

# Levens- en zingevingsvragen bij patiënten in het ziekenhuis – een zorg voor verpleegkundigen?

Door: Prof. dr. Rien van Uden\* en Mw. drs. Ella Scherpenisse\*

*Verpleegkundigen zijn deskundig in het observeren van patiënten. Signaleren ze ook levens- en zingevingsvragen? Ella Scherpenisse en Rien van Uden deden onderzoek onder verpleegkundigen in een algemeen ziekenhuis in Tilburg. Aandacht voor zingeving is er op grond van persoonlijke vorming en niet zozeer vanwege professionele vaardigheden. ‘De opleiding tot verpleegkundige zal de competenties voor het verwerven van deze kennis en vaardigheden in haar curricula op moeten nemen.’*

### 1. Inleiding

Gezondheid is voor veel mensen een voorwaarde voor een prettig leven; gezondheid geeft een bepaalde mate van vrijheid en onafhankelijkheid. Ziekteprocessen kunnen deze waarden ernstig bederven. De continuïteit van het bestaan wordt doorbroken en kan plaats maken voor belevingen van disfunctioneren, onzekerheid, afhankelijkheid, machteloosheid en eenzaamheid. In het ziekenhuis raakt men de regie over het leven voor een groot deel kwijt. Deze omstandigheden waarin de mens, nu patiënt, is terechtgekomen roepen bij velen vragen op. Naast de vragen over de ziekte, de behandeling, de prognose, kunnen vragen ontstaan naar het waarom; de levensvragen of zingevingsvragen. Het zijn de fundamentele vragen rond ziekte en gezondheid, leven en dood, zingeving en

levensbeschouwing. Ze dienen zich aan in de individuele ervaring, soms in eerste instantie nauwelijks waarneembaar voor de persoon zelf of voor de omgeving. Levens- en zingevingsvragen worden niet altijd expliciet, concreet of helder geformuleerd, maar zijn vaak impliciet onder gedragingen aanwezig. ‘Iemands ervaring is een inwendig onzichtbaar gebeuren. We zien of weten nooit als dusdanig wat zich afspeelt in andermans binnenste, geest, hart of ziel. We kunnen andermans ervaringen dan ook enkel op indirecte wijze leren kennen, met name via gedrag’ (Verbeeck, 1999, 61). De ene patiënt wil en kan over zijn ervaringen communiceren, de ander tracht ze voor zichzelf te houden, of wil wel spreken maar kan het niet. Ervaringen of innerlijke belevingen helemaal verbergen lukt echter in de regel niet.

Verpleegkundigen zijn deskundig in het observeren van gedragingen van patiënten. Zij hebben een observerende, coördinerende en begeleidende taak ten aanzien van hen die aan hun zorg zijn toevertrouwd. Hun zorg betreft de individuele mens op lichamelijk, psychosociaal en geestelijk of spiritueel gebied. Verpleegkundigen zijn de kern discipline in de gezondheidszorg, zo meldt hun beroepsprofiel. Zij hebben een eigen professionele rol met zorg op maat als leidend principe. Het verpleegkundig domein maakt deel uit van de doelstellingen in de gezondheidszorg. 'De verpleegkundige beroepsgroep is zich steeds meer bewust van de eigen bijdrage aan een goede zorgverlening en de verantwoordelijkheid die zij daarin heeft' (*Beroepsprofiel van de verpleegkundige*, 1999, p. 9). De grote verscheidenheid in zorgvragers met hun specifieke (achtergrond)kenmerken verdient meer dan ooit aandacht in de zorgverlening. .... 'Het vraagt om een verpleegkundige die uitgaat van de individuele vraag van de zorgvrager.....' (p. 8). 'Zorgethiek en zingevingsvraagstukken zullen een prominente plaats moeten krijgen in de verpleegkundige zorgverlening. .... Daarnaast is er meer aandacht voor de behoefte van de zorgvrager en de betekenis die de ziekte of stoomis voor hem heeft' (p. 10). Het beroepsprofiel biedt aldus voldoende aanknopingspunten voor de veronderstelde verwachting dat verpleegkundigen inderdaad ook de fundamentele levens- en zingevingsvragen bij patiënten kunnen signaleren en met hen bespreken. Toch zetten auteurs daar voor de verpleegkundige praktijk van alledag vraagtekens bij. 'En alhoewel beroepscoodes aandacht hebben voor de spirituele noden van de patiënt, is het maar de vraag of verpleegkundigen, maar ook andere professionals in de zorg zich hiertoe aangesproken voelen. Maar als de patiënt centraal staat kan de zorgverlener er niet omheen' (Tiesinga en Post, 2002). In het document *De goede verpleegkundige* wordt de kern van het verpleegkundig handelen omschreven als: zorgverlening aan individuen, groepen en gemeenschappen op het terrein van de bevordering van de gezondheid, het

