meer te zien waren ('saturatie'), zodat kon worden overgegaan naar de volgende onderzoeksfase. Dit betrof het wegen van de gevonden competenties en het opstellen van een competentieprofiel.

Om te beginnen werd besloten om competentieprofiel algemeen te houden in die zin dat niet apart zou worden onderscheiden naar zorgvragercategorie of zorgsetting. Hiervoor gaf de bestudeerde literatuur geen aanleiding. Verder leek het ordeningskader gedaan te hebben wat er van verwacht werd. De procesaspecten van competentiedomeinen in het beroepsprofiel, aangevuld met de samenwerking met de geestelijk verzorger, plus de persoonlijke en organisatorische voorwaarden, bleken een dekkend beeld te geven van de literatuur.

De competenties die in de literatuur werden gevonden werden vervolgens in het competentieprofiel opgenomen op grond van (a) het aantal malen dat de competentie genoemd werd in de literatuur, en (b) hun relatie tot het verpleegkundig proces. In het geval van (a) werden bijvoorbeeld enkele competenties op het gebied van spiritueel zelfbewustzijn en deskundigheid opgenomen en bij (b) vroeg evaluatie en gebruik van 'meetinstrumenten' de aandacht.

Consultatie formulering competenties

De beschrijving van de competenties is afgeleid van de wijze waarop de beroepscompetenties van HBO-verpleegkundigen zijn beschreven in *Met het oog op de toekomst*.²² De competentiebeschrijvingen bevatten:

Een beschrijving van gedrag

Aandachtspunten voor de effectiviteit

Beschrijving van situaties waarin dergelijk gedrag naar voren komt.

De concept-competentiebeschrijving werden ter beoordeling voorgelegd aan de volgende externe deskundigen:

- Mw. A.S.E. van Hooijdonck, directeur palliatief centrum Sophia Core, Ochten
- Dhr. G.J. Westrik, MScN, Opleidingsmanager Opleiding tot Verpleegkundige Gereformeerde Hogeschool Zwolle en auteur/onderzoeker op het gebied van spiritualiteit en zorg

²¹ D.B. Baarda, M.P.M. de Goede, J. Teunissen, *Kwalitatief onderzoek. Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*, Groningen: Stenfert Kroese, 2000, p. 189.

²² Pool-Tromp et al. 2001.

-
- Mw. Drs. A.C. Dribergen, Opleidingsdocent Opleiding tot Verpleegkundige Gereformeerde Hogeschool Zwolle en auteur/onderzoeker op het gebied van spiritualiteit en verpleegkundige zorg
 - Mw. Dr. M. Steemers-Van Winkoop, Hoofd Afdeling Geestelijke verzorging, Academisch Ziekenhuis Maastricht
 - Mw. Drs. F.M. Veltman-van Vugt, onderwijskundige van de Hogeschool Rotterdam en Omstreken en onderzoeker/auteur op het gebied van competentiegericht onderwijs. Naar aanleiding werden de competentiebeschrijvingen op enkele punten aangescherpt.

Bijlage I.

Orderingskader competenties in literatuursamenvattingen

ZORG VOOR SPIRITUALITEIT Interventies - activiteiten – voorwaarden
Artikel: Auteur: Jaar: Tijdschrift/boek: Uitgever:
A. Verpleegkundige interventies en activiteiten op het gebied van zorg voor spiritualiteit
A.1 observeren en signaleren
A.2 begeleiden
A.3 informeren en adviseren
A.4 preventie en voorlichting geven
A.5 coördineren
B. Verpleegkundige interventies en activiteiten gericht op verwijzing naar de geestelijke verzorger
C. Voorwaarden voor zorg voor spiritualiteit
C.1 Persoonlijke voorwaarden
C. 2 Organisatorische voorwaarden
Opmerkingen:

Bijlage II.

Model van spirituele thema's volgens Fitchett et al.²³

Geloof en betekenis

Bij dit aspect van *zingeving*, is het van belang om aandacht te geven aan objecten die voor de zorgvrager van symbolische betekenis zijn en aan de eventuele religieuze interpretatie daarvan. Ook *geloofsovertuigingen* en veranderingen daarin, de rol van religieuze tradities en het taalgebruik van de zorgvrager mogen hierbij niet uit het oog worden verloren

Roeping en gevolgen

De visie op *verplichtingen* die de zorgvrager moet vervullen en de plichten die hij heeft zijn vaak direct af te leiden van zijn/haar levensovertuiging. Denk ook aan ethische principes die dit gedrag stuurt. In ziekte of crisis, kan de visie op plichtsbesef bijdragen aan de 'geestelijke pijn' van de zorgvrager.

Ervaring en emoties

Dit aspect van *ervaring en emoties* kunnen blijvende invloed hebben op het leven van mensen, bijv. de bijna-dood ervaring. Verder is ook de algemene emotionele gesteldheid van de zieke van belang, dit zou verwijzen naar de 'sfeer' waarin hij/zij zin in zijn/haar leven schept.

Moed en groei

Het aspect *moed en groei* is een levenshouding die men aanneemt wanneer bestaande geloofsovertuigingen worden geconfronteerd met nieuwe levenservaringen
Het is de moed om vol te houden te midden van aanvechtingen

Rituelen en praktijken

Rituelen en praktijken hebben te maken met uitdrukkingsvormen waardoor de zin en het doel van het leven van de zorgvrager zichtbaar worden gemaakt. Het is van belang om veranderingen in het leven van de zorgvrager te signaleren

Leven in gemeenschap

De dimensie *leven in gemeenschap* verwijst naar de formele en informele gemeenschappen waarin overtuigingen, rituelen en praktijken gedeeld worden. Vastgesteld moet worden in welke mate die gemeenschappen in moeilijke tijden kunnen dienen als bronnen van steun. Ook de functie van de zorgvrager in die gemeenschappen is van belang: initiator, opponent, volgeling of meeloper?

Gezag en leiding

Het gaat hier om de vraag naar de plaats waar mensen 'goedkeuring' vinden voor hun geloof, roepingsbesef, rituelen en praktijken. Wat of wie heeft voor de zieke geestelijk *gezag*?

²³ Overgenomen uit Jochemsen et al 2002, p. 21-22. Zie ook Bouwer 1998, p. 81-91 en G. Fitchett, *Assessing Spiritual Needs. A Guide For Caregivers*, Augsburg: Fortress Press, 1993.

Bijlage III.

Verpleegkundige competenties voor zorg voor spiritualiteit

DOMEIN	COMPETENTIES	BRONNEN
Zelfhantering	<p>De verpleegkundige kan eigen waarden, overtuigingen en gevoelens hanteren in de relatie met zorgvragers met verschillende levensovertuigingen</p> <ul style="list-style-type: none"> • respect tonen voor de levensovertuiging van de zorgvrager: onbevooroordeeld jegens mensen, kerken en levensbeschouwelijke stromingen • reflecteren op de wisselwerking tussen eigen spiritualiteit (waarden en overtuigingen) en de reacties die de te verlenen/verleende zorg bij haar oproepen: bijv. gevoelens van onmacht, verdriet, angst voor ziekte, lijden en dood en de invloed van persoonlijke ervaringen) • open staan voor andere interpretaties dan de eigen, voorkomt het pathologiseren van spiritualiteit, voorkomt het opdringen van de eigen levensovertuiging aan de zorgvrager • herkennen en erkennen van persoonlijke grenzen in het omgaan met de spiritualiteit van de zorgvrager en deze verwoorden ten opzichte van de zorgvrager en in het team • tijdig en adequaat verwijzen naar een andere zorgverlener (bijv. collega of geestelijk verzorger) 	<p>Campinha, 1995, Eliens, 1996, Prins, 1996, Ross, 1996, Willemse, 1996, McSherry, 1997, O'Brien, 1999, Greenstreet, 1999, Westrik, 1999, Narayanasamy, 1999, Cone 1997, Steemers, 2001, v.d. Berg, 2001, Weiher, 2001, Driebergen, 2001, Borsjes, 2001, Taylor, 2002, Jochemsen, 2002</p>
	<p>De verpleegkundige kan op een betrokken wijze communiceren met zorgvragers uit verschillende culturen over hun spiritualiteit</p> <ul style="list-style-type: none"> • actief luisteren naar aspecten van 'gewone' spiritualiteit van de zorgvrager en naar spirituele aspecten in relatie tot zijn ziekte/handicap • accepteren van de ander, is betrokken, meelevend, geeft vertrouwen, is empathisch, echt, gevoelig, oprecht, belangeloos, nabij, raakt aan • relevante gesprekstechnieken toepassen (o.a. opvangen van de reactie van de zorgvrager op slecht nieuws en aspecten van transculturele communicatie) 	<p>Taylor, 1995, Stevens Barnum, 1996, Ross, Eliens, 1996, Prins, 1996, 1996, Leetun, 1996, Rijksen, 1999, O'Brien, 1999, Greenstreet, 1999, Narayanasamy, 1999, Westrik, 1999, Pieper en van Uden, 2000, Steemers, 2001, v.d. Berg, 2001, Ganzevoort, 2001, Brosjes, 2001, Veluw, 2001, Driebergen, 2001, Weiher, 2001, Lap, 2002, Jochemsen, 2002</p>
Spirituele dimensies van het verplegen	<p>De verpleegkundige kan informatie verzamelen over de spiritualiteit van de zorgvrager en in samenspraak met die zorgvrager de zorgvraag vaststellen</p>	<p>Campinha, 1995, Eliens, 1996, Prins, 1996, Greenstreet, 1999, Rijksen, 1999, O'Brien, 1999, Westrik, 1999,</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • informatie verzamelen, ordenen en verhelderen over de ‘gewone’ spiritualiteit: levensbeschouwelijke achtergrond, religieuze biografie, het levensverhaal, betekenis van mystieke en religieuze ervaringen, gebruiken, rituelen, symbolen en tradities op het dagelijks leven • vragen en/of observeren wat de invloed/betekenis is van de eigen spiritualiteit van de zorgvrager op de beleving van en het omgaan met de ziekte/handicap en welke invloed/betekenis de ziekte/handicap heeft op die spiritualiteit (o.a. signaleren non-verbaal gedrag en symbooltaal) • het gebruiken van meetinstrumenten/vragenlijsten bij een spiritueel assessment • kan de spirituele zorgvraag van de zorgvrager vaststellen en schriftelijk formuleren 	Pieper en van Uden, 2000, Ganzevoort, 2001, Borsjes, 2001, Driebergen, 2001, Weiher, 2001, Steemers, 2001, Jochemsen, 2002
	<p>De verpleegkundige kan in samenspraak met de zorgvrager en in overleg met andere disciplines zorg voor de spiritualiteit van de zorgvrager afstemmen en het eigen aandeel in die zorg plannen en schriftelijk vastleggen</p> <ul style="list-style-type: none"> • het schriftelijk en mondeling rapporteren over het spiritueel functioneren van de zorgvrager (zorgvraag, planning, uitvoering en evaluatie) en zorgdragen voor continuïteit in de zorg voor spiritualiteit • inschatten wie de benodigde zorg voor de spiritualiteit van de zorgvrager het beste kan verzorgen • indien gewenst de zorg voor spiritualiteit overdragen aan een verpleegkundige met dezelfde levensovertuiging als de zorgvrager • de zorgvrager indien gewenst verwijzen naar geestelijk verzorger (bij geloofs- en/of levensvragen, uitvoering rituelen) en ziet er op toe dat het contact wordt gelegd • zo nodig consulteren van een geestelijk verzorger bij vragen over de spirituele begeleiding van de zorgvrager 	Eliens, 1996, Prins, 1996, Ross, 1996, Stevens-Barnum, 1996, Willemse, 1996, Rijksen, 1999, Westrik, 1999, Pieper en v. Uden, 2000, V.d. Berg, 2001, Driebergen, 2001, Steemers, 2001, Weiher, 2001, Jochemsen, 2002
	<p>De verpleegkundige kan de zorg voor de spiritualiteit van de zorgvrager uitvoeren en die zorg in samenspraak met de zorgvrager en in het (multi)disciplinair overleg evalueren</p> <ul style="list-style-type: none"> • de zorgvrager helpen bij de continuering van diens spirituele gebruiken (‘gewone’ spiritualiteit) zoals o.a. rituelen, gebed, meditatie, lezen, muziek, of voert deze voor de zorgvrager uit • informatie geven over faciliteiten in de instelling (o.a. aanbod geestelijke verzorging, 	Taylor, 1995, Ross, 1996, Prins, 1996, Stevens Barnum, 1996, Leetun, 1996, Eliens, 1996, Rijksen, 1999, Westrik, 1999, Narayanasamy, 1999, O’Brien, 1999, Greenstreet, 1999, Pieper en v. Uden, 2001, Steemers, 2001, Veluw, 2001, Driebergen, 2001, v.d. Berg, 2001, Weiher, 2001, Jochemsen, 2002

	<p>stiltecentrum, vieringen)</p> <ul style="list-style-type: none"> • aandacht voor spiritualiteit bij de verlening van basiszorg aan de zorgvrager (o.a. klimaat/sfeer afdeling, bij de lichamelijke zorg, dagelijkse rituelen) • in gesprekken met de zorgvrager aandacht besteden aan diens gedachten en/of gevoelens die handicap, ziekte, lijden of dood oproepen • bespreken van levens- zingevingsvragen met de zorgvrager tegen de achtergrond van diens levensverhaal (o.a. angst en onzekerheid, leven in perspectief zetten, verhelderen levensvisie, incongruenties benoemen, ondersteunen bij verwerkingsproces, helpen bij beslissingen, ondersteuning bij zelfaanvaarding, weerbaarheid, afronden levensdoel/levensbalans, omgaan met doodswens/euthanasieverzoek, stimuleren er met anderen over te spreken) • bieden van hoop en troost (o.a. vragen naar toekomstplannen, helpen doelen stellen, is realistisch, aanmoedigen van plezier in het alledaagse, goede momenten gebruiken) • toepassen van ontspanningsoefeningen en complementaire interventies • zo nodig begeleiden van familie/bekenden op het gebied van spiritualiteit (o.a. informatie over faciliteiten in de instelling, zoals aanbod geestelijke verzorging, begeleiden bij communicatie met de zorgvrager, aandacht voor hun eigen gevoelens/gedachten) • in samenspraak met de zorgvrager nagaan of er in de zorgverlening voldoende aandacht is geweest voor het verhaal van de zorgvrager, of de spirituele zorgvraag goed gesteld is en of de zorg daar goed op afgestemd is geweest 	
<p>Kwaliteitszorg en deskundigheidsbevordering</p>	<p>De verpleegkundige levert een bijdrage aan de kwaliteitszorg en deskundigheidsbevordering op het gebied van zorg voor spiritualiteit binnen de zorginstelling</p> <ul style="list-style-type: none"> • stelt werkproblemen op het gebied van de zorg voor spiritualiteit aan zorgvragers aan de orde in intervisiegesprekken en coacht andere zorgverleners op dat gebied • doet beleidsaanbevelingen aan het management over zorg voor spiritualiteit • voert verbeterprojecten uit op het gebied van zorg voor spiritualiteit 	<p>Eliens, 1996, Prins, 1996, Willemse, 1996, Stevens-Barnum, 1996, Greenstreet, 1999, Borsjes, 2001, Steemers, 2001, Jochemsen, 2002</p>

DEEL II

COMPETENTIEBESCHRIJVINGEN VERPLEEGKUNDIGE ZORG VOOR SPIRITUALITEIT

René van Leeuwen

In dit deel worden achtereenvolgens de zes op basis van de literatuurstudie geformuleerde competenties beschreven volgens de richtlijnen van *Met het oog op de toekomst*. Dit houdt in dat ze voorafgegaan worden door situatiebeschrijvingen, gevolg door de kerncompetentie, aandachtspunten voor effectiviteit en uitkomst. Tevens worden ze in drie domeinen van de verpleegkundige beroepsverantwoordelijkheid gelokaliseerd. Het gaat in het kort om zes competenties, uitgebreid beschreven op de volgende pagina's.

1. De verpleegkundige kan eigen waarden, overtuigingen en gevoelens hanteren in de relatie met zorgvragers met verschillende levensopvattingen
2. De verpleegkundige kan op een betrokken wijze communiceren met zorgvragers uit verschillende culturen over hun spiritualiteit
3. De verpleegkundige kan informatie verzamelen over de spiritualiteit van de zorgvrager en in samenspraak met die zorgvrager de zorgvraag vaststellen
4. De verpleegkundige kan in samenspraak met de zorgvrager en in overleg met andere disciplines zorg voor de spiritualiteit van de zorgvrager afstemmen en het eigen aandeel in die zorg plannen en schriftelijk vastleggen
5. De verpleegkundige kan de zorg voor de spiritualiteit van de zorgvrager uitvoeren en die zorg in samenspraak met de zorgvrager en in het (multi)disciplinair overleg evalueren
6. De verpleegkundige levert een bijdrage aan de kwaliteitszorg en deskundigheidsbevordering op het gebied van zorg voor spiritualiteit binnen de zorginstelling

DOMEIN: ZELFHANTERING

Competentiebeschrijving 1.

De verpleegkundige kan eigen waarden, overtuigingen en gevoelens hanteren in de relatie met zorgvragers met verschillende levensovertuigingen

Situatiebeschrijvingen:

‘De verzorgster die mij vanmorgen hielp, had haar broer verloren. Daardoor konden we goed praten. Ze begreep wat ik doormaak’ (V.d. Berg, 2001)

‘Als je ziet wat hier gebeurt, dan word je met je neus op de feiten gedrukt. Dat je doodziek kan worden als je 25 of 30 jaar bent. Je hebt een jong gezin. Je bent met leuke dingen bezig, met een carrière en dan ineens komt er een kink in de kabel en het is afgelopen. Dat zie je hier op de afdeling, dat geeft je te denken.’ (Prins, 1996).

‘Het heeft ook met mijn waarden en normen te maken. Ik ben zelf gereformeerd opgevoed en ik ben er achter gekomen dat ik in mijn vragen over schuld en boete daar nog niet los van ben. Ik kan niet goed uit de weg met mensen die het allemaal heel religieus duiden. Ik weet heel goed waar ze het over hebben, maar ik wil me er tegen verzetten. Zodra het meer naar de humanistisch-filosofische kant toegaat, kan ik er meer mee (Prins, 1996)

Verpleegkundige: ‘Geloof u in God?’ Zij vroeg het met een bijna vrolijke blik. Ik verzorgde haar al een tijd en we hadden hierover nog nooit gesproken. Ik keek haar verbaasd aan. ‘Geloof u in God’? herhaalde ze vriendelijk maar beslist. Ik voelde dat ik bloosde. ‘Ik weet het niet, nooit over nagedacht’, mompelde ik. De vraag bleef me bij. Ik begon er over na te denken. Geloof ik in God? Ik weet het niet. Soms wel, soms niet. Maar wat betekent het dan: geloven in? Voor haar was het duidelijk. ‘God’, zei ze, ‘is voor mij een vertrouwde vreemde, ik weet niet veel van Hem maar ik weet wel dat ik me aan Hem kan toevertrouwen’. Zij leefde met een groot vertrouwen dat God haar in het leven had geroepen en haar aan het einde ook weer zou opwachten. Ik benijdde haar om haar vertrouwen (Steemers-Van Winkoop, 2001).

