
Gereorganiseerd

Engelien Hulsmans

Toen viel het grote woord dan toch. Reorganisatie. Tot dan toe konden we ons nog een vriendelijk en veilig verpleeghuisje wanen, geborgen onder de brede vleugels van een ziekenhuis. Dat het buiten, in de grote wereld van zorg & geld, stormde – dat wisten we natuurlijk. Maar het leek alsof het niet echt doordrong. Nu was er geen ontkomen meer aan: ook hier moest gereorganiseerd worden. Dit zou banen gaan kosten.

Het is verbluffend hoe snel er dan iets verandert. De doodse stilte als het woord eenmaal gevallen is. De zorgelijke blikken. De fluisterende gesprekken tussen collega's, van hoog tot laag in de organisatie. De altijd-open-deuren die op onverwachte momenten dichtgaan, niet voor formele vergaderingen maar voor informele onderonsjes. Waar gaan de klappen vallen? Hoor ik erbij, of ontspring ik de dans? Natuurlijk zijn er de ik-trek-me-er-niets-van-aan-collega's, die duidelijk laten merken dat het hen niet raakt. Echt niet! Goed in beeld zijn de nu-of-nooit-collega's, die zich opeens het vuur uit de sloffen lopen. Tot ergernis van de doe-maar-gewoon-collega's, die er heilig in geloven dat het voor iedereen het beste is om gestaag te blijven doen wat je altijd deed.

Reorganisatie raakt ook de geestelijke verzorging. En ook wij speculeerden. Welke beslissingen worden er genomen? Gaat dit ons uren kosten? Toch was dat niet het belangrijkste effect dat het op ons had. Een reorganisatie verandert iets in je rol van geestelijk verzorger. Natuurlijk, onze eerste zorg gaat uit naar bewoners. Maar vanzelfsprekend heb je daaromheen veel contact met medewerkers, en juist in tijden van onrust weten zij je te vinden. Waarvoor? Op een gegeven moment drong tot me door dat mensen mij in deze tijd van reorganisatie vooral twee functies toebedeelden: die van praatpaal en die van mascotte.

Regelmatig strandden er mensen bij mij. Nooit voor lang, altijd voor even. Kort meldden ze zorgen, angsten, vragen. Antwoord geven was eigenlijk nooit nodig. Ik hoefde alleen maar helder en herkenbaar aanwezig te zijn, zoals het een praatpaal betaamt. Sommige mensen hadden nog minder nodig. Zij hoefden niet zo nodig hun verhaal bij mij kwijt, het leek vooral belangrijk dat ik in de buurt was. Zo werkt het per slot van rekening bij een mascotte: die hoef je alleen maar bij je te hebben. Je weet dat het bijgeloof is, toch kan het een geruststelling zijn in spannende tijden.

Inmiddels is de grootste spanning voorbij. In grote lijnen is er duidelijkheid. Nee, deze reorganisatie heeft de geestelijke verzorging geen uren gekost. De klappen zijn elders gevallen en hard aangekomen, ook bij mensen die er niet rechtstreeks door getroffen zijn. Voorlopig is hier dus nog wel empooi voor een praatpaal annex mascotte.

Engelien Hulsmans, geestelijk verzorger in het Huis Nebo (onderdeel van de Stichting MCH en Bronovo-Nebo) in Den Haag

Patiëntenbeoordeling van contact met de geestelijk verzorger

Ontwikkeling van een vragenlijst

IN DE HULPVERLENING is het al enige tijd gebruikelijk dat cliënten het contact met een hulpverlener evalueren. Cliënten ontvangen na bezoek aan een hulpverlener een vragenlijst om in te vullen. Redenen om contacten te evalueren komen enerzijds voort uit toenemende invloed van (zorg)verzekeraars op de zorg en anderzijds uit behoefte aan feedback over de gegeven hulp van de beroepsbeoefenaars zelf.

Geestelijk verzorgers zijn geen behandelaars in de wettelijke betekenis van het woord. Wel voeren zij gesprekken met cliënten of patiënten. Door de geestelijk verzorgers zelf, en door cliënten, worden de contacten als belangrijk omschreven. De meerwaarde is dat de gesprekken passen bij de 'menselijke maat'. Dit is opvallend in een zorgcultuur die inzet op (medisch) technische vooruitgang en daar haar taalgebruik op afstemt.

