

**Protocollen in de praktijk:
Samenwerking tussen verpleegkundigen en geestelijk
verzorgers via de 'Richtlijn Levensbeschouwelijke Nood'**

Een explorierend onderzoek naar de implementatie van de 'Richtlijn Levensbeschouwelijke Nood' in het UMCG en naar die van 'Levensvragen in de Zorg' in algemeen ziekenhuis Nij Smellinghe, Drachten.



'Log Book' Copyright Pocon Attis

Scriptie door drs. M.J. Huisman (studentnummer 0893781)
in het kader van de Master Geestelijke Verzorging
Begeleiders: prof.mr.dr. A.R. Mackor en drs. A. Huistra, meeleezer: dr. J.K.
Muthert
Rijksuniversiteit Groningen, maart 2008

Inhoud

Inleiding

Hoofdstuk 1. Geestelijke verzorging in ziekenhuizen

1.1 Inleiding

1.2 Gezondheid en spiritualiteit

1.3 Ambtelijke binding, vrijplaats en presentie

Hoofdstuk 2. Het filtermodel

2.1 Inleiding

2.2 Filters

2.3 Signalen van patiënten

Hoofdstuk 3. Standaarden in geestelijke verzorging en verpleegkunde

3.1 Standaardisering van geestelijke verzorging

3.2 Veranderingen in de verpleegkunde

Hoofdstuk 4. De Richtlijn Levensbeschouwelijke Nood

4.1 Geschiedenis van de Richtlijn

4.2 Opstellen en inhoud van de richtlijn

4.3 Implementatie van de Richtlijn Levensbeschouwelijke Nood op twee afdelingen van het UMCG (4 september 2006 tot 5 juni 2007)

4.4 Onderzoek in algemeen ziekenhuis Nij Smellinghe, Drachten

4.5 Conclusies UMCG en Nij Smellinghe

Hoofdstuk 5. Conclusie

5.1 Aanbevelingen voor verder onderzoek

5.2 Aanbevelingen voor de praktijk

Inleiding

Deze scriptie beschrijft een actuele ontwikkeling: de standaardisering van de geestelijke verzorging in zorginstellingen. In Nederland zijn zorginstellingen bij wet verplicht om patiënten die langer dan 24 uur in een instelling verblijven, geestelijke verzorging aan te bieden. Geestelijk verzorgers zijn hulpverleners op het gebied van zingeving. Zij bieden vanuit een geloofs- of levensovertuiging begeleiding aan patiënten of bewoners en hun naasten bij de omgang met existentiële vragen.¹ Ook bieden zij desgevraagd deze begeleiding aan medewerkers in zorginstellingen en geven zij professioneel advies inzake ethische en levensbeschouwelijke thema's in de zorg. Geestelijk verzorgers werken in ziekenhuizen, de psychiatrie, in instellingen voor (verstandelijk) gehandicapten, verpleeg- en verzorgingshuizen en bij justitie (het leger, gevangenis en bij de politie). In deze scriptie richt ik me op geestelijke verzorging in ziekenhuizen.

Ik heb in het kader van de Master Geestelijke Verzorging stage gelopen in ziekenhuis Nij Smellinghe in Drachten op de afdeling cardiologie en ik merkte daar dat de vraag van patiënten om geestelijke ondersteuning niet vaak rechtstreeks gesteld werd. Daarom vroeg ik aan verpleegkundigen², of zij wisten welke patiënten er volgens hen gebaat konden zijn bij mijn begeleiding. Een docent van de opleiding tot verpleegkundigen die mijn vraag hoorde, merkte toen op dat hij dit de omgekeerde wereld vond. Verpleegkundigen zijn een 'spin in het web' en moeten signaleren of er andere dan medische hulp geboden is. In de opleiding tot verpleegkundige is steeds meer aandacht gekomen voor dit aspect van hun taak, dus voor het signaleren van een 'levensvraag' bij een patiënt, of vragen op levensbeschouwelijk en ethisch gebied. Maar in de praktijk blijkt er nog veel te haperen in het signaleren van een vraag en het juist doorverwijzen naar de geestelijk verzorger in dit geval. Een manier om dit probleem op te vangen is een richtlijn voor verpleegkundigen, de veelal Richtlijn Levensbeschouwelijke Nood wordt genoemd. Deze biedt een handvat voor verpleegkundigen om meer en gericht aandacht te besteden aan de levensbeschouwing van patiënten. In de richtlijn staat onder meer beschreven, welke signalen van patiënten kunnen duiden op levensbeschouwelijke nood en welke interventies verpleegkundigen kunnen plegen. Als geestelijk verzorger en als onderzoeker wil ik weten, of het werken met deze richtlijn ook veranderingen met zich meebrengt voor de geestelijke verzorging: wordt die anders (vaker/meer gericht, beter/slechter, meer door anderen of meer door henzelf) verleend dan zonder de Richtlijn Levensbeschouwelijke Nood?

De ontwikkeling van standaardisering in de zorg moet gezien worden tegen de achtergrond van een aantal trends in de Nederlandse gezondheidszorg. In literatuur hierover worden vaak twee 'katalysatoren' voor deze ontwikkelingen genoemd: ten eerste de zich terugtrekkende overheid die marktwerking in de zorg promoot en die van zorginstellingen vraagt om de geleverde zorg meetbaar te maken zodat de consument de beste zorginstelling kan kiezen. Ten tweede is er de 'evidence-based practice' die er toe leidt dat professionals meer en meer met vakinhoudelijke protocollen en richtlijnen gaan werken. Professionals die werkzaam zijn in de gezondheidszorg worden verplicht door de Nederlandse overheid, hun 'producten' te standaardiseren in productspecificaties, competentieprofielen, protocollen, kwaliteitssystemen, prestatie-indicatoren, enzovoorts. Aanhangers en critici van standaardisering discussiëren over de veronderstelde voordelen (zoals de verbetering van de kwaliteit, efficiëntie en controle) en de nadelen (onder andere het ondermijnen van vertrouwen en motivatie, toenemende bureaucratie) van deze ontwikkelingen.³

¹ J.J.A. Doolaard (red.), *Handboek geestelijke verzorging in zorginstellingen*, (Kok Kampen 1996), 339.

² Overal waar ik spreek over 'de verpleegkundige', kan in plaats van zij ook hij gelezen worden.

³ Uit: H. Zock en A.R. Mackor - 'Standaardisering van geestelijke verzorging, zegen of vloek?' - onderzoeksvoorstel NWO, februari 2007.

De overheid is de drijvende kracht achter deze ontwikkelingen die in de jaren '80 van de vorige eeuw in gang zijn gezet. De overheid heeft haar koers toen gewijzigd van centrale overheidssturing naar meer zelfregulering en meer marktwerking in de zorgsector. Een gevolg van deze koerswijziging is de Kwaliteitswet Zorginstellingen die in 1996 van kracht is geworden. Deze wet eist van zorginstellingen dat zij een kwaliteitssysteem invoeren waarmee zij de kwaliteit van de zorg systematisch kunnen bewaken, beheersen en verbeteren (art. 4) en dat zij jaarlijks openbaar verantwoording afleggen over het kwaliteitsbeleid dat zij gevoerd hebben (art. 5).⁴ Het kwaliteitssysteem en de openbare verantwoording moeten eraan helpen bijdragen dat zorginstellingen verantwoorde zorg bieden. De wet verstaat in dit verband onder verantwoorde zorg: “zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt.” (art. 2). In zorginstellingen betreft standaardisering zowel vakinhoudelijke (dus medische) zaken als organisatorische aspecten.

Vakinhoudelijk is de stroming van evidence-based medicine bepalend geweest voor de ontwikkeling van standaarden. Artsen kregen de kritiek dat ze teveel zouden vertrouwen op hun eigen klinische ervaring en daarom werden er richtlijnen opgesteld die ervoor zorgen dat zij gebruik maken van het beschikbare 'evidence' in hun vakgebied. Dit komt de kwaliteit van de gezondheidszorg ten goede, is de gedachte. Critici vragen zich af, of er voldoende bewijs is dat evidence-based werken effectief is en dat daardoor de zorg voor patiënten verbetert. Wel is het zo, dat patiënten die een therapie krijgen waarvan de effectiviteit bewezen is, betere zorguitkomsten hebben dan andere patiënten.⁵ Naast richtlijnen op wetenschappelijke grondslag die tot doel hebben de vakinhoudelijke behandeling te verbeteren, zijn er ook standaarden die de organisatie van het zorgproces beogen te verbeteren. Hierbij moet onder andere worden gedacht aan standaarden ten behoeve van de interdisciplinaire afstemming van taken. Juist dit type richtlijn speelt de laatste tijd een belangrijke rol in de geestelijke verzorging. Echter, als standaarden gebruikt worden om een organisatie meer te stroomlijnen, dreigt dan niet het gevaar dat alles draait om efficiëntie en dat de 'menselijke maat' uit het oog verloren wordt? Hier wreekt zich het punt dat zoveel veranderingen tegelijk worden doorgevoerd dat niemand kan overzien wat de effecten zullen zijn. Leidt het overnemen van de organisatievormen, de taal en de cultuur van het bedrijfsleven tot een verarming van de zorg, of is het de beste manier om de zorg te verbeteren en betaalbaar te houden? Ook hier geldt, dat er goede redenen zijn om kritisch naar organisatorische standaardisering te kijken, niet om dergelijke standaarden a priori af te wijzen. Met name in de care-sector wordt er immers niet alleen door buitenstaanders, maar ook door insiders (en onderzoekers zoals bijvoorbeeld Anne-Mei The, *In de wachtkamer van de dood. Leven en sterven met dementie in een verkleurende samenleving*. Amsterdam, Uitgeverij Thoenis, 2004) op gewezen dat er nog heel wat 'winst' te boeken valt als het gaat om de organisatie van de zorg.⁶

Geestelijk verzorgers kunnen, net als andere professionals in de zorg, te maken krijgen met standaarden, bijvoorbeeld in de vorm van protocollen die interdisciplinaire samenwerking bevorderen. Standaarden zijn normen die iets voorschrijven – meestal gedrag, maar soms ook andere zaken. Het gebruik van (voornamelijk impliciete, niet geschreven) standaarden is van alle tijden, maar met name het laatste decennium worden standaarden steeds meer expliciet vastgelegd, ze worden veel gedetailleerder en krijgen vaak ook een dwingender karakter. De geestelijke verzorging heeft ook te maken met richtlijnen met betrekking tot toezicht en verantwoording, zoals de ontwikkeling en invoering van DBC's (diagnose-behandel combinaties)

⁴ A.R. Mackor, 'Standaardisering van geestelijke verzorging', *TGV* (sept. 2007), 21-37, aldaar 23.

⁵ K. Hannes, B. Aertgeerts, R. Schepers, J. Goedhuys en F. Buntinx 'Evidence-based medicine: een bespreking van de meest voorkomende kritiek', *Nederlands Tijdschrift voor geneeskunde* 2005, 3 september; 149 (36), p. 1983.

⁶ A.R. Mackor, 'Standaardisering van geestelijke verzorging' *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* (sept. 2007), 21-37, aldaar 26.

en prestatie-indicatoren. De introductie van DBC's en prestatie-indicatoren in de zorg is van nog recenter datum dan de zojuist genoemde evidence based richtlijnen. In Nederland beginnen prestatie-indicatoren pas vanaf het begin van de 21^e eeuw serieus vorm te krijgen.⁷

Belangrijk voor de geestelijke verzorging (maar ook voor maatschappelijk werk en dergelijke) is dan de vraag: is geestelijke verzorging een algemene ziekenhuisfunctie, of dient deze zorg door zorgverzekeraars in een pakket zorg meegerekend te worden bij bepaalde aandoeningen, behandelingen, DBC's of moet het bijvoorbeeld vooral in het acute en het chronische ziekenhuis meeberekend worden?⁸ Ook ten aanzien van extramurale zorg is het de vraag, hoe geestelijke verzorging gefinancierd kan worden. Sommige geestelijk verzorgers zijn al voorbereid op de vraag van zorgverzekeraars, wat geestelijk verzorgers aan hun cliënten te bieden hebben en maken hun eigen DBC's.⁹

Geestelijke verzorging. Standaarden of geen standaarden, dat is de vraag

Als geestelijk verzorgers zich profileren als specialist op het gebied van 'coping' in de gezondheidszorg, zal het moeilijk zijn om niet te voldoen aan de standaardiserings-eis. Geestelijk verzorgers die zich echter profileren als degenen die de godsdienstvrijheid binnen de instelling waarborgen, houden daarmee wellicht meer ruimte om niet mee te gaan in deze trend. Zij zouden zich bijvoorbeeld meer kunnen beroepen op de vrijplaats die zij hebben, het privé-domein van henzelf en de patiënt met diens religieuze beleving. Wat er tussen een patiënt en een geestelijk verzorger gezegd en gedaan wordt, is nauwelijks in richtlijnen te vangen (bijvoorbeeld om te meten - hoe lang duurt zo'n gesprek, welk 'behandeldoel' wordt ermee bereikt, hoe kan dat gesprek nog efficiënter gevoerd worden?) Maar misschien kunnen ook de kool en de geit gespaard worden, als de standaardisering voor geestelijke verzorging zich beperkt tot richtlijnen voor samenwerking. Dan wordt wel inzichtelijk gemaakt voor andere collega's in een instelling, op welk terrein het werk van een geestelijk verzorger zich afspeelt (namelijk het terrein van levensbeschouwing en ethiek), maar wordt er inhoudelijk voor een geestelijk verzorger (hoe gaat die te werk, hoe verantwoordt hij zijn aanpak) niets genormeerd. Hierop kom ik later in deze scriptie nog terug.

Net zo goed als het algemene debat over standaardisering ideologisch gekleurd is, laten ook geestelijk verzorgers zich niet onbetuigd als het gaat om principiële argumenten voor en tegen standaardisering van geestelijke verzorging. Sommige geestelijk verzorgers stellen bijvoorbeeld, dat 'presentie' de kern van hun werk is, belangeloze aandacht en 'een stukje meelopen' met een patiënt.¹⁰ Dit valt niet onder te brengen in standaarden die de efficiëntie of het effect van het 'product' geestelijke verzorging proberen aan te tonen. Voorstanders van standaardisering voelen zich vaak meer thuis bij de pleitbezorgers van diagnostiek, zoals hoogleraar geestelijke verzorging aan de PThU Johan Bouwer. Die vindt dat geestelijk verzorgers werk doen waarvan de werking goed aan te tonen is, bijvoorbeeld omdat ze ook een diagnose stellen – wel binnen een eigen kader, de pastorale diagnostiek. Pastorale diagnostiek kan volgens Bouwer leiden tot verdere integratie van de pastor in de organisatie. Daarmee zou de kwaliteit van de totale zorg aan de patiënt verhoogd kunnen worden. In de medische en verpleegkundige context krijgt de geestelijke zorg aan patiënten een bredere basis en een groter draagvlak dan

⁷ Ibid.

⁸ M.J.J. Prick, 'Moet het DBC-systeem aan de geestelijke verzorging voorbijgaan?', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, (nr. 32, 2002), 15.

⁹ Drs. G.M.M.C. van Kaam, voorzitter van het Werkverband voor Vrijgevestigd Geestelijk Verzorgers, vertelt in haar lezing tijdens het symposium 'Standaardisering van geestelijke verzorging in de praktijk', gehouden 13 maart 2007 te Groningen, hoe zij haar werk inzichtelijk probeert te maken voor huisartsen en zorgverzekeraars. Ze geeft bijvoorbeeld bij depressieve klachten een indicatie van zes gesprekken van een uur met de geestelijk verzorger.

¹⁰ Presentie: A. Baart, *Een theorie van de presentie* (Utrecht 2001) en: www.presentie.nl

vaak het geval is, omdat arts en verpleegkundige (en ook het management) daardoor groter inzicht krijgen in het ‘ongrijpbare’ van het pastoraat.¹¹

Dit ideologische debat is sterk gepolariseerd: er worden door de verschillende partijen wel uitspraken over de praktijk gedaan, maar die zijn zelden ook *getoetst* aan diezelfde praktijk. Daarom richt ik mij in deze scriptie op de beschrijving van de impact die een standaard met betrekking op geestelijke verzorging heeft op het dagelijkse werk van verpleegkundigen in een ziekenhuis. Het is een richtlijn, bedoeld om de samenwerking tussen geestelijk verzorgers en de andere disciplines die in een complexe organisatie werken, te verbeteren. Drs. Adri Spelt, geestelijk verzorger in het UMCG, heeft samen met verpleegwetenschapper drs. Fokje Hellema een standaard ontworpen, waarin aan verpleegkundigen duidelijk wordt gemaakt hoe zij ‘levensbeschouwelijke nood’ kunnen signaleren, diagnosticeren en welke interventies zij kunnen plegen¹². Recent is deze standaard op twee afdelingen in het UMCG geïmplementeerd en er zijn empirische gegevens verzameld over onder meer de samenwerking met de geestelijk verzorgers. Ik kom hier uitgebreid op terug in paragraaf 4.1.

Voor geestelijk verzorgers (maar ook voor andere professionals die in een ziekenhuis werken) zijn verpleegkundigen een spin in het web. Zij hebben veel en vaak contact met de patiënten en weten wat er speelt. Daarom is het opvallend, dat zij op het gebied van levensbeschouwing zo weinig van zich laten horen. Op het anamneseformulier bijvoorbeeld, dat zij invullen als een patiënt opgenomen wordt, staat de vraag, of levensbeschouwing belangrijk is voor de patiënt. Deze vraag wordt praktisch nooit ingevuld omdat verpleegkundigen niet weten wat ze met deze vraag aan moeten. Juist daarom hebben de geestelijk verzorgers in het UMCG het initiatief genomen om meer duidelijkheid te scheppen over wat hun werk inhoudt en om de communicatie tussen beide beroepsgroepen te verbeteren. Dat dit nodig is, blijkt uit dit voorbeeld van een geestelijk verzorger in een ziekenhuis:

‘Het probleem is dat de vrijheid van de afdelingen altijd heel groot is geweest. Terecht of niet terecht, dat kan ik niet beoordelen. Maar al die jaren dat ik hier ben (zes jaar), merk ik dat het klimaat op de afdeling bepalend is voor de vraag of je daar al dan niet vrij rond kunt wandelen. De sleutel ligt in handen van de (leidinggevende) verpleegkundigen. Zijn die bereid om met jou wat aan te gaan, dan zal het wel lukken. Maar zijn ze afstandelijk of niet bereid tot samenwerking, dan kom je er dus nooit tussen. Je moet een kans krijgen.’ (Opgemerkt wordt dat de verpleging niet altijd een juist beeld heeft van het werk van geestelijk verzorgers.) ‘Hoe de dienst in elkaar zit, dat we verwijsfuncties hebben naar elkaar toe en wat we aan het ziekbed doen, is bij sommige verpleegkundigen volstrekt onduidelijk. Van de buitenkant ziet het eruit alsof we lekker een uurtje zitten te keuvelen, terwijl zij hun handen moeten laten wapperen.’¹³

Samenwerking tussen verpleegkundigen en geestelijk verzorgers is dus verre van vanzelfsprekend, mede omdat niet helder is wat geestelijk verzorgers doen. Bovendien blijkt uit het citaat, dat verpleegkundigen niet weten dat ze kunnen verwijzen en omdat ze geen goed beeld hebben van het werk van geestelijk verzorgers, verwijzen ze ook niet op de juiste gronden. Of ze

¹¹ J. Bouwer, *Pastorale diagnostiek. Modellen en mogelijkheden*, (Zoetermeer 1998), 8.

¹² Drs. Adri Spelt en drs. Fokje Hellema zijn resp. de geestelijk verzorger en verpleegwetenschapper in dienst van het Bureau Verpleegkundige Zaken van het Universitair Medisch Centrum Groningen. In 2002 is de richtlijn levensbeschouwelijke nood verschenen om een handvat te bieden voor het systematisch verpleegkundig handelen. Ter verkrijging van landelijke legitimering van de richtlijn moet deze nog gedetailleerd worden onderbouwd met resultaten uit wetenschappelijk onderzoek, met als doel de kwaliteit en geldigheid van de richtlijn te vergroten. Dan gaat het er met name om, te onderzoeken, of de studies die als basis dienden voor de richtlijn, voldoen aan maatstaven van wetenschappelijk onderzoek en of de resultaten die beschreven worden dus geldig zijn.

¹³ Marijke C.J. Prins, *Geestelijke zorgverlening in het ziekenhuis*, (Kavanah 1996), 131.

verwijzen niet naar de geestelijk verzorger maar bijvoorbeeld naar maatschappelijk werk, psychiater, psycholoog, of SPWer. De standaard die in het UMCG is ontwikkeld, is zowel een manier om duidelijkheid over het werk van geestelijk verzorgers te scheppen als een handvat om juist door te verwijzen. Verpleegkundigen krijgen daarmee wel een zorg erbij, namelijk de zorg voor het 'levensbeschouwelijk welbevinden' van de patiënt. Geestelijk verzorgers zullen hen in het gebruik van de richtlijn moeten coachen. Hun werk zal dus waarschijnlijk ook veranderen.