Verpleegkundige: Dat het verhaal van de zieke me geraakt had, had ik aanvankelijk niet in de gaten. Ik had wat aantekeningen gemaakt in het verpleegdossier: ze had geen familie, was ongehuwd en leefde al heel erg lang alleen in het ouderlijk huis. Ze was bang voor wat komen ging. In het eerste gesprek dat ik met haar had zei ze: ‘ik hoop dat God mij niet al te zeer op de proeft stelt, want ik weet niet of ik sterk ben, maar op Hem wil ik vertrouwen’. Die woorden hebben mij geraakt. ‘Op Hem wil ik wel vertrouwen’. Ik dacht er aan toen ik in de supermarkt boodschappen deed. ‘Hoe kan ze daar nou in vertrouwen?’ , dacht ik. ‘Hoe kan iemand zo’n sterk vertrouwen hebben?’ Ik bleef er mee bezig. Het maakte me onrustig en zelfs kriegel (Steemers-Van Winkoop, 2001).

Bij

het hanteren van eigen waarden, overtuigingen en gevoelens in relatie tot zorgvragers met verschillende levensovertuigingen

Gaat het om

- respect tonen voor de levensovertuiging van de zorgvrager: onbevooroordeeld jegens mensen, kerken en levensbeschouwelijke stromingen

-
- reflecteren op de wisselwerking tussen eigen spiritualiteit (waarden en overtuigingen) en de reacties die de te verlenen/verleende zorg bij de verpleegkundige oproepen: bijv. gevoelens van onmacht, verdriet, angst voor ziekte, lijden en dood en de invloed van persoonlijke ervaringen)
 - open staan voor andere interpretaties dan de eigen, voorkomt pathologiseren van spiritualiteit, voorkomt het opdringen van de eigen levensovertuiging aan de zorgvrager
 - herkennen en erkennen van persoonlijke grenzen in het omgaan met de spiritualiteit van de zorgvrager en deze verwoorden ten opzichte van de zorgvrager en in het team
 - tijdig en adequaat verwijzen naar een andere zorgverlener (bijv. collega of geestelijk verzorger)

Zodat

de zorg voor de spiritualiteit van de zorgvrager is gegarandeerd en aansluit bij diens behoeften.

DOMEIN: ZELFHANTERING

Competentiebeschrijving 2.

De verpleegkundige kan op een betrokken wijze communiceren met zorgvragers uit verschillende culturen over hun spiritualiteit

Situatiebeschrijvingen:

Ik kon niet meer bidden. Dat nam ik mezelf erg kwalijk. Ik schold mezelf uit voor slappeling en voor een gelovige op zon- en feestdagen. Het hielp niet. Ik was leeg van binnen. God leek zich te hebben teruggetrokken. Op een avond vertelde ik dat allemaal aan de nachtzuster. Ze luisterde, ze stelde vragen, leek het te begrijpen en hielp mij alles op een rijtje te zetten (Stemers-Van Winkoop, 2001).

Een zorgvrager wendde zich van iedereen af die binnenkwam. Hij wilde geen zorg. Hij was intens boos om zijn naderende dood. Hij voelde zich in de steek gelaten. Een verpleegkundige zei na enkele dagen: 'U hebt reden om boos te zijn. Ik probeer om vriendelijk voor u te zijn'. Ze zei het op een toon die openmaakte. Langzaam aan liet hij zorg toe (v.d. Berg, 2001)

Het is heel moeilijk om te vertellen wat de religieuze ervaringen precies zijn. Alles is heel helder, heel doorzichtig. Je zintuigen werken veel meer. Een religieuze ervaring is een heel prettige ervaring. 'Hier gaat het om, dit is de bedoeling'. Ze heeft jarenlang getwijfeld of het iets zieks is. Ze voelt zich er nu wat zekerder over. Ze heeft, hoewel niet iedereen dergelijke ervaringen kent, niet meer het gevoel dat het iets zieks is. Ze ziet het wel als iets waardevols. Maar ze is nog steeds zoekend naar hoe die ervaringen een plek te geven (In de geest van....2001).

'Want wat is begeleiden?' zegt een verpleegkundige: '60 tot 75% moet in jezelf zitten. Je kan iemand pas begeleiden als je in de persoon kruipt die je begeleiden moet. Als je beschikt over voldoende invoelingsvermogen' (Prins, 1996).

'Vooral in het begin had ik er behoefte aan dat de verpleegkundige eens rustig bij mij kwam zitten. Want ik had zoveel vragen: 'Wat overkomt mij eigenlijk en wat is mijn toekomst, waar ga ik naar toe?' Het is belangrijk dat je dat kan uiten, dat je het daarover kan hebben. Zij weet ook hoe ik kan reageren op de kuur en wat ik kan verwachten' (Prins, 1996).

Het was eigenlijk totaal onverwacht toen ik te horen kreeg dat ik kanker had. Ik zij tegen mijzelf: 'ik wil beter worden'. Het was als een stem van een ander die in mij klonk: 'ik wil beter worden'. Vanaf dat moment kon ik het weer aan. Waar die kracht vandaan kwam? Ik weet het niet. Maar wat ik wel weet is dat je blijkbaar op moeilijke momenten ergens diep in je een soort reserve hebt waaruit je kunt putten' (Stemers-Van Winkoop, 2001).

Hun oudste zoon was die middag overleden. Hij was hindoe. Na de verzorging van de overleden jongen zaten zijn ouders een tijdlang naast hem. Toen ik de kamer binnenkwam om te vragen of ik nog iets voor hen kon doen, vroegen zij mij hun overleden zoon van de kamer af te halen. Ik was heel verbaasd. Dat had ik niet verwacht. Ik begreep er ook niets van. Mijn verbazing was blijkbaar van mijn gezicht af te lezen. Zijn moeder keek mij aan en zei: 'Wij willen dat hij van ons vertrekt en niet andersom. Wanneer wij zouden weggaan dan zouden wij hem achterlaten. Dat willen we niet' (Stemers-Van Winkoop, 2001)

Ik had avonddienst. De zieke man had veel pijn. Ik bood aan de arts te waarschuwen voor pijnmedicatie. Dat hoefde niet. Hij wilde de pijn verdragen. Dit antwoord vond ik vreemd. Ik had altijd geleerd en begrepen dat pijn niet goed of niet nodig was en dat je het met alle middelen moest bestrijden. We raakten in gesprek: ‘Pijn heeft een betekenis die niet onbelangrijk is. Als je door de pijn heen kunt gaan zonder jezelf te verdoven kun je positief karma opbouwen. Pijn heeft niet alleen een oorzaak, maar ook een reden’ (Stemers-Van Winkoop, 2001).

Ik ben nu een maand ziek en kan voorlopig ook niet naar buiten. Ik voel mij niet geïsoleerd, want mijn vrienden bezoeken me regelmatig en het alleenzijn geeft me de gelegenheid na te denken en te mediteren. Ook kom ik meer toe aan het lezen in de heilige boeken. Voor een boeddhist is, net als voor veel andere gelovigen, het contact met de medemens belangrijk. Ook voor westerlingen is dat zo, maar jullie gaan er anders mee om. Jullie sturen een zieke kaarten. Maar de mooiste kaarten kunnen wel vriendschap symboliseren, maar niet vervangen. Je moet elkaar bezoeken (Stemers-Van Winkoop, 2001).

In de psychiatrie wordt volgens Amelie veel te weinig aandacht aan religie besteedt. Terwijl haar geschiedenis een heel duidelijk religieuze achtergrond aangeeft is er heel lang geen aandacht aan gegeven. Zelf denkt zij dat haar problemen als zij toendertijd over haar religieuze ervaringen had kunnen praten, niet zo lang geduurd zouden hebben. Wel is het zo dat er, door jarenlange gesprekken, zoveel oud leed opgeruimd is, dat er nu ruimte is ontstaan om over dit soort dingen te praten (In de geest van.....,2001).

‘In situaties wanneer het gaat om euthanasie of medicatie bij mensen die heel veel pijn lijden, stempel je soms je eigen waarden en normen op een patient. Zo van: ik vind eigenlijk dat dat niet meer kan. En dat gevoel is soms moeilijk te scheiden van wat de patient er zelf van vindt. We leggen, wanneer wij vinden dat de grenzen zijn bereikt, onze emoties en opvattingen te veel bij de zorgvrager. En het is zo individueel. Mensen kunnen heel tevreden zijn, terwijl ze zoveel pijn hebben en zo erg lijden. Die kunnen dat ook dragen, dat moet je respecteren. Af en toe zien ze het niet zitten en zeggen dan: ‘van mij hoeft het eigenlijk niet meer, waar doe ik het nog voor?’ En toch zeggen ze de volgende dag dan weer dat ze het fijn vinden dat het mooi weer is en dat ze daar eigenlijk nog wel van genieten’ (Prins, 1996).

Bij

een betrokken wijze van communiceren met zorgvragers uit verschillende culturen over hun spiritualiteit

Gaat het om

- actief luisteren naar aspecten van ‘gewone’ spiritualiteit van de zorgvrager en naar spirituele aspecten in relatie tot zijn ziekte/handicap
- accepteren van de ander, is betrokken, meelevend, geeft vertrouwen, is empathisch, echt, gevoelig, oprecht, belangeloos, nabij, raakt aan
- relevante gesprekstechnieken toepassen (o.a. opvangen van de reactie van de zorgvrager op slecht nieuws en aspecten van transculturele communicatie)

Zodat

de zorgvrager zich in zijn spirituele behoeften begrepen voelt en zijn gedachten en gevoelens over zijn spiritualiteit kan uiten.

DOMEIN: SPIRITUELE DIMENSIES VAN HET VERPLEGEN

Competentiebeschrijving 3.

De verpleegkundige kan informatie verzamelen over de spiritualiteit van de zorgvrager en in samenspraak met die zorgvrager de zorgvraag vaststellen

Situatiebeschrijvingen:

'Hoe is het voor u om hier gekomen te zijn?'

'Erg teleurgesteld'

'Zo voelt het voor u? Erg teleurgesteld.'

'Ik ben nog zo jong, nog maar 55.'

'Hebt u een kerkelijke achtergrond?'

'Nee en ook nooit gehad'

'Steun ondervind ik van mijn vrouw, familie en vrienden.'

'Wat hoopt u hier te vinden, behalve zorg en hulp.'

'Gezelschap.' *'Een gesprek doet me goed'* (v.d. Berg, 2001)

Zieke moslim: 'Ik weet wel dat ik nu niet hoeft te vasten en dat ik later, wanneer ik beter ben, mag in halen, maar dat wil ik niet. Door te vasten ben ik ook heel sterk verbonden aan mijn gezin, mijn familie, mijn geloofsgenoten. Door te vasten versterk je de eenheid onder elkaar. Jullie westerlingen denken dat vasten alleen maar een grote last is, maar dat is het niet. Het is moeilijk, maar het is ook goed om te vasten, om je te reinigen. Het samen eten in de avond of 's morgens vroeg heeft een bijzondere sfeer. Het is dan echt feest. Het is allemaal feest wanneer we de ramadan hebben volbracht. Nee, vasten in je eentje, dat kan eigenlijk niet' (Steemers-Van Winkoop, 2001)

Mevrouw N: 'Ik ben vanaf mijn geboorte opgegroeid met in Evangelische Broedergemeente. Door mijn ouders kwam ik ermee in aanraking. Elke dag werd een dagboektekst gelezen. Bidden voor en na het eten en voor het slapen gaan. Ik bid nog steeds. Ik ben nu opgenomen. Ik heb geen contact met iemand over het geloof. Bij de eerste opname wel. Ik zou het op prijs stellen om ook over het geloof te kunnen praten. Religie komt niet ter sprake, ik zou dit wel willen. Een behandelaar met hetzelfde geloof zou wel goed zijn, maar het is geen verplichting' (In de geest van...2001).

Ik heb bij een Hindoestaans gezin gewerkt. Aanvankelijk moest ik er erg aan wennen. Zij waren hindoe en dat was voor mij helemaal anders dan ik gewend was. Zodra ik in huis was vroegen zij mij of ik er bezwaar tegen had mijn schoenen uit te doen. Ze hadden sloffen voor mij klaargezet. Er was ook een speciale kamer in het huis waar ik niet mocht komen. Zij lieten mij die kamer de eerste dag zien. Het was een gebedsruimte die voor hen heel belangrijk was. Ik vond het mooi zoals het geloof in hun leven een zichtbare plaats innam. Er was letterlijk ruimte voor God (Steemers-Van Winkoop, 2001).

'We vragen het eigenlijk heel voorzichtig, omdat niet iedereen er prijs op stelt dat een verpleegkundige dat soort dingen weet. Dus we vragen het eerst zo: 'Stelt u het op prijs dat we uw levensbeschouwing vermelden? Misschien zijn er wel momenten dat we rekening moeten houden met uw levensovertuiging. Misschien bent u gebonden aan een bepaald dieet, misschien wilt u 's zondags de kerkdienst meemaken, misschien wilt u met een geestelijke praten' (Prins, 1996).

Op het tafeltje naast haar bed stond een tabaksdoosje. Het was een doosje waarin volgens het opschrift zware pijptabak zat. Ik vond het vreemd dat het er stond. Ik kon mij niet voorstellen dat deze dame pijp rookte. Meteen dacht ik dat er wel iets anders in zou zitten. Ze keek me glimlachend aan. Ze zie: 'ik ben nu tien jaar weduwe. Mijn man is vrij plotseling overleden. Hij was een fervent roker van deze pijptabak. Dit was het doosje dat hij nog gebruikte de dag dat hij stierf. Sinds die dag heb ik het altijd zuinig bewaard. Ik mis hem nog elke dag en wanneer ik te veel verdriet heb dan open ik dat tabaksdoosje. Ik ruik dan weer de geur van toen, de geur van gezelligheid, huiselijkheid, samenzijn en geluk. De tabaksdoos is heel belangrijk voor me geworden. Vaak is het voldoende als ik hem oppak. Dan is mijn man weer even aanwezig. Dan kan ik de dag weer aan' (Steemers-Van Winkoop, 2001).

Bij

het verzamelen van informatie over de spiritualiteit van de zorgvrager en het in samenspraak met de zorgvrager vaststellen van de zorgvraag

Gaat het om

- informatie verzamelen, ordenen en verhelderen over de 'gewone' spiritualiteit: levensbeschouwelijke achtergrond, religieuze biografie, het levensverhaal, betekenis van mystieke en religieuze ervaringen, gebruiken, rituelen, symbolen en tradities op het dagelijks leven
- vragen en/of observeren wat de invloed/betekenis is van de eigen spiritualiteit van de zorgvrager op de beleving van en het omgaan met de ziekte/handicap en welke invloed/betekenis de ziekte/handicap heeft op die spiritualiteit (o.a. signaleren non-verbaal gedrag en symbooltaal)
- het gebruiken van meetinstrumenten/vragenlijsten bij een spiritueel assessment
- de spirituele zorgvraag van de zorgvrager vaststellen en schriftelijk formuleren

Zodat

een zodanig analyse van de situatie van de zorgvrager kan worden gemaakt dat een eventuele zorgvraag van de zorgvrager aansluit bij diens behoefte

DOMEIN: SPIRITUELE DIMENSIES VAN HET VERPLEGEN

Competentiebeschrijving 4.

De verpleegkundige kan in samenspraak met de zorgvrager en in overleg met andere disciplines zorg voor de spiritualiteit van de zorgvrager afstemmen en het eigen aandeel in die zorg plannen en schriftelijk vastleggen

Situatiebeschrijvingen:

Ik ben nu te veel ad hoc en hap snap bezig. Het zou zo moeten zijn dat de verpleegkundige, aan de hand van een bepaalde diagnose, de diensten van de geestelijke verzorging aanbiedt, waar de zorgvrager op in kan gaan en waar je de met zorgvrager mee op weg kunt gaan. Nu komt het pas bij mij (geestelijk verzorger) als het een probleem gaat geven. En dat probleem was al eerder een moeilijk iets, alleen viel het niet op temidden van alle andere moeilijke dingen die er zijn' (Prins, 1996).

'Voorwaarde voor een adequate verwijzing is dat de verpleegkundige in haar coördinerende rol niet alleen een verzoek richt tot de geestelijke verzorging, maar dat zij daar aan voorafgaand overlegd heeft met de desbetreffende zorgvrager (Prins, 1996).

'Wanneer mensen hun ziek-zijn beschouwen als een straf van God voor iets wat ze in het verleden hebben gedaan, als ziek-zijn geduid wordt als straf in religieuze zin, dan haal ik daar een pastor of dominee bij. Dus wanneer de geestelijke achtergrond die mensen hebben een rol gaat spelen. Dat raakt religieuze thema's, en dat is mijn terrein niet' (Prins, 1996).

'Het aanbod van geestelijke verzorging zou gedurende het verblijf van de zorgvrager, indien nodig, herhaald aan de orde gesteld moeten worden' (Prins, 1996).

'Op dit moment volg ik binnen een instelling een bijbelgroep onder leiding van een geestelijk verzorger. Tot nu toe durfde ik moeilijk te spreken over religieuze ervaringen, omdat ze vaak makkelijk als 'ziek' gelabeld werden en omdat ik zelf ook onzeker was over het 'gezonde' er in. Het praten over dit soort ervaringen heb ik als een soort bevrijding ervaren (In de geest van...,2001).

Mevrouw B: 'In de kliniek werden door een geestelijk verzorger muziekluisterochtenden georganiseerd, wat voor mij een verademing was ten opzichte van de reguliere behandeling. Het werd gegeven in een prettige zolderruimte, waar je ook kaarsjes op kon steken, een soort stiltecentrum. Ik heb hier veel baat bij gehad. Niet zozeer tijdens mijn depressie, maar tijdens mijn manische periode vond ik het heerlijk. Er kwam bij mij van alles los, inclusief huilbuien. Ik had ook wekelijkse gesprekken met deze geestelijk verzorger over wat mij bezighield en soms over religie, soms over muziek (In de geest van....2001).

'Er was hier een oudere man die veel heeft meegemaakt. Hij had kanker en het was uitzichtloos. Hij was zeer religieus. Een aantal jaren geleden heeft hij zijn vrouw verloren en dat verlies van zijn vrouw heeft hij nooit goed kunnen verwerken. Hij was in een stadium terecht gekomen dat voor hem het leven niet meer zoveel zin had. Hij wilde een euthanasieverzoek indienen, maar kwam daardoor in conflict met zijn religieuze beleving: 'ik kan geen euthanasieverzoek indienen, want wat wordt er daarboven over gedacht? Als ik dat doe, dan kom ik op een heel andere afdeling in de hemel als mijn vrouw en dan zie ik haar helemaal

nooit meer'. Kortom, een gewetensconflict. Ik kon die man bij dat conflict niet verder helpen. Ik vroeg of hij het prettig zou vinden om daar eens met een pastor over te praten. Ja, zei hij. En dat was heel goed. Dat heeft hij erg gewaardeerd. Niet dat al zijn problemen waren opgelost maar er kwam rust in die man en hij is naar huis gegaan. (Prins, 1996).

Bij

het in samenspraak met de zorgvrager en in overleg met ander disciplines afstemmen van de zorg voor de spiritualiteit van de zorgvrager en het eigen aandeel van die zorg plannen en schriftelijk vastleggen

Gaat het om

- het schriftelijk en mondeling rapporteren over het spiritueel functioneren van de zorgvrager (zorgvraag, planning, uitvoering en evaluatie) en zorgdragen voor continuïteit in de zorg voor spiritualiteit
- inschatten wie de benodigde zorg voor de spiritualiteit van de zorgvrager het beste kan verzorgen
- de zorg voor spiritualiteit indien gewenst overdragen aan een verpleegkundige met dezelfde levensovertuiging als de zorgvrager
- de zorgvrager indien gewenst verwijzen naar geestelijk verzorger (bij geloofs- en/of levensvragen, uitvoering rituelen) en ziet er op toe dat het contact wordt gelegd
- zo nodig consulteren van een geestelijk verzorger bij vragen over de spirituele begeleiding van de zorgvrager

Zodat

de multidisciplinaire zorg voor de spiritualiteit van de zorgvrager is gewaarborgd en aansluit bij de behoeften van die zorgvrager.