In Nederland zijn geen gevalideerde instrumenten voorhanden om feedback van een cliënt te verkrijgen over de contacten die deze heeft met de geestelijk verzorger. Deze situatie kan leiden tot vragen, bijvoorbeeld

Hoe krijg je als geestelijk verzorger of dienst geestelijke verzorging feedback van je cliënten?

Loes Berkhout en Anne Helms signaleren dat er geen gevalideerde instrumenten zijn voor geestelijk verzorgers. Zij ontwikkelden een feedbackvragenlijst en doen verslag van het onderzoek en de resultaten die deze lijst opleverde.

Loes Berkhout en Anne Helms

over het nut van geestelijke verzorging, omdat de huidige cultuur in hoge mate waarde hecht aan *evidence based* functioneren. Ook is het zonder feedback van cliënten niet mogelijk de werkwijze van geestelijke verzorging te verbeteren en te verfijnen.

Tegen deze achtergrond nam de Dienst Levensoriëntatie & Geestelijke Verzorging (DLGV) van het UMC Utrecht (UMCU) het initiatief tot een feedbackvragenlijst die

rekening zou houden met de situatie van de patiënten en de eigenheid van de contacten met een geestelijk verzorger.

Wat wilden we precies meten? Het doel van het evalueren van contacten van geestelijk verzorgers door patiënten/cliënten (en eventueel medewerkers) was tweeledig. Enerzijds wilden we bepalen of en hoe de geestelijk verzorger de patiënt bijstaat om beter met zijn of haar situatie om te kunnen gaan. Anderzijds wilden we feedback verkrijgen op het contact van de patiënt met de geestelijk verzorger. Daarbij was het de vraag of het mogelijk was een vragenlijst te ontwerpen die voor zowel patiënten als verwanten bruikbaar zou zijn.

Bij het ontwerpen van een vragenlijst moest rekening worden gehouden met het feit dat respondenten ziek, oud, verward en/of laaggeletterd zouden kunnen zijn, dan wel dat zij de Nederlandse taal niet goed beheersten. Omdat we een vragenlijst wilden ontwikkelen voor de ziekenhuissetting, wisten we bovendien dat er sprake kon zijn van niet-afgeronde contacten.

Deze aandachtspunten stelden verschillende eisen aan de vragenlijst. De vragenlijst diende kort te zijn, zowel wat betreft hoeveelheid vragen als invultijd. Daarbij moest de lijst zo min mogelijk afhankelijk zijn van taal en voor de respondent gemakkelijk in te vullen. Een vereiste was dat anonimiteit van de respondenten maximaal kon worden gewaarborgd. We zochten naar een vragenlijst die eenvoudig was en voor alle respondenten gelijk (zowel voor patiënten als voor partners, verwanten en medewerkers). Vanwege genoemde vereisten hebben wij ons laten inspireren door de *Session/Outcome Rating Scale (SRS/ORS)*.¹ Deze twee bestaande vragenlijsten zijn kort, gevalideerd, ze vragen minimale concentratie en minimale kennis van de Nederlandse taal. Een bijkomend voordeel van deze lijsten is dat ze niet werken met antwoordcategorieën ('cijfertjes'). Dit alles leek te passen bij onze vormeisen. De in de SRS/ORS gestelde vragen sloten inhou-

delijk echter niet aan bij de geestelijke verzorging in een ziekenhuis.

Het voortraject: gesprekken met geestelijk verzorgers

Om tot vragen te komen die pasten bij de setting en de doelgroep werden gesprekken gevoerd met negen geestelijk verzorgers in het UMCU. Deze gesprekken leerden ons dat de vragen betrekking moesten hebben op het contact zelf en op de manier waarop de respondent omgaat met zijn of haar situatie (*coping*). Vragen over het contact zelf zouden informatie moeten opleveren zowel over de stijl van de geestelijk verzorger als over het aansluiten bij de situatie van de patiënt en het zich gehoord en begrepen voelen door de patiënt.

Wat betreft de coping vragen werd door de geïnterviewde geestelijk verzorgers verondersteld dat deze door de respondenten zodanig zouden worden ingevuld dat daaruit zou blijken dat genoemde respondenten beter met hun situatie om konden gaan. Deze aanname werd ondersteund door bevindingen die beschreven zijn in de literatuur: 'aandacht voor andere dan fysieke niveaus, zoals (onder meer) het existentiële niveau, het herstel op het fysieke niveau kan bevorderen, dan wel het individu kan helpen beter om te gaan met verminderde kwaliteit van leven en/of een beperkte levensverwachting' (Hijweege, Pieper & Smeets, 2011, p. 3; zie ook Van der Lans, 2006).