In deze scriptie doe ik verslag van onderzoek naar de vraag:

Wat gebeurt er met geestelijke verzorging als er met standaarden gewerkt wordt? Verandert de geestelijke verzorging daardoor? Zo ja, op welke punten? Wordt er bijvoorbeeld meer of juist minder geestelijke zorg verleend, wordt de kwaliteit van de verleende zorg beter/slechter, verschuift de zorgverlening van de geestelijk verzorger naar anderen, bijvoorbeeld de verpleegkundige, of niet?

Meer specifiek gaat het om de vraag of de invoering van de Richtlijn Levensbeschouwelijke Nood in het UMCG gevolgen heeft voor de geestelijke verzorging en zo ja welke?

Om dit te onderzoeken, kijk ik naar twee aspecten van een onderzoek dat gedaan is in het UMCG naar hoe verpleegkundigen werken met de Richtlijn Levensbeschouwelijke Nood. Het ene aspect is: is er (na invoering van de Richtlijn) in de verpleegdossiers iets terug te vinden over de Richtlijn 'Levensbeschouwelijke Nood'? En ten tweede: wat vinden de verpleegkundigen van de samenwerking met de geestelijk verzorger na de invoering van de richtlijn? Aangezien ik mijn stage in het kader van de Master Geestelijke Verzorging in een ziekenhuis heb gedaan, Nij Smellinghe in Drachten, heb ik ook daar aan verpleegkundigen gevraagd: hoe werken verpleegkundigen van de neurologie-afdeling in ziekenhuis Nij Smellinghe met een vereenvoudigde vorm van deze richtlijn? Ook in Nij Smellinghe heb ik vooral gekeken naar de samenwerking tussen de beide disciplines en of er in het dossier van de patiënt vaker iets opgeschreven wordt over de levensbeschouwing van de patiënt. De focus van beide onderzoeken is dus nagenoeg gelijk, maar de ziekenhuizen verschillen van elkaar. Het UMCG is een groot, academisch ziekenhuis en de Richtlijn is daar ontwikkeld. Nij Smellinghe is een kleiner, algemeen ziekenhuis en ik heb daar een vereenvoudigde vorm van de Richtlijn Levensbeschouwelijke Nood gebruikt. In beide ziekenhuizen is er sprake van een initiatief vanuit de Dienst Geestelijke Verzorging om tot meer en effectievere samenwerking met de verpleegkundigen te komen.

Doelstelling

In deze scriptie wil ik antwoorden geven op de vragen: wordt geestelijke zorg anders verleend als verpleegkundigen de Richtlijn Levensbeschouwelijke Nood gebruiken, een richtlijn die hen moet helpen om adequater te signaleren, door te verwijzen of te interveniëren als er bij patiënten sprake is van 'levensbeschouwelijke nood'? Verwijzen zij vaker dan voorheen naar de geestelijk verzorger? Geven zij zelf (meer) geestelijke zorg (dan vroeger, zonder de richtlijn)? Deze vragen zal ik aan de hand van een onderzoeksverslag uit het UMCG en eigen gegevens uit Drachten beantwoorden. Voordat ik inga op deze vragen, zal ik in hoofdstuk 2 uiteenzetten welke thema's er spelen op het terrein van geestelijke verzorging in ziekenhuizen. Het probleem van doorverwijzingen van een vraag op het gebied van levensbeschouwing, beschrijf ik aan de hand van een filtermodel. Daarna geef ik in hoofdstuk 3 weer, welk debat er is over standaarden en veranderingen in de geestelijke verzorging. Ook in de verpleegkunde zijn er een aantal wezenlijke veranderingen geweest, die er onder andere voor gezorgd hebben, dat verpleegkundigen steeds meer een pleitbezorger worden voor de patiënt. Tenslotte

beschrijf ik in hoofdstuk 4 opzet en uitkomsten van beide onderzoeken naar de Richtlijn Levensbeschouwelijke Nood, in Groningen en in Drachten.

Dat er onderzoek naar de samenwerking tussen verpleegkundigen en geestelijk verzorgers nodig is, blijkt uit de literatuur (Ren van Schrojenstein Lantman, *Levensverhalen in het ziekteproces. Over geestelijke verzorging en interdisciplinaire samenwerking* (Kavanah 2007)) en ook uit het onderzoek dat ik in Drachten deed. Verpleegkundigen verwijzen vaak niet door naar de geestelijk verzorger en als ze dat al doen, vaak op verkeerde gronden. Het blijkt bijvoorbeeld uit mijn onderzoek, dat verpleegkundigen vragen aan patiënten of ze lid zijn van een kerk en daaraan de vraag verbinden of zij behoefte hebben aan een geestelijk verzorger. Een richtlijn, die dient als hulpmiddel of geheugensteun voor een verpleegkundige, kan verwijzingen adequater maken. Maar voordat zo'n richtlijn effectief wordt, zal er scholing nodig zijn om verpleegkundigen handvatten te geven het gesprek met een patiënt over levensbeschouwing op gang te helpen. Er is onderzoek gedaan naar de vraag, of verpleegkundigen niet ook 'eerste hulp bij levensbeschouwelijke nood' kunnen bieden, of ondersteuning en 'basis- geestelijke zorg' (R.R. van Leeuwen, *Towards nursing competencies in spiritual care*, (proefschrift Rijksuniversiteit Groningen, 2008)). Mijns inziens kan een richtlijn ook helderder maken wat verpleegkundigen zelf kunnen bieden op dit vlak en juist ook waar de expertise van de geestelijk verzorger ligt. Tot zover de aanbevelingen voor de praktijk die voortvloeien uit mijn hoofd- en deelvragen. Verder onderzoek naar de effecten van het werken met een dergelijke richtlijn is wel geboden, aangezien in het UMCG de scholing van verpleegkundigen om goed om te gaan met de richtlijn wat tekort schoot en mijn eigen onderzoek kleinschalig was. Ziekenhuizen specialiseren zich in rap tempo en patiënten verblijven steeds korter in het ziekenhuis, waardoor het goed signaleren van 'levensbeschouwelijke nood' en adequaat verwijzen in de toekomst nog belangrijker worden.

Hoofdstuk 1. Geestelijke verzorging in ziekenhuizen

1.1 Inleiding

In dit eerste hoofdstuk richt ik mij op de banden tussen geestelijke verzorging en de gezondheidszorg. Ziekte, gezondheid, heling en genezing waren eeuwenlang het domein van de geestelijk leiders in de gemeenschappen van mensen.¹⁴ In de moderne tijd zijn deze verbanden goeddeels verdwenen. Een deel van de taken die vroeger door geestelijk leiders werden uitgevoerd, is overgenomen door geestelijk verzorgers. Zij zijn universitair of hbo geschoolde functionarissen met verschillende religieuze en levensbeschouwelijke achtergrond en zij werken ten behoeve van de patiënten-, cliënten- of bewonerszorg in zorginstellingen. Ze bieden professionele en ambtshalve begeleiding van mensen (patiënten en medewerkers) bij zingeving aan hun bestaan en zijn ook belast met opleidings- en onderwijstaken. Geestelijk verzorgers zijn meestal 'ambtelijk gebonden': een levensbeschouwelijk instituut staat garant voor hun opleiding en hun levensbeschouwelijke 'kleur' (humanistisch, rooms-katholiek of islamitisch bijvoorbeeld). Ook geven zij professioneel advies inzake ethische of levensbeschouwelijke aspecten in zorgverlening en beleidsvorming.¹⁵ De gezondheidszorg kent veel werkvelden, met elk zijn

¹⁴ J.J.A. Doolaard, 'Geestelijke verzorging anno 2006, een inleiding' in *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging* (Kok-Kampen 2006), 19.

¹⁵ De landelijke beroepsvereniging van geestelijk verzorgers in instellingen, de VGVZ, formuleert het zo: 'de professionele en ambtshalve begeleiding van en hulpverlening aan mensen bij zingeving aan hun bestaan, vanuit en op basis van geloofs- en levensovertuiging en de professionele advisering inzake ethische en of levensbeschouwelijke aspecten in zorgverlening en beleidsvorming' www.vgvz.nl Beroepsstandaard.

geestelijk verzorger: algemene en academische ziekenhuizen, de psychiatrie/geestelijke gezondheidszorg, revalidatiecentra, verpleeg- en verzorgingshuizen en de verstandelijk gehandicaptenzorg. Over de plaats en betekenis van de geestelijke verzorging in intramurale instellingen van gezondheidszorg wordt verschillend gedacht. In zorginstellingen is geestelijke verzorging opgenomen in het totaalpakket van zorg, vanuit de benadering van zorg waarin het geestelijk leven van mensen evenzeer aandacht verdient als de fysieke, sociale en psychische aspecten.

Ondanks deze legitimering van geestelijke verzorging op organisatie-niveau en de wettelijke verplichting om geestelijke verzorging in alle instellingen aan te bieden (die voortvloeit uit art. 6 van de Grondwet en art 3 van de Kwaliteitswet), blijkt dat in de praktijk, op de werkvloer, de uitvoering niet altijd de ruimte krijgt.¹⁶ Uit een onderzoek dat gedaan is onder geestelijk verzorgers in ziekenhuizen in Utrecht blijkt, dat onder ‘jongere’ geestelijk verzorgers de wens tot integratie (de mate waarin de geestelijke verzorging functioneert als elke andere afdeling van het ziekenhuis door deelname aan overleg en andere samenwerkingsvormen) zich vertaalt in gerichtheid op procesintegratie (een rol hebben in het multidisciplinair overleg). Mogelijke tegenwerking is er van de medisch specialisten, aangezien zij per patiënt beperkte tijd hebben en het soms niet prettig vinden om op de grenzen van hun professioneel kunnen gewezen te worden.¹⁷ Een andere rem is het parttime werken van geestelijk verzorgers. Kennelijk voelt men zich dan toch minder betrokken bij de hele organisatie.¹⁸

Wat zijn nu belangrijke thema’s in dit werkveld? Het denken over ziekte en gezondheid vormt de achtergrond van ideeën over nut en noodzaak van geestelijk verzorgers te midden van chirurgen, psychologen en gespecialiseerde verpleegkundigen. Allereerst zal ik daarom in deze paragraaf een schets geven van de relatie die door een aantal wetenschappers gelegd wordt tussen gezondheid en spiritualiteit.

Daarna geef ik aan, welke aspecten door geestelijk verzorgers zelf gezien worden als nuttige en noodzakelijke eigenschappen van hun werk. Zij noemen ‘presentie’ – belangeloze aandacht – en de vrijplaats als begrippen of kenmerken die het eigene van geestelijke verzorging aanduiden.

1.2 Gezondheid en spiritualiteit

Word je sneller beter als je ‘in jezelf gelooft’? Is het voor een hartpatiënt juist beter om maar niet teveel over ‘zonde en schuld’ na te denken? In deze paragraaf beschrijf ik de relatie tussen ziekte, gezondheid en spiritualiteit. Het lijkt erop dat in de vakliteratuur over de begrippen ziekte en gezondheid een definitiestrijd gaande is, waarbij het ‘subjectieve’ element van ziek zijn aan het kortste eind trekt.¹⁹ In de wetenschappelijke opvatting over ziekte en gezondheid is sprake van eendimensionaal denken: een disproportioneel benadrukken van wat men fysiek (aan)kan. Een eenzijdige nadruk wordt gelegd op de ziekte, op de gevolgen van het ziek zijn, op de behandeling en op het kleiner worden van de leefwereld.²⁰ Hiertegenover staat de opvatting, dat ziekte ook de

¹⁶ Marijke C.J. Prins, *Geestelijke zorgverlening in het ziekenhuis*, (Kavanah Dwingeloo 1996), 30.

¹⁷ Ren van Schroyen Lantman, *Levensverhalen in het ziekteproces. Over geestelijke verzorging en interdisciplinaire samenwerking*, (Kavanah Dwingeloo 2007), 100-101.

¹⁸ Dick van der Wel en Jos Pieper, ‘De geestelijk verzorger aan de zijlijn? De integratie van de geestelijk verzorger in het algemeen ziekenhuis’, in: *Praktische Theologie*, (2000, 4), 57. De conclusie dat men zich door parttime werken minder betrokken voelt bij de organisatie wordt door deze auteurs getrokken, op basis van de gesprekken die zij gevoerd hebben.

¹⁹ Marijke C.J. Prins, *Geestelijke zorgverlening in het ziekenhuis*, (Kavanah 1996), 24.

²⁰ *Ibidem*, 25.

mogelijkheid kan betekenen om tot zichzelf te komen en de mogelijkheid in zich heeft van een geestelijk genezingsproces.

De Wereld Gezondheidsraad stelt: ‘Until recently the health professions have largely followed a medical model, which seeks to treat patients by focusing on medicines and surgery, and gives less importance to beliefs and to faith – in healing, in the physician and in the doctor-patient relationship. This reductionist or mechanistic view of patients is no longer satisfactory. Patients and physicians have begun to realise the value of elements such as faith, hope, and compassion in the healing process.’²¹ Uit verschillende onderzoeken (naar correlaties en langetermijnonderzoeken) blijkt dat er 60 tot 80 % verband is tussen betere gezondheid en aandacht voor spiritualiteit bij onder meer hartaandoeningen, hoge bloeddruk, kanker, pijn en handicaps. Ook bij psychiatrische stoornissen zoals psychose en depressie speelt spiritualiteit een positieve rol. De voordelen van aandacht voor spiritualiteit zijn: helpen voorkomen, versnellen van herstel en het bevorderen van kalmte en aanvaarding in het zicht van een slechte gezondheid.²² Nadelen kunnen zijn, dat een bepaald Godsbeeld (een straffende God, een centrale plaats van het Laatste Oordeel) mensen angstig maakt in het zicht van hun dood. Spiritualiteit is in dit artikel vrij losjes gedefinieerd; de auteur stelt dat vooral de *impact* ervan te meten is. Nederlandse wetenschappers die de relatie tussen gezondheid en spiritualiteit onderzoeken²³, noemen een aantal definities van spiritualiteit: ‘geestelijk bestaan of levenshouding’²⁴, ‘overall waar de mens met bewuste bedoelingen en op een min of meer methodische wijze bezig is zijn leven te doen beantwoorden aan een transcendente zingeving’²⁵, ‘godmenselijke om-vorm-ing’²⁶, ‘een integrerende energie die bewust of onbewust aanwezig is en waardoor de mens zin ervaart en zin kan geven aan zijn bestaan, en die zich op persoonlijke wijze uit in relatie met zichzelf, anderen en eventueel een hoger wezen/God.’²⁷ In deze scriptie zal ik de laatstgenoemde definitie gebruiken, aangezien die ook nauw aansluit bij de definitie van ‘levensbeschouwelijke nood’ uit de Richtlijn Levensbeschouwelijke Nood.

Theologen en geestelijk verzorgers pleiten voor meer aandacht voor het aspect van ‘welbevinden’, in het dagelijks leven maar ook als iemand ziek is. Zij leggen een verband tussen spiritualiteit en welbevinden, althans welbevinden op het gebied van levensbeschouwing – dat is de mate waarin iemand naar eigen zeggen een gevoel van transcendentie en krachtverlenende verbondenheid ervaart met zichzelf, anderen, een hogere macht, het leven, de natuur en het universum.²⁸ Een bekende geriater die werkzaam is in het UMCG, dr. Joris P.J. Slaets, geeft een aantal indicatoren voor welbevinden: sociaal en psychologisch kapitaal, een extern doel en waardering, zelfgevoel. Probleemgebieden bij ouderen bevinden zich op die terreinen, bij voorbeeld een extern doel dat wegvalt. Een ander probleemgebied is stoornis in zingeving; als voorbeelden noemt hij: levensmoe zijn, levensbeëindiging eisen, behandelingen eisen die *niet bijdragen aan welbevinden*.²⁹ Een geestelijk verzorger kan hierbij een rol spelen: de verstoring in zingeving proberen op te lossen, waardoor de eis naar behandelingen die welbevinden niet bevorderen wegvalt. Een voorbeeld van een theoloog die stellige uitspraken over geluk en

²¹ Geciteerd in L. Culliford, ‘Spirituality and clinical care’ *BMJ* 325 (2002) 1434 – 1435, aldaar 1434.

²² L. Culliford, ‘Spirituality and clinical care’ *BMJ* 2002; 325: 1434. Hij verwijst naar HK Koenig, ME Mc Cullough, DB Larson, *Handbook of religion and health* (Oxford University Press, 2001).

²³ Tiesinga en Post, later in deze paragraaf kom ik op hun onderzoek terug.

²⁴ Van Dale, *Groot Woordenboek der Nederlandse Taal*, (Utrecht/Antwerpen 1993).

²⁵ C. Aalders, *Spiritualiteit; geestelijk leven vroeger en nu*, (Den Haag 1971), 13.

²⁶ K. Waaijman, *Spiritualiteit; vormen, grondslagen, methoden* (Kampen, Gent 2000), 6.

²⁷ R.R. van Leeuwen, *Zorg voor spiritualiteit, een verpleegkundig aandachtsgebied*, (Universiteit Maastricht, 1997), 7.

²⁸ Uit: Verpleegplan Levensbeschouwelijke Nood, Zorgresultaat ‘Welbevinden op het gebied van levensbeschouwing.’

²⁹ Uit: gastcollege in de reeks ‘Geestelijke Verzorging Theorie en Praktijk’, gegeven door J.P. Slaets in het UMCG op 27-11-2006 over ‘Veroudering en welbevinden.’

welbevinden doet, is Frits de Lange (*Trouw*, 27 oktober 2007): ‘Sommige mensen zijn doodongelukkig, terwijl toch alle voorwaarden voor hun geluk zijn vervuld. En omgekeerd: iemand kan verstoken zijn van alles en verlaten door iedereen, en zich toch zielsgelukkig voelen. Hoe komt dat? Er is blijkbaar een allerindividueelste dimensie aan geluk, die zich moeilijk in kaart laat brengen. Diep geluk veronderstelt dat iemand zichzelf aanvaardt en weet waarvoor hij leeft. Hij moet ja zeggen tegen wie hij is, ervan overtuigd zijn dat zijn leven zin heeft. Zeggen: „Het is goed dat ik er ben en wel hierom.” Zonder zelfacceptatie en een doel in je leven geen diep geluk. Een gelukkig mens is iemand die weet waartoe hij op aarde is en dat met hart en ziel beaamt. ‘Welbevinden’ betekent letterlijk: voelen dat je goed zit.’ Ook Hetty Zock verwijst naar welbevinden als haar gevraagd wordt wat het nut is van een geestelijk verzorger in een ziekenhuis: *Uit: Nederlands Dagblad, 14 maart 2007. Stelling 5: Geestelijke hulp in het ziekenhuis is in deze tijd steeds meer nodig, aangezien mensen geen beroep meer kunnen doen op een dominee.*

„Daar ben ik het volledig mee eens. Als er geen aandacht is voor wat ik de existentiële dimensie noem - zingeving in alle verschillende dimensies - dan is dat een verarming van onze cultuur. En geestelijk verzorgers staan voor de zorg voor zingeving. Het is overigens niet zo dat iedereen in moeilijke omstandigheden behoefte heeft aan een geestelijk verzorger. Maar bij velen wordt aan hun levensbeschouwelijke basis geschud en dat heeft invloed op hun welbevinden. Als een geestelijk verzorger kan helpen hun basis, de bron waaruit ze putten, zo snel mogelijk weer goed te krijgen, is dat heel effectief voor het genezingsproces.”

Volgens de onderzoekers L. Tiesinga en D. Post is er naast de aandacht die de WHO geeft aan spiritualiteit ook een omslag waar te nemen in het benaderen van de patiënt. Bij behoeftegestuurde zorg is het uitgangspunt voor zorg de beleving en de behoeftes van de patiënt en diens naasten. De professional richt zich (idealiter, GH) op lichamelijke problemen én bestaansproblemen.³⁰ Ook zijn er omgevingsfactoren die zorgen voor toenemende aandacht voor de spiritualiteit van de zorgvrager: enerzijds de individualisering, een hoger opleidingsniveau en (proto)professionalisering van de patiënt (de professionalisering van leken) en een toename van culturen in de Nederlandse samenleving (joods, christelijk, humanistisch, boeddhistisch, hindoeïstisch) en anderzijds de multidisciplinaire benadering van gezondheidsproblemen en de verantwoordelijkheid van zorginstellingen voor kwalitatief goede zorg.³¹

Kwalitatief goede zorg, wat is dat eigenlijk? De aandacht voor kwaliteitszorg is onder meer vastgelegd in de Kwaliteitswet Zorginstellingen die in 1996 van kracht is geworden, en die eist van zorginstellingen dat zij een kwaliteitssysteem invoeren waarmee zij de kwaliteit van de zorg systematisch kunnen bewaken, beheersen en verbeteren (art. 4) en dat zij jaarlijks openbaar verantwoording afleggen over het kwaliteitsbeleid dat zij gevoerd hebben (art. 5).³²

Het kwaliteitssysteem en de openbare verantwoording moeten eraan helpen bijdragen dat zorginstellingen verantwoorde zorg bieden. De wet verstaat in dit verband onder verantwoorde zorg: “zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt.” (art. 2). Alweer de patiënt die centraal staat en dat niet alleen medisch gezien, maar ook als (mondig) mens. Vandaar dat in de ‘sliptestream’ van deze ontwikkelingen de spiritualiteit van de patiënt aandacht krijgt. Wel moet hierbij opgemerkt worden, dat patiënten vaak niet zelf om aandacht voor hun spiritualiteit vragen. Die aandacht moet dus gericht zijn, specifiek en ingebed in de totale patiëntenzorg. Het gaat Tiesinga en Post waarschijnlijk meer om algemene trends die in hun samenspel leiden tot meer aandacht voor spiritualiteit in de gezondheidszorg. Deze spiritualiteit is door de multiculturele

³⁰ L. Tiesinga, en D. Post, ‘Spiritualiteit, who cares?’, *TSG* 80 (2002) Forum.