DOMEIN: SPIRITUELE DIMENSIES VAN HET VERPLEGEN

Competentiebeschrijving 5.

De verpleegkundige kan de zorg voor de spiritualiteit van de zorgvrager uitvoeren en die zorg in samenspraak met de zorgvrager en in het (multi)disciplinair overleg evalueren

Situatiebeschrijvingen:

Het minste wat je als professional hoort te doen is aangeven dat, als een zorgvrager dat zou willen, er bij ons een mogelijkheid is om over sterven en doodgaan te praten. Je zou dat bij iedereen moeten doen. Aangeven dat de mensen over de dood kunnen praten. En niet alleen er over praten met mensen die dood gaan. Je moet het bij zorgvragers uit de taboesfeer halen (Prins, 1996).

Nog nooit heb ik het aangedurfd dit verhaal aan iemand te vertellen. In het begin mocht het niet. Mijn man zei bij de dood van ons kindje dat het geen zin had er over te praten. 'Je haalt haar er niet mee terug, je trekt alleen wonden open, zei hij steeds. Ik heb vanaf die tijd gezwegen. Maar daarmee verdween mijn verdriet niet, integendeel, het werd steeds sterker. Het leek wel alsof het verdriet zich in mij had vastgebeten. Ik kon haar sterven niet aanvaarden, niet een plaats geven in mijn leven. Zij was mijn dochtertje, de zin van mijn bestaan. Nu ik mijn verhaal heb mogen vertellen voel ik die pijn weer, maar tegelijk voel ik ook dat het me goed doet. Het wordt lichter in mij. Het was niet goed om altijd maar op te kroppen. Laat het maar vrij komen, dan kan ik misschien ook vrij worden (Steemers-Van Winkoop, 2001).

Op de afdeling werd een zorgvrager verpleegd in de laatste week van zijn leven. Hij was gehuwd met een Nederlandse vrouw. Samen hadden ze een kind. Er waren de laatste paar jaar veel spanningen geweest die hadden geleid tot een scheiding, maar nu hij stervende was wilde zij hem niet in de steek laten. Hij was een meelevende moslim. Zij was van huis uit wel kerkelijk meelevend maar nu niet meer. De eigen gewoonten van de moslimgemeenschap bij het levenseinde en de positie van de vrouw daarin waren moeilijk te verteren voor haar. Ze voelde zich buitengesloten. Ze had veel vragen over het omgaan met haar kind. Ik leende haar het prentenboek: 'De drie vogels'. Ze vertelde me dat haar kind haar gedurende enkele weken, iedere avond vroeg om het voor te lezen voor het slapen gaan (v.d. Berg, 2001)

Ik verzorgde hem al maanden. Uit de status wist ik wel iets over zijn leven, maar hij was erg gesloten. Toen ik nachtdienst had lag hij te huilen. Ik had bij hem nog geen enkele emotie gezien en was heel verrast. Ik schrok ook van zijn huilbui. Ik liep op het bed toe, legde mijn hand op zijn schouder en vroeg: 'kan ik iets voor u doen?' Hij schudde zijn hoofd, niet in staat iets te zeggen. Ik vroeg me af wat ik zelf op zo'n verdrietig moment zou willen dat een ander voor mij deed. Terwijl ik daar stond, zag ik dat zijn glas leeg was. 'Wilt u een glaasje water?', vroeg ik. Hij knikte. Ik haalde een glas fris water en zette dat naast hem. Ik legde ook wat tissues erbij en ging zachtjes weg. Na een half uur belde hij. Hij bedankte mij voor het water en de tissues en toen begon hij te praten. Hij heeft ook de volgende nachten veel gepraat. Ik mocht hem leren kennen. Nooit zal ik die man en zijn geschiedenis vergeten (Steemers-Van Winkoop, 2001)

Chronisch zieke: 'Ik kan steeds minder. Toen ik hoorde dat ik deze ziekte had en dat die nooit meer zou overgaan heb ik veel verdriet gehad. Ik was ook kwaad: 'Waarom ik?', dacht ik maar spreken met God is belangrijk geworden voor mij. Mijn gesprekken met God geven me kracht en inzicht. Ik wordt er sterker door en zie dat ook mijn leven voor mijzelf en voor anderen van waarde is. Geloven is daardoor voor mij heel belangrijk geworden. Het heeft te maken met vertrouwen dat Hij er voor mij is en dat ik zelfs in het diepste dal in mijn leven door Hem wordt gezien en gesteund. (Steemers-Van Winkoop, 2001)

Hij was onrustig. Zij handen bleven in beweging. Ik vroeg mij af wat ik als verpleegkundige voor hem kon doen. Praten kon niet meer. We hadden een goed contact gehad. Uit de gesprekken herinnerde ik me dat hij een gebedssnoer bij zich had. Hij was moslim en daarom was me dat kleine gebedssnoer opgevallen. We hadden samen over het gebedssnoer en het gebed gesproken. Ik keek in de la van zijn kastje en daar lag het. Ik nam het eruit en legde het in zijn hand. Hij werd rustig. Ik zag dat zijn lippen woorden vormden. Hij bad. 'Wie bid is bij God, had hij eens tegen mij gezegd. Ik zag nu dat dat waar was' (Steemers-Van Winkoop, 2001).

Wanneer een zorgvrager met algehele bedrust de dagelijkse wasbeurt krijgt, is de aandacht van de verpleegkundige in eerste instantie gericht op de conditie van de zorgvrager en de aard van de ziekte. Tijdens het wassen verneemt zij ook hoe het met de zorgvrager gaat en hoe het wassen door de patient wordt ervaren. De wijze waarop de zorgvrager de wasbeurt ondergaat wordt naast relationele en sociaal-culturele factoren ook bepaald door de wijze waarop de zorgvrager het ziek-zijn ervaart, bijvoorbeeld wanneer de situatie medisch gezien ernstig is. Stelt de zorgvrager dan nog wel belang in wasbeurten en hygiëne, of heeft ze geen hoop meer op een goede afloop? Welke rol speelt haar levensovertuiging in de beoordeling van de situatie? Hoe moet de verpleegkundige zulke zaken beoordelen? (Westrik 1999a)

De heer Giemans heeft leukemie. Hij is opgenomen in het algemeen ziekenhuis en hij gaat snel achteruit. Op een dag vraagt hij of hij zondag naar de kerk toe kan. Hij was katholiek maar was de laatste jaren geen regelmatig bezoeker van de kerk. 'Ik merk dat ik steeds vaker de behoefte krijg om te praten in stilte. Soms is dat tegen God' zei hij eens. Hij had een kinderbijbel op de kamer liggen. En soms vroeg hij een verpleegkundige hieruit voor te lezen. Hij was te moe om zelf een stukje te kiezen. Ook het kerkbezoek putte hem uit, maar hij zei het heel fijn gevonden te hebben met andere zieke mensen samen de dienst bij te wonen en te bidden (Eliens en Frederiks, 2000).

'En dan mijn gebeden. Wat gebeurt er met mijn gebeden in 's hemelsnaam? Komt mijn stamelend smeken niet verder dan het plafond van mijn slaapzaal? Wat heeft God met mij voor, en is er überhaupt wel de Vader, de God van mijn jeugd, die ik meende te kennen? Met wie ik vertrouwelijke omgang had? Is Hij er wel, die liefdevolle Heer, met Wie ik altijd, zolang ik mij kan heugen, op de voet stond? (Gardeniers, 1995)

Voorals als zij late dienst en de meeste zorgvragers al in bed lagen, nam ze als het maar even kon de tijd met mij in het zitje te praten. Over haar werk, mijn gezin en mijn werk als illustrator, en soms ook over mijn ziekte. Maar vaker nog over bepaalde boeken die we allebei hadden gelezen en over het geloof in God. Ook over mijn twijfels sprak ik met haar, en omgekeerd vertelde zij over haar problemen. Om kort te gaan: Ella en ik spraken op een zelfde golflengte, als gelijkwaardige mensen. Harmonisch en bevredigend. Soms deed ze me zelfs mijn deplorabele toestand vergeten. Voor even (Gardeniers, 1995).

Een dochter van en zorgvrager: 'Ik huil niet om het sterven van mijn moeder, maar om alles wat er gebeurd is. Dat ik nooit bedankt ben. Dat ik nooit het gevoel heb gehad dat ik er echt mocht zijn. Ik huil meer om wie ze niet was en wat ik zo verlangd had dat ze wel zou zijn' (v.d. Berg, 2001)

'Een van de zorgvragers op de unit voor palliatieve terminale zorg had als laatste wens om in zijn geboorteplaats Scheveningen het Panorama Mesdag te bezoeken, omdat hierop het geboortehuis van zijn moeder staat afgebeeld. Het werd zijn laatste reis naar buiten, samen met zijn broer en vrienden. Het was vermoeiend, maar hij had het niet willen missen' (v.d. Berg, 2001)

Bij

het uitvoeren van de zorg voor de spiritualiteit van de zorgvrager en het in samenspraak met de zorgvrager en in het (multi)disciplinair overleg evalueren daarvan

Gaat het om

- de zorgvrager helpen bij de continuering van diens spirituele gebruiken ('gewone' spiritualiteit) zoals o.a. rituelen, gebed, meditatie, lezen, muziek, of voert deze voor de zorgvrager uit
- informatie geven over faciliteiten in de instelling (o.a. aanbod geestelijke verzorging, stiltecentrum, vieringen)
- aandacht hebben voor spiritualiteit bij de verlening van basiszorg aan de zorgvrager (o.a. klimaat/sfeer afdeling, bij de lichamelijke zorg, dagelijkse rituelen)
- in gesprekken met de zorgvrager aandacht besteden aan diens gedachten en/of gevoelens die handicap, ziekte, lijden of dood oproepen
- bespreken van levens- zingevingsvragen met de zorgvrager tegen de achtergrond van diens levensverhaal (o.a. angst en onzekerheid, leven in perspectief zetten, verhelderen levensvisie, incongruenties benoemen, ondersteunen bij verwerkingsproces, helpen bij beslissingen, ondersteuning bij zelfaanvaarding, weerbaarheid, afronden levensdoel/levensbalans, omgaan met doodswens/euthanasieverzoek, stimuleren er met anderen over te spreken)
- bieden van hoop en troost (o.a. vragen naar toekomstplannen, helpen doelen stellen, is realistisch, aanmoedigen van plezier in het alledaagse, goede momenten gebruiken)
- toepassen van ontspanningsoefeningen en complementaire interventies
- zo nodig begeleiden van familie/bekenden op het gebied van spiritualiteit (o.a. informatie over faciliteiten in de instelling, zoals aanbod geestelijke verzorging, begeleiden bij communicatie met de zorgvrager, aandacht voor hun eigen gevoelens/gedachten)
- in samenspraak met de zorgvrager nagaan of er in de zorgverlening voldoende aandacht is geweest voor het verhaal van de zorgvrager, of de spirituele zorgvraag goed gesteld is en of de zorg daar goed op afgestemd is geweest

Zodat

de zorgvrager deskundige verpleegkundige zorg krijgt die aansluit bij zijn spirituele behoeften

DOMEIN: KWALITEITSZORG EN DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING

Competentiebeschrijving 6.

De verpleegkundige levert een bijdrage aan de kwaliteitszorg en deskundigheidsbevordering op het gebied van zorg voor spiritualiteit binnen de zorginstelling

Situatiebeschrijvingen:

‘Voor de buitenwacht word je als ziekenhuis beroemd omdat je publicaties op je naam hebt staan en over goede onderzoeken beschikt. Wij zijn het beste academisch ziekenhuis. Daarnaast scoort een goede zorgvragersbehandeling in de beroepsgeboten-sfeer. Wanneer dat ten koste gaat van wat die behandeling voor de patient betekent, dan ben je verkeerd bezig. Het ziekenhuis krijgt wel een warenonderzoek of je hoteldienst goed functioneert, maar wat zich afspeelt in de dialoog tussen arts en zorgvrager en verpleegkundige en patient, dat scoort minder makkelijk naar buiten toe. Dat is een interne score. Afhankelijk van wie hier leiding geeft wordt daar aandacht aan geschonken. Maar wanneer er geen toenemende aandacht komt voor de persoonlijke zorg voor mensen, dan mogen we ons niet als ‘topziekenhuis’ beschouwen (Prins, 1996).

We hebben elke twee maanden een groepsgesprek. Iedereen brengt bij toerbeurt een ervaring in. Eerst dachten we dat het heel moeilijk zou zijn. Het gaat tenslotte om de zieke, maar tegelijk ook om je eigen functioneren in het kader van spiritualiteit. Gaandeweg hebben we ontdekt dat spreken over wat de zieke meemaakt, hoe je met hem omgaat, wat je zegt en hoe je het zegt, ook heel boeiend en zelfs leuk kan zijn. De grootste fout die we maken is dat we, ook op spiritueel gebied, te snel hulpverlener willen zijn en adviezen geven. Het is een geweldige les die we iedere keer van elkaar krijgen. We leren ook dat we eigenlijk allemaal voor dezelfde vragen staan en dezelfde twijfels hebben (Steemers-Van Winkoop, 2001).

Bij

kwaliteitszorg en deskundigheidsbevordering op het gebied van zorg voor spiritualiteit binnen de zorginstelling

Gaat het om

- aan de orde stellen van werkproblemen op het gebied van de zorg voor spiritualiteit aan zorgvragers in intervisiegesprekken en coachen van andere zorgverleners op dat gebied
- doen van beleidsaanbevelingen aan het management op het gebied van zorg voor spiritualiteit
- uitvoeren van verbeterprojecten op het gebied van zorg voor spiritualiteit

Zodat

zorg voor spiritualiteit structureel is ingebed in de zorginstelling.

DEEL III

SAMENVATTINGEN BESTUDEERDE LITERATUUR

René van Leeuwen

J.Z.T. Pieper, M.H.F. van Uden, Geestelijke verzorging op Van Gogh, Onderzoek onder clienten van het Vincent van Gogh Instituut (GGZ) naar hun geloof/levensbeschouwing en hun behoefte aan geestelijke verzorging, Vincent van Gogh, 2000

Het betreft een onderzoek onder hoofdzakelijk christelijke zorgvragers. Hier wordt alleen ingegaan op het deel dat betrekking heeft op de rol van de verpleging. Wat verwacht men van het instituut in het algemeen m.b.t. geloof en levensbeschouwing:

Tijdens intake vragen naar geloofs/levensbeschouwelijke achtergrond (65%)

In gesprekken met behandelaars (43%)

In gesprekken met verpleegkundigen (53%)

Oordeel over contacten met de verpleegkundigen: 57% goed - heel goed

Aangegeven wordt dat de verpleegkundige een cruciale rol heeft bij het bespreekbaar maken van geloof/levensbeschouwing

De volgende aanbevelingen worden gedaan:

- bij de intake moet de geloof/levensbeschouwing van de zorgvrager in kaart gebracht worden. Dit dient vervolgen geplaatst te worden in het totale levensverhaal.
- Uit het onderzoek blijkt dat geloof/levensbeschouwing een belangrijke positieve bijdrage levert aan het omgaan met psychische problemen en het existentieel welbevinden. Zorgverleners zouden hier meer oog voor moeten hebben
- bijna de helft van de ondervraagden is voorstander van verwijzing van behandelaars en verpleegkundigen naar de geestelijk verzorger. Daarbij verdient het aanbeveling dat verwijzers zich realiseren dat het in het gesprek met de geestelijk verzorger niet altijd over 'geloof' hoeft te gaan, maar dat het ook over belangrijke levensvragen kan gaan. Bovendien is er een groep (24%) die een 'richtinggevend' geloof kwijt is en daaronder lijdt. Ook deze groep zou gebaat zijn bij doorverwijzing naar de geestelijk verzorger.

M. Borsjes, I. van Eerd, A. Sisselaar, B. Verhaar, M. Vink, In de geest van..., Clienten over levensbeschouwing, Amsterdams Patienten/Consumenten platform, 2001

Het betreft een onderzoek (clientenpanel) onder clienten van GGZ Amsterdam. Over hun huidige levensbeschouwing zeggen zij het volgende:

- Vrijwel alle deelnemers hebben belangstelling voor levensbeschouwing (meer dan de helft voor godsdienst)
- Voor meer dan helft hebben levensbeschouwelijke zaken veel te maken met hoe ze in het leven staan
- De helft bid (wel eens); 1/3 mediteert
- 25% is aangesloten bij een levensbeschouwelijke of religieuze gemeenschap

Over de relatie tussen levensbeschouwing en psychiatrische problematiek wordt het volgende gezegd:

- voor bijna 50% heeft de vroegere levensbeschouwing bijgedragen aan problemen (normen, waarden, godsbeeld)
- mensen uit andere culturen kunnen geleid worden door of lijden onder geesten

Over steun die men ondervindt van de levensbeschouwing bij hun problemen zegt men:

- 75% ondervindt momenteel steun van hun huidige levensbeschouwing of religie bij het omgaan met problemen: men heeft vooral het gevoel door het geloof zelf iets aan de problemen te kunnen doen
- de levensbeschouwing is leidraad voor het leven

- de geloofsgemeenschap biedt geborgenheid, warmte
- men heeft steun aan bidden, mediteren, rituelen

Over de relatie tussen de GGZ en levensbeschouwing wordt opgemerkt:

- de meerderheid van de ondervraagden verlangt naar een behandeling waarin aandacht is voor levensgeschiedenis en geloof/levensbeschouwing
- bij 50% komt levensbeschouwing niet aan de orde
- er is onvoldoende tijd voor
- de meerderheid van de ondervraagden gelooft dat behandelaar levensbeschouwing respecteert
- bijna de helft merkt niets van levensovertuiging van behandelaar. Als men er wel iets van merkt vindt de meerderheid dat het positief uitwerkt
- een aanzienlijk deel van de clienten heeft mystieke en/of religieuze ervaringen. Deze worden soms niet verteld, omdat ze niet weten hoe de behandelaar deze zou interpreteren. Zij kunnen het moeilijk een plaats geven
- het oordeel over de geestelijke verzorging is wisselend
- er is geen integratie tussen behandeling en geestelijke verzorging

De volgende aanbevelingen worden gedaan:

- uitgangspunt moet zijn vraaggestuurde zorg
- in de behandeling moet, indien gewenst, de levensgeschiedenis en levensovertuiging worden betrokken
- mystiek en religieuze ervaringen moet men niet bij voorbaat zien als ziekteverschijnselen. Hier moet over gepraat kunnen worden en indien gewenst met de client naar de inhoud van die beleving gekeken worden

M. v.d. Aart-Kouwenhoven, Thuiszorg en levensbeschouwing, een onderzoek binnen vier instellingen in de thuiszorg, Missiologisch Instituut, Heerlen, 1996

Het betreft een onderzoek naar:

- de wensen, behoeften, en problemen van clienten betreffende de levensbeschouwelijke aspecten van de ontvangen zorg
- het verkrijgen van informatie over de ervaringen, wensen, behoeften en problemen van uitvoerend zorgverleners betreffende de levensbeschouwelijke aspecten van de geboden zorg

Thuiszorginstellingen in de volgende regio's hebben geparticipeerd in het onderzoek: Den Haag, Midden Limburg, Westelijke Mijnstreek, Noord-West Utrecht.

In Limburg en Utrecht betrof het in merendeel christelijke clienten. In Den Haag was 23% Islamiet en 70% Hindoe.

78% van de respondenten vindt levensbeschouwing zeer of wel belangrijk in hun leven (in Den Haag was dat 98%). Op de vraag of levensbeschouwing van invloed is op dagelijks leven werd als volgt geantwoord:

Limburg/Utrecht: 51% ja

Den Haag: 91% ja

Dit komt vooral tot uitdrukking in de omgang met anderen en in manier van omgaan met ziekte en gezondheid.