Methode en analyse

Op basis van de SRS/ORS en rekening houdend met de bevindingen uit het voortraject, is er een vragenlijst opgesteld (toegevoegd aan dit artikel) bestaande uit twee delen. Het eerste deel bestond uit open vragen en vragen met een antwoordcategorie en vroeg naar demografische kenmerken, zoals geslacht, leeftijdscohort en de activiteit van de respondent met de geestelijk verzorger (zie Tabel 1). Uit anonimiteitsoverwegingen werd er niet gevraagd naar de naam, geboortedatum, verpleegafdeling, opleidingsniveau, religie en land van herkomst.

Het tweede deel van de lijst bestond uit vijf (inhoudelijke) vragen die betrekking hadden op het contact met de geestelijk verzorger en de coping van de respondent. Hierbij werd de respondent geacht een kruisje te zetten op een lijn van 'helemaal niet' tot 'helemaal wel'.

Er werd besloten om een pilot-onderzoek te houden en de door ons opgestelde vragenlijst tenminste vijftig keer af te nemen, met als doel de bruikbaarheid en validiteit van dit instrument te onderzoeken voor geestelijk verzorgers in een ziekenhuis. Zes geestelijk verzorgers van het UMCU deden op verschillende verpleegafdelingen mee aan de pilot. Uiteindelijk werden 51 bruikbare vragenlijsten retour ontvangen.

De vragenlijsten werden door de geestelijk verzorger zelf uitgedeeld, in afwezigheid van de geestelijk verzorger ingevuld, en via de interne post teruggestuurd. Hierdoor werd getracht de anonimiteit van de respondenten te waarborgen. Eén moslim-collega stuurde, uit culturele overwegingen, de respondenten de lijst toe na ontslag uit het ziekenhuis. Tijdens de pilot hielden de geestelijk verzorgers een logboek bij om keuzes en overwegingen te registreren.

Verwerken van de gegevens: statistische analyse

Om de validiteit van de vragenlijst te onderzoeken, was het nodig om te bepalen of verschillende aspecten van enerzijds 'contact' en anderzijds 'coping' werden gemeten door de geformuleerde vragen. Met andere woorden: meten vragen 1, 2 en 3 verschillende aspecten van het contact met de geestelijk verzorger? En meten vraag 4 en 5 inderdaad aspecten van coping van de patiënt? Er werden gemiddeldes berekend en er werd gekeken naar de verdeling van de antwoorden per vraag. Vervolgens werd de samenhang tussen de vragen onderzocht door het bepalen van de correlatiecoëfficiënt r . Tot slot werd een componentenanalyse: een statistische techniek waarmee wordt onderzocht of er gemeenschappelijke aspecten (dimen-

Tabel 1. Demografische kenmerken van respondenten

	Aantal (%)
Geslacht	
Man	19 (37%)
Vrouw	29 (57%)
Niet ingevuld	3 (6%)
Leeftijd	
16-24	4 (8%)
25-34	4 (8%)
35-44	12 (23%)
45-54	13 (25%)
55-64	4 (8%)
65-74	9 (18%)
75-84	4 (8%)
85 en ouder	1 (2%)
Activiteit	
Gesprek	38 (75%)
Groepsgesprek	–
Kerkdienst-viering	5 (10%)
Ritueel	1 (2%)
Niet ingevuld	7 (13%)

Noot. Aantal afgenomen vragenlijsten = 51

sies) ten grondslag liggen aan de verschillende items (in ons geval zijn dit de vijf vragen van de vragenlijst). De cijfers in de twee rechter kolommen (Tabel 4) – dit worden de componentladingen genoemd – geven de correlatie weer tussen de verschillende vragen en de betreffende dimensie (component 1 of 2). De vragen die hoog laden op een van de twee componenten (zie de vet gedrukte cijfers in beide kolommen) hebben gemeenschappelijke dimensies. Daarom is het (meer) waarschijnlijk om te veronderstellen dat deze vragen bij elkaar horen. Voorafgaand aan de componentenanalyse werd berekend of de steekproef groot genoeg was om een dergelijke analyse te mogen uitvoeren. Dit was het geval.²

Tabel 2. Gemiddelde, modus en mediaan per vraag

	Vraag 1	Vraag 2	Vraag 3	Vraag 4	Vraag 5
Gemiddelde	9,20	8,84	9,16	9,10	7,51
Modus	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
Mediaan	10,00	10,00	10,00	10,00	8,00

Noot. Aantal afgenomen vragenlijsten = 51; De vijf vragen zijn gemeten op een visueel-analoge schaal van 10 cm. De minimale score per vraag is 0 en de maximale score per vraag is 10; Modus = de score die het vaakst voorkomt; Mediaan = de centrummaat.