³¹ Idem, Forum.

³² A.R. Mackor, ‘Standaardisering van geestelijke verzorging’ *TGV*, (sept. 2007), 21-37, aldaar 23.

samenleving veelkleurig geworden – de professionele hulpverlener heeft niet meer alleen met christenen, humanisten, agnosten of atheïsten te maken, maar ook met new age- en wintiaanhangen, soefi's, moslims en Hindoes. Dit zorgt voor meer aandacht voor spiritualiteit in het algemeen en meer vragen (van andere professionals in de zorg) aan de geestelijk verzorger in het bijzonder.³³ In de volgende paragraaf beschrijf ik wat geestelijk verzorgers zelf noemen als belangrijke aspecten van hun werk.

1.3 Ambtelijke binding, vrijplaats en presentie

Geestelijk verzorgers hebben een vrijplaats in een instelling door hun ambtelijke binding met een kerkelijk of levensbeschouwelijk genootschap. Als geestelijk verzorgers geen ambtelijke binding hebben, kunnen zij zich (bijvoorbeeld) aansluiten bij de beroepsvereniging voor 'ongebonden' geestelijk werkers Albert Camus. Zij stelt zich op het standpunt dat professionele geestelijke begeleiding niet gebonden dient te zijn aan een bepaalde levensbeschouwelijke traditie.³⁴ Wat betreft de vrijplaats is het dan denk ik zo, dat de professionaliteit van de geestelijk verzorger in kwestie kan dienen als waarborg voor de vrijplaats die hij of zij de cliënt biedt. Zoals ik hierboven al uitlegde, zijn geestelijk verzorgers zowel ambtsdrager en professional, hetgeen hen een aparte positie geeft binnen gezondheidszorginstellingen die anders is dan de positie van aanpalende beroepsgroepen.³⁵ Ambtshalve binding houdt in, dat een levensbeschouwelijk instituut erkenning geeft aan een ambtsdrager binnen het juridische gebied van het betreffende instituut. Die erkenning is vrijwel steeds gebaseerd op de constatering dat de betreffende persoon zich in voldoende mate verbonden weet met en gebonden weet aan de waarheid, beginselen enzovoorts van dat instituut en op het voldoen aan door dat instituut gestelde opleidingseisen.³⁶ Geestelijk verzorgers kunnen uit hoofde van hun vrijplaatsfunctie op eigen initiatief contact zoeken met patiënten. Dat contact kan bestaan uit het samen uitoefenen van religieuze of rituele handelingen of het gesprek kan gaan over alledaagse dingen. Een humanistisch geestelijk verzorger, mevrouw Sytsma, verwoordt het specifieke van de begeleiding van een geestelijk verzorger zo: 'dat zij in een gelijkwaardig contact met de patiënt in een gesprek, en in de taal die de patiënt begrijpt, naar de betekenis zoeken van de problemen in het leven van de patiënt, of juist ook meehelpen 't gezonde te vinden.'³⁷ Met name in de psychiatrie houdt de vrijplaats ook in, dat de geestelijk verzorger los staat van de instelling en de behandelplannen. Hij functioneert dan als 'luis in de pels': zijn vrijplaats geeft hem de mogelijkheid om als een relatieve buitenstaander het behandelklimaat en bijvoorbeeld de aandacht voor autonomie van de patiënt in de gaten te houden.³⁸

³³ 'Ook het feit dat er in de Nederlandse samenleving meer mensen uit niet-westerse samenlevingen wonen brengt verschuivingen teweeg op de religieuze kaart van Nederland. (...) Het betekent dat geestelijk verzorgers meer dan voorheen de grenzen van hun eigen traditie overschrijden en kennis verzamelen en vaardigheden ontwikkelen om met de nieuwe situatie om te gaan. Zij krijgen vaker concrete vragen van verpleegkundigen over de godsdienstige gewoonten en gebruiken van patiënten.' Uit: drs. A. Spelt en drs. F. Hellema, *Richtlijn levensbeschouwelijke nood. Eindrapportage*, (Academisch ziekenhuis Groningen, nov. 2002), 6.

³⁴ <http://www.vgw-albertcamus.nl/>

³⁵ A. De Roy (ed.), *Beroep: geestelijk verzorger. Een verkennend onderzoek naar persoon, werk en werkplek van geestelijk verzorgers in de gezondheidszorg*, (Trimbos-instituut, Utrecht 1997), 161.

³⁶ Dick Muller, 'Een lastig overblijfsel van een voorbijgegangene cultuur. Over de ambtelijke binding van de geestelijk verzorger in instellingen met een pluriform bewonersbestand' (*Praktische Humanistiek*, 1993), 40. Over de voor- en nadelen van ambtelijke binding, met name of het een eis is met betrekking tot professionaliteit, wordt onder meer in de VGVZ gediscussieerd. Tot nog toe mogen ambtelijk 'ongebonden' geestelijk verzorgers nog geen lid worden van deze beroepsvereniging.

³⁷ A. De Roy (ed.), *Beroep: geestelijk verzorger. Een verkennend onderzoek naar persoon, werk en werkplek van geestelijk verzorgers in de gezondheidszorg*, (Trimbos-instituut, Utrecht 1997), 162.

³⁸ Ook bij de politie, waar geestelijk verzorgers werkzaam zijn als 'burgermedewerker', staan ze los van de hiërarchie en daardoor functioneren zij onder andere als 'vrijplaats'. (Friesch Dagblad, 23-2-2005): 'Als geestelijk verzorger heeft ze (Ingrid Rots, red.) een onafhankelijke positie binnen het ruim 1700 medewerkers tellende Friese politiekorps. „Ik

Pastorale diagnostiek en presentie

Pleegt een geestelijk verzorger ook interventies? Stelt hij een diagnose? Sommige geestelijk verzorgers vinden van wel en spreken van ‘pastorale diagnostiek’. ‘Pastorale diagnostiek’ is een activiteit waarbij de geestelijk zorgverlener probeert te achterhalen wat de geestelijke nood, behoefte of pijn is van de gesprekspartner opdat zijn/haar interventie op adequate wijze afgestemd kan worden met als doel de leniging of verwerking van die nood.³⁹ Diagnostiek is niet hetzelfde als interventie maar gaat daar aan vooraf. Het woord interventie kan tegenover ‘presentie’ gesteld worden en dit gebeurt binnen de beroepsgroep van geestelijk verzorgers regelmatig, aangezien het een principiële, ideologische kwestie is geworden. Volgens bepaalde geestelijk verzorgers verdraagt het beroep geen diagnostiek en gaat het om ‘er zijn’, belangeloze aandacht. Hun belangrijkste inbreng is het trouwe aanbod van zichzelf: ‘er zijn voor’, langskomen en luisteren, wat kletsen of serieus bomen, samen een grafbezoek afleggen of erbij zijn als een kind afzwemt.⁴⁰ Present zijn is een bijzonder lastige activiteit, een moeilijk vak. Presentie moet niet gelijk gesteld worden met alledaagse, ‘goede’ en hartelijke omgangsvormen. Het vraagt ‘grote zelfdiscipline, radicale vormen van zelfontleding en terughoudendheid, afwachtendheid en trouwe aandachtigheid, betrokkenheid die aansluit bij andermans leven en gedachtespoor. Dit is aanzienlijk meer dan pure passiviteit of inleving (empathie). Het vergt ook dat men met zijn eigen leven behoorlijk in het reine is of komt, dat men wat opwelt uit het eigen gemoed en lichaam aan passies, angsten of afkeer leert kennen en hanteren en dat men grondig, systematisch en vakmatig kan reflecteren op wat er voorvalt.’⁴¹

Deze twee ‘polen’ in de beroepsopvatting van geestelijk verzorgers spelen een belangrijke rol in het debat over standaardisering in de geestelijke verzorging. Welke rol dat is, beschrijf ik in het volgende hoofdstuk. Aangezien geestelijk verzorgers in moderne ziekenhuizen niet de enige zijn die een begeleidingstaak van patiënten hebben (zij het dan een specifieke), ga ik in het volgende hoofdstuk in op de ‘filters’ die er zijn waardoor een hulpvraag van een patiënt heen moet sijpelen alvorens die bij de geestelijk verzorger terecht komt. Hierbij speelt op de achtergrond het ‘presentie-en interventiedebat’ ook nog mee. In een ziekenhuis is het voor geestelijk verzorgers belangrijk (geworden) om op verwijzing te werken – dit hangt rechtstreeks samen met de ‘spilfunctie’ die verpleegkundigen recentelijk hebben gekregen. Aanhangers van het ‘presentiemodel’ vragen zich af, of het werken op verwijzing niet in tegenspraak is met het belangeloos ‘aanwezig zijn’.

Hoofdstuk 2 Het filtermodel

2.1 Inleiding

In moderne ziekenhuizen bestaat er een uitgebreid aanbod op het gebied van (geestelijke) begeleiding van patiënten (gespecialiseerde verpleegkundigen, maatschappelijke werkers, psychologen, geestelijk verzorgers) - maar hoe zit het met de vraag? Vragen patiënten wel om (geestelijke) hulp(verlening)? Het blijkt, dat patiënten het moeilijk vinden om de behoefte aan

ben burgermedewerker, zonder rang. Doordat ik geheel los sta van de hiërarchie, blijk ik een vrijplaats te kunnen zijn voor mensen uit alle geledingen, van hoog tot laag.” Organisatorisch is ze ondergebracht bij het in mei geopende bedrijfsgezondheidscentrum De Frissel in Joure, een samenwerkingsverband van alle zorgdisciplines binnen het korps.’

³⁹ J. Bouwer, ‘De hermeneutisch-diagnostische competentie van de geestelijk zorgverlener’, *TGV* (6 , 2003), 85.

⁴⁰ A. Baart, ‘Methodiek, zorgbenadering en professionaliteit’, in: Marjan Verkerk (red.), *Denken over zorg. Concepten en praktijken*, (Elsevier/De Tijdstroom, Utrecht 1997), 211.

⁴¹ A. Baart, *Een theorie van de presentie*, (Utrecht, 2000), 758.

steun en begeleiding zodanig onder woorden te brengen, dat hun hulpvraag ook door zorgverleners kan worden herkend.⁴² In de psychiatrie is onderzoek verricht naar het proces van het bij elkaar brengen van vraag en aanbod en daaruit is een filtermodel voortgekomen.⁴³ Dit model is door Marijke Prins⁴⁴ aangepast aan de situatie in een ziekenhuis om te kunnen onderzoeken, hoe een hulpvraag van een patiënt als het ware kan blijven ‘hangen’. De belangrijkste filters hebben te maken met signalering en verwijzing. Er is gebrek aan overleg en samenwerking en er zijn afstemmingsproblemen. Deze problemen zijn mede te verklaren uit conflicterende waarden over wat genezing is en over de vraag of geestelijke begeleiding een bijdrage aan genezing kan leveren. Een andere factor van belang is de rol van de verpleegkundige, die ik hieronder zal weergeven.

2.2 Filters

Filters op niveau 1: de patiënt

De moeite die patiënten hebben om hun vraag te stellen, wordt door Marijke Prins een filter op het eerste niveau genoemd. Patiënten hebben allerlei drempels die hen ervan weerhouden te vragen om steun: ze zijn bang dat ze hun emoties niet kunnen hanteren of verwoorden, willen anderen niet tot last zijn, er treedt een mechanisme in werking om te vechten en gevoelens uit te stellen, enzovoorts. Ook kan het zo zijn, dat vragen op het gebied van zingeving sluimerend zijn, onder de oppervlakte liggen en door patiënten zelf niet als zodanig herkend worden of omgezet worden in fysieke klachten. Toch kunnen juist vaak bepaalde emoties een signaal zijn voor verpleegkundigen, dat er met patiënten iets aan de hand is op geestelijk vlak. Verdriet en boosheid bijvoorbeeld, gericht op God of een hogere macht (‘God is toch liefde, waarom doet Hij me dit dan aan?’), of cynisme en galgenhumor.⁴⁵ Juist omdat patiënten niet durven of kunnen vragen om steun, is het nodig dat verpleegkundigen handvatten krijgen om hun ‘levensbeschouwelijke nood’ te herkennen. Anderzijds zullen geestelijk verzorgers die de theorie van ‘presentie’ aanhangen, hierbij opmerken dat het belangrijk is dat geestelijk verzorgers vrij zijn hun aanbod van aanwezig zijn te kunnen doen, ongeacht of ze een verwijzing krijgen.

Filters op niveau 2: de verpleegkundige

Op het tweede niveau staan de filters die te maken hebben met het herkennen en erkennen van geloofs- en levensvragen door verpleegkundigen. Dit vereist een specifieke deskundigheid, want men heeft onder meer te maken met het verschijnsel somatiseren: het omzetten van psychische naar fysieke klachten of dat achter een op het oog lichte klacht een zwaarder probleem schuil gaat. Ook geldt, dat de eigen achtergrond van de verpleegkundige meespeelt in haar beoordeling van een vraag om begeleiding of steun. Het blijkt dat verpleegkundigen juist dan impliciete vragen van patiënten signaleren, wanneer vragen gerelateerd zijn aan het ziektebeeld of aan de gevolgen van behandeling en onderzoek.⁴⁶

⁴² Marijke C.J. Prins, *Geestelijke zorgverlening in het ziekenhuis*, (Kavanah 1996), 34.

⁴³ Het filtermodel van Goldberg en Huxley, beschreven in *Common mental disorders, a bio-social model*, London 1992 en aangehaald door Marijke Prins op p. 35.

⁴⁴ Marijke C.J. Prins, *Geestelijke zorgverlening in het ziekenhuis*, (Kavanah 1996).

⁴⁵ De term die in de verpleegkundige diagnose gebruikt wordt, is ‘levensbeschouwelijke nood’. Deze term is afgeleid van het Engels/Amerikaanse ‘spiritual distress’ en betekent: ‘de toestand waarin het individu een feitelijke of dreigende verstoring ervaart in zijn levensovertuiging, die hem kracht, hoop en betekenis geeft in het leven.’ Deze omschrijving gebruikt men in het UMCG en hij is gebaseerd op literatuuronderzoek met als zoekwoord ‘spirituality’ en ‘spiritual distress’. In verschillende databases is gezocht, door de werkgroep ‘spiritual distress’, bestaande uit drs. A. Spelt en drs. F. Hellema, onder meer in Medline. Dat is een bestand met verwijzingen naar tijdschriftartikelen in biomedische tijdschriften.

⁴⁶ Marijke C.J. Prins, *Geestelijke zorgverlening in het ziekenhuis*, (Kavanah 1996), 97.

Filters op niveau 3: organisatiestructuur en verwijzingen

Verwijsgedrag van verpleegkundigen en andere zorgverleners vormt een filter op niveau 3. In een ziekenhuis is sprake van een wisselwerking tussen patiënt, verpleging, geestelijke verzorging, maatschappelijk werk, medische psychologie en management. Er is sprake van elkaar overlappende taken bij de dienst geestelijke verzorging, medische psychologie en maatschappelijk werk ten aanzien van de begeleiding van levensvragen. Er bestaat inhoudelijke en organisatorische onduidelijkheid over de grenzen binnen de zorgverlening. Begeleiding bij vragen die refereren aan het psychische gebied ('Ik heb het moeilijk met mijn stoma', 'Hoe moet het nu verder met mijn relatie en met mijn kinderen?') is niet hetzelfde als begeleiding bij vragen die refereren aan het geestelijke gebied ('Wat is mijn bestemming?', 'Waarom gebeurt dit mij?', 'Wat gebeurt er na mijn dood?').⁴⁷ Vaak bestaan er persoonlijke of organisatorisch ingesleten gewoonten om bijvoorbeeld altijd naar maatschappelijk werk te verwijzen (in het ziekenhuis in Drachten bijvoorbeeld krijgen mensen bij 'slecht nieuwsgesprekken' op de oncologieafdeling standaard het aanbod om met een maatschappelijk werker te praten).⁴⁸ Het patiëntgericht verplegen als organisatievorm, waarbij aanvragen naar maatschappelijk werk en geestelijke verzorging via de eerstverantwoordelijke verpleegkundige moet lopen, heeft verstreckende gevolgen voor zowel verpleging, maatschappelijk werk en geestelijke verzorging als voor patiënten. Het probleem is, dat verpleegkundigen vaak niet, of heel weinig en niet adequaat verwijzen naar de geestelijk verzorger. Zoals ik in mijn inleiding al schetste, kan dit probleem zich in de toekomst nog scherper laten voelen, wanneer patiënten steeds korter in het ziekenhuis verblijven.

Filters op niveau 4: beschikbaarheid en toegankelijkheid van geestelijke verzorging

Toegang van geestelijk verzorgers tot de verpleegafdeling kan een heikel punt zijn omdat sommige verpleegkundigen niet goed weten wat een geestelijk verzorger komt doen.⁴⁹ De verpleegafdeling is in één van de afdelingen in een ziekenhuis waar de geestelijk verzorger de patiënt kan bezoeken. De opnameduur van patiënten wordt zoals al eerder genoemd is steeds korter, waardoor de druk rond het bed groter wordt. Vaak volstaat de verpleging met 'als het nodig is, weten we de geestelijk verzorger te vinden.'⁵⁰ De omvang van de dienst geestelijke verzorging is meestal niet groot (er bestaan streefnormen, die bepalen hoeveel geestelijk verzorgers er minimaal per bijvoorbeeld 100 bedden moeten zijn – op de website van het NIAZ⁵¹ staan deze normen genoemd) en dat zorgt voor beperkte zichtbaarheid en toegankelijkheid: men kan niet overal tegelijk zijn.

Filters op niveau 5: begeleidingsrelatie geestelijk verzorger en patiënt

Voor een geestelijk verzorger is het moeilijk te voorspellen of het klikt tussen een patiënt en hem of haar. Maar of de patiënt een geestelijk verzorger van zijn of haar keuze krijgt toegewezen, hangt af van de organisatie in een ziekenhuis. Vaak werkt men 'territoriaal' – elke afdeling heeft zijn eigen geestelijk verzorger en zo komt men dus soms niet toe aan een patiënt op een andere afdeling die bijvoorbeeld specifiek naar een katholieke geestelijk verzorger heeft gevraagd. Soms

⁴⁷ Ibid., 27-28.

⁴⁸ Dit vertelde een coördinator patiëntenzorg van de afdeling chirurgie en urologie, waar ook vaak patiënten van de afdeling oncologie verblijven, mij tijdens mijn stage (feb.-juli 2007) in algemeen ziekenhuis Nij Smellinghe, Drachten.

⁴⁹ Marijke C.J. Prins, *Geestelijke zorgverlening in het ziekenhuis*, (Kavanah 1996), 131.

⁵⁰ Ibid., 132.

⁵¹ Het NIAZ is het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (www.niaz.nl).

is het aanbod - wat kan een patiënt verwachten van een gesprek met een geestelijk verzorger - ook niet duidelijk. Hier speelt op de achtergrond ook het bovengenoemde begrip 'vrijplaats' een rol: de geestelijk verzorger heeft in principe geen 'eigen afdeling' maar kan overal op eigen initiatief naartoe, als hij denkt of ziet dat hulp geboden is, moet hij die kunnen bieden. Dat kan dus botsen met het beleid van een ziekenhuis, waarin de geestelijke verzorging territoriaal wordt georganiseerd.

Al met al zijn er dus op verschillende niveaus problemen met het erkennen van een levensbeschouwelijke of spirituele dimensie van ziek zijn. In praktische zin is het bijvoorbeeld heel duidelijk, dat verpleegkundigen niet genoeg kennis en vaardigheden hebben om op de juiste manier door te verwijzen naar een geestelijk verzorger. Maar ook zijn er andere factoren die dat belemmeren, zoals tijd en mogelijkheden om te verwijzen. Mijn eigen ervaring in Drachten leert dat, en het blijkt ook uit de literatuur⁵².