Bijna de helft van de clienten van Limburg/Utrecht is bekend met de levensbeschouwing van de zorgverlener (Den Haag 1/3). Zij weten dit vooral als levensbeschouwing overeenkomt tussen de client en de zorgverlener. De meeste clienten weten niet of levensbeschouwing belangrijk is voor de zorgverlener. De zorgverleners respecteren de levensbeschouwing van de clienten. Zorgverleners praten met clienten vooral over: ouder worden, eenzaamheid en afhankelijkheid.

Of er in de intake aandacht is voor levensbeschouwing wordt verschillend gewaardeerd. M.n. hindoe- en moslimclienten spreken voorkeur er voor uit.

1/5 heeft voorkeur voor een zorgverlener met zelfde levensbeschouwing.

In gesprekken met zorgverleners kwam het volgende aan de orde:

Aandacht voor de levensbeschouwing van de client en de eigen levensbeschouwing is van belang.

Vanuit de instelling is er nauwelijks aandacht voor.

De taak van de zorgverlener t.a.v. levensbeschouwing van de client (bijv. deelnemen aan rituelen, ingaan op zingevingvragen, doorverwijzen) is onduidelijk. Ieder zoekt een eigen oplossing. Men loopt tegen grenzen aan. Men heeft behoefte aan ondersteuning. Praktische informatie over verschillende levensbeschouwingen ontbreekt.

Op de vraag of tijdens de intake moet worden gevraagd naar de levensbeschouwing van de client zijn de meningen verdeeld. Van 'achterhaald' tot 'wel zinvol' omdat het meer inzicht geeft in hoe zorg met worden verleend. Uit het onderzoek blijkt dat er meer aandacht is voor levensbeschouwing in de zorgverlening dan vooraf gedacht. De aandacht ligt op het persoonlijke vlak (zorgverlener). Op beleidsniveau is e.e.a. niet goed ingebed.

H. Rijksen, A. van Heijst, Levensvragen in de hulpvraag, Best: Damon, 1999

De auteurs schetsen een model voor het signaleren, verkennen en verzorgen van levensvragen binnen de hulpvraag. Onder levensvragen verstaan zij vragen die opkomen vanuit het leven, en het zijn vragen die een mens aan het leven stelt. Soms in crisissituaties, bij groot verdriet of groot geluk, of door contact met de natuur. Het antwoord op een levensvraag heft de vraag niet op. Zij zijn niet altijd voorzien van een duidelijk vraagteken. Soms moeten ze te voorschijn worden 'geluisterd', door uitingen van wanhoop, woede, verbittering of apathie heen. Het hoort bij de professionaliteit van hulpverleners om zo intensief te luisteren. De auteurs noemen de volgende 6 levensvragen:

- wie ben ik eigenlijk?
- hoe kijk ik uiteindelijk tegen anderen aan?
- hoe kijk ik uiteindelijk tegen de tijd aan?
- hoe kijk ik uiteindelijk tegen de natuur aan?
- wat vind ik belangrijk als het gaat over het handelen van mensen?
- hoe kijk ik uiteindelijk aan tegen lijden en dood?

Zij schetsen het volgende model voor het omgaan met levensvragen door professionals.

VERKENNEN

1. vermoeden op basis van verbale en non-verbale signalen

Kwaliteiten hulpverlener voor deze stap:

- open voor levensvragen die expliciet door zorgvrager verwoordt worden
- open houding voor mogelijke levensvragen die impliciet doorklinken
- non-verbale en verbale signalen kunnen opvangen die kunnen wijzen op onderliggende levensvragen
- kennis hebben van levensbeschouwelijke basisbegrippen (soorten levensvragen, levensvisies, levensbeschouwelijke benadering)
- eigen levensbeschouwing 'op orde' hebben. Eigen verleden verwerkt, geen vooroordelen, of stereotypen jegens bepaalde mensen, kerken of levensbeschouwelijke richtingen
- levensvraag onder woorden kunnen brengen

2. verhelderen: informatie inwinnen en vermoeden in vragende vorm toetsen

Kwaliteiten hulpverlener voor deze stap:

- gesprekken met de hulpvrager kunnen benutten als informatiebron voor het reconstrueren van diens levensvraag
- inzicht in verschillende manieren waarop levensvragen zich aandienen
- ordenen van verbale en non-verbale informatie
- vragenderwijs toetsen bij hulpvrager of die zich herkent in vermoede levensvraag
- kunnen erkennen dat eigen vermoeden soms onjuist is

3. vaststellen: diagnose schriftelijk noteren; met hulpvrager overeenstemming bereiken over diagnose, d.w.z. levensvraag waaraan gewerkt gaat worden; met de hulpvrager overeenstemming bereiken over degene die de levensvraag professioneel zal; gaan verzorgen

Kwaliteiten hulpverlener voor deze stap:

- levensvraag kunnen vaststellen
- noteren van levensvraag
- over vastgestelde levensvraag kunnen communiceren en onderkennen of hulpvrager met deze levensvraag aan de slag wil.

VERZORGEN

-
4. plan van aanpak. Doel bepalen; bijpassende methode vaststellen; evaluatiecriteria opstellen; bezien wie de levensvraag professioneel gaat verzorgen en of doorverwijzen wenselijk is. Over doorverwijzen naar het pastoraat zeggen de auteurs:

‘Hulpverleners verwijzen door naar het pastoraat als er sprake is van een specifiek godsdienstige problematiek (zaken die met geloof en kerk te maken hebben), of vanwege de grote complexiteit van een bepaalde levensvraag. Omgekeerd verwijzen pastores door naar de hulpverlening als een hulpvrager systematisch psycho-sociale of psychiatrische begeleiding nodig blijkt te hebben.

Kwaliteiten hulpverlener voor deze stap:

- in plan van aanpak beschrijven: levensvraag, werkdoel, methode, evaluatiecriteria
- toetsen bij hulpvrager of deze het op prijs stelt dat levensvraag professioneel verzorgd gaat worden
- inschatten welke beroepskracht de levensvraag het beste kan verzorgen
- zorgvuldig en gericht kunnen doorverwijzen

5. uitvoeren:

Kwaliteiten hulpverlener voor deze stap:

- methodes kiezen die aansluiten bij de planning
- vaardigheden beheersen die nodig zijn voor levensbeschouwelijke begeleiding: levensbeschouwelijke aspecten centraal stellen; zich verplaatsen in de ander; rustige aanpak; niet te snel uit zijn op oplossingen. Zorgvrager zelf zicht laten krijgen op situatie en oplossingen laten zoeken voor eigen situatie
- inschatten wanneer planning bijstelling behoeft

6. evalueren

Kwaliteiten hulpverlener voor deze stap:

- afgelegde hulpverleningsproces kunnen overzien; inschatten of levensvraag correct was gesteld en werkdoel en methode daarop waren afgesteld
- eigen evaluatie met de hulpvrager kunnen communiceren
- eendoordeel van de hulpvrager over het afgelegde proces in evaluatie betrekken en het juiste gewicht geven
- evaluatie schriftelijk noteren

Vervolgens beschrijven zij wat zij verstaan onder levensbeschouwelijke begeleiding. Wat zij er niet onder verstaan is: de ander jouw visie opleggen. Het primaat van de begeleiding ligt bij de levensvisie van de hulpvrager. Het is niet de bedoeling dat de hulpverlener diens eigen visie opdringt. Iedere vorm van missionering is verwerpelijk.

Wat er wel onder verstaan wordt is: geduld, dichtbij de persoon blijven, uitnodigend zijn jegens de levensvraag van de ander, respect hebben voor de levensvisie van de ander en laten merken dat je het levensverhaal van de ander wilt horen, helpen uit te vinden welke waarden voor iemand belangrijk zijn en het zwaarst wegen. De auteurs spreken in het kader van levensbeschouwelijke begeleiding van het ‘opschonen van levensvisies’. Daaronder verstaan zij:

1. het verhelderen van waarden die feitelijk richtinggevend zijn in iemands leven
2. het verhelderen van de levensvisie die iemand van huis uit heeft meegekregen, en bezien wat daaruit niet meer en wat nog steeds als waardevol wordt onderschreven
3. tegenstrijdigheden benoemen tussen waarden die iemand zegt aan te hangen en dat wat hij uitdraagt
4. het wijzen op incongruenties in de levensvisie
5. samenhangen benoemen in iemands levensverhaal
6. samenvatten wat in de beleving van de persoon de kern(waarde) is

Over de eigen levensvisie van de hulpverlener zeggen de auteurs het volgende: De hulpverlener hoeft eigen levensvisie niet te verbergen, maar kan deze naar voren brengen als ijkpunt voor de hulpvrager: ‘zo kijk ik er tegenaan, wat roept dat bij je op?’. Verder hoort het tot de professionaliteit van de hulpverleners dat zij iemand kunnen helpen met een totaal andere levensvisie dan zijzelf hebben. De auteurs noemen de volgende professionaliteitseisen in het kader van levensbeschouwelijke begeleiders:

- levensbeschouwelijke zelfkennis hebben: waar liggen hun eigen levensvragen en wat is hun waarde
- een scholingsproces doorgemaakt hebben waarbij hun eigen levensvisie is opgeschoond

- open kunnen communiceren over de eigen levensvisie.

A. Narayanasamy, ASSET: a model for actioning spirituality and spiritual care education and training nursing, Nurse Education Today, 1999, 19, 274-285

Op basis van verschillende studies wordt benadrukt dat de verpleegkundige slecht is voorbereid als het gaat om verlenen van spirituele zorg. Zij missen kennis en vaardigheden. Vaak blijft het bij het signaleren van specifieke geloofsuitingen van zorgvragers. Verpleegkundigen moeten meer een spiritueel bewustzijn ontwikkelen. Daarvoor is het o.a. nodig om te onderzoeken wat de eigen spirituele waarden en attitude is. Ook zal de verpleegkundige dicht bij de ervaring van de zorgvrager moeten kunnen komen op dit gebied. Uit studies blijkt ook dat verpleegkundigen zelf aangeven zich onvoldoende competent te voelen en nader geschoold willen worden op dit gebied. Het zou onderdeel moeten zijn van elke basisopleiding. Uit een andere studie van Narayanasamy blijkt dat verpleegkundigen twee redenen aangeven waarom zij niet in staat zijn goede spirituele zorg te verlenen: het verpleegkundig onderwijs bereid de toekomstige verpleegkundige niet goed voor en verpleegkundigen zien spirituele zorg als taak van de geestelijk verzorger.

In het vervolg van het artikel werkt de auteur het ASSET model uit (actioning spirituality and spiritual care in education and training)..

<i>Structuur (inhoud)</i>	<i>Proces</i>	<i>Resultaat</i>
Zelfbewustzijn	Ervaringsleren gerelateerd aan: Waardenverheldering Holisme Perspectieven van spiritualiteit	Waardenverheldering; Gevoeligheid en tolerantie
Spiritualiteit	Brede aspecten van spiritualiteit	Deskundige op het gebied van spirituele dimensies van verplegen
	Beoordeling (assessment)	Competentie in de beoordeling van spirituele behoeften
Spirituele dimensies van verplegen	Planning	Planning van zorg op basis van spirituele behoefte
	Implementatie	Competent in counseling Positieve relatie tussen verpleegkundige-patient
	Evaluatie	Competent in het maken van een beoordeling van de effectiviteit van spirituele dimensies van verpleging Bevordering van de kwaliteit van zorg; spirituele integriteit Genezing en verzachting van spirituele pijn

Zelfbewustzijn

Voordat verpleegkundigen effectieve spirituele zorg kunnen verlenen moeten zij het eigen niveau van spiritueel bewustzijn kunnen beoordelen. Dit zelfbewustzijn heeft betrekking op de volgende aspecten:

- waarden, attitudes, vooroordelen, overtuigingen, aannames en gevoelens
- persoonlijke motieven en behoeften en de mate waarin daaraan tegemoet gekomen wordt
- mate van aandacht voor anderen
- echtheid en investering in zichzelf en hoe dit effect heeft op anderen
- bewuste en onbewuste zelfhantering

Spiritualiteit

Benadrukt wordt dat in de literatuur spiritualiteit wordt uitgelegd vanuit de volgende tradities:

- Christelijk theologisch perspectief : te beperkt voor de verpleging
- Existentiele invloeden: ieder geeft op eigen wijze betekenis aan zijn leven. Concept dat voor religieuzen en niet religieuzen toepasbaar
- Biologische basis van spiritualiteit: spiritualiteit is van nature aanwezig (spirituele ervaringen)

De spirituele dimensie van verpleging

Heeft betrekking op de toepassing van de kennis, attitude en vaardigheden afgeleid van hiervoor uitgewerkte aspecten zelfbewustzijn en spiritualiteit.

E.e.a. wordt uitgewerkt in de volgende 4 fasen van het verpleegkundig proces:

Beoordeling (assessment): informatie over de zorgvrager biedt de basis voor het identificeren van de spirituele behoeften van de zorgvragers en voor het plannen van interventies. Verpleegkundigen zullen hiervoor kennis moeten nemen van richtlijnen voor spiritueel assessment die in de literatuur zijn beschreven

Planning: benadrukt wordt dat bij het vaststellen van het plan rekening wordt gehouden met de individuele situatie van de zorgvrager, de bereidheid van de verpleegkundige om betrokken te worden in de spiritualiteit van de zorgvrager, het gebruik van zichzelf als therapeutisch instrument, het koesteren (voeden) van de innerlijke persoon (de geest)

Implementatie: de volgende vaardigheden zij hierbij van belang:

- communicatie vaardigheden: actief luisteren, echtheid en onvoorwaardelijke acceptatie, juist klimaat scheppen zodat de zorgvrager spirituele gedachten en gevoelens kan uiten
- vertrouwen opbouwen: echte betrokkenheid en aandacht, veiligheid bieden door betrouwbaar te zijn en beloften na te komen
- hoop geven: ondersteunen van zorgvragers en familie die worstelen met vragen en angsten als hun gezondheid wordt bedreigd (aanmoedigen en ondersteunen). Helpen om goede herinneringen te herbeleven. Herinneren van momenten waarop problemen werden overwonnen. Verder worden de volgende hoop-bevorderende strategieën genoemd: interpersoonlijke verbondenheid, belichten van gevoelens van genot en momenten van geluk, gebruik persoonlijke eigenschappen van de zorgvrager, stellen van bereikbare doelen

Verder wordt nog genoemd dat auteurs die schrijven vanuit een Joods-Christelijke traditie benadrukken dat de aanwezigheid van een geloof en spirituele praktijken een bron van hoop is. Anderen geven aan dat spiritualiteit kan worden ervaren zonder de aanwezigheid van God of een hoger wezen. Hoe dan ook, benadrukt wordt dat sommige gelovigen participeren in specifieke praktijken zoals: gebed, groepsvieringen, luisteren naar spirituele muziek en spirituele programma's op radio/TV, handhaven van specifieke religieuze gebruiken, bezoeken van leden van een spirituele gemeenschap. Verpleegkundige interventies die zijn gebaseerd op een positieve verpleegkundige-zorgvrager relatie moedigen de zorgvrager aan om zijn meningen en angsten te uiten en nieuw inzicht te verkrijgen in zijn spiritualiteit. Tijd voor reflectie, gebed, persoonlijke en gezamenlijke viering kunnen de zorgvrager vrede en kracht doen ervaren van zijn geloof.

Evaluatie: betreft een beoordeling van de resultaten van de verpleegkundige interventies. Spirituele integriteit is een belangrijk indicator. De zorgvrager kan dit tonen door rust en vrede uit te stralen of door het ontwikkelen van betekenisvol en doelbewust gedrag. Andere voorbeelden van spirituele integratie zijn: herstel van het levensprincipe, van de betekenisvolheid van het leven, een gevoel van richting en betekenis en het verlichten spirituele pijn.

W.M. Greenstreet, Teaching spirituality in nursing: a literature review, Nurse Education Today, 1999, 19, 649-658

In het artikel wordt ingegaan op aspecten van onderwijs met betrekking tot spiritualiteit. Het moet beginnen met het overdenken van de betekenis van spiritualiteit. Vervolgens moeten studenten reflecteren op hun eigen spiritualiteit. Zij worden hiertoe in de materialistische wereld van vandaag niet aangemoedigd. Er is sprake van spirituele leegte. Het voordeel van spiritueel bewustzijn bij verpleegkundigen wordt door Cornette als volgt omschreven: *'zorg voor het geestelijke houdt primair zorgen voor zichzelf in. Het is gebaseerd op de mogelijkheid bij die kwetsbare en zwakke ander en zichzelf te blijven. Anders gaan we onze ideeën, behoeften en pijn projecteren in het verhaal van een ander'*. De verpleegkundige moet op dit vlak onderscheid kunnen aanbrengen tussen eigen zaken en die van de zorgvrager. Het concept 'spiritualiteit' is zo breed dat verpleegkundigen een raamwerk nodig hebben om het belang en de complexiteit er van te kunnen vatten. Het verpleegkundig proces is zo'n raamwerk. Het bevat de fasen beoordeling (assessment), planning, implementatie, evaluatie. Het is waardevol omdat dit raamwerk is te gebruiken ongeacht de verpleegtheorie die men aanhangt.

1. vaststellen behoefte: hierbij worden twee perspectieven genoemd van waaruit spirituele behoeften van zorgvragers kunnen worden bekeken:

a. gemeenschappelijke thema's waarop de spirituele behoefte zijn gebaseerd:

- de betekenis en het doel van gebeurtenissen in het leven (life events)
- betekenisvolle relaties en de behoefte om liefde te geven en te ontvangen
- persoonlijke behoefte aan vergeving
- hoop

Deze thema's kunnen gebruikt worden bij een spirituele beoordeling (intake/anamnese)

b. het continuüm van spiritueel welzijn tot spirituele nood (spiritual distress)

Er worden 7 (van O'Brien afgeleide) aspecten genoemd die spirituele nood kunnen bepalen:

- spirituele pijn
- spirituele vervreemding
- spirituele angst
- spirituele schuld
- spirituele boosheid
- spiritueel verlies
- spirituele wanhoop

De verpleegkundige moet met name de volgende communicatieve vaardigheden bezitten om toegang te krijgen tot de spirituele behoeften van de zorgvrager: actief luisteren, observeren, vragen stellen. Verpleegkundigen dienen zich bewust te zijn dat zij voldoende tijd en een geschikte plaats (setting) hebben voor een gesprek over spirituele behoeften. Er zijn hulpmiddelen (schema's e.d.) om zo'n gesprek vorm te geven. Deze zijn veelal in de VS ontwikkeld. Daar hebben zorgvragers en verpleegkundigen een meer open houding als het gaat om het bespreken van spirituele zaken dan in GB. Ondanks dat kunnen dergelijke schema's een hulpmiddel zijn. Effectieve zorg voor zorgvragers met spirituele nood begint met het stellen van realistische doelen. De auteur noemt de volgende door anderen weergegeven doelen van spirituele zorg door verpleegkundigen: integriteit, bevorderen van interpersoonlijke binding, versterken van de persoonlijke zoektocht naar betekenis. De auteur is van mening dat dit vervreemdende begrippen zijn voor studenten (verpleegkundigen). De eerste twee genoemde begrippen zou zij vervangen door: vertrouwensrelatie creëren door op een oprechte manier om te gaan met de zorgvrager en het ontwikkelen van een goede verstandhouding.