Tabel 3. Matrix met correlaties (Pearson) voor de vijf vragen

	Vraag 1	Vraag 2	Vraag 3	Vraag 4	Vraag 5
Vraag 1	–	0,36*	0,71**	0,62**	0,40**
Vraag 2	0,36*	–	0,69**	0,65**	0,42**
Vraag 3	0,71**	0,69**	–	0,56**	0,39**
Vraag 4	0,62**	0,65**	0,56**	–	0,61**
Vraag 5	0,40**	0,42**	0,39**	0,61**	–

Noot. Aantal afgenomen vragenlijsten = 51; De vijf vragen zijn gemeten op een visueel-analoge schaal van 10 cm. De minimale score per vraag is 0 en de maximale score per vraag is 10.

* correlatie is significant met een 95% betrouwbaarheidsinterval

** correlatie is significant met een 99% betrouwbaarheidsinterval

Resultaten

De resultaten toonden dat de respondenten gemiddeld hoge waarderingen gaven op elk van de vijf (inhoudelijke) vragen (zie Tabel 2). Hieruit sprak waardering voor de manier van werken van de geestelijk verzorgers en de wijze waarop dit de respondenten hielp

en de manier waarop de respondenten zijn benaderd (hierdoor ontstond selectie in de steekproef).

De vragen 1, 2 en 3 bepaalden verschillende kenmerken van het contact, de vragen 4 en 5 bepaalden verschillende kenmerken van coping. Er is een grote samenhang gemeten tussen vraag 1 en 3 en tussen vraag 4 en 5 (zie Tabel 3). Dit leek er op te wijzen dat deze vragen inderdaad bij elkaar hoorden. De samenhang tussen vraag 1 en 2 was minder sterk aanwezig, hetgeen echter sterk werd beïnvloed door de antwoorden van één enkele vragenlijst met sterk afwijkende scores. Bij weglating van deze ene vragenlijst werd $r = 0,57$. Tussen vraag 2 (aansluiten) en vraag 4 (steun geven / inspireren) werd ook een sterke samenhang gemeten ($r = 0,65$).

Uit de componentenanalyse (zie Tabel 4) bleek dat de verdeling in twee clusters (componenten), op basis van de bestaande vragen, het beste resultaat gaf. Onduidelijk

Problemen met de ethische grens van de geestelijk verzorger

in hun omgang met hun situatie. De differentiatie in de antwoorden was klein. De antwoorden op vraag vijf lieten de grootste schommelingen zien, desondanks was ook hier sprake van bovengemiddeld tot grote tevredenheid. Onduidelijk was of er hier sprake was van een zogeheten 'plafondeffect'. Waarschijnlijk heeft de beperkte differentiatie in de antwoorden echter te maken met de keuze van de geestelijk verzorgers of en wanneer de vragenlijsten werden uitgedeeld

Tabel 4. Patroonmatrix componentenanalyse van de vijf vragen

Vragen	Component 1	Component 2
1. Voelde u zich gehoord / begrepen?	0,88	- 0,06
2. Sloot het gesprek aan bij wat u wilde bespreken of doen?	0,61	0,23
3. Paste de manier waarop de geestelijk verzorger te werk ging bij u / uw situatie?	0,96	- 0,07
4. Heeft u het gesprek / de activiteit als steunend/inspirerend ervaren?	0,46	0,57
5. Heeft u het gevoel nu beter met uw situatie om te kunnen gaan?	- 0,06	0,97

Noot: Componentenanalyse met oblique rotatie

was de functie van vraag 4, die zowel bij de eerste als de tweede component gemiddeld hoog scoorde. Daarmee leek deze vraag zowel kenmerken van het contact te meten als ook kenmerken van coping. Voor vervolgonderzoek zou de formulering moeten worden aangepast.