2.2 Signalen van patiënten

In het hierboven besproken boek van Marijke Prins staan aanbevelingen en handvatten voor het herkennen van geloofs- en levensvragen. Zij noemt de volgende vijf signalen die patiënten kunnen afgeven:

1. Er is sprake van een grotere belangstelling voor de eigen biografie
2. De kwaliteit van het persoonlijk leven staat onder druk
3. Er is een tijdsperspectief en een heroriëntatie op het heden, verleden en toekomst
4. Er is sprake van een innerlijk gevecht
5. Er is sprake van een verlangen naar heelwording

Uit haar eigen onderzoek onder patiënten in een academisch ziekenhuis concludeert Marijke Prins dat ziek-zijn mensen confronteert met de wezenlijke vragen van het bestaan, vragen met betrekking tot de betekenis van het eigen leven.⁵³ Grotere belangstelling voor de eigen biografie houdt in, dat mensen zich vragen stellen rond het eigen levenskader: hoe zit het met mijn relatie, mijn werk, mijn kinderen en kleinkinderen. Menselijke vragen, over het aanvaarden van de eindigheid van het leven. Maar ook zijn geloofs- en levensvragen op een andere manier merkbaar: het proces van ziek-zijn kan ook leiden tot een grotere gevoeligheid voor kleine dingen, zoals het intenser beleven van het kijken naar de natuur. Door deze grotere gevoeligheid kan de verbondenheid met andere mensen sterker worden beleefd. En zo kunnen kleine dingen leiden tot intense ervaringen.

De kwaliteit van leven komt onder druk te staan: het kan zijn dat het ziekte-proces kan werken als een 'katalysator'. Het kan leiden tot een innerlijke behoefte om het eigen leven in relatie tot de directe omgeving opnieuw te bezien, om de balans op te maken en om nieuwe betekenissen aan het leven toe te kennen.⁵⁴

Over de heroriëntatie op heden, verleden en toekomst schrijft Prins: 'Sommige mensen vertellen dat zij behoefte hebben om bepaalde zaken uit het verleden te verwerken, om dingen op te ruimen

⁵² B. Cusveller, *Met zorg verbonden. Een filosofische studie naar de zindimensie van verpleegkundige zorgverlening*, (Amsterdam 2004), R.R. van Leeuwen, *Towards nursing competencies in spiritual care*, (proefschrift Rijkuniversiteit Groningen, 2008), Marijke C.J. Prins, *Geestelijke zorgverlening in het ziekenhuis*, (Kavanah 1996).

⁵³ Marijke C.J. Prins, *Geestelijke zorgverlening in het ziekenhuis*, (Kavanah 1996), p. 179.

⁵⁴ Ibid., p. 180.

en af te sluiten, om zich te verdiepen in bepaalde aspecten uit hun levensverhaal omdat zij die nog nader willen ophelderen. Deze gebeurtenissen waren eerder al wel op de achtergrond aanwezig, maar treden nu sterker dan voorheen op de voorgrond en worden (weer) actueel.⁵⁵

Er is sprake van een innerlijk gevecht. Op het moment van een crisis in iemands leven – en ziekte is dat ook – wordt iemand geconfronteerd met de diepte van de eenzaamheid in zijn eigen wezen. Dat innerlijk conflict wordt des te meer voelbaar wanneer mensen die ziek zijn merken dat anderen niet met dat gegeven kunnen omgaan. Mensen vertellen aan Marijke Prins dat het hanteren van de gevoelens en emoties rond het ziek-zijn het allerbelangrijkst is. Ook komt er in veel gesprekken naar voren dat er een spanning is tussen de behoefte aan nabijheid en de behoefte aan afstand. Het woord vechten komt veel voor: vechten tegen de angst, onzekerheid en bedreiging voor lichamelijke aftakeling, vechten tegen wegzakken in getob of verdriet. ‘Het is een vreemde gewaarwording, zo vertellen patiënten, dat het maken van een gevoelsmatige verbinding met het eigen leven, met verleden, heden en toekomst, zo moeilijk is: ‘De gevoelens zijn er wel, maar ik kan er niet bij.’⁵⁶

Het vijfde signaal, verlangen naar heelwording, omschrijft Prins als het proces van leren accepteren, van aanvaarding. Ieder mens doet dat op zijn eigen manier. Het is belangrijk om met iemand vrijuit, los van oordelen, te kunnen praten. De vergelijking met de ‘biecht’ dringt zich op, praten over ‘oud zeer’ heeft daar wel iets van weg. Des te belangrijker is het dan ook, dat een geestelijk verzorger met wie een patiënt praat, zijn beroepsgeheim heeft en naar iemand luistert zonder te oordelen.

De signalen die hierboven zijn omschreven, en andere, zijn verwerkt in een protocol voor verpleegkundigen in het Universitair Medisch Centrum Groningen. Dit protocol is gericht op samenwerking tussen verpleegkundigen en geestelijk verzorger. Net als andere professionals in de zorg kijken geestelijk verzorgers met gemengde gevoelens naar protocollen. In de volgende paragraaf zal ik beschrijven wat er bekend is over de reacties van geestelijk verzorgers op standaarden waarmee zij te maken krijgen. Daarna zal ik ingaan op dit specifieke protocol dat gebruikt is in het UMCG.

Hoofdstuk 3. Standaarden in geestelijke verzorging en verpleegkunde

3.1 Standaardisering van geestelijke verzorging

Zoals ik in de inleiding van deze scriptie beschreven heb, bestaat er over standaardisering in de gezondheidszorg een gepolariseerd debat. Voorstanders stellen, dat de toename van gestandaardiseerd werken vooral voordelen heeft in termen van kwaliteit, efficiëntie en controle. Tegenstanders leggen de nadruk op onder andere het ondermijnen van vertrouwen en motivatie en de explosief toenemende bureaucratie. Aan geestelijk verzorgers, werkzaam in zorginstellingen, gaat deze trend uiteraard niet voorbij. Ook hier geldt, dat het debat vaak ideologisch van aard is. In deze paragraaf zal ik beschrijven, welke vormen van standaardisering invloed hebben op geestelijke verzorging en wat de standpunten zijn die sommige geestelijk verzorgers innemen hierover.

In de negentiger jaren van de vorige eeuw heeft er een proces van professionalisering van geestelijk verzorgers plaatsgevonden, dat onder andere heeft geresulteerd in een

⁵⁵ Ibid., p. 180.

⁵⁶ Marijke Prins, Geestelijke zorgverlening in het ziekenhuis, (Kavanah 1996), p. 182.

beroepsstandaard.⁵⁷ Voorts hebben geestelijk verzorgers vooral te maken met standaarden op het gebied van kwaliteitszorg en toezicht en verantwoording. Kwaliteitszorg in de gezondheidszorg is nauw verbonden met de opkomst van 'evidence-based medicine'. Vanuit dezelfde redenering moeten geestelijk verzorgers ook met empirische gegevens komen om aan te tonen wat geestelijke verzorging 'oplevert' als het proces van zingeving door ziekte is verstoord. 'Onmeetbare' aspecten van geestelijke verzorging en andere zorg verdwijnen dan uit beeld, is de klacht van sommige geestelijk verzorgers als zij geconfronteerd worden met deze trend van kwaliteitszorg.⁵⁸

Kwaliteitszorg brengt ook vaak met zich mee, dat er transparant gewerkt moet worden en dat professionals aan de organisatie moeten verantwoorden, wat zij gedaan hebben en hoeveel tijd dat gekost heeft. Een sprekend voorbeeld hiervan is de aanpak bij Justitie. Bij de Dienst Justitiële Inrichtingen is in 2006 het 'Eindrapport Dienstenspecificaties Dienst Geestelijke Verzorging' verschenen (Ministerie van Justitie, 2006). In dit rapport worden de werkzaamheden van geestelijk verzorgers in justitiële instellingen gerubriceerd en gespecificeerd in termen van zeven verschillende diensten.

Dit zijn:

1. intake, individueel en groepsgericht
2. ambulante gesprekken
3. individueel gesprek
4. groepsgesprek
5. kerkdienst of bezinningsbijeenkomst
6. bijzondere bijeenkomsten
7. bijstand in crisissituatie

Bij iedere dienst wordt de doelstelling, de kwaliteit en het tijdsbeslag, en dat laatste tot op de minuut nauwkeurig, omschreven. Zo wordt bijvoorbeeld de eerste dienst, 'intake', opgesplitst in vooroverleg (3 minuten), uitvoering (12 minuten) en vertrek en registratie (2 minuten). Op gelijke wijze worden ook de andere diensten omschreven en opgesplitst. Deze vorm van standaardisering is vooral bedoeld om geestelijke verzorging intern en extern te verantwoorden.⁵⁹

Geestelijk verzorgers die zich laten inspireren door de 'presentietheorie' van Andries Baart die ik heb omschreven in de vorige paragraaf (p. 12), stellen dat present zijn en met aandacht luisteren naar een medemens, moeilijk te vangen is in een tijdsschema. Als het gaat om efficiëntie en effectiviteit wordt het al helemaal moeilijk om 'samen een eindje oplopen' te meten.

Dit is echter niet de enige soort standaard die invloed heeft op het werk van geestelijk verzorgers. Er zijn ook standaarden, die primair bedoeld zijn voor samenwerking met andere disciplines. Geestelijk verzorgers in ziekenhuizen, maar ook in de geestelijke gezondheidszorg bijvoorbeeld, moeten zich kunnen onderscheiden van andere beroepsgroepen. Een standaard kan dan helpen het eigene van het werk van een geestelijk verzorger te verduidelijken. Vaak is het zo, dat medisch maatschappelijk werkers ingeschakeld worden door verpleegkundigen, terwijl een geestelijk verzorger ook (of zelfs meer gericht) hulp zou kunnen bieden. Onbekendheid met het vak van

⁵⁷ Volgens de VGVZ, de landelijke beroepsvereniging voor geestelijk verzorgers in zorginstellingen, is geestelijke verzorging 'de professionele en ambtshalve begeleiding van en hulpverlening aan mensen bij zingeving aan hun bestaan, vanuit en op basis van geloofs- en levensovertuiging en de professionele advisering inzake ethische en of levensbeschouwelijke aspecten in zorgverlening en beleidsvorming' www.vgvz.nl Beroepsstandaard.

⁵⁸ A.R. Mackor, 'Standaardisering van geestelijke verzorging', *TGV*, (sept. 2007), 21-37, aldaar 28.

⁵⁹ *Ibid.*, aldaar 36.

geestelijk verzorger ligt hier onder meer aan ten grondslag.⁶⁰ Een standaard kan een middel zijn om aan die onbekendheid een eind te maken. In de medische en verpleegkundige context krijgt de geestelijke zorg aan patiënten zo een bredere basis en een groter draagvlak dan vaak het geval is, omdat arts en verpleegkundige (en ook het management) groter inzicht krijgen in het werk van een geestelijk verzorger.⁶¹ In het Medisch Centrum Leeuwarden heeft de Dienst Geestelijke Verzorging een standaard opgesteld voor 24-uurs bereikbaarheid van de geestelijk verzorger op de Spoedeisende Hulp. Dit heeft in drie jaar tijd voor een verdubbeling van de oproepen van geestelijk verzorgers gezorgd en tot meer zichtbaarheid in de rest van het ziekenhuis. Volgens J.J. Rebel is geestelijke verzorging op een bepaalde manier meetbaar (wat voor soort ‘verrichtingen’ heeft de geestelijk verzorger gedaan? Wat was de aard van haar pastorale gesprekken, de waarde van de geleide kerkdiensten?) – in elk geval dient geestelijke begeleiding als concrete en nodige zorg te worden aangetoond.⁶² Dat betekent echter niet, dat deze zorg als een behandelpunten moet worden gepresenteerd en uitgeoefend, omdat zij anders van inhoud is dan bijvoorbeeld medische behandeling en juist om haar geestelijk karakter geheel eigensoortig is.⁶³

Geestelijk verzorgers noemen twee tendensen die een stellingname tegenover standaardisering in geestelijke verzorging noodzakelijk maken. Enerzijds de reflectie van geestelijk verzorgers zelf op hun professie – wat is de kern van het werk? Is dat ‘aanwezig zijn’, solidair zijn met de lijdende mens zoals dat omschreven wordt in Baarts presentietheorie, of is dat een levensbeschouwelijke diagnose stellen, dat wil zeggen standaarden gebruiken? Anderzijds is er de druk van buitenaf, zoals het voorbeeld van Justitie laat zien. Ook in de zorg zelf moeten alle disciplines in het kwaliteitssysteem worden opgenomen. Het voorbeeld van tijdschrijven bij Justitie laat echter ook maar één aspect van standaardisering zien, namelijk het aspect van toezicht en verantwoording van uren. Onderscheid moet gemaakt worden met andere standaarden, die gericht zijn op kwaliteitsverbetering, al dan niet door samenwerking met andere professies, zoals het geval lijkt te zijn bij de Richtlijn Levensbeschouwelijke Nood die in het UMCG gehanteerd wordt. Er is nog een derde type standaard, namelijk één die gericht is op samenwerking met andere disciplines, die de eigen discipline beter inzichtelijk maakt voor andere disciplines, waardoor de samenwerking tussen disciplines verbetert, waardoor uiteindelijk ook de kwaliteit van de zorg verbetert. Mijn keuze om juist deze richtlijn te onderzoeken, hangt ermee samen dat deze richtlijn gaat om samenwerking tussen disciplines en dit (dwz, zowel de vraag of, als de vraag hoe samengewerkt moet worden) lijkt een belangrijk thema te zijn in de geestelijke verzorging. Bovendien is deze richtlijn ook al geëvalueerd, dus biedt het inzicht in hoe er in de praktijk mee gewerkt wordt. Zoals ik in mijn inleiding al aangaf, ontbreekt het in de hele discussie over standaardisering juist aan informatie uit de praktijk.

3.2 Veranderingen in de verpleegkunde

⁶⁰ Vgl. Marijke C.J. Prins, *Geestelijke zorgverlening in het ziekenhuis*, (Kavanah 1996), 109: Wat duidelijk uit de gesprekken met verpleegkundigen en maatschappelijk werkenden naar voren komt, is dat maatschappelijk werk de verpleging concreter ondersteunt dan geestelijke verzorging kan doen. Dan gaat het met name om verwijzingen naar extramurale zorg.

⁶¹ J. Bouwer, *Pastorale diagnostiek. Modellen en mogelijkheden*, (Zoetermeer 1998), 8.

⁶² Hierbij moet wel opgemerkt worden, dat art. 3 van de Kwaliteitswet geldt in instellingen en dat maakt, dat er verschil is tussen standaarden voor geestelijk verzorgers die intramuraal werken en de vrijplaatsfunctie waarborgen of voor hen die in- en extramuraal werken en zich als ‘specialisten’ op het gebied van ‘coping’ profileren. Beschouwen geestelijk verzorgers zich (en de instelling met hen) als specialisten op het gebied van ‘coping’ – dan kunnen zij zich niet onttrekken aan standaarden. Als zij echter degenen zijn met als belangrijkste functie het waarborgen van godsdienstvrijheid binnen een instelling, dan wel.

⁶³ J.J. Doolaard (red.), *Nieuw handboek geestelijke verzorging*, (Kok-Kampen 2006), ‘Ontwikkelingen van de geestelijke verzorging in de zorg’, 101-105, aldaar 101.

Aangezien de Richtlijn Levensbeschouwelijke Nood voor verpleegkundigen geschreven is, zal ik eerst ingaan op de taken van verpleegkundigen en kort beschrijven wat voor deze scriptie relevante ontwikkelingen in de verpleegkunde zijn. Ik citeer hiervoor drs. Adri Spelt.⁶⁴

‘Vóór de jaren 80 van de vorige eeuw waren verpleegkundigen vooral taakgericht bezig. Er was één verpleegkundige voor het wassen en het opmaken van de bedden, één voor de medicijnen, één voor de verzorging van wonden, één voor het lopen van de visites (meestal de hoofdverpleegkundige), enzovoorts.

In die tijd was de zogenaamde inservice-opleiding min of meer opgedeeld in de toekomstige taken van de verpleegkundigen: in het eerste jaar deden verpleegkundigen wat verzorgenden nu doen - wassen, bedden opmaken en met patiënten praten. Pas als derdejaars verrichtten de leerlingen bijna alle verpleegtechnische handelingen. Er was in de opleidingen hoofdzakelijk aandacht voor medische en verpleegtechnische zaken.

Er groeide onvrede met deze situatie zowel vanuit het perspectief van de klanten als het perspectief van de professionals zelf. Patiënten waren ontevreden over het feit dat ze steeds weer andere verpleegkundigen aan het bed kregen aan wie ze hun hele verhaal moesten uitleggen. En professionals zelf kwamen er achter dat de steeds hogere eisen die aan het beroep gesteld werden een HBO-opleiding (opgericht in 1978, GH) noodzakelijk maakten. Ook wilde men toe naar een systeem van patiënttoewijzing in plaats van taaktoewijzing. Een patiënt zou één verpleegkundige hebben die speciaal voor hém verantwoordelijk was gedurende de hele opname. Hierdoor werd ook ingezien dat het leggen en onderhouden van een begeleidingsrelatie van groot belang was. Niet alleen de techniek en biologie, maar de hele mens was belangrijk. Zo ontstond de integrerende verpleegkunde. Integrerend wil zeggen: zowel oog voor de lichamelijke als niet lichamelijke aspecten van de zorg.

De HBO-V ontstond en spoedig werd “nursing/verpleegkunde” een wetenschappelijke discipline. Eerst in de Verenigde Staten, later ook in Nederland.

Reflectie op en verwetenschappelijking van het professioneel handelen leidt onherroepelijk tot een systematisering van handelen. Het ontwikkelen van standaarden en richtlijnen is daar een onderdeel van. De belangrijkste vraag die altijd weer gesteld wordt en ook moet worden: hoe zorg je er voor dat de patiënt **de juiste zorg op het juiste moment** krijgt. Dat is een vraag die alle disciplines (ook geestelijk verzorgers uiteraard) steeds weer stellen. Richtlijnen en standaarden zie ik graag in dát licht. Zowel bij verpleegkundigen als bij geestelijk verzorgers is er weerstand tegen standaarden en richtlijnen. Voorzover ze niet voortkomen uit gemakzucht zijn tegenargumenten te begrijpen. Vooralsnog acht ik het echter een veel groter probleem dat uitstekende richtlijnen níet gebruikt worden.’

Het werken met protocollen is voor verpleegkundigen niet iets nieuws of ongebruikelijks. Wel is er in algemene zin een duidelijke verandering in taken waar te nemen, die het ‘patiëntgericht verplegen’ met zich meebrengt. Naast de medisch-technische handelingen is er nu veel meer nadruk komen te liggen op de begeleidingstaak van verpleegkundigen.⁶⁵ Ze zijn als het ware intermediair geworden: tussen patiënt en familie, tussen arts en patiënt en tussen patiënt en andere

⁶⁴ Ik citeer uit de lezing van drs. A. Spelt - geestelijk verzorger en staffunctionaris/werkbegeleider bij de Dienst Psychosociale Begeleiding in het UMCG - , die hij hield op het symposium ‘*Standaardisering van geestelijke verzorging in de praktijk*’, aan de Faculteit der Godgeleerdheid en Godsdienstwetenschap van de Rijksuniversiteit Groningen op 13 maart 2007.

⁶⁵ Marijke C.J. Prins, *Geestelijke zorgverlening in het ziekenhuis* (Kavanah 1996), 93.

zorgverleners. De verpleegkundige heeft de rol gekregen van pleitbezorger voor de patiënt, zij is belangenbehartiger. Zij moet proberen om de vraag van de patiënt, diens standpunten, klachten, verzoeken en wensen, te verwoorden richting de organisatie. Zij heeft dus een aantal taken erbij gekregen en ook een grotere verantwoordelijkheid. Zij moet ervoor zorgen dat die zorg aan de patiënt verleend wordt, die bijdraagt tot zijn algeheel welzijn.⁶⁶ Tussen de twee aspecten van zorg is ook een spanningsveld waarneembaar: verpleegkundigen hebben een dubbele rol (de verpleegtechnische versus de begeleidende) – is het dan wel verantwoord dat zij de begeleiding ten aanzien van geloofs- en levensvragen op zich nemen? Daar stuurt de Richtlijn Levensbeschouwelijke Nood immers op aan.⁶⁷ Verpleegkundigen geven te kennen, dat zij zich niet deskundig voelen om deze begeleiding te geven, hoewel zij in de praktijk wel degenen zijn bij wie een patiënt als eerste zijn vragen en gevoelens uit. Bij veel verpleegkundigen is er de behoefte aan training in vaardigheden om signalen van vragen, klachten en zorgen van patiënten beter op te kunnen vangen.⁶⁸

Dit roept de vraag op, of en hoe er in de opleiding tot verpleegkundige aandacht wordt besteed aan levensbeschouwing – zowel die van de patiënt als die van henzelf. Bart Cusveller deed daarnaar onderzoek in zijn boek *Met zorg verbonden. Een filosofische studie naar de zindimensie van verpleegkundige zorgverlening*. De centrale hypothese van deze verpleegwetenschapper en filosoof is, dat er een existentiële dimensie van het omgaan met het menselijk bestaan tot uitdrukking komt in de zin van zorgverlening.⁶⁹

In het eerste hoofdstuk van zijn boek beschrijft Cusveller of en hoe de 'existentiële' dimensie van de verpleegkundige zorgverlening in de leerboeken voorkomt die op opleidingen voor verpleegkunde gebruikt worden. Uit zijn onderzoek blijkt dat er een grote verscheidenheid is aan benaderingen van de existentiële dimensie van verpleegkunde. Ze wordt echter nauwelijks gethematiserd in de verpleegkundige literatuur, er is geen gemeenschappelijke taal voor, lijkt het.⁷⁰ Dat is opmerkelijk, want in de literatuur over de wortels van de verpleegkunde is een contrast te vinden tussen de visie op verpleegkunde als een 'roeping' en de visie dat het een 'beroep' is. Het idee van een 'roeping' verwijst naar een vroegere tijd, waarin een levensbeschouwelijk besef van het existentiële belang van zorgverlening het geraamte vormt voor het verlenen van verpleegkundige zorg. In de tegenwoordige tijd zou daaraan een einde zou zijn gekomen.⁷¹ In deze tijd wordt namelijk professioneel zorg verlenen primair gebaseerd op theoretische kennis, volgens het academische model. Het levensbeschouwelijke (of existentiële) wordt tot de subjectieve beleving van het individu gerekend; de praktijk tot het wetenschappelijk objectieveerbare.⁷² Of zoals H. Kunneman het formuleert: in de postmoderne tijd waarin we leven, '(...)verschijnt alleen de hulpverlener als actor, zij het in een beperkte, instrumentele gedaante, want in dit model is voor de subjectiviteit van de hulpverlener geen plaats. ... voor die subjectieve diepte is geen plaats in de wetenschappelijk gelegitimeerde professionele criteria waaraan men geacht wordt te voldoen.⁷³ Dus ondanks de levensbeschouwelijke wortels van de verpleegkunde, is er in de huidige leerboeken voor verpleegkundigen weinig systematische reflectie te vinden op de door Cusveller veronderstelde 'existentiële' dimensie van zorg verlenen.