De mogelijkheid van de verpleegkundige om de zorgvrager te helpen bij zijn zoektocht naar betekenis hangt af van wat die zoektocht inhoudt en de ervaring van de betrokken verpleegkundige. De verpleegkundige zou in dit verband de zorgvrager in contact kunnen brengen met iemand die hij vergeven wil of zij kan een activiteit regelen waarbij de zorgvrager zich kan terugtrekken of een creatieve activiteit kan doen. Misschien is wel de belangrijkste vaardigheid voor de verpleegkundige dat zij moet weten wanneer zij de zorgvrager verwijst naar een counselor of een geestelijk verzorger. Bij het verlenen van de spirituele zorg zijn dezelfde communicatieve vaardigheden van belang als genoemd bij de assessmentfase. In dit verband wordt intuïtie en 'tacit knowledge' genoemd (meer weten dan we kunnen vertellen) Het 'er zijn' is ook belangrijk. In een 24-uurs setting is dit het geval.

Verlenen van spirituele zorg is een zeer belangrijk deel van de kunst van het verplegen. Het kan niet alleen gebaseerd zijn op basis van analytisch redeneren. De mogelijkheid van verpleegkundigen om dergelijke zorg te verlenen zal per persoon erg variëren en ontwikkeld zich door ervaring. Kennis van de wereldgodsdiensten is ook van belang. Hulp mij religieuze praktijken (gebed, geschriften). Verpleegkundigen die zelf religieus zijn moeten waken voor bekeringspraktijken (evangeliseren). Ook benadrukt de auteur het belang van de zorg voor de verpleegkundige die spirituele zorg verleent.

P. Cone, Connecting, In: B. Artinian (ed.), The Intersystems Model

De auteur beschrijft een sociaal proces van 'Connecting' (dat relevant is voor spirituele zorg (Basic Social Proces) op basis van een kwalitatief onderzoek (grounded theory) dat zij heeft gedaan. Het proces bestaat uit 3 fasen:

1. Acceptatie: deze fase bestaat uit:
 - beoordeling van de spiritualiteit
 - het verkrijgen van vertrouwen
 - waarderen van individuele keuzen
2. Ondersteuning: deze fase bestaat uit:
 - identificeren: van spirituele behoeften en spirituele bronnen
 - bevestigen: van spirituele gerichtheid en spirituele nood
 - handelen: assisteren en bemoedigen
3. Zorgverlenen: deze fase bestaat uit:
 - kwetsbaar worden: risico's nemen (bereidheid zodanige relatie aan te gaan dat deze onderwerpen bespreekbaar worden), onthulling
 - verdiepen: zoeken, reflecteren
 - transcenderen: relateren, achter de grenzen van het psycho-sociale, het spirituele. Het betreft een verbinding van het diepe innerlijke zelf van de verpleegkundige en dat van de zorgvrager.

Deze laatste fase overstijgt de normale verpleegkundige-zorgvrager interactie. Er moet sprake zijn van een speciale onderlinge verbondenheid. Voorwaarde om in de laatste fase te komen is gelegen in het feit dat de verpleegkundige zich gemakkelijk moet voelen in het verlenen van dit type zorg en dat heeft weer te maken met de mate waarin er sprake is van zelf-onderzoek in het eigen spirituele domein door de verpleegkundige zelf. De auteur heeft ook gevraagd naar het onderscheid tussen psychosociale zorg en spirituele zorg. Uit de resultaten kwamen de volgende opties naar voren:

1. spirituele zorg en psycho-sociale zorg zijn door elkaar verweven
2. er is sprake van een continuüm waar bij psychosociale zorg over gaat/kan gaan in spirituele zorg
3. spirituele zorg en psychosociale zorg doorkruizen elkaar

De meerderheid van de ondervraagden koos er voor dat deze beide vormen van zorg zijn te onderscheiden, waarbij velen aangaven dat er sprake is van een continuüm (optie 2).

E. Weiher, Mehr als Begleiten. Ein neues Profil für die Seelsorge im Raum von Medizin und Pflege, Grünewald, 2001

Eind jaren 60 is er sprake van een paradigmawisseling in de zorg (o.a. gedachtengoed Kubler-Ross). Niet artsen, verpleegkundigen, dominees bepalen wat goed is voor de zieken, maar de zieken zelf. Kernthema van de geestelijke verzorging werd: begeleiden. Psychologische en psychotherapeutische concepten werden hierbij gebruikt. Het ging er om de situatie van de zorgvrager te ontsluiten, maar ook die van de geestelijk verzorger (de eigen persoon is een belangrijkste instrument). Geestelijke verzorging is een betrekkingsebeuren, waarbij de begeleider een deel van dat systeem is. De disciplines in het ziekenhuis moeten van een tekort-benadering meer gaan denken vanuit een benadering die uitgaat van betrokken zijn op de zorgvrager en diens mogelijkheden. Er is nog te veel sprake van structurele scheiding tussen ziekte en zieke. De subjectieve beleving van ziekte is ook van belang (denken, doen en voelen). De auteur beschrijft de volgende drie stappen in het proces van geestelijke verzorging:

- begeleiden: er zijn, een stukje meegaan op de weg, troosten bemoedigen etc.
- begrijpen/verstaan (symboliseren): uitingen van het innerlijk duiden
- vieren/herdenken ('begehen'): liturgie/rituelen, zegenen

Deze activiteiten ontsluiten als het waren de ‘tussenruimten’ tussen denken, doen en voelen en geven zicht op het spirituele van de mens/zorgvrager. Geestelijk verzorgers en artsen (en verpleegkundigen) vinden elkaar op het punt dat niet alles ‘maakbaar’ is. Het lijkt soms wel zo. De arts heeft voor alles een oplossing. Zij allen begeleiden de mens met zijn mogelijkheden en zijn eindigheid. Artsen (en verpleegkundigen) ontmoeten niet alleen ‘behandelbare’ zorgvragers, maar personen met een lot, hun strijd, hun nederlagen etc. In een antropologisch gefundeerde geneeskunde (en verpleegkunde) is ook sprake van:

denken: wetenschappelijke concepten, kennis uit eigen en andere wetenschappen

doen: instrumentele (lichamelijke) behandeling

voelen: persoonlijke ervaring, empathie

Het gevoelsaspect wordt bij artsen verwaarloosd. Niet dat zij geen gevoel hebben, maar het is ‘not done’ het te uiten. De nadruk ligt erg op het rationele. Ook verpleegkundigen zijn de vertegenwoordigers van het onderzoeks- en behandelingsapparaat. Het wordt voor hen ook steeds moeilijker om het sociaal-emotionele aspect van de zorg uit te voeren. Geestelijke verzorging zal ook moeten aansluiten bij het objectiverende ‘denken’ en instrumentele ‘doen’ van bijv. artsen en verpleegkundigen om van daaruit te werken aan een meer communicatiegerichte deskundigheid. Ook artsen en verpleegkundigen zijn mensen in de rol die zij vervullen, dus er is een invalshoek voor geestelijke verzorging. Op het gebied van geestelijke verzorging is er voor verpleegkundigen meer van belang dan de thema’s sterven en dood. De auteur benadrukt dat geestelijke verzorging door de verpleegkundigen kan bestaan uit het herkennen van de symbolen/symbooltaal van de zorgvrager en dit overdragen aan de geestelijk verzorger. De verpleegkundige wordt in de dagelijkse praktijk met meer van dergelijke ‘symboliseringssituaties’ geconfronteerd dan de geestelijk verzorger. De geestelijk verzorger is dan ook voor een belangrijk deel aangewezen op de overdracht van deze informatie door de verpleegkundige. Een belangrijke basis voor relatievorming tussen zorgvrager en verpleegkundige is de gespreksvoering. Hoe om te gaan met gevoelens (van zichzelf en de zorgvrager) moet bij verpleegkundigen niet een doel op zichzelf zijn in de scholing. Dit kan hen overvragen en hen in een rolconflict brengen (ze hebben bijv. ook een instrumentele rol, denken/doen). Het is van belang aandacht te besteden aan gevalbesprekingen en gespreksvoering.

Verpleegkundigen moeten getraind worden in ‘betekenisgeving’. Dat betekent het kunnen ontsluiten van versluisde boodschappen van de zorgvrager (symbooltaal). De auteur noemt dat ‘verstehen-konnen’. De auteur benadrukt dat het denken over verplegen de afgelopen decennia is gewijzigd. Hij schetst het volgende antropologisch gefundeerde verpleegmodel waarin denken, doen en voelen zijn geïntegreerd met de eerder genoemde stappen in het proces van geestelijke verzorging (deze vullen als het ware de tussenruimte tussen denken, voelen en doen op).

De inhoud van het model is:

Denken: het eigen concept van verplegen (visie)

Doen: methoden, technieken, vaardigheden

Voelen: psychosociale, communicatieve en empathische competentie

Begeleiden: troosten, bemoedigen

Begrijpen: duiden, symboliseren

Vieren/herdenken: beroepsmatige rituelen

De auteur beschrijft vervolgens de volgende beroepsmatige rituelen:

- dagelijks terugkerende rituele handelingen. Deze kunnen de zorgvrager helpen te wennen, vertrouwd te raken met de vreemde omgeving van het ziekenhuis (bijv. begroetings-, afscheidsrituelen, aanraken, ingreep in de intieme sfeer bij bijv. wassen).
- bewust gebruikte rituelen: deze kunnen als brug fungeren tussen neutraal lijkende dagelijkse handelingen en bevorderen van zekerheid en vertrouwen
- een zekere rituele competentie op het gebied van rituelen die het verpleegkundig gedrag te boven gaat: kennis van riten en gebruiken vanuit verschillende confessies. Dit heeft ook betrekking op het omgaan met enerzijds het niet ‘maakbare’, anderzijds en het dan niet hulpeloos toe te zien.

De auteur noemt de volgende basiskwalificaties voor verpleegkundigen die van belang zijn voor geestelijke verzorging:

- toegang krijgen tot de eigen opvattingen en emoties
- toegang tot de verschillende motieven en innerlijke voorstellingen van zorgvragers en familie
- relatieontwikkeling tussen arts, verpleegkundigen en zorgvrager

- ontmoeting met grenssituaties, eindigheid en dieptepunten in het leven
- verdragen van spanningen, nederlagen en mislukkingen
- verdragen van de spanning tussen beroepsverantwoordelijkheid (herstel bewerkstelligen) en de dagelijkse realiteit (onvolkomenheid van het eigen kunnen en fundamentele begrenzing van de menselijke mogelijkheden).
- verdieping van de professionele rol en identiteit

Linda A. Ross, Teaching spiritual care, Nurse Education Today, 1996 - 16, 38-43

In het artikel worden de volgende uitspraken van verschillende verpleegkundige organisaties over de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige op het gebied van spirituele zorg weergegeven: UKCC (The United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting): de verpleegkundige dient competent te zijn ten aanzien van het benoemen van spirituele behoeften van de zorgvrager, het ontwerpen van een zorgplan en bijdragen aan de uitvoering en evaluatie daarvan vanuit een probleemoplossende benadering. NBS (National Board for Nursing, Midwifery and Health Visiting for Scotland): de verpleegkundig moet in staat zijn om spirituele zorg vast te stellen, te plannen, uit te voeren en te evalueren voor individuen, zijn familie en vrienden. AACN (American Association of Colleges of Nursing): het verpleegkundig onderwijs moet de verpleegkundige in staat stellen om de betekenis van menselijke spiritualiteit zo te begrijpen dat zij de relatie tussen levensovertuiging en cultuur, gedrag, gezondheid en herstel kan herkennen en van daaruit passende zorg kan plannen en uitvoeren

Uit onderzoek dat de auteur heeft gedaan onder Schotse verpleegkundigen blijkt dat zij onvoldoende zijn toegerust om spirituele zorg te verlenen en dat zij meer toerusting willen. Het was een kleinschalig onderzoek. De uitkomsten kunnen niet gegeneraliseerd worden. Het geeft een indicatie. De auteur komt op basis van onderzoek tot de (voorlopige) conclusie dat verpleegkundigen die geschoold zijn op het gebied van spirituele zorg die zorg niet beter verlenen dan verpleegkundigen die die scholing niet hebben gehad. De indruk bestaat dat persoonlijke eigenschappen van de verpleegkundige een belangrijkere factor zijn dan scholing als het gaat om de vraag of verpleegkundigen of verpleegkundigen spirituele zorg verlenen en hoe zij dat doen. De auteur bepleit meer onderzoek naar scholing op het gebied van spirituele zorg. Hierbij gaat het er niet alleen om duidelijke instructies te verkrijgen voor deze zorg, maar ook dat er een conceptueel raamwerk voor het verlenen van spirituele zorg is, dat is gebaseerd op het verpleegkundig proces. Dit zou getest moeten worden. Als zo'n raamwerk verpleegkundigen blijkt te helpen bij het organiseren en verlenen van deze zorg, dan is het ook een instrument voor het onderwijs. De auteur beschrijft de volgende eisen (competenties) van verpleegkundigen op het gebied van zorg voor spiritualiteit (uitkomsten van een onderzoek van Waugh (1992):

Bewustwording van het belang van spirituele zorg:

- de beschrijving en definiering van de spirituele dimensie, spirituele behoeften en spirituele zorg in de breeds mogelijke zin van het woord
- de invloed van de spirituele dimensie op gezondheid en van daaruit de relevantie van spirituele zorg voor de verpleging

Signaleren en beantwoorden spirituele behoeften:

- bewustzijn van de spirituele dimensie in het eigen leven
- persoonlijk op zoek zijn naar betekenis en een doel in het eigen leven
- crises ervaren en daar van geleerd
- bereid zichzelf te geven aan anderen
- in het bijzonder gevoelig en opmerkzaam zijn

De auteur benadrukt dat ondanks de scholing de ene verpleegkundige beter in staat is om spirituele zorg te verlenen dan de ander. Het is dan ook belangrijk dat verpleegkundigen zich bewust zijn van hun eigen grenzen op dit gebied. In dit verband wordt het belang van verwijzing naar de geestelijk verzorger genoemd. De volgende aspecten zijn daarbij voor verpleegkundigen van belang:

- op de hoogte zijn van bereikbaarheid en beschikbaarheid van geestelijk verzorger
- bespreken met de geestelijk verzorger over bepaalde zorgvragers bij opname of ontslag/overplaatsing
- geestelijk verzorger betrekken bij de vaststelling van het zorgplan

De auteur benadrukt dat er op het gebied van spirituele zorg ook sprake is van zorgvragers met een verhoogd risico. Hiermee worden zorgvragers bedoeld die communicatieproblemen hebben. Soms kan meer tijd aan deze zorgvragers besteden helpen. Bij andere zorgvragers kan gebruik gemaakt worden van bijv. creatieve- of muziektherapie. Verder wordt nog genoemd dat samenwerking met de familie/vrienden op dit gebied van belang is.

M. Steemers-Van Winkoop, Geloven in zorg, HB uitgevers, 2001

In het boek komt het volgende aan de orde:

Geschiedenis van de gezondheidszorg
Mensvisies in de zorg
Levensverhalen en de levensvragen
Geloof en levensbeschouwing
Geloof en gezondheid
Spiritualiteit een zorgtaak
Transculturele zorg
Zorg voor joodse zeiken
Zorg voor zieke christenen
Zorg voor zieke moslims
Zorg voor zieke hindoes
Zorg voor zieke boeddhisten
Communiceren, gesprekken met zieken

Spiritualiteit, een zorgtaak? (H6)

In dit hoofdstuk noemt de auteur de volgende aspecten die van belang zijn in de zorg voor spiritualiteit:

Relatie is voorwaarde voor het herkennen en hanteren van vragen en problemen van de zieke. Het verpleegkundig proces is een bruikbaar aanknopingspunt voor spirituele zorg: observeren, vaststellen, plannen, uitvoeren en evalueren. Aandacht voor spiritualiteit vereist een methodische aanpak.

De spirituele diagnose: inventarisatie en verheldering. Het betreft het verhelderen van de religieuze biografie van de zieke. Luisteren, inventariseren, observeren. De zieke moet met respect, warmte en waardering tegemoet getreden worden als basis voor een vertrouwensrelatie. Er kan met de zorgvrager gesproken worden over gebruiken, rituelen, symbolen en tradities waardoor de zieke zich gesteund voelt.

Het vaststellen spiritueel welzijn. Hierbij kunnen meetinstrumenten worden gebruikt (Spiritual Wellbeing Scale). Deze zijn te gebruiken bij mensen die meer willen weten over de eigen levenssituatie. In Nederlandse situatie niet gewend aan dergelijke aanpak meet meetinstrumenten. Niet standaard aan elke zorgvrager voorleggen.

Spirituele zelfdiagnose. Deze heeft betrekking op de verpleegkundige zelf. Hoe wordt deze geraakt, hoe is de eigen beleving en verandering naar aanleiding van de situatie van de patient? Het gaat om de vraag wat hetgeen je in de spirituele diagnose (zorgvrager) ervaren hebt voor jou als verpleegkundige, als persoon betekent.

Spirituele instelling: aandacht voor jezelf, openheid en ontvankelijkheid. Wie aandacht wil geven aan spiritualiteit van anderen zal ook aandacht moeten hebben voor de eigen spiritualiteit. Naast dat je toegerust bent voor deze taak (nabijheid, luisterend oor, onbevooroordeeld luisteren, helpen interpreteren, helpen zoeken naar oplossingen) dien je ook een zekere mate van persoonlijke interesse en ervaring te hebben.

Spirituele voortgang: afstemming en voortgang. Uitgaande van de spirituele diagnose en je persoonlijke instelling als verpleegkundige wordt met de zieke een traject afgesproken. Het verder uitdiepen van de spirituele biografie en het bespreken van levens- en zingevingsvragen tegen de achtergrond van de religieuze biografie. Hiervoor kan men bij zieke nagaan of de verpleegkundige voldoende aandacht heeft voor zijn verhaal en toetsen van het verwachtingspatroon.

Spirituele ondersteuning: activiteiten, afspraken en verwijzing. Zorgen dat de zieke zijn spiritualiteit en zijn geloof en levensbeschouwing gestalte kan geven en door het ondersteunen van het realiseren van de voorwaarden daartoe (bijwonen religieuze viering, of gesprek met ene die bijzonder is

toegerust op dit gebied). Toezien dat contact met geestelijk verzorger wordt gelegd. Maken van afspraken voor de steun bij het uitvoeren van bepaalde rituelen of religieuze gebruiken.

Spirituele verdieping: werken met rituelen en symbolen (ruimte geven voor)

Spirituele interventie: crisisinterventie bij geestelijke nood. Gebruik eigen deskundigheid. Dit kan een proces van inkeer op gang brengen. Verpleegkundigen kunnen hierbij steunen door: nabijheid, bemoediging, opstellen als bondgenoot. Nabijheid: 'er zijn' in fysieke en geestelijke zin. Invoelend, met begrip en openheid luisteren naar de zieke, tonen van oprechte belangstelling en betrokkenheid en door het uitstralen van een positieve, op de ander gerichte houding. Aanraken. De taak van de verpleegkundige is niet het oplossen van geestelijke problemen, maar wel om de zorgvragers te ondersteunen bij het hanteren er van.

Spirituele introspectie: zoektocht naar de eigen spiritualiteit. Introspectie: het naar jezelf kijken en op zoek gaan naar je eigen diepste motivatie voor je beroepskeuze en je beroepshouding. Zorg voor je eigen spiritualiteit.

Spirituele intervisie: onderlinge uitwisseling. Uitwisseling van ervaringen tussen verpleegkundigen of in het multidisciplinaire team.