voorkomen van ziekte en het verlichten van pijn en lijden (2000, 6). De verplegingswetenschappers Eliens en Frederiks stellen: 'Van verpleegkundigen, die in hun zorgverlening dicht bij de patiënt staan, mag verwacht worden dat ze de spirituele behoeften of problemen van patiënten onderkennen. Zij moeten kunnen onderscheiden of zij deze problematiek zelf kunnen helpen oplossen of dat zij moeten doorverwijzen. Daarom dienen zij ook inzicht te hebben in de instanties waarnaar zij kunnen doorverwijzen' (Eliens en Frederiks, 1998).

### 1.1 Levens- en Zingevingsvragen

Voor veel patiënten doorbreekt de ziekenhuisopname de vanzelfsprekend van gezondheid en onafhankelijkheid. Voor anderen is het de zoveelste confrontatie met de kwetsbaarheid van het leven. Bijna alle patiënten ervaren in de vreemde ziekenhuisomgeving: beperkingen, onzekerheid, afhankelijkheid en eenzaamheid. Veel patiënten komen ook weer goed door deze periode heen. Anderen worden, teruggeworpen op zichzelf geconfronteerd met vragen over de zin van hun leven met deze ziekte, de zin van dit lijden, het verlies van autonomie. Deze vragen betreffen de existentiële grond van het bestaan en kunnen zeer indringend zijn. Heitink noemt het de contingente situaties in het leven, de grenservaringen of crisissituaties. Situaties waar mensen worden bepaald bij hun hoop en wanhoop, moed en angst, vertrouwen en twijfel, schuld en eenzaamheid (Heitink, 2000, 37). Verheule ziet soms een grondangst voor verlaten en vernietiging. Angst is zowel een gevoelsmatige, een psychische alsook een lichamelijke reactie op bedreiging (Verheule, 1997, 202). En die bedreiging komt voor een aantal patiënten in het ziekenhuis in de hoedanigheid van ziekte en in sommige situaties, de dood. Dit is het gebied waar de geestelijk verzorger hulp kan verlenen en begeleiding kan bieden.

De verpleegkundige observeert de patiënt, signaleert bijvoorbeeld dat de patiënt slecht slaapt, zich

terugtrekt of juist emotioneel reageert, veel piekert, te kennen geeft het erg moeilijk te hebben of veel aandacht vraagt. Of aan deze gedragingen fundamentele vragen rond ziekte en gezondheid, leven en dood, zingeving en levensbeschouwing ten grondslag liggen is in eerste instantie niet vast te stellen. Misschien komt het gedrag van de patiënt voort uit onzekerheid over zijn ziekteverloop of zijn er vragen over de behandeling en kan informatie van de arts hem verder helpen. Als de gedragingen op iets anders duiden, of niet te duiden zijn, zal de verpleegkundige door moeten vragen om te achterhalen wat er aan de hand is en om verder te kunnen interveniëren.

Ervaringen of belevingen van psychosociale aard kunnen naast de psychische component ook een geestelijke of spirituele dimensie inhouden. Deze laatste dimensie is in eerste instantie moeilijk te onderscheiden van de psychische. Het geestelijke of spirituele betreft het innerlijk van de mens, de ziel van het leven. Hier komt men bij de bron van waaruit men leeft, waar kracht, troost en bemoediging gevonden kunnen worden. Vanuit deze dimensie zoekt de mens naar zin en betekenis. In positieve zin wordt ze een motivationele kracht die het genezingsproces bevordert, de balans tussen draaglast en draagkracht in evenwicht brengt. De patiënt is niet altijd in staat deze kracht zelf te mobiliseren. Hij heeft daar soms hulp bij nodig. In het beste geval wordt deze hulp door dierbaren geboden. In andere situaties is professionele hulp van de geestelijk verzorger of van de psycholoog vereist. Hier zit een onvermijdelijk overlappinggebied, het werkterrein tussen beide disciplines is niet altijd helder af te bakenen. Van Leeuwen en Hunink menen dat spirituele problemen van de patiënt door verpleegkundigen vooral als psychosociale problemen worden gediagnosticeerd. Zij schrijven dit toe aan, onder andere, gebrek aan deskundigheid (Van Leeuwen en Hunink, 2000).