⁶⁶ Ibidem, 70.

⁶⁷ Ibidem, 93.

⁶⁸ Ibidem, 95.

⁶⁹ B. Cusveller, *Met zorg verbonden. Een filosofische studie naar de zindimensie van verpleegkundige zorgverlening*, (Amsterdam 2004), 25.

⁷⁰ Ibid., 52.

⁷¹ Cusveller verwijst naar een historische analyse door B. Stevens Barnum, auteur van *Nursing theory: Analysis, Application, Evaluation* (Philadelphia 1994).

⁷² B. Cusveller, *Met zorg verbonden. Een filosofische studie naar de zindimensie van verpleegkundige zorgverlening*, (Amsterdam 2004), 51.

⁷³ H. Kunneman, *Van theemutscultuur naar walkman-ego. Contouren van een postmoderne individualiteit*, (Boom: Amsterdam/Meppel, 1996), 282-283.

Of verpleegkundigen *vaardigheden* aanleren om professioneel te kunnen omgaan met hun eigen levensbeschouwing en die van patiënten, valt niet uit het onderzoek van Cusveller te concluderen. Hij geeft zijn filosofische kijk op de verpleegkunde, maar er is ook onderzoek naar de gezichtspunten van verpleegkundigen zelf. In de interviews die ik gedaan heb in Drachten heb ik ook gevraagd: vinden verpleegkundigen begeleiding van levensvragen zelf horen bij hun taken? Veelal antwoordden ze bevestigend, maar het ontbreekt hen vaak aan vaardigheden op dit vlak. En het hangt ervan af, of er een soort band met de patiënt is. René van Leeuwen heeft dit uitgebreid onderzocht. In *Neuronieuws* staan de resultaten van een onderzoek onder neuroverpleegkundigen, patiënten met neurologische en oncologische aandoeningen en geestelijk verzorgers.⁷⁴ Hij schrijft: ‘in de anamnese is er op uiteenlopende wijze aandacht voor spirituele aspecten. In veel situaties beperkt deze aandacht zich tot het stellen van een enkele vraag (bijvoorbeeld behoort iemand tot een geloofsgemeenschap, of heeft men behoefte aan een pastor). In sommige situaties blijken verpleegkundigen door te vragen.(...) In het algemeen valt echter op, dat in verpleegplannen geen aandacht wordt besteed aan spiritualiteit.’⁷⁵

Als het gaat om de uitvoering van spirituele zorg en wat daarvoor nodig is, worden met name attitudeaspecten genoemd (namelijk gevoelig, menselijk, warm, geduldig, zorgzaam, betrokken, respectvol, niet bevooroordeeld) en communicatieve aspecten. Sommige verpleegkundigen hebben met patiënten diepere gesprekken over uiteenlopende spirituele thema's. De gesprekken ontstaan spontaan en komen vooral voor in de avond- en nachtdienst; dan is er tijd voor. Bepalend voor het ontstaan van een dergelijk gesprek is openheid, zowel van de kant van de patiënt als van die van de verpleegkundige. Ook is het afhankelijk van de mate waarin de verpleegkundige wel of niet dezelfde levensbeschouwing heeft als de patiënt en of ze elkaars religieuze taal herkennen.

Bovengenoemde aspecten komen letterlijk terug in citaten van verpleegkundigen die ik geïnterviewd heb in het ziekenhuis in Drachten, waar ik stage liep. Een vertrouwelijke relatie met een patiënt is volgens hen nodig om gesprekken over spiritualiteit te kunnen voeren en daarnaast is de herkenbaarheid van een religieuze (in dit geval gereformeerde) opvoeding een voordeel bij de communicatie over spirituele zaken. In het UMCG wordt op de lacune in de kennis en vaardigheden van verpleegkundigen op het gebied van levensbeschouwing ingegaan tijdens klinische lessen die gegeven worden als voorbereiding op het werken met de Richtlijn Levensbeschouwelijke Nood. Er wordt in die lessen een beroep gedaan op de reflectieve vermogens van verpleegkundigen. Er wordt bijvoorbeeld gebruik gemaakt van een model van gestructureerde reflectie, die de verpleegkundige in staat stelt om werkervaringen op systematische wijze te beschrijven en te bespreken. Vragen zijn onder andere: welke interne factoren hebben mijn besluitvorming beïnvloed? Welke andere keuzemogelijkheden had ik? Wat zouden de consequenties geweest zijn van die keuzes? Verpleegkundigen leren zichzelf als instrument zien, onder meer door zich bewust te zijn van hun eigen levensbeschouwelijke achtergrond. Een middel om daarachter te komen, is het schrijven van een levensbeschouwelijke autobiografie. Bovendien wordt er een appel gedaan op hun beroepsethiek: ook het geestelijk welbevinden van een patiënt is aan hun zorg toevertrouwd.

⁷⁴ Dit is een vakblad voor de Nederlandse en Belgische neuroverpleegkundigen en verzorgenden. Het artikel staat in jaargang 20, nr. 4 (december 2005), p. 4-8.

⁷⁵ *Neuronieuws*, R. Van Leeuwen, ‘Zorg voor spiritualiteit door neuroverpleegkundigen’ (jaargang 20, 4), p. 5. De definitie die hier wordt gehanteerd van spiritualiteit is: het levensbeschouwelijk dan wel religieus functioneren van de mens waartoe ook zingeving en zinervaring behoren.

Dat deze aanpak nuttig is, blijkt ook uit het promotie-onderzoek van Van Leeuwen dat recent verschenen is.⁷⁶ Deze studie bevestigt dat het ontbreekt aan systematische inbedding van spirituele zorg in het verpleegkundig zorgproces en roept vragen op over de verpleegkundige beroepsverantwoordelijkheid. Voor ontwikkeling van competenties voor spirituele zorgverlening bevestigt deze studie het belang van reflectieve vaardigheden.

Hoofdstuk 4 De Richtlijn Levensbeschouwelijke Nood

4.1 Geschiedenis van de Richtlijn

Zoals ik in de inleiding uiteengezet heb, bespreek ik in deze scriptie de vraag ‘Wat gebeurt er met geestelijke verzorging als er met standaarden gewerkt wordt?’ In het licht van deze vraag kijk ik naar twee aspecten van een onderzoek naar hoe verpleegkundigen werken met de Richtlijn Levensbeschouwelijke Nood in het UMCG, namelijk: Is er in de verpleegdossiers iets terug te vinden over de richtlijn ‘levensbeschouwelijke nood’? en ‘Wat vinden de verpleegkundigen van de samenwerking met de geestelijk verzorger (voor en) na de invoering van de richtlijn?’.

Het gaat hier dus om een standaard die zich richt op de samenwerking tussen verpleegkundigen en geestelijk verzorgers. Het standaardiseren van de verpleegkundige zorg is, in ieder geval in het Universitair Medisch Centrum Groningen, nog maar vrij recent gebeurd. Van 1993-1998 heeft men de standaardisering aldaar onderzocht binnen het project ‘Standaardiseren van verpleegproblemen en interventies’. Dit heeft tot resultaat gehad dat er 100 afdelingsstandaarden ontwikkeld en geïmplementeerd zijn en één ziekenhuisbrede standaard voor de verpleegkundige zorg.⁷⁷

In het UMCG is in augustus 1999 vanuit de Dienst Geestelijke Verzorging het initiatief gekomen om de samenwerkingsrelatie verpleegkundige- geestelijk verzorger te concretiseren en te verbeteren. ‘Verwijzing van een patiënt door de verpleegkundige naar geestelijke verzorging gebeurt nu nog op onduidelijke en min of meer toevallige gronden.’⁷⁸ Nieuwe religieuze bewegingen en het multiculturele en multireligieuze bestand van patiënten zorgen ervoor, dat verpleegkundigen met concrete vragen over bijvoorbeeld religieuze gebruiken van wintiaanhangsters of moslims bij de geestelijk verzorger komen. Deze ontwikkelingen bewerkstelligen dat er meer de noodzaak wordt ingezien van verheldering over wat het werk van een geestelijk verzorger inhoudt. Dit zijn belangrijke katalysatoren geweest voor het initiatief van de Dienst Geestelijke Verzorging. Eén van de manieren om het werk van de geestelijk verzorger duidelijk(er) te maken, is het standaardiseren van kennis. De standaard is dus in eerste instantie vooral een middel om de kennis over wat een geestelijk verzorger doet en weet, over te brengen aan andere professionals.

Tijdens het symposium ‘Standaardisering van geestelijke verzorging in de praktijk’⁷⁹, vertelt drs. A. Spelt hoe de ontwikkeling van de standaard in zijn werk ging. Hieronder volgt een samenvatting van een deel van zijn lezing.

⁷⁶ R.R. Van Leeuwen, *Towards nursing competencies in spiritual care*, (proefschrift Rijksuniversiteit Groningen, 2008).

⁷⁷ A. Spelt en F.G. Hellema, *Richtlijn Levensbeschouwelijke Nood. Eindrapportage*, (UMCG 2002), 6.

⁷⁸ *Ibid.*, 6.

⁷⁹ Dit symposium werd gehouden aan de faculteit der Godgeleerdheid en Godsdienstwetenschap op 13 maart 2007 en beoogde een ideologisch debat over voor- en nadelen van standaardisering te vermijden. In plaats daarvan werden drievoorbeelden van het gebruik van standaarden in de praktijk besproken. Sprekers waren naast A. Spelt, B. van Remmerden (afdelingshoofd van de Staf Geestelijke Verzorging en stafmedewerker van de Stuurgroep Ethiek in het Medisch Centrum Leeuwarden) en G.M.M.C. van Kaam, (voorzitter van het Werkverband voor Vrijgevestigd Geestelijk Verzoekers).

De richtlijn is ontwikkeld met behulp van een intern protocol voor de ontwikkeling van standaarden. Eerst is onderzocht hoe het gesteld was met zorg voor levensbeschouwing door verpleegkundigen. Dit is gebeurd door middel van dossieronderzoek en interviews. Daarbij viel op, dat de aandacht voor levensbeschouwing door verpleegkundigen tot dan toe geleid werd door gevoel of intuïtie en dat er ad hoc en *niet procesmatig* werd gesignaleerd. Het werken op gevoel is belangrijk, stelt Adri Spelt, maar niet genoeg. Het gevolg van ad hoc werken is, dat problemen (te) laat worden gesignaleerd. Daarnaast is gebleken, dat het afhankelijk was van *individuen* of er zorg voor levensbeschouwing werd geleverd. Dat betekent dat (te) weinig patiënten noodzakelijke zorg krijgen. Tot slot is het de onderzoekers opgevallen op dat ieder in zijn *eigen taal* sprak over dit onderwerp met als gevolg dat er veel ruis in de communicatie was.

Een belangrijk signaal dat de zorg voor levensbeschouwing niet genoeg aandacht kreeg, was de manier waarop de verpleegkundige anamnese werd ingevuld. Vaak werd volstaan met aanduidingen als RK, NH, Moslim, of stond er een streepje. De bedoeling van de anamnese is juist om in kaart te brengen van welke bronnen van kracht, troost en inspiratie patiënten gebruik maken en in hoeverre zij deze tot hun beschikking hebben bij dat wat hen overkomt. De anamnese dient vooral om problemen met betrekking tot levensbeschouwing te signaleren, niet om een denominatie in te vullen. De verpleegkundige dient zich in de anamnese af te vragen welke problemen er mogelijk kunnen ontstaan en welke ondersteuning er geboden moet worden. Vaak zijn de vragen op het anamneseformulier afgeleid van de verpleegkundige diagnostiek volgens Gordon. Daarin staat beschreven (onder meer), hoe men een 'functionele anamnese' kan afnemen, waarin patronen van gezondheidsbeleving en -instandhouding voorkomen. In totaal gaat het om elf gezondheidspatronen.⁸⁰ Ook wordt er een 'waarden- en levensovertuigingenpatroon' omschreven: 'Het waarden- en levensovertuigingenpatroon omvat waarden, normen, doelstellingen en overtuigingen (ook geestelijke) waarop iemand zijn keuzen en beslissingen baseert.'⁸¹ Het valt op, dat het waardepatroon van een patiënt vooral belangrijk geacht wordt, als het ook diens gezondheid beïnvloedt: 'Iemands waardepatroon kan zijn beslissingen aangaande zijn gezondheid beïnvloeden, bijvoorbeeld beslissingen over persoonlijke (gezondheids)gewoonten, behandelingen, gezondheidsprioriteiten en zelfs over leven of dood.'⁸²

Suggesties voor anamnesevragen, die genoemd worden, zijn:

- Geeft het leven u over het geheel genomen wat u zoekt? Belangrijke plannen voor de toekomst?
- Is godsdienst belangrijk voor u? Zo ja, put u er steun uit in moeilijke situaties?

Indien relevant: bemoeilijkt uw opname hier bepaalde religieuze gebruiken?⁸³

Ook bleek in het vooronderzoek dat verpleegkundigen niet zoveel van levensbeschouwing, religie of spiritualiteit wisten, zeker niet in relatie tot ziekte of handicap. Tevens is duidelijk geworden dat in de opleiding nauwelijks aandacht was voor dit thema. Zoals ik in de voorgaande paragraaf heb beschreven, blijkt dit ook uit breder onderzoek en staat het UMCG hierin dus niet alleen. Daarna werd bepaald wat van verpleegkundigen procesmatig gezien verwacht mag worden. Wat betreft het procesmatig handelen, gaat het om de volgende taken: anamnese, observeren, signaleren en diagnosticeren, interveniëren, evalueren, reflecteren (onder meer zelfhantering), op

⁸⁰ Voorbeelden van die gezondheidspatronen zijn: het voedings- en stofwisselingspatroon, slaap/rustpatroon en cognitie- en waarnemingspatroon.

⁸¹ M. Gordon, *Verpleegkundige diagnostiek: proces en toepassing*, (Elsevier gezondheidszorg Maarssen 1995) 148.

⁸² *Ibid.*, 149.

⁸³ *Ibid.*, 149.

tijd doorverwijzen naar de geestelijk verzorger. Adri Spelt en Fokje Hellema hebben gezocht naar onderzoeken in Nederland over spiritualiteit en verpleegkunde. Bij de start van het project hebben zij slechts twee onderzoeken gevonden en gebruikt.⁸⁴ Daarnaast gebruikten zij verpleegkundige handboeken, de NANDA, NIC en NOC.⁸⁵ De richtlijn heeft betrekking op patiënten met somatische aandoening vanaf 18 jaar. Het is heel goed denkbaar en ook wenselijk, vindt Spelt, dat er voor specifieke groepen (kinderen, psychiatrisch patiënten) specifieke richtlijnen komen.

4.2 Opstellen en inhoud van de richtlijn

Adri Spelt en Fokje Hellema hebben vervolgens een ontwerp gemaakt en dat is voorgelegd aan een panel van verpleegkundigen. Daar is uiteindelijk de huidige richtlijn uit voortgekomen. Inhoudelijk baseren zij zich op onderzoeken die gedaan zijn naar het verschijnsel 'spiritual distress'. In Nederland zijn het Tiesinga en Post die onderzoeken welke relaties er tussen (on)gezondheid en spiritualiteit bestaan. Het valt hen op, dat hoewel de relatie tussen (on)gezondheid en spiritualiteit in de belangstelling van wetenschappers staat, er wel vaak meteen een boven- of onderschikkende relatie gelegd wordt. Gezondheidswetenschappers zijn vooral geïnteresseerd in de spirituele dimensie van gezondheid. Geesteswetenschappelijk onderzoek naar bijvoorbeeld spiritualiteit in de gezondheidszorg bestudeert spiritualiteit veeleer als hoofdconcept waarbij gezondheid een ondergeschikte dimensie is.⁸⁶ In toenemende mate echter wordt erkend dat spiritualiteit een object van studie is niet louter voor geestelijk verzorgers, maar ook voor andere hulpverleners zoals artsen, verpleegkundigen en verzorgenden. Het object van studie is dan de spiritualiteit van de zorgvrager en zorgverlener afzonderlijk, en ook de interactie tussen beide.⁸⁷ Vanuit het hulpverlenerperspectief is het interessant na te gaan, welke zorgvragen zich voordoen bij de patiënt op het gebied van spiritualiteit en de effectiviteit van interventies vast te stellen, aldus Tiesinga en Post. Zo kunnen op basis van literatuurstudie en kwalitatief onderzoek richtlijnen omtrent spirituele zorg ontwikkeld, gevalideerd en vervolgens in de praktijk geëvalueerd worden, stellen deze onderzoekers. Dit is in het UMCG gebeurd.

De richtlijn bevat een diagnose, een interventie en zorgresultaten (zie bijlage 1). Onder het kopje diagnose staan een aantal verschijnselen genoemd, die kunnen wijzen op de toestand 'levensbeschouwelijke nood'. Bijvoorbeeld dat een patiënt vragen stelt over de zin van het eigen bestaan en de zin om (verder) te leven. Andere signalen kunnen zijn dat iemand twijfel over de behandeling in de vorm van ethische/morele vragen verwoordt. Ook iemand die galgenhumor gebruikt kan daarmee aangeven, dat hij of zij kampt met existentiële vragen.

Naast het beschrijven van 'symptomen' beschrijft de richtlijn ook activiteiten die verpleegkundigen kunnen ondernemen als er sprake is van 'levensbeschouwelijke nood'. Bijvoorbeeld het overleggen met de patiënt of en op welke wijze voorzien kan worden in zijn wensen en/of behoeften op het gebied van levensbeschouwing. De verpleegkundige kan de patiënt informeren over de bestaande mogelijkheden in de instelling op het gebied van levensbeschouwing, zoals de aanwezigheid van een stiltecentrum, de mogelijkheid van het bijwonen van een kerkdienst of de mogelijkheid tot contact met de geestelijk verzorger.

⁸⁴ Dat zijn: A.C. Dribergen, *Aandacht voor zingeving en/of religie*. Delphi-onderzoek naar een verpleegkundige interventie. Afstudeerscriptie Verplegingswetenschap Maastricht/Groningen, 2001. En R.R. van Leeuwen, *Spiritual Distress*. Delphi-onderzoek naar een verpleegkundige diagnose. Afstudeerscriptie Verplegingswetenschap Maastricht, 1998.

⁸⁵ NANDA is een boek met verpleegkundige diagnoses (North American Nursing Diagnosis Association), NIC is de Nursing Intervention Classification en NOC de Nursing Outcomes classification. Ook is er de ICDH - international classification of functioning and disabilities.

⁸⁶ L.J. Tiesinga, J. Bouwer, H. Jochemsen, H. Blommestijn, K. Waaijman, D. Post, 'Spiritualiteit, (on)gezondheid en zorg: een aanwezige en onderzoekbare relatie?' *TSG* 80 (2002), 535–538, aldaar 535.

⁸⁷ L.J. Tiesinga, J. Bouwer, H. Jochemsen, H., Blommestijn, K. Waaijman, D. Post, 'Spiritualiteit, (on)gezondheid en zorg: een aanwezige en onderzoekbare relatie?' *TSG* 80 (2002), 535–538, aldaar 537.

Tot slot staan in de richtlijn ‘zorgresultaten’ omschreven. Het gaat dan om ‘welbevinden op het gebied van levensbeschouwing’, ‘hoop’ en ‘waardig sterven’. Bij elk zorgresultaat staan een aantal indicatoren genoemd – zo is een uiting van geloof in zichzelf een indicator van ‘hoop’? en een meetschaal, waarop de verpleegkundige kan aangeven in hoeverre er een verstoring lijkt te zijn van het welbevinden van de patiënt (ernstig, matig of licht verstoord tot niet verstoord). Indicatoren die genoemd staan bij ‘waardig sterven’ zijn onder andere – de patiënt geeft aan er klaar voor te zijn te sterven, - onderhoudt affectieve relaties, - neemt zelf de eindbeslissing over zijn behandeling. Op de meetschaal die bij dit zorgresultaat staat, kan de mate waarin dit gebeurt omcirkeld worden: 1 helemaal niet, 2 in lichte mate, enzovoorts.