Spiritueel management: integratie van zorg om spiritualiteit in de zorgvisie. Omgeving scheppen zodat vanuit zorgvisie verpleegd kan worden. Management tonen hoe belangrijk jij aandacht voor spiritualiteit in je werk vindt en zo bijdrage leveren aan structurele inbedding ervan in de gezondheidszorg

De auteur noemt de volgende Inhoudelijke aspecten voor een leerplan m.b.t. spiritualiteit:

- verwoorden persoonlijke inzichten en ervaringen
- verwoorden ervaringen met zieken en verwanten

Communiceren met zieken (H 13)

Basisvaardigheden op dit gebied zijn: non-verbaal gedrag, verbaal volgen, stiltes

Selectieve luistervaardigheden: vragen stellen, inhoud weergeven, gevoelens weergeven, probleem concreet maken, samenvatting

Sturende vaardigheden: teruggaan naar doelen, situatie verduidelijken, hardop denken, afsluiten.

Tenslotte noemt de auteur het belang van transculturele communicatie:

M. Prins, Geestelijke zorgverlening in het ziekenhuis, 1996, Kavannah

Het boek is de weerslag van een promotieonderzoek naar geestelijke verzorging in het (algemeen) ziekenhuis. De auteur schetst een filtermodel voor het signaleren en verzorgen van spirituele vragen/behoefte:

filter 1: vragen om hulp of begeleiding door de zorgvrager

filter 2: (h)erkenning door verpleegkundige

filter 3: verwijsgedrag verpleegkundige

filter 4: beschikbaarheid en toegankelijkheid geestelijke verzorging

filter 5: begeleidingsrelatie tussen geestelijk verzorger en zorgvrager

Ieder filter kan een belemmering vormen voor het adequaat verzorgen van spirituele vragen/behoefte van zorgvragers.

In hoofdstuk 4 gaat de auteur in op de rol van de verpleegkundige bij de (H)erkenning van geloofs- en levensvragen. Zij zegt het volgende over: de verpleegkundige is pleitbezorger, belangenbehartiger van de zorgvrager (dit vloeit voort uit patientgerichte verpleegmodellen). Dit vergt goed luisteren naar de zorgvrager en zorgvraag signaleren. Verder moet de verpleegkundige in dit verband ook de driehoeksverhouding zorgvrager-arts-verpleegkundige kunnen hanteren (bijv. bij spanning tussen zorg voor lichamelijke aspecten voortvloeiend uit de behandeling en begeleidingsaspecten). Zij is er verantwoordelijk voor dat die zorg naar de zorgvrager toekomt, die bijdraagt tot algeheel welzijn. Dit betekent een grotere verantwoordelijkheid voor verpleegkundigen inzake het signaleren van vragen om steun en begeleiding en het adequaat verwijzen naar de dienst geestelijke verzorging.

Op basis van gesprekken met verpleegkundigen stelt zij verder: patientenbegeleiding is niet iets wat verpleegkundigen alleen kunnen leren door scholing of lezen. En niet iedere verpleegkundige heeft de gave in huis om zich te verplaatsen in de situatie van de andere. De verpleging komt aan begeleiding die gericht is op verwerking en aanvaarding van het ziek-zijn nauwelijks toe (werkdruk wordt veel als reden genoemd). De auteur geeft echter aan dat de reden hiervoor ook is dat een uitgekristalliseerd

beeld over wat de vorm en de inhoud van de begeleiding voor verpleegkundigen in zou moeten houden nagenoeg ontbreekt. Hierdoor wordt dit aspect van begeleiding afhankelijk gemaakt van de individuele verpleegkundige.

Verder wordt ingegaan op de aandacht voor de zorgvrager en de spanning die dat op kan roepen. De auteur wijst op valkuilen waar de verpleegkundige zich van bewust moet zijn: somatisering en interpretatie van de verpleegkundige ('misverstaan' van de zorgvrager door verkeerd luisteren, taakopvatting, eigen levensbeschouwelijke, religieuze achtergrond). De 'gevoeligheid' van verpleegkundigen voor het (h)erkennen van signalen van zorgvragers als een vraag om steun, wordt mede beïnvloed door de mate waarin zij in staat zijn in zorgsituaties eigen gevoelens van onmacht, verdriet en woede te herkennen en te hanteren (bijv. eigen angst voor ziekte, dood, lijden). Aandacht voor verwerking na slecht nieuwsgesprek. Afstemming tussen arts en verpleegkundige is belangrijk. Verpleegkundige zou bij slecht-nieuwsgesprek aanwezig moeten zijn.

In hoofdstuk 5 wordt ingegaan op het verwijsgedrag van verpleegkundigen. Voorwaarde voor een adequate verwijzing is dat de verpleegkundige in haar coördinerende rol niet alleen een verzoek richt tot een van de begeleidende disciplines, maar dat zij daaraan voorafgaand heeft overlegd met de desbetreffende zorgvrager. Als het verzoek gedaan is, dan wordt dit teruggekoppeld naar de zorgvrager.

Verpleegkundigen realiseren zich dat er grenzen zijn aan hun mogelijkheden om zorgvragers te begeleiden. Waar die grenzen liggen verschilt per verpleegkundige. Verpleegkundigen noemen de volgende omstandigheden waaronder zij een beroep doen op de dienst geestelijke verzorging:

- als men erg druk is met verpleeg-technische handelingen en door drukte niet toe komt aan gesprekken met zorgvragers
- in situaties waar sprake is van een complexe of gekoppelde vraagstelling (wanneer zorgvragers worstelen met de verwerking van hun ziekteproces en/of evident met geloofs- en levensvragen bezig zijn.
- bij signalen dat het slechter gaat met de zorgvrager
- als verpleegkundigen er zelf met de zorgvrager moeilijk uitkomen (consulteren geestelijke verzorging)
- eigen normen en waarden en de eigen opvattingen over ziekte en gezondheid

Verpleegkundigen van de chirurgische- en interne afdeling vinden de behoefte aan geestelijke begeleiding het grootst bij de volgende patientencategorieën:

- langdurig opgenomen
- ziektebeeld langdurig en aflopend
- ouderen
- geen praktische hulp en emotionele steun in thuissituatie

De verpleegkundige moet het aanbod aan geestelijke begeleiding gedurende het verblijf herhaaldelijk onder de aandacht van de zorgvrager brengen. Het anamnese-gesprek is hiervoor overigens een psychologisch onjuist moment (kan vervreemdend werken h3, blz. 44).

Verpleegkundigen benadrukken de noodzaak van informele contacten met geestelijk verzorgers. Is belangrijke voorwaarde voor samenwerking. Om de verwijzfunctie te kunnen vervullen is noodzakelijk:

- bekendheid met de grenzen binnen de zorgverlening
- begrip hebben van hoe geloofs- en levensvragen van zorgvragers zich manifesteren
- kennis van de mogelijkheden van additionele disciplines (m.n. geestelijke verzorging en maatschappelijk werk)

Het onderwerp van de geestelijke of spirituele dimensie van de zorgverlening, vraagt van de medewerkers in de instelling een verandering in opvatting over normen en waarden ten aanzien van ziekte en gezondheid. Hiervoor is het nodig een relatie te leggen tussen eigen disciplinaire achtergrond en de belevingswereld van de zorgvrager. De auteur noemt zijdelings de omgang met allochtonen en de specifieke problemen in de geestelijke begeleiding m.n. op het gebied van: communicatie en verschil in culturele achtergrond en andere geloofs- en levensovertuigingen

H. van Veluw, Geestelijke nood, in: Handboek Verpleegkundige Diagnostiek, Interventies en Resultaten, Bohn Stafleu Van Loghum, 2001

De auteur beschrijft de volgende verpleegkundige interventies in geval van Geestelijke nood:
Geestelijke ondersteuning: helpen angst te verminderen en troost bieden
Aanwezig zijn: empathie, vertrouwdheid en veiligheid bieden
Verbeteren van aanpassing: de zorgvrager helpen zijn leven in een groter perspectief te zetten, betekenis te vinden en het zelfrespect terug te winnen
Hoop ondersteunen: autonomie en zelfrespect van de zorgvrager ondersteunen en bevorderen
Actief luisteren: geef de zorgvrager de mogelijkheid zich te uiten

G. Westrik, Beroepsverantwoordelijkheid voor spirituele zorg, In: B. Cusveller (red.), Volwaardige verpleging, Buiten en Schipperheijn, 1999

De auteur stelt dat verpleegkundigen een beroepsverantwoordelijkheid hebben op het gebied van het spirituele welzijn van zorgvragers, omdat problemen op dit gebied urgente gevolgen kunnen hebben voor het welzijn van zorgvragers als mens. Er zijn tal van onderzoeken die bevestigen dat religieuze ervaringen en handelingen, zoals vergeven en bidden, een positieve invloed hebben op de manier waarop mensen met hun ziekte omgaan. Verpleegkundigen moeten tot een adequate inschatting van het spirituele welzijn van zorgvragers kunnen komen. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen vier posities op het continuüm van spiritueel welzijn:

- spiritueel welzijn
- bevordering van spiritueel welzijn
- spiritueel vacuüm
- spirituele nood

Op basis van onderzoek bij verslaafden komt de auteur tot 7 spirituele thema's:

- vechten
- loslaten
- toekomstperspectief
- autonomie
- geloof in een hogere macht
- verbinding met anderen
- verbinding met de natuur (Schepping)

Door de thema's in verband te brengen met de vier posities op het continuüm kan een beeld gekregen worden van het spiritueel welzijn van de zorgvrager. Het model is een hulpmiddel bij observatie en analyse. Voor verpleegkundigen is van belang waar zij zelf spiritueel staan. Welke oriëntatie hebben zij op hoop, verlangen of vertrouwen. Hun eigen geloof maakt uit voor hun denken, doen en zijn. De auteur gaat specifiek in op de positie van christen verpleegkundige in dezen en schetst de volgende dilemma's:

- christenverpleegkundigen in relatie met niet-christen zorgvragers: verpleegkundige moet dit professioneel kunnen hanteren. In het team bespreken. De auteur keert zich tegen 'last-minute evangelisatie' in de stervensfase. Verder merkt hij op: werken vanuit je geloof is niet hetzelfde als praten over je geloof; praten over je geloof niet hetzelfde als bekeren tot jouw geloof; bekeren tot jouw geloof niet hetzelfde is als zorgvragers praten over hun geloof.
- christen verpleegkundigen in relatie met anders gelovige zorgvragers: volgens alle beroeps codes, ook de christelijke, is het geboden om iemand te verplegen, ongeacht zijn levensovertuiging. Christen-verpleegkundigen zullen bijv. islamieten en joden zoveel mogelijk moeten ondersteunen om hun geloof te praktiseren (bijv. uit de koran lezen, met hen bidden). De auteur vindt dat verpleegkundigen niet te snel een beroep moeten doen op gewetensbezwaren. Daarmee kunne zij hun verantwoordelijkheid op ander gebied ontlopen en ontnemt het hun juist de mogelijkheid om op een christelijke wijze invulling te geven aan hun beroepsverantwoordelijkheid.

De auteur gaat in op de vraag wanneer een verpleegkundige moet verwijzen naar het pastoraat.

Verpleegkundigen hebben alleen een verantwoordelijkheid als het spiritueel welzijn urgente gevolgen ondervindt van ziekte, behandeling of hospitalisatie. Het is hun rol om die gevolgen voor zinervaring en zinbetrachting van zorgvragers te voorkomen, te verhelpen of te verzachten. Verwijzing naar een pastor is op zijn plaats als:

- er iets mis is met het vermogen van de zorgvrager om om te gaan met de spirituele uitdagingen van het ziek-zijn (spirituele nood als gevolg van een depressie). Het blijft hierbij de vraag wanneer de

situatie zo ernstig is dat verwijzing moet plaatsvinden, maar daarover kan overleg plaatsvinden met zorgvrager, verpleegkundige en geestelijk verzorger;

- het spiritueel welzijn niet zozeer beïnvloed wordt door de ziekte of hospitalisatie maar door andere factoren (bijv. rouwproces). Hierbij is verwijzing naar de pastor van de eigen geloofsgemeenschap het meest voor de hand liggend. De verpleegkundige kan hier in faciliterend optreden.

De auteur benadrukt dat reflectie op de eigen spiritualiteit door de verpleegkundige essentieel is om de beroepsverantwoordelijkheid t.a.v. spirituele zorg waar te maken.

De auteur geeft een overzicht van gepaste en ongepaste spirituele zorg:

Gepast

1. interventie om aan behoefte zorgvrager te voldoen
2. verslaglegging in zorgplan
3. inzet persoon: luisteren, empathie, nederigheid, betrokkenheid
5. gebruik gebed
6. gebruik Schrift
7. verwijzing naar geestelijk verzorger

Ongepast

1. Aan eigen behoefte voldoen (getuigen)
2. Niet rapporteren
3. Invullen voor zorgvrager, vooroordelen, niet menselijk tonen, jij bent deskundige
4. Niet uitgaan van behoefte zorgvrager
5. idem
6. Contact leggen buiten zorgvrager om, er vanuit gaan dat je na verwijzing niets meer hebt te doen

A.C. Driebergen, Aandacht voor zingeving en/of religie, verpleegkundige zorg op het gebied van spiritualiteit, Universiteit Maastricht, 2001

De auteur constateert op basis van literatuuronderzoek dat ondanks dat er op conceptueel niveau geen eenduidigheid is over het begrip spirituele zorg, er op operationeel niveau pogingen zijn ondernomen om het concreet te maken en te beschrijven in termen van interventies of activiteiten. Zij geeft het volgende, aan de literatuur ontleende, overzicht (beknopt weergegeven) van interventie/activiteiten:

1. (indien nodig) informeren: over o.a. faciliteiten, leefregels, begeleiding
2. (zo nodig) informeren naar: overtuiging, waarden, spirituele toestand, gebruiken, rituelen
3. observeren/signaleren: spirituele behoeften, knelpunten op gebied levensbeschouwing
4. (indien mogelijk) gelegenheid creëren: geloof/spiritualiteit te praktiseren
5. bevorderen van spiritueel welbevinden
6. (zo nodig) aanmoedigen: praktiseren geloof/spiritualiteit, bespreekbaar maken keuzes/knelpunten
7. (indien nodig en zo mogelijk) assisteren bij/uitvoeren van religieuze/spirituele gebruiken (bijv. gebed)
8. (zo nodig) praten over geloofsovertuiging, waarden, spirituele toestand/kwesties
9. open staan voor verschillende uitingen, waarden, normen, gevoelens
10. anticiperen op reacties op behandeling (angst, boosheid, depressie etc.)
11. luisteren
12. meeleven
13. begeleiden/helpen bij: beleven geloof/spiritualiteit, zorgvragen op dat gebied, gevoelens op dat gebied. Maken van keuzen
14. vertellen (bijv. wie is/wat doet/wat bedoeld God)
15. steunen door stilte en aanraken
16. (zo nodig) toepassen van technieken: geleide fantasie, meditatie, life review, reminiscentietherapie, spirituele counseling, probleemoplossing, crisisinterventie, ontspanningsoefeningen, muziektherapie, therapeutisch touch, visualisering, repatterning
17. (indien nodig) verwijzen naar geestelijk verzorger of verpleegkundige met zelfde overtuiging als zorgvrager
18. rapporteren: spirituele interventies in zorgplan
19. evalueren

Vanuit de literatuurstudie noemt auteur de volgende aspecten in de attitude van de verpleegkundige die van belang zijn bij het verlenen van spirituele zorg: flexibiliteit, kwetsbaarheid, nederigheid, aanwezig zijn (fysiek, psychologisch, jezelf geven), betrokkenheid, toewijding, eerlijk zijn, geen onderscheid maken, niet veroordelen, bereidwilligheid en respect.

De auteur komt op basis van een door haar uitgevoerd Delphi-onderzoek tot de beschrijving van de verpleegkundige interventie 'Aandacht voor zingeving en/of religie'. Zij definieert deze interventies als volgt: aandacht hebben voor wat de zorgvrager/client belangrijk vindt op het gebied van zingeving en/of religie en afspraken maken over de gewenste ondersteuning hierin.

De interventie bestaat uit de volgende verpleegkundige activiteiten:

1. Informeer de p/c over de bestaande mogelijkheden in de instelling op het gebied van zingeving en/of religie. Bijvoorbeeld: aanwezigheid stiltecentrum, het bijwonen van een kerkdienst en de mogelijkheid tot contact met de geestelijk verzorger
2. vraag van de p/c of hij/zij bepaalde behoeften of gebruiken heeft op het gebied van zingeving en/of religie
3. overleg met de p/c of en op welke wijze voorzien kan worden in zijn/haar wensen en/of behoeften op het gebied van zingeving en/of religie
4. wees jezelf bewust van je eigen opvattingen en overtuiging op het gebied van z en/of r en onderken daarin je eigen mogelijkheden en grenzen. Verwijs eventueel, in overleg met de p/c, door naar een collega, mantelzorger of geestelijk verzorger
5. creëer, indien de p/c dat wenst en waar mogelijk, gelegenheid om activiteiten op het gebied van z en/of r uit te oefenen. Bijv. mediteren, bidden, lezen, luisteren naar muziek
6. biedt, indien gewenst, de p/c hulp bij het uitvoeren van activiteiten op het gebied van z en/of r of vraag een collega, mantelzorger of geestelijk verzorger
7. vraag en luister actief naar wat de p/c bezighoudt op het gebied van zingeving en/of religie
8. indien van toepassing, besteed in een gesprek aandacht aan de gedachten en/of gevoelens die handicap, ziekte, lijden of dood kunnen oproepen. Bijv. eenzaamheid, machteloosheid, boosheid, maar ook verbondenheid, harmonie, acceptatie
9. informeer de p/c over de mogelijkheid van gesprek met de geestelijk verzorger op het gebied van z en/of r
10. observeer of er bij de p/c (te verwachten) problemen zijn op het gebied van z en/of r
11. maak (eventuele) problemen op het gebied van z en/of r bespreekbaar bij de p/c en verwijs, indien daar behoefte aan is, naar een geestelijk verzorger
12. beschrijf de zorg op het gebied van z en/of r
13. bespreek de zorg op het gebied van zingeving en/of religie binnen het multidisciplinaire team

A.M. Eliens en C.M.A. Frederiks, Spirituele problemen in de verpleegkunde: religie en zingeving bij patiënten, 1996, Kavannah

De auteurs benadrukken naast kennis van de 5 wereldgodsdiensten een methodische aanpak van spirituele problematiek. Het is belangrijk om in de anamnese al te kijken of er sprake is van geestelijke nood bij de zorgvrager. Hierover kan de verpleegkundige informatie verzamelen. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van hulpmiddelen (bijv. gebruik van aan de literatuur ontleende anamnesevragen). Er kan volgens de auteurs beter gesproken worden over het inventariseren dan over het meten van spirituele behoeften. Verpleegkundigen kunnen bij het inventariseren verstandig gebruik maken van checklisten. Bij het vaststellen van spirituele problematiek zijn de volgende vragen voor de verpleegkundige van belang: kan ik dit zelf of moet ik doorverwijzen en ligt het zwaartepunt van de problematiek op godsdienstig gebied of op de zingevingskant

Spirituele problematiek is veelzijdig zodat er geen harde criteria zijn om het onderscheid tussen binnen en buiten de verpleging vallend helder te maken. Hierbij spelen niet alleen de problemen van de zorgvrager een rol, maar ook de mogelijkheden van de verpleging. Er kunnen derhalve geen vaste regels voor interventie worden gegeven. Wat betreft de interventies worden de volgende kernpunten genoemd:

- ga uit van de overtuiging en gevoelens van de zorgvrager: dring jezelf nooit op
- neem de gevoelens van de zorgvrager serieus; ook als dit gevoelens betreft waar je zelf geen boodschap aan hebt
- rekening houden met de spirituele behoeften van de zorgvrager en hem hierin bijstaan kost tijd; bij hoge werkdruk moet die tijd bevochten worden

De rol van de familie wordt benadrukt. De verpleegkundige zal moeten nagaan in welke mate de familie bereid is om bij te dragen aan de ondersteuning van de spirituele behoeften van de zorgvrager.