Er werden verschillen gemeten bij mannen en vrouwen en bij verschillende leeftijdsgroepen. Hierover konden geen uitspraken worden gedaan, wegens het kleine aantal respondenten in de steekproef. Wat betreft het medisch specialisme kon geen onderscheid worden gemaakt. Dit kwam deels doordat het slechts een kleine steekproef betrof en deels omdat deze vraag vaak niet, of foutief, werd ingevuld.

Logboeken van de geestelijk verzorgers

De logboeken vermeldden diverse knelpunten. Er werden onder meer problemen geïdentificeerd rondom het afbreekmoment van het gesprek. Soms was de patiënt bijvoorbeeld te ziek en daardoor fysiek niet in staat een vragenlijst in te vullen. Ook bleken sommige situaties problemen met de ethische grens van de geestelijk verzorger op te roepen ('dit ga ik nu niet vragen'; bijvoorbeeld na het zegenen van een doodgeborene). Het (aselect) uitdelen van de vragenlijst riep vragen op: geef je de lijst aan alle patiënten die je spreekt? Deel je hem ook uit als een gesprek minder goed loopt of als een gesprek wordt afgebroken? En na kerkdiensten? En

op welk moment deel je de lijst uit als je een patiënt meerdere keren ziet? Andere knelpunten die werden geïdentificeerd: de onbekendheid met het tijdstip waarop de patiënt naar huis gaat; cognitieve beperking van de respondent; gevoeld ongemak door de geestelijk verzorger (als niet passend ervaren), bijvoorbeeld vanwege de culturele achtergrond van de respondent.

Discussie

De vragenlijst lijkt geschikt voor het doel: feedback verkrijgen over het contact met de geestelijk verzorger en over de mate waarin deze activiteiten bijdragen aan de coping van de respondent. Een uitgebreid onderzoek is nodig om te komen tot differentiatie naar verschillende groepen respondenten en verschillende activiteiten met de geestelijk verzorger. Uit de pilot komt naar voren dat er verschillende aandachtspunten zijn rondom de formulering van bepaalde vragen en het beleid omtrent het vergaren van de onderzoeksgegevens.

Als de lijst is bedoeld voor patiënten, verwanten en eventueel medewerkers, moet er een vraag zijn die zichtbaar maakt tot welke categorie de respondent behoort. Een andere mogelijkheid is dat er vooraf gekozen wordt voor een specifieke doelgroep.

De pilot toont daarnaast dat de vraag naar specialisme anders moet worden gesteld, gezien het aantal ontbrekende antwoorden bij deze vraag. Ook refereerde een aantal

respondenten bij deze vraag naar het specialisme of de activiteit van de geestelijk verzorger in plaats van het specialisme van de (medische) hoofdbehandelaar van de patiënt (antwoorden die werden gegeven waren bijvoorbeeld 'doop', 'stille' en 'humanisme'). Ten aanzien van de antwoordcategorie volgend op de vraag naar het geslacht van de respondent bleek de keuze te beperkt. Er zou nog de categorie 'anders' aan toegevoegd moeten worden. Dat is meer passend in een tijd waarin diverse gendercategorieën worden erkend en ook verschillende antwoorden wijzen in deze richting. Bijvoorbeeld antwoorden als 'man en vrouw', of beide antwoorden doorgestreept en 'anders' ingevuld.

Tot slot dient bij activiteiten de categorie 'anders' te worden toegevoegd, zodat ook activiteiten als meditatiemomenten en mindfulness-training kunnen worden toegevoegd.

Het pilot-onderzoek laat zien dat er een duidelijk beleid moet zijn voor het verspreiden van de vragenlijst: in welke situaties wordt de vragenlijst wel en niet uitgedeeld en op welke wijze gebeurt dit? Hierdoor wordt vertekening van de resultaten geminimaliseerd en de weerstand van de geestelijk verzorger tegen het uitdelen zo klein mogelijk gemaakt.

Door de wijze waarop de vragenlijsten zijn verspreid is het bekend dat er geen vragenlijsten zijn geretourneerd die zijn ingevuld door moslimrespondenten. Dit roept de vraag op of en op welke manier er bij de afname van de vragenlijst rekening moet worden gehouden met culturele en levensbeschouwelijke diversiteit (bijvoorbeeld niet-westerse culturen).