Hiermee is dus in termen van een verpleegkundig behandelplan beschreven, hoe verpleegkundigen ook het aspect van levensbeschouwing kunnen meenemen in hun zorg aan de patiënt. De relatie met ziek-zijn wordt beschreven en ook worden concrete suggesties geboden, wanneer en naar wie de verpleegkundige kan doorverwijzen als een patiënt vragen uit die met levensbeschouwing en/of ethiek te maken hebben. Vervolgens is natuurlijk de vraag, hoe ‘handzaam’ en bruikbaar deze richtlijn is voor verpleegkundigen die er in de praktijk mee moeten werken.

4.3 Implementatie van de richtlijn levensbeschouwelijke nood op twee afdelingen van het UMCG (4 september 2006 tot 5 juni 2007)

In deze paragraaf wordt beschreven, hoe twee studenten verpleegkunde in het UMCG onderzoek hebben gedaan naar de implementatie van de richtlijn levensbeschouwelijke nood.⁸⁸

De richtlijn levensbeschouwelijke nood is in 2002 geschreven en daarna heeft een proefimplementatie plaatsgevonden. In 2006 is de doelstelling om te werken volgens de richtlijn weer opgepakt. Onderzoekers (studenten verpleegkunde) hebben toen eerst gekeken of er nog met de richtlijn gewerkt werd. Toen bleek, dat informatie en de in 2002 gemaakte afspraken verwaterd waren.⁸⁹ De centrale vraag van het vooronderzoek in 2006 was: op welke wijze kan de richtlijn levensbeschouwelijke nood geïmplementeerd worden op de afdelingen KNO en Cardiologie? Door middel van een enquête en een dossieranalyse kwamen de onderzoekers tot de volgende conclusies:

- er wordt weinig met de richtlijn gewerkt
- het document is aanwezig op de afdeling KNO en niet op Cardiologie
- er blijkt behoefte te zijn onder de verpleegkundigen aan een checklist waarin de functieomschrijvingen van de geestelijk verzorger en het medisch maatschappelijk werk naar voren komen
- er is geen eenduidigheid over de taken van de verpleegkundige met betrekking tot levensbeschouwelijke nood.
- Het aan de orde stellen van het 11^e gezondheidspatroon ‘waarden en levensovertuiging’ van Gordon door verpleegkundigen tijdens het anamnesegegesprek hangt af van hun persoonlijke inschatting en ervaring.

Ook is gevraagd welke factoren een rol zouden spelen bij het invoeren van de Richtlijn, bijvoorbeeld op het terrein van ‘Middelen en materialen’: Daaruit komen de volgende aanbevelingen naar voren:

Op het gebied van personeel bevelen de onderzoekers aan:

⁸⁸ Irene Kloppers en Margreet Schutte, (i.o. Bureau Verpleegkundige Zaken UMCG), *Eindrapport Effectmeting implementatie van de richtlijn ‘Levensbeschouwelijke Nood’*, juni 2007.

⁸⁹ Ibid., p. 5.

- de verpleegkundigen zullen scholing moeten ontvangen waarin aandacht wordt besteed aan de richtlijn, de diagnose, de taken van de verpleegkundige m.b.t. spirituele zorg en de specifieke taken van de geestelijk verzorger en de medisch maatschappelijk werker.
- Door middel van een workshop kunnen de verpleegkundigen aan de slag met het stellen van anamnesevragen over de levensbeschouwing van de patiënt en het juist inschatten van problemen op het gebied van levensbeschouwing

Wat betreft middelen en materialen:

- door middel van de scholing en de workshop zullen de verpleegkundigen meer kennis en vaardigheden m.b.t. levensbeschouwelijke nood opdoen. Hierdoor zullen zij sneller en gemakkelijker een probleem kunnen signaleren. Tijdens deze scholing zal ook het belang van het stellen van anamnesevragen over de levensbeschouwing benadrukt moeten worden.

Over de contacten met geestelijke verzorging en maatschappelijk werk staat in het onderzoeksrapport:

- de contacten tussen de geestelijk verzorger en de verpleegkundigen zullen geïntensiveerd moeten worden. De geestelijk verzorger zal standaard aanwezig moeten zijn tijdens een multidisciplinair overleg wanneer een patiënt met levensbeschouwelijke nood besproken wordt.
- Er zullen vaste momenten gepland moeten worden waarop de geestelijk verzorger op de afdeling langskomt. Het blijkt dat daardoor vaker de geestelijk verzorger ingeschakeld wordt.

Als aanbeveling voor de te kiezen methode wordt genoemd:

Er is behoefte aan een checklist waarop verpleegkundigen kunnen vinden wanneer een medisch maatschappelijk werker of geestelijk verzorger ingeschakeld moet worden. Deze checklist moet nog ontwikkeld worden.

Met behulp van bovenstaande aanbevelingen uit het vooronderzoek is er een projectplan voor de implementatie geschreven; de implementatie zelf heeft plaatsgevonden van 4 september 2006 tot 5 juni 2007 op de afdelingen KNO en Cardiologie. Feitelijk was dit dus de tweede keer dat er een implementatie plaatsvond; de eerste was in 2002 en uit bovenstaande blijkt dat er daarna nog veel onduidelijkheid heerste. Na het vaststellen van de onduidelijkheden heeft de implementatie plaatsgevonden. Deze implementatie is gericht op alle verpleegkundigen van genoemde afdelingen; de patiëntendoelgroep voor KNO is: oncologiepatiënten en patiënten die langer dan 4 à 5 dagen aanwezig zijn. Voor cardiologie gaat het om patiënten met chronisch hartfalen, patiënten die gescreend worden voor een harttransplantatie en hartinfarctpatiënten.

De deelnemers aan dit onderzoek hebben door middel van een aantal activiteiten de richtlijn ingevoerd op de beide afdelingen. De activiteiten om ervoor te zorgen dat verpleegkundigen gingen werken volgens de richtlijn, waren:

- 1) de verpleegkundigen werden door een reeks klinische lessen bijgeschoold in het verlenen van zorg op het gebied van levensbeschouwelijke nood. Hiervoor is de cursus 'levensbeschouwing in de zorg' van het Wenckebach instituut bewerkt door Adri Spelt.
- 2) De verpleegkundigen van de werkgroep hebben een beslisboom ontwikkeld, namelijk 'levensbeschouwelijke, maatschappelijke en/of psychische nood' (zie bijlage 2)
- 3) Het kwaliteitshandboek van de afdeling Cardiologie bevatte een protocol over de richtlijn levensbeschouwelijke nood
- 4) Verpleegkundigen van de beide afdelingen werden op de hoogte gehouden van het implementatieproces door een maandelijkse nieuwsbrief

Na enkele weken hebben de onderzoekers een effectmeting gedaan door middel van enquêtes en dossieronderzoek. Zelf zeggen zij over hun onderzoeksmethoden:

‘Er is een effectmeting opgezet om te onderzoeken in welke mate de implementatie van de richtlijn ‘levensbeschouwelijke nood’ heeft bijgedragen aan de uitvoering van verpleegkundige zorg op het gebied van levensbeschouwelijke nood’.⁹⁰ ‘Dit onderzoek valt onder de experimentele onderzoeken, omdat er gebruik wordt gemaakt van een voormeting, een opvolgende behandeling en een nameting’. Over de onderzoekspopulatie: ‘op de afdeling KNO werken 27 verpleegkundigen en er is plaats voor 30 patiënten. Op de afdeling cardiologie werken 46 verpleegkundigen en er is in totaal (de shortstay-afdeling meegerekend) plaats voor 44 patiënten. De gegevens zijn verzameld door middel van een enquête met gesloten vragen – de uitkomsten daarvan zijn verwerkt in SPSS en worden weergegeven in tabellen en grafieken. Daarnaast bestond een deel van de enquête uit open vragen, dus de effectmeting heeft zowel een kwantitatief als een kwalitatief karakter. Dit deel is ook beschrijvend te noemen; het beschrijft de ervaring en beleving van verpleegkundigen. Voorts is het onderzoek verklarend en toetsend – er is een dossieranalyse afgenomen aan de hand van een checklist.’⁹¹

Wat betreft de aanpak van de onderzoekers: de enquête kon anoniem ingevuld worden. Op beide afdelingen is dezelfde enquête afgenomen en alle dossiers zijn op beide afdelingen in één dag doorgenomen – dus alle dossiers van de patiënten die op die dag aanwezig waren, zijn geanalyseerd. Vervolgens is de enquête door verschillende personen verschillende keren nagekeken, onder meer door vier personen uit verschillende werkvelden (waaronder een docent van de Hogeschool Zwolle). De verpleegkundigen van beide afdelingen waren niet op de hoogte van de data van de dossieranalyses, dit in verband met het voorkomen van sociaalwenselijke antwoorden.

Het is lastig om conclusies aan dit onderzoek te verbinden. De implementatieactiviteiten op zichzelf en de *effecten* van die activiteiten worden namelijk stelselmatig door elkaar heen gebruikt. In het onderzoeksverslag wordt niet eerst nagegaan of deze ‘implementatieactiviteiten’ goed uitgevoerd zijn. Dat komt de helderheid van het onderzoek niet ten goede en dat is jammer, want juist die effecten zijn interessant om te weten. Het onderzoek gaat verder met punt 4, de effectmeting. Hoe de onderzoekers die effectmeting hebben aangepakt, staat wel beschreven; ik heb hierboven een samenvatting geven van de belangrijkste punten.

Om de centrale vragen van deze scriptie te kunnen beantwoorden, beschrijf ik de uitkomsten van het onderzoek op twee deelvragen van het onderzoek: Wat vinden verpleegkundigen na de implementatie van de samenwerking met de geestelijk verzorger? En ten tweede: in hoeverre wordt er na de implementatie in de verpleegdossiers aandacht besteed aan de richtlijn ‘levensbeschouwelijke nood’?

Samenwerking

Op de afdeling KNO wordt de geestelijk verzorger in 2007 vaker ingeschakeld dan in 2006, maar de verpleegkundigen vinden het minder belangrijk dan tijdens de nulmeting om contact te onderhouden. Na navraag bij Adri Spelt wordt duidelijk, dat hiermee bedoeld wordt dat het contact vanzelfsprekender is geworden, men gaat ervan uit dat het contact er toch wel is. Blijkbaar is de geestelijk verzorger daar dus zichtbaarder. De tevredenheid over het contact is

⁹⁰ Irene Kloppers en Margreet Schutte, (i.o. Bureau Verpleegkundige Zaken UMCG), *Eindrapport Effectmeting implementatie van de richtlijn ‘Levensbeschouwelijke Nood’*, juni 2007, 14.

⁹¹ Door middel van de dossieranalyse werd getoetst of de verpleegkundigen notities maakten over levensbeschouwelijke nood (GH).

gestegen en de verpleegkundigen geven vaker aan het belangrijk te vinden dat de geestelijk verzorger aanwezig is binnen het MDO.⁹²

Op de afdeling Cardiologie wordt de geestelijk verzorger minder ingeschakeld. In de tekst is niet te vinden waarom, dus ik heb ook hier navraag gedaan bij Adri Spelt. Hij vertelt, dat de geestelijk verzorger die daar werkte, is weggegaan omdat die slecht functioneerde. Een geestelijk verzorger moet wel geïntegreerd kunnen werken, anders is de richtlijn ook niet effectief, stelt hij. Bovendien stond de leiding van deze afdeling niet volledig achter het invoeren van de richtlijn. Dat is uiteraard ook een erg belangrijk aspect: pas als een hele afdeling, inclusief de leidinggevenden, het werken met een richtlijn ondersteunt en stimuleert, zal het effect zichtbaar kunnen worden.

Het belang van het onderhouden van de contacten met de geestelijk verzorger wordt door verpleegkundigen verschillend ervaren, er zijn meer verpleegkundigen die het belangrijk zijn gaan vinden en meer verpleegkundigen die het onbelangrijk zijn gaan vinden. Helaas kon ik niet achterhalen hoe dit onderzoeksresultaat tot stand is gekomen (GH). Over de tevredenheid over de huidige contacten met de geestelijk verzorger zijn de verpleegkundigen neutraler geworden. Ook het belang van de aanwezigheid van de geestelijk verzorger binnen het MDO is neutraler geworden.

De aanbeveling die hierbij gedaan wordt door de onderzoekers, is: de contacten moeten geïntensiveerd worden; door één keer in de twee weken een vaste afspraak te plannen tussen de geestelijk verzorger en een regieverpleegkundige om de gang van zaken rond het onderwerp 'levensbeschouwelijke nood' door te spreken.⁹³ Dit lijkt mij ook belangrijk: om de aandacht voor de richtlijn vast te houden op een afdeling is het nodig om daar een vaste verantwoordelijke regieverpleegkundige voor aan te stellen.

Verpleegdossiers

Op de afdeling KNO geven verpleegkundigen aan vaker het elfde gezondheidspatroon van Gordon aan de orde te stellen tijdens de anamnese. Uit de dossieranalyse blijkt dat er inderdaad vaker wat in wordt gevuld bij dit gezondheidspatroon. Het aantal geregistreerde patiënten met levensbeschouwelijke nood is gestegen⁹⁴ en na de effectmeting worden er naast medisch maatschappelijk werk meer disciplines ingeschakeld bij deze patiënten.

Op de afdeling Cardiologie geven verpleegkundigen aan het elfde gezondheidspatroon van Gordon minder vaak aan de orde te stellen tijdens de anamnese, terwijl uit de dossieranalyse is gebleken dat er vaker iets wordt ingevuld bij dit gezondheidspatroon. Daarbij komt dat bij zesendertig procent van de dossiers dit gezondheidspatroon ontbrak op het anamneseformulier. Het aantal geregistreerde patiënten met levensbeschouwelijke nood is gestegen. Deze patiënten kregen bijna allemaal medisch maatschappelijk werk aangeboden. Tijdens de nulmeting werd medisch maatschappelijk werk in alle gevallen ingeschakeld. Tijdens de effectmeting gaf een groot deel van de patiënten aan geen behoefte te hebben aan medisch maatschappelijk werk.

Om bovenstaande alinea te verduidelijken heb ik gevraagd aan Adri Spelt hoe het kan dat medisch maatschappelijk werk zo vaak wordt ingeschakeld. Dat is waarschijnlijk een gewoonte, die gegroeid is in de praktijk van het ziekenhuis. Hierbij komt ook het element van goede diagnostische vaardigheden – verpleegkundigen blijken te onberedeneerd naar maatschappelijk werk door te verwijzen. Dit terwijl patiënten, blijkt uit bovenstaande, daar lang niet altijd

⁹² Irene Kloppers en Margreet Schutte, (i.o. Bureau Verpleegkundige Zaken UMCG), *Eindrapport Effectmeting implementatie van de richtlijn 'Levensbeschouwelijke Nood'*, (juni 2007), p. 38.

⁹³ Ibidem, 44.

⁹⁴ Bij vier van de tien patiënten is in het dossier melding gemaakt van levensbeschouwelijke nood (ten opzichte van nul bij de nulmeting), *ibid.* 36.

behoefte aan hebben (GH). De literatuur die hierover eerder verschenen is, bevestigt het beeld dat niet altijd adequaat wordt doorverwezen door verpleegkundigen. 'In het algemeen kan worden gesteld dat verpleegkundigen onvoldoende in staat zijn signalen van patiënten te onderkennen en dat zij veel te laat verwijzen naar geestelijke verzorging of maatschappelijk werk.'⁹⁵ In nieuwere literatuur wordt gesteld, dat de inhoudelijke rol van de verpleegkundige als 'allround' professional – die positief kan uitwerken voor de geestelijk verzorger – onder druk staat door de organisatorische belasting.⁹⁶ Met andere woorden: de tijd ontbreekt vaak om langer stil te staan bij een patiënt om zo tot een eventuele verwijzing te komen.

Na de nulmeting wordt op beide afdelingen meer gerapporteerd op verschillende plaatsen in het verpleegkundig dossier.

In de slotconclusie van dit onderzoek staat onder meer, dat na de implementatie de geestelijk verzorger vaker wordt ingeschakeld door de verpleegkundigen op de afdeling KNO. Op de afdeling Cardiologie gebeurt dit minder vaak. Op beide afdelingen is het aantal patiënten met levensbeschouwelijke nood gestegen. Deze patiënten kregen bijna allemaal medisch maatschappelijk werk aangeboden. Op beide afdelingen werden meerdere disciplines ingeschakeld (psychologen, geestelijk verzorgers) naast medisch maatschappelijk werk als het om levensbeschouwelijke nood ging.

De onderzoekers doen de aanbeveling om ervoor te zorgen dat op het anamneseformulier het ontbrekende elfde gezondheidspatroon toegevoegd wordt. Ze vinden ook dat de titel aangepast zou moeten worden. Er staat nu als kopje 'waarden en (geloofs)overtuiging' en dit zou moeten veranderen in 'waarden en levensovertuiging'. Bovendien zijn de vragen die er gesteld worden gesloten – dit zouden concrete, open vragen moeten worden.

Belangrijke kritiek op het onderzoek leveren de onderzoekers zelf:

- De tijd tussen het implementeren van de richtlijn en het uitvoeren van de effectmeting was te kort. Dit had enkele maanden moeten zijn, maar de meting is nu uitgevoerd na enkele weken, doordat de onderzoekers gebonden waren aan een einddatum.
- Tijdens het opstellen van het projectplan bleek, dat op beide afdelingen niet veel tijd was voor scholing. Er is gekozen voor klinische lessen, waarin vooral is ingegaan op theorie en minder op het praktische deel van het onderwerp 'levensbeschouwelijke nood'.
- Op beide afdelingen konden niet alle verpleegkundigen aanwezig zijn tijdens de klinische lessen.
- De respondenten hebben tijdens het invullen van de enquête veel vragen overgeslagen.
- In de enquête werd verwezen naar een bijlage (de beslisboom) die niet was toegevoegd aan de enquête, maar de vragen konden zonder bijlage ook goed beantwoord worden.

Dit onderzoek in het UMCG gaat eigenlijk meer over de *aanloop naar* het werken met een richtlijn dan het werken zelf – immers, in de kritiepunten staat dat men er nog maar enkele weken mee werkte en toen al enquêtes moest gaan invullen over hoe men dat ervaren heeft! Daarom vind ik de conclusies maar zeer betrekkelijk van waarde. In feite zou er weer een onderzoek plaats moeten vinden om te peilen hoe na enige tijd inwerken, de verpleegkundigen gebruik maken van de richtlijn. Ook zou dan de scholing veel meer gericht moeten zijn op de

⁹⁵ Marijke C.J. Prins, Geestelijke zorgverlening in het ziekenhuis, (Kavanah 1996), 171.

⁹⁶ Ren van Schroyensteen Landman, Levensverhalen in het ziekteproces. Over geestelijke verzorging en interdisciplinaire samenwerking, (Kavanah 2007), 26.

attitudeaspecten die René van Leeuwen noemt in *Neuronieuws*⁹⁷ en die ook in het cursusmateriaal verwerkt zaten, maar die te weinig aandacht hebben gekregen. Men is tijdens de klinische lessen vooral ingegaan op het theoretische aspect van ‘levensbeschouwelijke nood’. Het is mijns inziens de vraag, of er met betrekking tot de vragen op het anamneseformulier niet een stap overgeslagen wordt. Concrete, open vragen op het anamneseformulier toevoegen helpt waarschijnlijk niet, als niet het onderliggende probleem wordt ondervangen. Verpleegkundigen slaan immers het hele patroon vaak over en er zou gekeken moeten worden naar de redenen hiervoor. Ook zou het kunnen, dat concrete vragen juist meer neigen naar gesloten vragen en hoeft er dus daaraan misschien niet zoveel veranderd te worden. In de volgende paragraaf ga ik in op de resultaten van mijn eigen onderzoek in het algemeen ziekenhuis in Drachten.

4.4 Onderzoek in algemeen ziekenhuis Nij Smellinghe, Drachten

Van februari tot begin juli heb ik stage gelopen in het kader van de master Geestelijke Verzorging. Naast het trainen van vaardigheden zoals pastorale gespreksvoering heb ik ook een onderzoek verricht. Ik was nieuwsgierig geworden, na veel literatuur over de richtlijn levensbeschouwelijke nood gelezen te hebben, of en hoe een dergelijke richtlijn in Nij Smellinghe zou werken. Met name wilde ik van de verpleegkundigen weten of ze zorg voor de levensbeschouwing van patiënten bij hun takenpakket vinden horen. Is er een verband met hun eigen levensbeschouwelijke achtergrond? Jan Strikwerda, werkzaam als geestelijk verzorger in Nij Smellinghe, heeft voorgesteld op de afdeling neurologie dit onderzoek op te zetten. De keuze voor deze ene afdeling heb ik gedaan uit praktische overwegingen, omdat Jan Strikwerda daar al ingang had en omdat een onderzoek op meerdere afdelingen meer tijd zou vergen dan ik voor het onderzoek had.