De auteurs geven aan dat toepassingen als o.a. yoga, tai chi en droomtherapie voorkomen in het alternatieve circuit, maar dat er in de reguliere verpleging niet mee gewerkt wordt.

H. Jochemsen, M. Klaasse-Carpentier, B.S. Cusveller, A. van der Scheur, J. Bouwer, Levensvragen in de stervensfase, Kwaliteit van spirituele zorg in de terminale palliatieve zorg vanuit patientenperspectief, Prof. Dr. G.A. Lindeboominstituut, Ede, 2002.

Het onderzoeksverslag bevat een evaluatieformulier voor zorgvragers en hun vertegenwoordigers waarmee de kwaliteit van zorg voor spiritualiteit in de palliatieve zorg kan worden gemeten. De formulier bevat 8 thema's van spirituele zorg. Per thema zijn criteria aangegeven waaraan o.a. zorgverleners (verpleegkundigen) moeten voldoen. Deze staan hieronder bij de 8 thema's weergegeven:

Thema 0: Algemene kwaliteitscriteria van zorg als voorwaarde voor spirituele zorg

- basisattitude: betrokkenheid, empathie, begrip, respect voor gedrag, levensbeschouwing, wensen en gevoelens van de zorgvrager en daar mee om kunnen gaan
- kunnen omgaan met eigen gevoelens en hanteren van eigen grenzen en beperkingen
- geheimhouding i.v.m. vertrouwensrelatie
- onderkennen en bespreken van goede pijnbestrijding en adequate lichamelijke zorg, legt contact met andere zorgverleners op dit gebied en coordineert
- aandacht voor eten en drinken
- zorgen voor continuïteit bij overplaatsing
- afspraken vastleggen in zorgdossier

Thema 1: Geloof en levensbeschouwing - continuïteit bereiken

- in kaart brengen wat levensbeschouwing of zinervaring voor hem betekent, indien gewenst
- de zorgvrager ondersteunen bij zijn zoektocht in zijn leven, indien gewenst
- bespreken en ondersteunen bij verwerkingsproces ziekte/sterven/zin van het leven

Thema 2: Levensdoel en levensbalans - helpen bij het afronden

- signaleren en bespreken behoeften bij opmaken levensbalans indien gewenst
- helpen in kaart brengen verantwoordelijkheden zorgvrager
- signaleren behoefte aan ondersteuning bij omgaan met veranderingen c.q. verlies in persoonlijke omstandigheden en ondersteunen indien gewenst
- bespreken afronden leven indien gewenst
- signaleren behoefte om materiele zaken te regelen ent evt. deskundige inschakelen

Thema 3: Ervaringen en emoties: dichterbij komen

- onderkennen doodswens of euthanasieverzoek en duidelijk maken euthanasiebeleid instelling
- begrip tonen voor zorgvrager die zich vastklampt aan het leven; helpt dit te verwoorden, troost en begeleid
- ruimte geven om emoties te uiten over aanstaande sterven
- signaleren behoefte om geestelijke pijn bespreekbaar te maken en helpt om verzoek daarmee om te gaan
- begrip tonen voor en ondersteunen bij verwerking verlies lichamelijke en psychische functies'
- consulteren andere deskundigen (bijv. psycholoog, muziektherapeut, geestelijk verzorger)
- signaleren psychische afweermechanismen en daar mee omgaan

Thema 4: Moed, hoop en groei: zoek de essentie

- ruimte geven om steun die zorgvrager ervaart aan geloof, levensbeschouwing of zingeving bespreekbaar te maken
- signaleren veranderingen in zelfbeeld zorgvrager en kan dit bespreekbaar maken
- zorgvrager helpen een bron aan te boren waaruit hoop, moed en kracht geput kan worden om het leven vol te houden

Thema 5: Tegemoet komen aan religieuze rituelen en gebruiken

- informeren over religieuze activiteiten in instelling
- identificeren welke kracht objecten/symbolen/rituelen aan zorgvrager geven en ondersteunt bij de uitingsvormen daarvan, indien gewenst
- eigen grenzen aangeven als zorgvrager hem verzoekt deel te nemen aan religieuze gebruiken zonder eigen levensovertuiging op de voorgrond te plaatsen (bijv. bidden)
- op verzoek zorgvrager hulp inroepen van geestelijk verzorger

-
- mogelijkheden scheppen voor afscheidsrituelen met familie, vrienden en mantelzorgers
- Thema 6: Begeleiden bij een goed evenwicht in relaties en sociale verbanden
- vertrouwen creëren in relatie met zorgvrager
 - bij opname informatie vragen over lidmaatschap religieuze gemeenschap en het belang er van
 - bij opname vragen welke relaties van belang zijn
 - ruimte geven om zich te uiten over zijn relaties en gelegenheid bieden hen te ontmoeten
 - signaleren behoefte aan liefde, verzoening en heelwording en werkt indien gewenst mee aan mogelijkheden dit te realiseren
 - informeren over verblijfsmogelijkheden voor naastbestaanden in instelling
 - ondersteunen zorgvrager en naastbestaanden bij naderend afscheid
 - signaleren communicatieblokkades in relatie tussen zorgvrager en naastbestaanden
 - aanbieden van begeleiding aan nabestaanden bij rouwverwerking

Thema 7: Oriëntatiebron en leidraad: naast de zorgvrager staan

- erkennen dat sterven een proces is dat de zorgvrager zelf ondergaat en omstanders raakt
- ondersteunt de zorgvrager bij het nemen van eigen beslissingen indien gewenst
- bespreken van wie de zorgvrager ondersteuning wil bij ethische beslissingen rondom zorg en behandeling, indien gewenst

In het rapport worden de volgende belangrijke randvoorwaarden voor zorg voor spiritualiteit genoemd:

- zorg voor spiritualiteit beleidsmatig ingebed in organisatie - management creëert essentiële voorwaarden (middelen, deskundig personeel)
- goed informatie en rapportagesysteem
- werkplanning is zo dat spirituele zorg ook echt gegeven kan worden
- mogelijkheden voor supervisie en coaching van personeel

F. Lap, Spiritualiteit in de zorg, Herademing, No. 1, 2002

In dit artikel wordt beschreven hoe je spiritualiteit vorm kunt geven in de zorgverlening. De volgende aspecten worden genoemd:

Sfeer: in de ruimte en om iemand heen, stilte, rust, schoonheid, zuiverheid

Vorbereiding op de ontmoeting: innerlijke voorbereiding bijv. meditatie, gebed

Gesprek/ontmoeting:

- afstemmen: verbaal/non-verbaal aftasten
- luisteren
- interpreteren
- oefening: o.a. contact met jezelf, het hogere, ontspanning
- handen opleggen
- verder helpen bij problemen

De volgende attitudeaspecten zijn van belang:

- belangeloze aandacht
- rust
- overgave

S.J. Willemse, Onbekend maakt onbemind, Onderzoek naar de samenwerking tussen de Dienst Geestelijke Verzorging en de anderen disciplines binnen de directe patientenzorg in het Academische ziekenhuis van de Vrije Universiteit, 1996

Verpleegkundigen zeggen in interviews het volgende over pastorale zorg:

Pastorale zorg in het kader van directe patientenzorg

- mensen kunnen door hun ziek-zijn geconfronteerd worden met levensbeschouwelijke vragen, die ze niet altijd even gemakkelijk kunnen verwoorden. Doordat de pastor langs komt en een gesprek begint, kan de gelegenheid geboden worden op een indirecte manier er toch over te praten. Op deze manier kan de pastor voor zorgvragers heel veilig zijn. De pastor is niet in uniform;
- in een omgeving waar de zorgvrager afhankelijk is van artsen en verpleegkundigen kan de pastorale relatie een goede relatie zijn om dingen te bespreken en door te spelen, wanneer zaken bijvoorbeeld moeilijk te bespreken zijn met de behandelend arts. Een pastor heeft ook de vrijheid om gewoon een zaal op te gaan en zich voor te stellen als pastor en dan een gesprek te beginnen of

niet. Zodoende heeft de pastor op verzoek van zorgvragers of op eigen initiatief gesprekken met zorgvragers;

- pastoraat vindt plaats in de begeleidende sfeer. Het pastoraat is niet dwingend en laat het afhangen van de zorgvrager, waar hij/zij eventueel over spreken wil. Hierbij kunnen o.a. zingeingsvragen aan de orde komen, zoals 'Waar leef ik nog voor?'
- zorgvragers zien vaak emotionele berichten op zich afkomen. Ze durven vaak meer tegen een pastor te zeggen dan tegen een familielid, want die neemt het weer mee naar huis. In die zin is de pastor voor de zorgvrager een vertrouwensfiguur, waarbij men emotioneel kan ontladen.

Over de noodzaak van pastorale zorg en de samenwerking met de pastor wordt het volgende opgemerkt:

- mensen krijgen enorm veel hulpverleners aan het bed, die alleen maar te melden hebben wat er nog aan behandelingsmogelijkheden zijn. En de fase daarna over de emoties daar pikken de verpleegkundigen een stukje van op. Maar dan is het goed dat er nog iemand extra is, die buiten het gezinsleven staat en buiten de directe zorgverlening die ze 24 uur per dag zien;
- samen moet je iemand zo goed mogelijk verzorgen en ondersteunen. Wanneer je samen bij iemand betrokken bent, vind ik dat dat ook zoveel mogelijk bespreekbaar moet worden;
- de pastor hoort een teamlid te zijn. Wanneer verpleegkundigen een probleem hebben met een zorgvrager, verwachten zij dat ze dat met de pastor kunnen bespreken, indien nodig;
- wanneer verpleegkundigen en zorgvragers de pastor kennen, maakt men gemakkelijker contact als er vragen zijn. Ik verwacht dat de pastor op een vaste dag in de week op de koffie komt. Wanneer de pastor aanwezig is bij het koffiedrinken, leert hij/zij de mensen kennen en die zullen hem veel eerder iets vragen. Er moet regelmaat in zitten, want met een hap-snapbeleid bouw je geen contacten op. De pastor moet zich inleven in de cultuur van de afdeling, dan leer je hoe ze met elkaar omgaan en dan heb je meer begrip voor de verpleging, wanneer het druk is. De pastor is er voor de zorgvragers en voor het team. Wederzijdse contacten leggen en sociaal bezig zijn is een voorwaarde om samenwerking tot stand te brengen

Over het signaleren, doorverwijzen en terugkoppelen wordt het volgende gezegd:

Signaleren: factoren die hierbij een rol spelen zijn:

- levensbeschouwelijke achtergrond van zorgverlener en zorgvrager: 'je zal sneller signalen opvangen in de zin van daar zou het pastoraal centrum wel eens iets mee kunnen, indien je zelf positieve ervaringen hebt met een levensbeschouwelijke achtergrond. Je zult het dan ook sneller promoten bij een anamnese;
- professionele attitude: 'je moet wel weten hoe je er mee om moet gaan; levenservaring kan hierbij een rol spelen. Voorzichtigheid is geboden, zowel om reden dat je het moet kunnen opvangen als dat je de nodige tijd er voor moet hebben'; 'je moet het durven en niet bang zijn voor response'.
- secularisatie: In een vorige werkkring was er sprake van een sterke betrokkenheid met het geloofsleven en het kerkelijk leven. Daaruit vloeide voort dat de verpleging meer betrokken was bij de levensbeschouwelijke vraagstukken die zich voordeden. In het VU ziekenhuis merkt men weinig van de levensbeschouwelijke achtergronden van zorgvragers en verpleegkundigen. Daar worden eventuele signalen van eventuele problemen, worstelingen met het leven niet opgepikt.
- tijdsdruk: minder aandacht door tijdsdruk
- specialisme: het signaleren van zingeingsvragen heeft ook te maken met het ziektebeeld van de zorgvrager
- cultuur op een afdeling: het management van een afdeling is hierbij heel belangrijk; 'de verpleegkundigen op het signaleren te attenderen tijdens de koffie of bij een overdracht'

Ten aanzien van het daadwerkelijk signaleren, doorverwijzen en terugkoppelen is er verschil tussen afdelingen. Factoren die hierbij een rol spelen zijn: werkdruk, onmachtgevoelens, ervaring en levensbeschouwing (verpleegkundigen met een levensbeschouwing signaleren eerder), onvoldoende bekendheid en aanwezigheid van de pastor.

De betrokkenen (artsen, verpleegkundigen, pastores) zien de noodzaak van geïntegreerd samenwerken in. Iemand merkt op: 'Ik denk dat we in onze zorgen niet alleen aan genezen moeten denken, maar ook een andere weg met iemand moeten willen bewandelen'. De pastor moet betrokken worden in multidisciplinair overleg. Er zouden naar beide kanten (pastor en verpleegkundige) meer initiatieven moeten worden genomen voor overleg. Pastores vragen zich af of zij verpleegkundige niet overvragen. 'Ik overvraag een verpleegkundige als hij/zij in staat zou zijn deze problematiek te signaleren'

W. McSherry, P. Draper, The spiritual dimension: why the absence within nursing curricula, Nurse Education Today, 1997, 17, 413-417

Dit artikel gaat over de vraag waarom de spirituele dimensie vaak afwezig is in verpleegkundige curricula. De auteurs noemen hiervoor de volgende factoren:

Intrinsieke factoren: politiek, socio-economisch, op het vlak van management, onderwijskundig die binnen een onderwijsinstelling belemmerend werken

Extrinsieke factoren: sociale, culturele of religieuze factoren in een samenleving of individuele verpleegkundigen, de zorgvrager etc. die belemmerend werken.

De auteurs benadrukken het belang van een bewustzijn voor culturele waarden door verpleegkundigen in een multiculturele samenleving. Verder benadrukken zij het belang van zelfbewustzijn van verpleegkundigen op het gebied van spiritualiteit. De individuele houding t.o.v. en begrip daarvan moeten worden geëxploreerd en regelmatig bevraagd worden (persoonlijk geloof en ideologieën). Verpleegkundigen moeten verder weten dat spiritualiteit geen synoniem is voor een formele religie of een geloof in god.

A. Narayanasamy, Learning spiritual dimensions of care from a historical perspective, Nurse Education Today, 1999, 19, 386-395

De auteur noemt de volgende aspecten van de 'spirituele rol' van de verpleegkundige:

- een relatie aangaan en delen van de individuele pijn. Luisteren is belangrijk, ook in ongemakkelijke situaties
- metgezel zijn op iemands reis (geen probleemoplosser of redder). Serieus reflecteren op de zorgen van de ander en er zijn als behoeften zich voordoen en aanvoelen van hulpeloosheid en gebrokenheid
- liefhebben van de liefdeloze, ondankbare, niet cooperatieve, de agressieve en de onredelijke
- accepteren van iemands gebrokenheid, menselijkheid en kwetsbaarheid en een relatie aangaan met diegenen die de last van het leven dragen. Mee huilen, mee juichen, succes delen, delen van angst bij onrechtvaardigheid, accepteren van de twijfel en verwarring veroorzaakt door gebeurtenissen in het leven
- mogelijkheden bieden om te veranderen, geen verantwoordelijkheid voor die verandering nemen
- de ander ondersteunen bij het nemen van beslissingen
- accepteren dat de persoon het beste zelf bepaalde oplossingen kunnen worden uitgevoerd
- herkennen dat men iemands psychologische pijn en lijden niet kan stoppen
- accepteer mensen zoals ze zijn
- moedig de ander aan om zijn waarden, doelen de persoonlijke opvattingen te omschrijven

Barbara Stevens Barnum, Spirituality in Nursing, Springer Publishing Company, 1996

De auteur beschrijft verpleegkundige interventies op het gebied van zorg voor spiritualiteit. Zij spreekt in dat kader over:

- 'doing therapies': medicatie, procedures, dieten, acupunctuur etc.
- 'being therapies': gericht op het bereiken van en staat van bewustzijn (verbeelding, gebed, meditatie, stille overdenking, aanwezigheid en intentie van de verpleegkundige)

De auteur maakt als het gaat om de zorgpraktijk op het gebied van spiritualiteit onderscheid tussen:

- de christelijke verpleegkundige praktijk
- aanvullende interventies van traditionele religieuze wereldbeschouwingen en de wereldbeschouwing volgens het New Age denken (New Paradigm genaamd)

Zij zegt hierover het volgende:

Spirituele zorg binnen de christelijke traditie is gericht op de zorgvrager:

- aanwezigheid, vergezellen, niet-verlaten (angstreductie, aanmoedigen van communicatie, tonen van oprechte betrokkenheid, beschikbaar zijn, houden aan je beloften, waarborgen continuïteit van zorg)
- betekenis geven aan ziekte en lijden: de mate waarin de verpleegkundige hierin de zorgvragers kan helpen is afhankelijk van veel factoren en kan niet bij voorbaat gezegd worden. Vragen die hierbij een rol spelen zijn:
 - wat is de spirituele situatie van de verpleegkundige zelf en de zekerheid van haar eigen geloof?

- in hoeverre staat de zorgvrager open voor deze hulp?
- in hoeverre acht de zorgvrager de verpleegkundige geschikt voor deze rol?
- wat maakt dat de verpleegkundige zich geschikt acht voor deze rol?
- in welke mate is de zorgvrager zelf op zoek naar betekenis
- verlichten van het lijden: lijden kan leiden tot spirituele groei maar ook tot afbraak van de menselijke geest. De verpleegkundige moet dus in staat zijn om het effect van het lijden op de spiritualiteit van de zorgvrager te beoordelen.

Gericht op de verpleegkundige zelf:

Verpleegkundigen hebben spirituele ondersteuning nodig bij het stressvolle werk. Dit kan vormgegeven worden in ondersteunde gespreksgroepen, herinneringsgroepen, aanraking, discussiegroepen, gebed, participatie in de religieuze gemeenschap van een kerkelijke gemeente. De auteur bespreekt ook het thema 'evangeliseren'. Zij stelt hierbij veel vragen, maar geeft geen antwoorden. Wel geeft ze aan dat het een behoorlijke zaak kan worden als de levensbeschouwing van de zorgvrager en die van de verpleegkundige van elkaar verschillen. De auteur noemt de volgende religieuze/spirituele gedragingen waarmee de verpleegkundige de zorgvrager kan ondersteunen: gebed, lezen van spirituele boeken, spreken over spirituele zaken, de zorgvrager verzekeren van Gods vergeving, aanbidden/eren van God, zoeken van doel en betekenis in iemands leven.

Vanuit niet christelijk (New Age) perspectief noemt zij de volgende aanvullende spirituele interventies New Age therapieën: energiewerk (bioenergetica), therapeutic touch, begeleide verbeelding (visualiseren), 'repatting'

Traditionele spirituele interventies:

- handhaven van een vertrouwensrelatie
- realiseren en faciliteren van een ondersteunende omgeving
- reageren met gevoel op de geloofsuitingen van een zorgvrager
- integreren van spiritualiteit in het kwaliteitszorgplan
- uitoefenen van de sleutelrol in het gezondheidszorgsysteem (coördinator van zorg)

Over de relatie tot geestelijke verzorging zegt de auteur dat de verpleegkundige indien de zorgvrager dat wenst deze in contact moet brengen met geestelijke verzorging en de geestelijk verzorger inschakelen bij bepaalde rituelen.

Mary Elizabeth O'Brien, Spirituality in nursing. Standing on holy ground, Jones and Bartlett Publishers, Sudbury, 1999.

De auteur geeft expliciet aan dat zij schrijft vanuit een Joods-Christelijk perspectief.