We concluderen dat de resultaten uit de pilot veelbelovend zijn. De opgestelde vragenlijst is bruikbaar gebleken voor feedbackonderzoek naar de ervaringen van de patiënt, zowel met betrekking tot het contact als de manier waarop dit de patiënt helpt om

te gaan met zijn of haar situatie. Met kleine aanpassingen en een duidelijk beleid kan er op meer uitgebreide schaal vervolgonderzoek worden gedaan. Het onderzoek wordt op dit moment in het UMCU gecontinueerd.

Loes Berkhout (1969) studeerde psychologie en theologie/geestelijke verzorging. Momenteel werkt ze sinds 2011 als geestelijk verzorger in het UMCU. Daarnaast heeft zij een eigen praktijk als psycholoog/geestelijk verzorger. Ze houdt zich binnen het UMCU onder meer bezig met patiëntbegeleiding, onderzoek en scholing. E-mail: L.Berkhout@umcutrecht.nl

Anne Helms (1983) studeerde Humanistiek (mastervarianten 'Geestelijke Begeleiding' en 'Levensbeschouwing & Onderzoeksleer') aan de Universiteit voor Humanistiek. Zij werkt momenteel als geestelijk verzorger en als onderzoeker in het UMCU. E-mail: A.C.E.Helms@umcutrecht.nl

Literatuur

Doolaard, J. (red.) (2006). *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*. Kampen: Kok.

Duncan, J., S.D. Miller, J.A. Sparks, D.A. Claud, L.R. Reynolds, J. Brown, & L.D. Johnson (2003). The Session Rating Scale. Preliminary psychometric properties of a "working" alliance measure. *Journal of Brief Therapy* 3(1), 3-12.

Hijweege, N., J. Pieper & W. Smeets (2011). *Zingevingvragen in het contact tussen specialist en patiënt. Een onderzoek binnen het universitair medisch centrum Maastricht*. Utrecht: Universiteit Utrecht.

Miller, S.D., B.L. Duncan, J. Brown, J.A. Sparks & D.A. Claud (2003). The outcome rating scale. A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure. *Journal of Brief Therapy* 2(2), 91-100.

Van der Lans, J. (2006). Zingeving en zingevingfuncties van religie bij stress. In A. van Heeswijk, J. Kerssemakers, R. van Uden, L. Vergouwen & H. Zock (red.). *Religie ervaren* (pp. 72-127). Tilburg: KSGV.

Noten

- 1 De *Session Rating Scale* (SRS V3.0) en de *Outcome Rating Scale* (ORS) zijn twee bestaande vragenlijsten die gericht zijn op het meten van de kwaliteit van het therapeutische contact en feedback over de geboden behandeling (Duncan e.a. 2003; Millere.a. 2003).
- 2 De Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) test was 0,62 en liet zien dat de steekproef groot genoeg was.

Vragenlijst

UGVF (beoordeling van het gesprek of de activiteit met de geestelijk verzorger)

Datum: - - (dag-maand-jaar)

Activiteit: gesprek / groepsgesprek / kerkdienst-viering / ritueel

Specialisme:

Geslacht: M / V

Leeftijd: 16-24 / 25-34 / 35-44 / 45-54 / 55-64 / 65-74 / 75-84 / 85 en ouder

Beoordeel het gesprek of de activiteit van vandaag door op elk van de onderstaande lijnen een kruisje te plaatsen bij de beschrijving die het beste weergeeft hoe u het gesprek of de activiteit hebt ervaren.

Hoe meer u het kruisje naar rechts plaatst, des te positiever is uw gevoel. Hoe meer u het kruisje naar links plaatst, des te minder goed is uw gevoel. Als een vraag niet van toepassing is op u, kunt u het kruisje in het midden plaatsen.

1. Voelde u zich gehoord / begrepen?

helemaal niet |-----| *helemaal wel*

2. Sloot het gesprek of de activiteit aan bij wat u wilde bespreken of doen?

helemaal niet |-----| *helemaal wel*

3. Paste de manier waarop de geestelijk verzorger te werk ging bij u / bij uw situatie?

helemaal niet |-----| *helemaal wel*

4. Heeft u het gesprek / de activiteit als steunend / inspirerend ervaren?

helemaal niet |-----| *helemaal wel*

5. Heeft u het gevoel nu beter met uw situatie om te kunnen gaan?

helemaal niet |-----| *helemaal wel*