In de patiëntenbespreking op de afdeling neurologie van ziekenhuis Nij Smellinghe dat vooraf gaat aan het MDO (multidisciplinair overleg), is sinds enige maanden de vraag naar de levensbeschouwing van patiënten opgenomen. De geestelijk verzorger van deze afdeling, Jan Strikwerda, is hierbij aanwezig. Als vervolg op deze extra aandacht voor levensbeschouwing tijdens de patiëntenbespreking heb ik de vraag naar levensbeschouwing op het anamneseformulier verduidelijkt en iets verbreed.⁹⁸ Tegelijkertijd heb ik de verpleegkundigen het formulier Levensvragen in de Zorgpraktijk (verderop afgekort tot LIZ) gegeven (zie bijlage 3) en daar uitleg over gegeven tijdens hun koffiepauze op de afdeling. Het ging daarbij met name over het soort vragen en signalen die erop kunnen wijzen dat een patiënt behoefte heeft aan geestelijke verzorging (vragen als: Waarom overkomt mij dit lijden? Waarom doet God mij dit aan? Wat is de zin van het leven? Uitingen van verdriet of galgenhumor). Op de LIZ-lijst of in het dossier van de patiënt konden ze ‘scoren’ of patiënten dit soort vragen stelden/uitingen deden. Een verkorte versie van deze vragenlijst kwam terug in de anamnese. De bedoeling was, dat als een patiënt binnenkwam op de afdeling, hij of zij ook een aantal vragen (afgeleid van de LIZ-vragenlijst) kreeg over diens levensbeschouwing en eventuele behoeften of problemen daaromtrent. De

⁹⁷ R.R. van Leeuwen, ‘Zorg voor spiritualiteit door neuroverpleegkundigen. Aandacht voor levensbeschouwing, religie en/of zingeving in de zorgverlening’ (*Neuronieuws, vakblad voor de Nederlandse en Belgische neuroverpleegkundigen en verzorgenden*, december 2005)

⁹⁸A. Is godsdienst belangrijk voor u?

Hebt u behoefte aan bezoek van een geestelijk verzorger?

Gewoonten/rituelen

B. Levensbeschouwing (kan bijvoorbeeld ook zijn: ik voel mij een onderdeel van de natuur, of ik doe aan reiki, ik ben boeddhist, enzovoorts) De toevoeging van mij staat tussen haakjes.

coördinator patiëntenzorg van de afdeling werkte mee aan het onderzoek: ze verspreidde een oproep, waarin de bedoeling van het onderzoek uiteen werd gezet en informeerde de verpleegkundigen. Ik ben twee keer tijdens de koffiepauze op de afdeling geweest en heb in totaal 7 verpleegkundigen geworven voor het onderzoek.

In de periode van week 23 tot en met week 28 (4 juni t/m 9 juli 2007) hebben deze verpleegkundigen de lijst Levensvragen in de Zorg meegenomen in hun werk en werden zij aangespoord om de anamnese in te vullen onder het kopje 'waardepatroon en levensovertuiging'. Tijdens de patiëntenbesprekingen hield Jan Strikwerda bij, of levensbeschouwing specifiek werd genoemd, of er vragen of symptomen genoemd werden die op het formulier Levensvragen in de Zorg voorkomen en hij hield bij in hoeveel dossiers het onderdeel 'levensbeschouwing' was ingevuld (zie bijlage 5).

De situatie voorafgaand aan dit onderzoek was heel duidelijk: signaleringen en doorverwijzingen door verpleegkundigen kwamen niet voor. Als Jan Strikwerda verwijzingen van verpleegkundigen kreeg, was dat omdat hij zelf tijdens patiëntenbesprekingen vroeg, of hij bij een patiënt op bezoek zou kunnen gaan.

Tijdens het onderzoek heeft hij dat bewust niet gedaan en gewacht of er tijdens het onderdeel 'levensbeschouwing' iets gemeld zou worden door de verpleegkundigen. Ook keek hij elke week of er in de dossiers van patiënten iets genoteerd stond over de levensbeschouwing van de patiënt. De trends die hij waarnam in de onderzoeksperiode beschrijf ik in de volgende paragraaf.

In week 29 (17 en 21 juli) heb ik vier van de zeven verpleegkundigen die werkten met de LIZ-lijst, geïnterviewd en gevraagd naar hun ervaringen.⁹⁹ Ik heb hen gevraagd of ze de geestelijk verzorger hebben ingeschakeld tijdens de onderzoeksperiode, of het hen duidelijk is wat het verschil is tussen maatschappelijk werk en geestelijke verzorging, of ze geestelijke zorg vinden horen bij hun werk en of levensbeschouwing in hun eigen leven een rol speelt. Uit praktische overwegingen heb ik hen in groepjes van twee geïnterviewd: ze werkten vaak op verschillende dag(del)en en ik wilde hen niet in hun vrije tijd interviewen.

Interviews

Na de periode van zes weken waarin zeven verpleegkundigen gewerkt hadden met de LIZ-lijst, brak de vakantieperiode aan (juli). Vier van de zeven verpleegkundigen zijn geïnterviewd; de anderen waren dus door vakantie (en overplaatsing, één van hen kreeg elders werk) niet te bereiken. Twee groepjes van twee hebben vragen over levensbeschouwing in de anamnese beantwoord tijdens een interview door schrijver dezes. (Voor de vragenlijst: zie bijlage 3).

Het eerste interview was met verpleegkundige A - 45 jaar oud en 11 jaar werkervaring, en B - 21 jaar oud; zij loopt stage in het kader van haar opleiding HBO-V. Als het gaat over de *anamnese*, zijn ze het er allebei over eens dat dat geen geschikt moment is om naar de levensbeschouwing van de patiënt te vragen. Verpleegkundige B ziet de anamnese toch vooral als een instrument om de gezondheid in kaart te brengen en ze vraagt zich af wat er op dat moment relevant is (dieet, medicijnen bijvoorbeeld).

Of het ook de *taak* van de verpleegkundigen is om geestelijke zorg te verlenen? De tijd nemen voor patiënten en echt goed luisteren vindt verpleegkundige A heel belangrijk, maar ze ziet dat zelf niet echt als geestelijke zorg in eerste instantie. Verpleegkundige B vindt het wel belangrijk,

⁹⁹ Voor de vragenlijst die ik gebruikte: zie bijlage 4.

maar de tijd ontbreekt er vaak voor. Patiënten zelf voelen zich soms ook bezwaard: praten (over levensvragen) duurt lang en men wil de verpleegkundige niet ophouden tijdens haar werk.

Wat betreft het *doorverwijzen* naar de geestelijke verzorging: allebei vinden ze dat praktische problemen, met familie bijvoorbeeld, naar maatschappelijk werk verwezen moeten worden. Verpleegkundige A heeft een cursus gehad over wat het werk van de geestelijk verzorger inhoudt en als patiënten vragen hebben over de zin van het leven, zoals ‘Waarom overkomt mij dit? Waarom doet God mij dit aan?’ verwijst ze door naar de geestelijk verzorger, dat vindt ze zelf veel te moeilijke vragen om op in te gaan. Ze heeft Jan Strikwerda een paar keer gebeld in de afgelopen zes weken, maar hij nam niet op.¹⁰⁰ Verpleegkundige B heeft tijdens de patiëntenbespreking een paar keer een patiënt naar hem verwezen.

Beiden hebben ook een uitgesproken mening over de ‘LIZ-lijst’ (Levensvragen in de Zorg): verpleegkundige A vindt het een mooie handleiding, het is heel handig. Het maakt haar zelf ook bewuster van hoe belangrijk het is daar aandacht voor te hebben. Verpleegkundige B vindt: voor sommige mensen is levensbeschouwing heel belangrijk, dus om er aandacht voor te hebben is goed. Daar helpt de lijst wel bij. Maar: het zou niet verplicht gesteld moeten worden, als een protocol. Als het verplicht bij iedereen gevraagd zou worden, luister je misschien niet goed genoeg en het is dan misschien ook niet individueel genoeg. Ze is dus met andere woorden bang voor de werking van het protocol als een ‘verplicht nummer’ – als aan elke patiënt standaard gevraagd zou worden of levensbeschouwing belangrijk voor hen is, luisteren verpleegkundigen misschien niet goed naar het antwoord. Zij vindt het juist belangrijk dat gesignaleerd wordt dat het voor sommige mensen heel belangrijk is en voor anderen niet, er moet ruimte blijven voor individuele interpretatie.

Levensbeschouwing speelt in hun eigen leven ook een rol: verpleegkundige A is vrijzinnig hervormd en vindt het geestelijk leven van mensen erg belangrijk. Waarden als goed doen, respect hebben voor alles, eerlijkheid zijn belangrijk voor haar. Goed luisteren ook, veel mensen kunnen dat niet, valt haar vaak op. Verpleegkundige B is zelf niet gelovig, maar ze denkt wel dat er meer is tussen hemel en aarde. Ze vindt dat het erbij hoort, het geestelijk welbevinden. Je kunt er ziek van worden, als je het geestelijke verwaarloost.

Conclusies: Dit zijn twee verpleegkundigen die geestelijk welbevinden van patiënten belangrijk vinden. Hun eigen achtergrond is verschillend (gelovig en niet-gelovig), maar allebei vinden ze wel dat levensbeschouwing een logische plek in hun werk verdient. De anamnese vinden ze geen geschikt moment om er aandacht aan te geven, maar verderop tijdens de opname van patiënten wel. De LIZ-lijst fungeert voor hen vooral als een geheugensteun, een ‘reminder’ die hen erop wijst dat levensvragen belangrijk zijn. Of het een protocol moet worden, is de vraag, want de vrees is dat het te uniform wordt toegepast en te weinig ruimte laat voor individuele invulling.

Het tweede interview was met verpleegkundige C – 40 jaar oud, 20 jaar werkervaring en D – 38 jaar oud en ook 20 jaar werkervaring.

Wat betreft de *anamnese*: ook zij vinden dat geen geschikt moment om naar de levensbeschouwing te vragen. Verpleegkundige C vindt het zelfs niet ‘gepast’ om ernaar te vragen, ze zou zelf ook niet aan Jan en alleman haar levensverhaal vertellen. Beiden haken er wel

¹⁰⁰ Jan Strikwerda zegt hierover, dat als verpleegkundigen bellen naar een intern nummer (naar zijn kantoor) ze een voicemail krijgen met verschillende mogelijkheden – zijn mobiel nummer bijvoorbeeld. Ook heeft hij een pieper bij zich, in principe. Het is lastig om er de vinger op te leggen waar de kneep zit – hij vergeet soms zijn telefoon door te schakelen, en soms wachten verpleegkundigen het bericht op de voicemail niet af.

op in als iemand vraagt naar de eigen dominee, of als ze bijvoorbeeld een bijbel zien liggen. Maar er moet een soort klik zijn met de patiënt.

Of geestelijke zorg ook een *taak* is van een verpleegkundige? C vindt het haar taak om problemen op dat vlak te signaleren, zelf waagt ze zich er niet aan. Geestelijk verzorgers hebben volgens haar een bepaalde visie, die kunnen gevoelens beter onder woorden brengen. Zij noemt de opleiding ook: die component zit niet in de opleiding. D vindt van niet, de tijd ontbreekt daarvoor.

Hier blijkt dus, zoals Bart Cusveller ook signaleert, dat er in de opleiding tot verpleegkundige nauwelijks aandacht is voor het geestelijke aspect van zorg.

Doorverwijzen naar de geestelijk verzorger heeft C tijdens de patiëntenbespreking gedaan. D heeft niet doorverwezen.

Werken met de LIZ-lijst heeft verpleegkundige C wel gedaan, die had de lijst bij zich. Het is wel bruikbaar, maar toch moet je wachten op geschikte momenten om het erover te hebben. Ze noemt een voorbeeld van een patiënte met MS – toen ze vroeg tijdens de anamnese of ze bezoek wilde van een geestelijk verzorger, zei ze: ‘Nee hoor, daar heb ik geen behoefte aan. Ik heb al genoeg hulpverleners om me heen.’ Ook vindt ze het lastig om breder te kijken naar levensbeschouwing, dat het niet alleen met geloof en kerk te maken heeft. Bij verpleegkundige D heeft het werken met de lijst zich beperkt tot hem thuis lezen; verder heeft ze er tijdens haar werk niet expliciet naar gekeken.

Levensbeschouwing in hun eigen leven: verpleegkundige C is gereformeerd opgevoed en gaat onregelmatig naar de PKN-kerk in Gorredijk. Soms vraagt ze zich wel af wat het nu voor meerwaarde heeft, haar geloof, maar helemaal zonder zou ze ook niet kunnen. Haar nuchtere, gereformeerde opvoeding deelt ze met sommige patiënten, ze merkt regelmatig dat ze hen daardoor beter kan plaatsen. Haar collega is hervormd opgevoed; ze ging naar de PKN-kerk in Ureterp maar sinds kort gaat ze in Drachten naar de Bethel-kerk van dominee Bottenbleij (dit is een groeiende Vrije Baptistengemeente in Drachten met op het moment ongeveer 2000 leden GH). Ze vindt dat je naar de bijbel moet leven, zoals het er staat.

Conclusies: beide verpleegkundigen hebben een protestants-christelijke achtergrond en vragen patiënten bij wie ze ‘signalen’ zien of horen van een kerkelijke binding wel naar hun geloof, maar daarbuiten niet, lijkt het. De vragenlijst Levensvragen in de Zorg is door één van hen niet gebruikt. De ander keek er af en toe in en bevestigt in één van haar opmerkingen het onderzoek van Rene van Leeuwen naar spirituele competenties: de ‘taal’ van haar gereformeerde opvoeding spreekt ze met patiënten die ook die opvoeding gehad hebben.

4.5 Conclusies UMCG en Nij Smellinghe

Er zijn een aantal in het oog springende verschillen tussen beide onderzoeken. Ten eerste verschillen de ziekenhuizen: het UMCG is een groot, academisch ziekenhuis; Nij Smellinghe is een klein streekziekenhuis. Ook de gevolgde onderzoeksmethoden verschillen: in het UMCG maakte men gebruik van geanonimiseerde enquêtes en dossieranalyse; in Drachten ging het om interviews, waarin ‘doorgevraagd’ werd.

De positie van de geestelijk verzorgers in het UMCG is anders dan die in Drachten. Dat is te zien aan de formatie: in Groningen werken vijf geestelijk verzorgers op een personeelsbestand van enkele duizenden mensen; in Drachten werken er twee fulltime geestelijk verzorgers terwijl het personeelsbestand veel kleiner is (duizend medewerkers). De norm voor het aantal fte’s

geestelijke verzorging is vastgelegd en hangt af van het aantal bedden, maar toch heeft het UMCG een relatief kleiner aantal geestelijk verzorgers, zes op een aantal van 1339 bedden terwijl er in Drachten 339 bedden zijn. In het beleid van het ziekenhuis in Drachten is een hoofdstuk geestelijke verzorging opgenomen, waarin onder meer als speerpunt staat, dat de anamnese volgens Gordon ingevuld zou moeten worden. Ik heb na afloop van mijn onderzoek in Drachten, de onderzoeksvragen van het onderzoek in het UMCG teruggeplaatst in mijn onderzoek. Dus bij beide onderzoeken heb ik mij gericht op de volgende twee vragen:

1. Is er in de verpleegdossiers iets terug te vinden over de richtlijn 'levensbeschouwelijke nood'?
2. Wat vinden de verpleegkundigen van de samenwerking met de geestelijk verzorger na de invoering van de richtlijn?

Na de nulmeting wordt op beide afdelingen meer gerapporteerd op verschillende plaatsen in het verpleegkundig dossier. Na de implementatie wordt de geestelijk verzorger vaker ingeschakeld door de verpleegkundigen op de afdeling KNO. Op de afdeling Cardiologie gebeurt dit minder vaak, maar dat lijkt meer met de slecht functionerende geestelijk verzorger te maken te hebben dan met de richtlijn. Op beide afdelingen is het aantal patiënten met levensbeschouwelijke nood gestegen. Deze patiënten kregen bijna allemaal medisch maatschappelijk werk aangeboden. Op beide afdelingen werden meerdere disciplines ingeschakeld (psychologen, geestelijk verzorgers) naast deze discipline als het om levensbeschouwelijke nood ging.

Uit de gegevens die verzameld zijn in Drachten blijkt, dat de verpleegdossiers door gerichte aandacht voor levensbeschouwing meer notities bevatten onder het kopje 'levensbeschouwing'. Zeer zelden echter wordt patroon elf van Gordon ingevuld (de notities met betrekking tot levensbeschouwing bevonden zich vaak op het eerste blad van het anamneseformulier, waar de persoonlijke gegevens van patiënten ingevuld kunnen worden). Ook wordt de geestelijk verzorger vaker ingeroepen, dus er vinden meer verwijzingen door de verpleegkundigen plaats. Het lijkt er wel op dat bevindingen van onderzoeker Van Leeuwen bevestigd worden: de eigen levensbeschouwing van de verpleegkundige speelt een rol in het signaleren van levensvragen bij patiënten: de taal die men gewend is te spreken zorgt voor herkenning over en weer. Opvallend vind ik wel, dat een jonge verpleegkundige, die zelf niet religieus is opgevoed, wel heel duidelijk de behoefte bij patiënten erkent en herkent.

Hoofdstuk 5 Conclusies

5.1 Aanbevelingen voor verder onderzoek

Deze scriptie is geschreven met in het achterhoofd de vraag: verandert er nu ook iets in het werk van de geestelijk verzorger nadat er een richtlijn is ingevoerd? Met name wat betreft de identiteit van de geestelijk verzorger: staat de vrijplaats onder druk, gaat hij meer op doorverwijzing werken net als andere hulpverleners en wordt hij meer (coping-)specialist omdat hij alleen de 'moeilijke' gevallen krijgt waar de eerste lijnhulpverleners (de verpleegkundigen) niet uit komen? Op deze vragen heb ik maar ten dele antwoord kunnen krijgen, omdat de *informatie* onvolledig is. In Drachten komt dat door de kleinschaligheid van het onderzoek (de meest interessante gegevens kwamen uit de evaluerende interviews, helaas waren veel deelnemers aan het onderzoek op vakantie) en in Groningen doordat er niet lang genoeg gewacht is op een soort 'indalen' van de richtlijn voordat er een evaluatie plaatsvond. Om verder onderzoek hiernaar te doen heb ik de volgende suggesties:

- eerst moet beschreven worden, hoe de samenwerking tussen geestelijk verzorgers en verpleging werkt – wanneer en hoe hebben zij contact?
- hoe verlopen verwijzingen van verpleegkundigen naar de geestelijk verzorger voordat de richtlijn wordt ingevoerd? (gaat dat geformaliseerd, in een MDO, of informeel/ad hoc)?

Vervolgens moet duidelijk beschreven worden hoe de richtlijn in kwestie wordt ingevoerd. Belangrijk ook is om te weten te komen, wat er in de implementatie gebeurt tijdens de ‘training’ van verpleegkundigen of de klinische lessen. Wat betreft het eigenlijke onderzoek: het is waarschijnlijk raadzaam om een aantal ervaren verpleegkundigen te vragen om met de richtlijn te gaan werken, nadat hen dus handvatten gegeven zijn om een opening voor een gesprek over levensbeschouwing te vinden. Dat is minder tijdrovend dan een hele afdeling te gaan scholen. De verpleegkundigen die participeren in het onderzoek, zouden een dagboek moeten bijhouden om hun ervaringen met betrekking tot dit specifieke onderdeel van hun werk in op te schrijven. Vervolgens worden zij geïnterviewd (diepte-interviews). Zij kunnen dan hopelijk tips geven over hoe bruikbaar de richtlijn is in hun dagelijkse praktijk. Die tips kunnen verwerkt worden in de richtlijn en ook in de opleidingen tot verpleegkundige. Ook zal onderzocht moeten worden of verpleegkundigen wel geestelijke zorg voor hun rekening kunnen en willen nemen. Waar ligt de grens van wat zij kunnen en willen doen en waar begint de specifieke competentie van de geestelijk verzorger?

Trends die in mijn scriptie naar voren zijn gekomen (zoals: levensbeschouwing wordt gelijkgeschakeld met kerkelijkheid, de achtergrond van verpleegkundigen zelf speelt een rol in hun signaleren van en communiceren over de levensbeschouwing van patiënten) zouden verder uitgezocht moeten worden. Enquêtes zijn mijns inziens minder geschikt, omdat de te onderzoeken materie (levensbeschouwelijke nood en de signalen daarvoor) moeilijk in gesloten vragen te vangen is. Het gaat vaak om intuïties¹⁰¹ en om daar de vinger op te leggen is een interview met open vragen geschikter. Ook is het van belang om achter persoonlijke en achterliggende motieven van verpleegkundigen te komen. Een bijkomend voordeel van interviews kan zijn dat het makkelijker is om je te onttrekken aan het invullen van een anonieme enquête dan aan een interview waarvoor een afspraak met een interviewer gemaakt is.