Om tot een goede beoordeling van spirituele behoeften te komen is het volgens haar nodig basiskennis te hebben van iemands geloofsontwikkeling. Zij verwijst hierbij naar de 7 fasen van geloofsontwikkeling van Fowler). Ook noemt zij het gebruik van een meetinstrument om spiritueel welzijn te beoordelen. Zij heeft zelf de Spiritual Assessment Scale (SAS) ontwikkeld. Deze wordt in het boek beschreven.

De relatie verpleegkundige-patient noemt zij een 'heilig verbond'. Zij noemt de volgende aan theologische en pastorale literatuur ontleende principes die relevant zijn voor de relatie verpleegkundige-zorgvrager:

- verplichting tot loyaliteit en verantwoordelijkheid
- wederzijdse verplichtingen
- onvoorwaardelijke zorg
- geen wederdienst voor verleende zorg

Verder benadrukt zij ook het belang van de aandacht van de verpleegkundige voor haar eigen spiritualiteit en de invloed daarvan op de zorg die zij verleent. De relatie verpleegkundige-zorgvrager is volgens haar gebaseerd op: en heilige roeping, een onuitsproken theologie en een verpleegkundige liturgie.

De verpleegkundige kan in samenwerking met de geestelijk verzorger de spirituele behoeften van de zorgvrager vaststellen en een plan ontwikkelen voor spirituele zorg. De auteur noemt Emblem en Halstead die de volgende 5 interventies noemen die voor de verpleging relevant zijn: luisteren naar de zorgvrager die zijn zorgen uit, bidden met de zorgvrager, lezen van favoriete religieuze literatuur, tijd besteden met de zorgvrager, verwijzen naar de geestelijk verzorger. Uit onderzoek naar spirituele zorg

vanuit een niet religieus perspectief worden de volgende aspecten van de zorg genoemd: luisteren en tijd besteden met de zorgvrager.

Volgens de auteur zijn alle verpleegkundigen verantwoordelijk voor het bewust en gevoelig zijn voor de spirituele noden van een zorgvrager. De verpleegkundige moet die spirituele noden betrekken bij de beoordeling van de totale situatie van de zorgvrager. De mate van uitvoeren van therapeutische interventies op het gebied van spirituele zorg kan per verpleegkundige variëren. Als een verpleegkundige zich zelf niet bekwaam acht of ongemakkelijk voelt om dergelijke interventies uit te voeren dient zij te verwijzen naar een collega verpleegkundige.

De verpleegkundige dient basiskennis te hebben van de belangrijkste wereldgodsdiensten. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen oosterse en westerse religies.

De auteur noemt de volgende richtlijnen als basisregels voor spirituele zorg:

- respecteren en begrijpen van het religieuze geloof en de religieuze praktijken van de zorgvrager ook als deze afwijken van haar eigen geloof/spiritualiteit
- de zorgvrager tijd geven om zijn religieuze, ethische en filosofische opvattingen weer te geven en ook zijn angsten die gerelateerd zijn aan zijn geloof
- de zorgvrager spiritueel ondersteunen als dat binnen de eigen mogelijkheden ligt en kunnen herkennen wanneer begeleiding van ‘buiten’ nodig is hetzij voor zichzelf of voor de zorgvrager.

Verder zijn de volgende principes voor de verpleegkundige van belang bij het uitvoeren van spirituele interventies: ieders spiritualiteit is uniek; de spirituele zorg kan niet worden afgeleid van procedures en standaarden en voordat geïntervenieerd kan worden in de spirituele behoeften van de ander moet de verpleegkundige eerst inzicht hebben in haar eigen spiritualiteit of relatie met God.

Een verpleegkundige heeft geen aparte training nodig om de behoeften te herkennen bij een zorgvrager met spirituele nood. De verpleegkundige is voortdurend bezig de principes van het verpleegkundig proces (beoordeling, planning, intervenieren en evalueren) in relatie tot lichamelijke en emotionele problemen toe te passen. Bij de beoordeling van die behoeften zal de verpleegkundige een afweging moeten kunnen maken of zij zelf spirituele zorg zal verlenen of dat zij de zorgvragers zal verwijzen naar een geestelijk verzorger. De auteur geeft aan dat uit onderzoeken is gebleken dat als verpleegkundigen zorgvragers begeleiden bij hun spirituele behoeften zij zelf een ‘spirituele groeiervaring’ doormaken.

De auteur besteedt apart aandacht aan het omgaan met lijden. Zij zegt dat in veel gevallen betekenisgeven aan het lijden moeilijk of onmogelijk is. Zij zegt dat het veelal aankomt op het accepteren van het mysterie van het lijden en niet door bij zorgvragers valse hoop te wekken. In veel gevallen kan geen antwoord worden gegeven, maar is nabijheid essentieel waardoor de zorgvrager zich kan uiten. Om spirituele zorg te kunnen verlenen aan zorgvragers met verschillende religieuze tradities moet de verpleegkundige bekend zijn met de volgende aspecten:

- pastorale zorg door religieuze ambtsdragers (dominee, ouderling, imam etc.). De verpleegkundige moet hen kunnen inschakelen en naar hen verwijzen
- gebed: de auteur haalt een verpleegkundige aan die zegt dat gebed in elke setting mogelijk is zolang we de toestemming van de zorgvrager vragen. Bij de vraag of bidden onprofessioneel is, wordt verwezen naar Florence Nightingale die ook refereerde aan de kracht van het gebed.
- gebruik van de Schrift (Bijbel) waarbij toestemming van de zorgvrager nodig is. Bij zowel het gebed als het gebruik van de Bijbel komt naar voren dat de verpleegkundige hierin initiatief neemt. Zij laat het niet (alleen) afhangen van een concrete vraag van de zorgvrager.
- religieuze rituelen en artikelen en de toepassing van gewijde muziek: hierbij is sprake van een breed spectrum van rock tot klassieke muziek

E.J. Taylor, M. Amenta, M. Highfield, Spiritual care of oncology nurses, Oncology Nursing Forum, Vol. 22, no. 1, 1995

Dit betreft een verslag van een onderzoek naar de praktijk van spirituele zorg en de interventies in de oncologieverpleging. Het betreft een steekproef van 181, veelal vrouwelijke, christelijke verpleegkundigen. Via een vragenlijst (open/gesloten vragen) werd gevraagd welke interventies men uitvoerde. In de resultaten worden de volgende veel voorkomende interventies beschreven:

- bidden met de zorgvrager
- verwijzing naar geestelijk verzorger
- voorzien van religieuze materialen

- (therapeutisch) aanwezig zijn
- luisteren naar en spreken over spirituele zaken
- aandacht voor familie
- aanraken
- houding: respectvol, empathisch, ondersteunend, onbevooroordeeld

De frequentie in de toepassing van spirituele interventies bleek afhankelijk van: eigen spiritualiteit, bezoek religieuze samenkomsten, ethniciteit en scholing. De conclusie van het onderzoek was dat oncologie verpleegkundigen spirituele zorg op zeer gevarieerde wijze verlenen en dat die zorg die veelal persoonlijk van aard is. De zorg wordt niet frequent verleend en men voelt zich er ongemakkelijk bij. In de discussie is aandacht voor het feit dat meer ervaren verpleegkundigen meer spirituele gevoeligheid hebben opgebouwd die bijdraagt aan hun intuïtie waardoor kwaliteit van de zorg voor spiritualiteit die zij verlenen beter is (spirituele behoeften signaleren en spirituele interventies uitvoeren).

M. Steemers-Van Winkoop, ‘Zorg om zin. Over omgaan met zin en zingeving bij chronisch zieken’, in V.G.H.J. Kirkels (red.), *Chronische zorg, zingeving en zinbeleving. Op zoek naar de zin van chronisch ziekzijn*, Nijmegen: Valkhof Pers, 2000.

De auteur omschrijft spirituele zorg als volgt: aandacht voor spiritualiteit van de zieke, voor zijn religieuze biografie en voor zijn vermogen om het leven als geheel goed te ervaren. Iedereen in de gezondheidszorg houdt zich bewust of onbewust bezig met deze vorm van zorg. Doel van spirituele zorg bij chronisch zieken is de zieke te ondersteunen zichzelf te zijn, zichzelf te aanvaarden met de chronische aandoening, weerbaar te worden en te blijven en te zoeken naar de goede momenten. Bij chronisch zieken is veelal sprake van een langdurige zorgrelatie. In zo’n relatie wordt een aandoening bespreekbaar. Spirituele zorg kan mensen stimuleren hun hart te luchten over de last die zij dragen. Spirituele zorg die zich kenmerkt door beschikbaarheid, tijd, ruimte, geduld en een luisterend oor zou wel eens de beste ‘therapie’ kunnen zijn voor een chronisch zieke die uiteindelijk zijn eigen heilmeester is.

R. R. Ganzevoort: Chronische aandoeningen en zingeving, TVZ 2001, nr. 18

‘Een verhaal dat niet geleefd kan worden kan ook niet worden verteld’. Over het ‘leven’ zegt de auteur: het daadwerkelijk bestaan, inclusief ervaringen, gevoelens en gedragingen. Het is de laag van wat zich voordoet in ons leven en dat wat wij er mee doen. Het zijn de feiten van het leven, het gewone bestaan met alles er op en eraan. Het ‘vertellen’ is volgens de auteur de laag van de zingeving. De betekenissen die wij aan het leven en aan allerlei gebeurtenissen geven. Voor begeleiding van mensen is het belangrijk om ook de levensbeschouwelijke laag van hun bestaan te kennen, te verstaan en helpen vruchtbaar te maken. Het gaat niet om algemene ideeën die we hebben (deze komen vaak voort uit eigen overtuigingen en ervaringen en niet uit eerlijke observatie).

Het komt er op aan te verstaan wat de ander precies bedoelt, en vervolgens te zien hoe dat helpt of belemmert. Precies dezelfde uitspraken kunnen heel verschillende zaken betekenen en een heel verschillend effect hebben (bijv. iemand die zegt dat ziekte door God is gegeven kan die bedoelen als straf, als leerschool of als mystieke ervaring). Goede verpleegkundige zorg is impliciet of expliciet ook psychosociale zorg en raakt bewust of onbewust ook aan de levensbeschouwelijke dimensie. En laat het dan maar liever bewust zijn. Om een verhaal te kunnen leven is het nodig dat het gehoord wordt. Goede zorg wordt gegeven door goede verstanders.

M. van den Berg, Zingeving in de palliatieve zorg, Bohn Stafleu Van Loghum, 2001

Over de taakafbakening tussen de geestelijk verzorger en andere disciplines (o.a. verpleegkundige) zegt de auteur:

Wat speelt een rol bij het doorverwijzen naar geestelijk verzorger:

- of de andere zorgverlener het als een taak ziet
- wat weet men van geestelijk verzorger
- men moet niet alleen de functie, maar ook persoon van de geestelijk verzorger kennen

Het onderscheid tussen wat geestelijk verzorger en andere disciplines op dit gebied doen is niet altijd goed aan te geven. Interdisciplinaire samenwerking is derhalve belangrijk. De auteur noemt de volgende goede redenen om een geestelijk verzorger te consulteren:

- de zorgvrager geeft zelf aan zijn levensovertuiging als steun te ervaren
- de zorgvrager geeft te kennen niet meer te kerken, maar wel te geloven dat er meer is tussen hemel en aarde
- de zorgvrager geeft te kennen te zoeken naar een geestelijk handvat
- de zorgvrager wil praten over zijn levensverhaal nu hij zijn levensbalans met opmaken
- de zorgvrager wil praten over leven na de dood
- de zorgvrager wil praten over afscheid nemen en rituelen daarbij
- de zorgvrager heeft zielenpijn om het afscheid en heeft aanhoudende angsten
- de zorgvrager zoekt naar woorden voor wat bijna niet te zeggen is. Zoekt een tweede taal die innerlijke ruimte schept
- de zorgvrager zoekt een andere geestelijk verzorger dan zijn eigen pastor of predikant.

De auteur besteedt verder aandacht aan spiritualiteit in de alledaagse zorg. Hij schrijft dat hij bij spiritualiteit op de eerste plaats ziet als een zoeken naar bezieling voor het gewone. Het raakt de wijze waarop de in het leven van alledag met elkaar omgaan. Een technische verpleegkundige handeling is meer dan techniek. Het gaat ook om de wijze waarop deze verricht wordt. Het gaat om het klimaat, de sfeer, de betrokkenheid. Een klimaat van attente aandacht waarin de mens zich geen ding maar een persoon voelt. Het gaat om tact en aanvoelen. Het gaat om gedrag van binnenuit en niet om aangeleerd gedrag. Emotie moet niet worden uitgebannen. Betrokken zorg is: niet-doen, zwijgen, luisteren, aanwezig zijn, tedere aanraking, eerbiedig oogcontact. De zorgverlener moet ook stil kunnen staan bij zichzelf. 'Hoe wordt mijn en onze zorg ervaren?' Het scheppen van een klimaat van barmhartigheid. Barmhartigheid is een wijze van meeleven, 'een eindje meelopen' en in zekere zin van medelijden. Het is zien dat de ander lijdt. Het is aandachtige aanwezigheid. Het is raden en zien dat de ander lijdt. Barmhartigheid is niet alleen voor de ander, maar ook voor jezelf. Wie niet barmhartig is voor zichzelf, loopt het risico eisend en opleggend voor een ander te worden.

J. Campinha-Bacote, Spiritual competence; A model for Psychiatric Care, Journal Of Christian Nursing, Vol. 12, No. 3, 1995

De auteur beschrijft een model voor spirituele competenties dat bestaat uit de volgende componenten:

1. Spirituele bewustwording
 - gevoelig voor waarden en overtuigingen, praktijken en probleemoplossingsstrategieën van de zorgvrager die zijn spiritualiteit en/of religie wil gebruiken om het welzijn te bevorderen
 - bewustzijn van eigen stereotyperingen en vertekening als zij zorgvragers verpleegd die hun spiritualiteit of geloof uiten
 - psychiatrisch verpleegkundigen moeten er voor waken dat zij spirituele/religieuze problemen duiden als pathologisch
 - bewustzijn van hun eigen spiritualiteit
2. Spirituele kennis
 - kennis over verschillende levensbeschouwingen, waarde en praktijken en de vele vormen van spiritualiteit
 - kennis over hoe specifieke culturele groepen hun spiritualiteit en religie uiten (bijv. in sommige culturen zijn hallucinaties niet pathologisch, maar een spirituele ervaring)
 - kennis over cultuur-gebonden ziekten/aandoeningen is nodig om duidelijkheid te krijgen over de vraag of er sprake is van een psychiatrisch stoornis of een culturele uiting
3. Spirituele vaardigheid
 - goed kunnen beoordelen of er sprake is van psychiatrische problematiek of een culturele uiting. Is er sprake van een gezonde of een ongezonde uiting van spiritualiteit of geloof (vergeven - niet kunnen vergeven). Verschillende richtlijnen (vragen) worden gepresenteerd die gebruikt kunnen worden in het gesprek met de zorgvrager.

M.C. Leetun, Wellness spirituality in the older adult. Assessment and intervention protocol, Nurse Practitioner, 1996; 21; nr. 8

De auteur beschrijft de volgende verpleegkundige interventies/activiteiten in het kader van spirituele zorg:

Ter ondersteuning of herstel van zelfverwerkelijking:

- luisteren, aanmoedigen, steun geven

-
- respecteren gewoonten van persoonlijke hygiëne etc.
 - bespreken van angst voor de toekomst
 - vragen naar het verleden als invalshoek voor hanteren van problemen
 - bezoek regelen van personen die hen waarderen
 - hulpmiddelen aanbevelen die mobiliteit verhogen
 - hulpmiddelen regelen voor opname van herinneringen en autobiografisch materiaal
 - terugblikken op prestaties uit het leven
 - leren visualiseren van prestaties uit het verleden

Ondersteuning en herstel van verbondenheid

- manieren voorstellen om te delen met anderen
- bevorderen van bewustzijn van de wereld om hem heen
- aanmoedigen van ophalen herinneringen
- stimuleren van verhalen aan volwassenen en kinderen
- voorstellen brieven te schrijven aan kinderen/vrienden
- contacten mogelijk maken met burens, sociale groepen, clubs
- stimuleren van telefoontjes naar anderen
- regeling nalatenschap
- stimuleer schrijven van brieven aan politici
- adviseer vrijwillige dienstverlening

Ondersteuning bij genezing en nieuw leven

- stimuleren van gesprekken en uitwisselen pijnlijke herinneringen en gebeurtenissen met anderen
- verrichten of regelen van therapeutische aanraking
- stimuleren van gesprekken over angsten en onzekerheden
- vragen naar toekomstplannen
- aanmoedigen van plezier in alledaagse gebeurtenissen

Ondersteuning bij de oriëntatie op religieuze en humanistische activiteiten

- ondersteun gebed of meditatie
- adviseer om een dagboek bij te houden
- stimuleer om tijd alleen door te brengen
- regel toegang tot religieuze of spirituele artikelen en religieuze ceremonieën

Eigenschappen die verpleegkundigen moeten hebben:

- gerichtheid op de zieke en niet alleen op de ziekte
- gezondheidsbevordering nastreven onafhankelijk van de eigen persoonlijke levensovertuiging
- gastvrijheid
- bewustzijn
- kwetsbaarheid
- medeleven
- betrokkenheid

OVER DE AUTEURS

René van Leeuwen

Is verpleegkundige en verplegingswetenschapper en als opleidingsdocent verbonden aan de Opleiding tot Verpleegkundige van de Christelijke Hogeschool Ede. Hij heeft publicaties op zijn naam staan op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg en verpleegkundige zorg voor spiritualiteit.

Bart Cusveller

Is verpleegkundige en filosoof en als wetenschappelijk medewerker verbonden aan het Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut, centrum voor medische ethiek. Hij heeft publicaties op zijn naam staan op het gebied van ethiek en levensbeschouwing in de zorgverlening.

PUBLICATIES LINDEBOOM INSTITUUT

Wetenschappelijke rapporten

- 1 H. Jochemsen, W.G.M. Witkam, P. Blokhuis, G. Glas, E. Schuurman, *De status van het menselijk embryo*, 1988.
- 5 H. Jochemsen, N. Wolswinkel, *HIV-test versus genetische test*, 1989.
- 6 M. Daverschoot, E.P. van Dijk, *De HIV-test: verplicht stellen of niet?*, 1989.
- 8 H. Jochemsen, B.S. Cusveller, D.J. Bakker, *Proeven en regelen. Over de Wet medische experimenten*, 1993.
- 10 Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut (red.), *Levensbeëindiging bij ernstig demente en psychiatrische patienten*, 1994.
- 12 J. Hoogland, J.J. Polder, H. Jochemsen, S. Strijbos, *Professioneel beheerst. Professionele autonomie van de arts in relatie tot instrumenten voor beheersing van kosten en kwaliteit van de gezondheidszorg*, 1995.
- 13 H. Jochemsen (red.), *Transseksualiteit*, 1996.
- 14 B.S. Cusveller, H. Jochemsen, A.A. Teeuw, D.J. Bakker, *Versterven: in dubio over abstineren*, 1997.
- 15 B.S. Cusveller, P. Blokhuis, C. Borst-Vos, G.Glas, H. Jochemsen, *De toekomst van de zorg in regie? Discussiebijdrage over de toekomstscenario's voor verpleging en verzorging*, 1998.
- 16 H. Jochemsen, M. Klaasse-Carpentier, B.S. Cusveller, A. van de Scheur, *Levensvragen in de stervensfase. Kwaliteit van spirituele zorg in de terminale palliatieve zorg vanuit patiëntenperspectief*, 2002.
- 17 R.R. van Leeuwen, B.S. Cusveller, *Verpleegkundig competentieprofiel zorg voor spiritualiteit. Een verkennende literatuurstudie*, 2002.

De ontbrekende nummers zijn niet meer verkrijgbaar als rapport.