5.2 Conclusies en aanbevelingen voor de praktijk

Verandert er nu iets in het werk van een geestelijk verzorger na invoering van deze richtlijn? Uit het onderzoek in Drachten blijkt, dat hij vaker wordt ingeschakeld. Ook blijkt, dat meer zichtbaarheid van de geestelijk verzorger (in de patiëntenbesprekingen onder meer) leidt tot meer aandacht van de verpleegkundigen voor de levensbeschouwing van patiënten. Bovendien zijn er verpleegkundigen, die zelf in hun werk meer zorg bieden op het vlak van levensbeschouwing. Voor hen werkt de richtlijn als een geheugensteun: dit aspect van hun werk wordt zo meer geïntegreerd.

Wat betekent dit nu voor de discussie binnen de beroepsgroep van geestelijk verzorgers over werken met standaarden? Nadelen van een richtlijn zoals die in deze scriptie is beschreven, liggen mijns inziens onder meer op het vlak van de vrijplaats. Er kan een spanning gaan optreden tussen deel uitmaken van een team, op verwijzing werken en het op eigen initiatief patiënten bezoeken. De eerste resultaten van onderzoek hiernaar door Zock en Mackor, met medewerking van

¹⁰¹ Dit blijkt uit een onderzoek dat gedaan is in het academisch ziekenhuis Maastricht, waaruit blijkt dat verpleegkundigen vaker op intuïties dan op indicaties verwijzen naar een geestelijk verzorger. Ton Hanrath en Johan Serré, ‘Indicatie of intuïtie voor geestelijke zorgverlening’, *TGV* 43 (2007), 2-10, aldaar 8.

Pitstra¹⁰² geven hiervoor echter geen aanwijzing. Bovendien is er in de beslisboom die ontwikkeld is, geen ruimte genomen om de ‘vraag achter de vraag’ op te nemen: de vragen die aanleiding geven om een psycholoog of maatschappelijk werker in te roepen, kunnen een zingevingcomponent bevatten – die mogelijkheid wordt niet gegeven in de beslisboom. Verschillende professionals zouden ook naar elkaar moeten doorverwijzen, dus misschien is er ook wel een beslisboom nodig voor de maatschappelijk werkers en psychologen. De hermeneutische competenties van geestelijk verzorgers moeten daarin benadrukt worden – het levensverhaal van patiënten wordt in een bepaalde context geplaatst (het hangt van het zingevingkader van iemand af, in welke – in een christelijke geschiedenis, een boeddhistisch verlichtingsideaal of een door de kelten geïnspireerde verbondenheid met de natuur om een aantal voorbeelden te noemen). Dat is onder meer een belangrijk verschil met de diagnostiek van de andere genoemde professionals.

Wellicht zijn geestelijk verzorgers ook huiverig voor richtlijnen, omdat ze vrezen dat uit deze richtlijn voor verpleegkundigen een richtlijn voor hun eigen werk zal voortkomen die hen inhoudelijk stuurt en dat daarmee hun autonomie in het gedrang komt. Ik heb alleen met voorstanders van richtlijnen gesproken, degenen die de beide onderzoeken naar het werken met een richtlijn ook initieerden. Desgevraagd zegt Jan Strikwerda, geestelijk verzorger in Drachten hierover: ‘Een richtlijn geestelijke verzorging heeft met name nut denk ik als verankering in de organisatie. Je kunt er commitment mee creëren bij directie en leidinggevenden. Het staat dan zwart op wit. Dat is goed, het geeft houvast. Je kunt er steeds naar verwijzen. Maar voor de uitvoering werkt een protocol minder. Dan heb je afspraken en uitwerking in de praktijk nodig. Natuurlijk kun je dan op basis van de richtlijn, met steun van leiding, de mensen op de werkvloer instrueren en motiveren.’ Dus een richtlijn benutten voor meer erkenning en zichtbaarheid bij het management – als verantwoordingsinstrument. Adri Spelt benadrukt dat richtlijnen als voordeel hebben dat geestelijk verzorgers systematisch gaan werken, doelen stellen, en diagnoses. Vooral dat laatste, diagnostische instrumenten zoals Johan Bouwer (auteur van *Pastorale diagnostiek*) voorstaat, vindt Spelt een verrijking van het werk (die instrumenten zijn veelal afkomstig uit de pastorale psychologie – of ‘pastoral counseling’). Verpleegkunde kan ook heel goed als bron voor pastorale diagnostiek gebruikt worden. Hij ziet richtlijnen dus als een middel om inhoudelijk de kwaliteit van de geestelijke zorgverlening te verbeteren. Wat betreft inhoudelijke normering: pas als er meer onderzoek is gedaan naar de *effectiviteit* van bepaalde interventies door geestelijk verzorgers (naar analogie van psychotherapie bijvoorbeeld) kan zo’n richtlijn opgesteld worden. Daarin zouden dan diagnoses en interventies genoemd kunnen worden.

Uit de onderzoeken die gedaan zijn, blijkt dat de *zichtbaarheid* van de geestelijk verzorger de verwijzing naar hem of haar doet stijgen. Dit is een algemeen punt van aanbeveling voor geestelijk verzorgers in ziekenhuizen (en ik noem het ondanks het vermoeden dat zij dit allang weten en zich veelvuldig op afdelingen laten zien, bijvoorbeeld tijdens koffiepauzes van verpleegkundigen...).¹⁰³ De vraag is, of een richtlijn nu rechtstreeks bijdraagt aan meer zichtbaarheid van de geestelijk verzorger.

¹⁰² Zie website VGVZ: www.vgvz.nl/actueel/workshops: Landelijk onderzoek naar standaarden in de geestelijke verzorging. Faculteit Godgeleerdheid en Godsdienstwetenschap vraagt middels deze [brief](#) uw medewerking aan een landelijk onderzoek naar standaarden die betrekkingen hebben op (de diensten) geestelijke verzorging in zorginstellingen.

[http://www.vgvz.nl/userfiles/files/Mackor Standaardisering van GV TGV.doc](http://www.vgvz.nl/userfiles/files/Mackor%20Standaardisering%20van%20GV%20TGV.doc)

¹⁰³ ‘Het is een ‘spannende’ en niet onbelangrijke aangelegenheid, hoe het contact tussen geestelijk verzorger en verantwoordelijk verpleegkundige verloopt. (...) Maar inhoudelijk ligt hier een lastige klus. Hoe kan, vaak in een notendop en onder tijdsdruk, helder worden dat in een bepaalde situatie geestelijk verzorging zinvol is of geboden dient

Andere nadelen van dit protocol kunnen zijn (de ervaring van de geestelijk verzorger in het UMCG wijst dit uit) dat verpleegkundigen geneigd zijn om de geestelijke zorg voor hun eigen rekening te nemen, als een soort ‘doe het zelve’. Ze houden de patiënt dan te lang vast en passen één van de interventies te laat toe: het invoeren van de geestelijk verzorger. Hier komt dus de al eerder genoemde vraag naar de competenties van verpleegkundigen naar voren: kunnen en willen verpleegkundigen wel geestelijke zorg voor hun rekening nemen? Strikwerda zegt: ‘Wat voor hen een aspect is van hun werk – waar ze overigens niet/te weinig en alleen persoonsafhankelijk aan toekomen – is voor geestelijk verzorgers de kern van hun werk. Kortom goede werkverdeling is geboden.’

Terug naar de nadelen van een protocol: Adri Spelt noemt verder nog als nadelen dat verpleegkundigen denken dat wat er in het protocol staat, het enige is rondom levensbeschouwing. En vaak wordt het protocol niet gebruikt, wat erop kan wijzen dat het te lang is, te moeilijk, niet praktisch, kortom: niet toegesneden op de praktijk van alledag.

Een verpleegkundige in Drachten zegt dat ze vindt dat het protocol niet verplicht zou moeten worden omdat ze denkt dat als aan iedereen gevraagd wordt of levensbeschouwing belangrijk is, verpleegkundigen niet goed luisteren naar het antwoord. Het wordt dan een ‘verplicht nummer’ en zij vindt het juist belangrijk dat gesignaleerd wordt dat het voor sommige mensen heel belangrijk is en voor anderen niet, er moet ruimte blijven voor individuele interpretatie. Zij vat een protocol dan op als iets wat altijd, bij iedere patiënt, toegepast moet worden. Dat hangt echter af van het soort protocol: er zou bijvoorbeeld in kunnen staan: bij dit signaal moet je een patiënt maar niet naar levensbeschouwing vragen.

Sommige geestelijk verzorgers vrezen dat een richtlijn ‘levensbeschouwelijke nood’ een onwenselijke verandering in hun identiteit teweeg kan brengen: alleen bij specifieke gevallen wordt hun hulp ingeroepen. Waar blijft dan het present zijn? Dat valt natuurlijk niet in termen van diagnoses te vangen. Het is de vraag, of de positie van de geestelijk verzorger nu juist makkelijker of moeilijker te verdedigen valt door het werk in richtlijnen te omschrijven. De samenwerking zoeken of juist het unieke losstaan, een vrijplaats zijn benadrukken? Het lijkt erop dat sommige geestelijk verzorgers een ‘path of no return’ voor zich zien: als we ons werk laten vangen in diagnoses en richtlijnen, kunnen we nooit meer terug naar de positie van pastor, representant van ‘iets heel anders’ zijn binnen een instelling. De eerste uitkomsten van het onderzoek van Mackor en Zock laten echter zien dat vrijwel geen van de ongeveer 35-40 respondenten die standaarden gebruiken deze nadelen in de praktijk zegt te ondervinden.

Bovengenoemde kritiekpunten wegen denk ik niet op tegen één heel groot voordeel van de richtlijn: zij is een belangrijk hulpmiddel om de noodzakelijke samenwerking tussen geestelijk verzorgers en verpleegkundigen aanzienlijk te verbeteren. Het wordt voor verpleegkundigen veel helderder wat een geestelijk verzorger doet. Adri Spelt noemt daarbij, dat de standaard als norm, als streven, heel goed is. Ook is een sterk punt dat het gebaseerd is op wat verpleegkundigen voor zichzelf als normen geformuleerd hebben. Er zijn echter wel een aantal belangrijke voorwaarden waaraan voldaan moet worden, om die samenwerking ook mogelijk te maken. Uiteindelijk komt het de zorg aan patiënten ten goede als geestelijke verzorging geïntegreerd wordt in het zorgaanbod. Een ziekenhuis is een complexe organisatie en patiënten zijn maar zo kort opgenomen, dat het belangrijk is geworden om goede diagnoses te stellen op levensbeschouwelijk gebied. Een geestelijk verzorger kan en moet onder deze omstandigheden

te worden?’ Uit: Ren van Schroyen Lantman, *Levensverhalen in het ziekteproces. Over geestelijke verzorging en interdisciplinaire samenwerking*, (Kavanah 2007), 26.

daar aanwezig zijn, waar sprake is van spirituele nood. De juiste zorg op het juiste moment geldt niet alleen voor verpleegkundigen, maar ook voor hen. Een richtlijn is, zoals Adri Spelt zegt, één van de hulpmiddelen daarbij (en niet het enige). De voorwaarden om ook het gewenste effect - samenwerking en juiste doorverwijzing - te verkrijgen, zijn:

- de leiding van de afdeling moet achter het gebruik van de richtlijn staan
- verpleegkundigen moeten de benodigde kennis en vaardigheden verwerven
- er dienen voldoende overlegmomenten te zijn tussen verpleegkundigen en geestelijke verzorging
- de geestelijke verzorger moet over didactische en coachingsvaardigheden beschikken.

Tenslotte deel ik ook de mening van Adri Spelt over de opleiding van verpleegkundigen: daarin zou veel meer aandacht moeten zijn voor levensbeschouwing en spiritualiteit. De term 'holisme' die vaak genoemd wordt in de visie op zorg vanuit de opleidingen (in een interview in Drachten zei een verpleegkundige: 'éigenlijk zouden we wel zo moeten werken ...') wordt pas dan werkelijkheid.

Ook kan gedacht worden aan de conclusie die Bart Cusveller trekt: verpleegkunde heeft een existentiële component. Een patiënt doet als het ware een moreel appel op de zorgverlener. Zij (de verplegende) brengt de patiënt weer met zijn sociale omgeving (en dus met zijn mens-zijn) in contact tijdens het verplegen en het genezingsproces. Deze notie van een existentiële component raakt mijns inziens aan wat een geestelijk verzorger probeert te doen: het mens-zijn (weer) in beeld te brengen. Wellicht dat deze overlappende belangen in de existentiële dimensie van zorg verpleegkundigen en geestelijk verzorgers dichterbij elkaar brengen en ervoor zorgen dat zij meer van elkaar profiteren.

Bibliografie

- B. Aalders, *Spiritualiteit; geestelijk leven vroeger en nu*, (Den Haag 1971).
- A. Baart, *Een theorie van de presentie* (Utrecht 2001).
- A. Baart, 'Methodiek, zorgbenadering en professionaliteit', in: Marjan Verkerk (red.), *Denken over zorg. Concepten en praktijken*, (Elsevier/De Tijdstroom, Utrecht 1997).
- J. Bouwer, 'De hermeneutisch-diagnostische competentie van de geestelijk zorgverlener', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* (6 , 2003).
- J. Bouwer, *Pastorale diagnostiek. Modellen en mogelijkheden*, (Zoetermeer 1998).
- L. Culliford, 'Spirituality and clinical care' *British Medical Journal* 325 (2002).
- B. Cusveller, *Met zorg verbonden. Een filosofische studie naar de zindimensie van verpleegkundige zorgverlening*, (Amsterdam 2004).
- A. De Roy (ed.), *Beroep: geestelijk verzorger. Een verkennend onderzoek naar persoon, werk en werkplek van geestelijk verzorgers in de gezondheidszorg*, (Trimbos-instituut, Utrecht 1997).
- J. Doolaard (red.) *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging* (Kok-Kampen 2006).
- M. Gordon, *Verpleegkundige diagnostiek: proces en toepassing*, (Elsevier gezondheidszorg Maarssen 1995).
- K. Hannes, B. Aertgeerts, R. Schepers, J. Goedhuys en F. Buntinx 'Evidence-based medicine: een bespreking van de meest voorkomende kritiek', *Nederlands Tijdschrift voor geneeskunde* (2005, 3 september; 149 (36).
- Ton Hanrath en Johan Serré, 'Indicatie of intuïtie voor geestelijke zorgverlening', *TGV* 43 (2007).
- Irene Kloppers en Margreet Schutte, (i.o. Bureau Verpleegkundige Zaken UMCG), *Eindrapport Effectmeting implementatie van de richtlijn 'Levensbeschouwelijke Nood'*, juni 2007.
- H. Kunneman, *Van themutscultuur naar walkman-ego. Contouren van een postmoderne individualiteit*, (Boom: Amsterdam/Meppel, 1996).
- R.R. van Leeuwen, *Zorg voor spiritualiteit, een verpleegkundig aandachtsgebied*, (Universiteit Maastricht, 1997).
- R.R. van Leeuwen, *Towards nursing competencies in spiritual care*, (proefschrift Rijkuniversiteit Groningen, 2008).

R.R. van Leeuwen, 'Zorg voor spiritualiteit door neuroverpleegkundigen. Aandacht voor levensbeschouwing, religie en/of zingeving in de zorgverlening' (*Neuronieuws, vakblad voor de Nederlandse en Belgische neuroverpleegkundigen en verzorgenden*, december 2005)

A.R. Mackor, 'Standaardisering van geestelijke verzorging', *TGV* (sept. 2007), p. 21-37.

Dick Muller, 'Een lastig overblijfsel van een voorbijgegane cultuur. Over de ambtelijke binding van de geestelijk verzorger in instellingen met een pluriform bewonersbestand' (*Praktische Humanistiek*, 1993), p. 37-42.

M.J.J. Prick, 'Moet het DBC-systeem aan de geestelijke verzorging voorbijgaan?', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, (7^e jaargang nr. 32).

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

A.Spelt en F.G. Hellema, *Richtlijn Levensbeschouwelijke Nood. Eindrapportage*, (UMCG 2002).

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

L.J. Tiesinga, J. Bouwer, H. Jochemsen, H. Blommestijn, K. Waaijman, D. Post, 'Spiritualiteit, (on)gezondheid en zorg; een aanwezige en onderzoekbare relatie?' *TSG 80* (2002), p. 535-538.

L.Tiesinga, en D. Post, 'Spiritualiteit, who cares?', *TSG 80* (2002)

K. Waaijman, *Spiritualiteit; vormen, grondslagen, methoden* (Kampen, Gent 2000).

Dick van der Wel en Jos Pieper, 'De geestelijk verzorger aan de zijlijn? De integratie van de geestelijk verzorger in het algemeen ziekenhuis', in: *Praktische Theologie*, (2000, 4).

H. Zock en A.R. Mackor - 'Standaardisering van geestelijke verzorging, zegen of vloek?' - onderzoeksvoorstel NWO, februari 2007.

Bijlagen:

- 1. De Richtlijn Levensbeschouwelijke Nood**
- 2. Beslisboom**
- 3. Levensvragen in de Zorg**
- 4. Vragenlijst verpleegkundigen Drachten**
- 5. Scorelijst**

3. Levensvragen in de zorg

De geestelijke verzorging wordt ingeschakeld bij:

a) vragen over

- de zin van het leven ('Voor mij hoeft het allemaal niet meer')
- de dood ('Ik ben zo bang om dood te gaan')
- God ('waarom doet God mij dit aan?')

b) vragen over

- de zin van het eigen lijden ('Waarom overkomt mij dit lijden?')
- eigen schuld en straf ('Wat heb ik toch verkeerd gedaan')
- de zin van het bestaan ('Is dit nog ergens goed voor?')

c) Negatieve gevoelens ten opzichte van God of andere hogere macht ('Waar is God nu?' of 'God is toch liefde?')

d) Vragen over het starten, voortzetten of staken van een behandeling

e) Vragen om geestelijk verzorger of eigen predikant

f) Uitingen van galgenhumor, boosheid, slapeloosheid of nachtmerries of verdriet.

4. Vragenlijst in het kader van onderzoek 'levensbeschouwing in de anamnese'

1. Wat is je naam, leeftijd en functie?
2. Werk je fulltime of parttime?
3. Hoe lang ervaring?
4. Neem je anamneses af?
5. Zo ja, vul je dan alle vragen in?
6. Waarom wel/niet?
7. Praat je wel eens over levensvragen (de zin van het leven) met patiënten?
8. Heb je wel eens de geestelijk verzorger ingeschakeld voor een patiënt?
Waarom wel/niet? Bijv: niet nodig, of wel hulp nodig maar dan misschien een psychiater, spw-er of maatschappelijk werk ingeschakeld? Waarom die ipv gv?
9. Hoe ging dat (wat was de aanleiding, hoe heb je doorverwezen – via een MDO of rechtstreeks contact met hem opgenomen)?

Wanneer denk je dat een geestelijk verzorger ingeschakeld moet worden, met wat voor vragen of problemen heeft een patiënt dan volgens jou te maken?

10. Hoe vond je het werken met het formulier 'Levensvragen in de Zorg'?
 - a) ik heb er weinig naar gekeken
 - b) ik vind aandacht voor levensbeschouwing in een ziekenhuis niet nodig
 - c) ik heb meer handvatten nodig om het ter sprake te brengen
 - d) ik heb geen tijd om aandacht aan levensbeschouwing te geven
 - e) het formulier helpt mij om meer aandacht te hebben voor de levensbeschouwing van patiënten
11. Wat vind je ervan om bij de anamnese te vragen naar iemands levensbeschouwing?
 - a) moeilijk, ik vind de anamnese geen goed moment
 - b) moeilijk, ik vind levensbeschouwing prive
 - c) nuttig, ook in een ziekenhuis speelt levensbeschouwing een rol voor mensen
 - d) niet nodig
 - e) geen mening
12. Vind je het een taak van een verpleegkundige om geestelijke zorg te verlenen?
13. Heb je in de afgelopen zes weken zelf geestelijke zorg verleend?
14. Speelt levensbeschouwing een rol in je persoonlijke leven? Hoe?

5. Scorelijst project anamnese levensbeschouwing Geertje Huisman Nij Smellinghe

Week 23	Di 5 juni
Week 24	Di 12 juni
Week 25	Di 19 juni
Week 26	Di 26 juni
Week 27	Di 3 juli
Week 28 x	Di 10 juli x

Thema's in patiëntenbespreking naar aanleiding van anamnese levensbeschouwing:

Vragen	Ja	Nee
Godsdienst belangrijk?		
Inschakelen Geestelijk Verzorger?		
Aandacht rituelen/ relig. gewoonten?		
Levensbeschouwing ?	9	7

Aantal besproken patiënten	16
Aantal verwijzingen voor GV	3

Gesignaleerde vragen bij patienten (pat. bespreking/ status) over:

Zin van het leven - de dood- God-	
Zin van het eigen lijden	1
Eigen schuld en straf-	
Zin van het bestaan-	1
Negatieve gevoelens tov God of andere hoge macht	
Galgenhumor	
Boosheid	
Slapeloosheid	
Verdriet	