Het geestelijke of spirituele terrein is niet eenduidig te benoemen. De patiënt put voor zijn geestelijke of spirituele dimensie uit verscheidene bron-

nen, religieuze en niet-religieuze. Verpleegkundigen noemen religieuze patiënten vaak *gelovig*, ze bedoelen dan rooms katholiek of protestant en beschouwen dit meestal als *privé*, of hoogstens als iets waarin zij een bemiddelende rol kunnen spelen als de patiënt om een pastor vraagt. Dat de geestelijke of spirituele dimensie veelkleurig is en veel invloed kan hebben op de belevingen tijdens het ziekteproces wordt veelal ondergewaardeerd. Van Leeuwen en Hunink: 'De indruk bestaat dat de spirituele dimensie van het menselijk functioneren in de verpleging weinig aandacht krijgt. Voor sommigen behoort spiritualiteit tot iemands *privé*-domein; verpleegkundigen menen dan dat de zorg daarvoor buiten het beroepsdomein valt' (Van Leeuwen en Hunink, 2000). Tiesinga en Post stellen: 'De professional richt zich op lichamelijke problemen en bestaansproblemen. Aandacht voor de spiritualiteit van de zorgvrager kan met name gerekend worden tot de zorg op het terrein van bestaansproblemen. Zorg waarin de patiënt centraal staat kan niet voorbijgaan aan de noden en behoeftes op spiritueel terrein, indien deze in relatie staan tot de gezondheid'. Aldus een citaat uit het verslag van het congres voor verpleegkundigen dat in 2001 in Amersfoort werd gehouden, met als titel: *Spiritualiteit, who cares?* In dat verslag wordt onder andere gerefereerd aan de omslag in het denken over waarden en levensovertuigingen in de huidige tijd. Werden deze voorheen specifiek religieus ingevuld, tegenwoordig is er een breed palet van overtuigingen, belevingen, rituelen en dergelijke die belangrijk zijn in het leven van de mens (Tiesinga en Post, 2000). Het levensbeschouwelijke terrein is voor niet-inge-wijden moeilijk te overzien. Het wordt gekenmerkt door een veelheid aan begrippen waarover weinig consensus is. Waar hebben we het over als het gaat over levensbeschouwing, geloof, spiritualiteit, zingeving, religiositeit en dergelijke? De begrippen worden vaak gebruikt als containers: een ieder stopt er in wat hij wil. Positief gesteld, zijn het op zijn minst dynamische begrippen, negatief gesteld valt de veelheid en de vaagheid ervan op. Verpleeg-

kundigen die zorg verlenen aan heel de mens dienen dus over kennis en vaardigheden te beschikken om levens- en zingevingsvragen te kunnen signaleren.

## 1.2 De verpleegkundige opleiding

Is in de samenleving op levensbeschouwelijk gebied al een scala van begrippen in gebruik, evenzeer geldt dat binnen het verpleegkundig terrein. Binnen de verpleegkundige theorievorming is er aandacht voor de geestelijke of spirituele dimensie. De Amerikaanse hoogleraar verplegingswetenschappen Marjory Gordon noemt het disfunctioneren van het levensbeschouwelijke waarden- en levensovertuigingenpatroon van de patiënt *spiritual distress*. De verpleegkundige behoort deze nood te signaleren en te diagnosticeren (Gordon 1996, 179). Is er dan een kloof te signaleren tussen de theoretische inhoud van het beroep en dat wat de praktijk laat zien? En wat doen verpleegkundige opleidingen met dit gegeven? In het tijdschrift *Verpleegkunde* meent Eliens: 'Verpleegkundigen stellen vrijwel unaniem dat spiritualiteit – naast het lichamelijke, psychische en sociale functioneren – één van de kernaspecten van het menselijk functioneren is. Daarnaast kunnen we stellen dat verpleegkundigen zich bezighouden met de gevolgen die ziekte heeft voor het menselijk functioneren. We zien ook dat de verpleegkundige classificaties van diagnoses en interventies informatie bevatten over spirituele problemen en interventies' (Eliens, 2002). Toch besteden verpleegkundeboeken, welke in belangrijke mate gebaseerd zijn op de theorieën van Gordon en op het beroepsprofiel, nauwelijks tot geen aandacht aan het onderwerp. In de opleidingen voor verpleegkundigen is het onderwerp nauwelijks in leerplannen opgenomen. Ook docenten verpleegkunde lijken met de geestelijke nood van patiënten onthand te zijn. Er is een gebrek aan taal en inzicht in de materie. Van Leeuwen en Hunink deden onderzoek onder deskundige verpleegkundigen of consensus kon worden verkregen over de inhoud van de verpleegkun-

dige diagnose *spiritual distress*. Ook werd gevraagd of de spiritualiteit van de patiënt voor de verpleegkundige relevant was. Over de relevantie waren de verpleegkundigen het wel eens. Met betrekking tot de definitie van de diagnose wees het onderzoek uit dat er geen algehele overeenstemming was. De kenmerken die tot de diagnose leiden zijn in de praktijk wel herkenbaar (Van Leeuwen en Hunink, 2000). Toch wordt momenteel veel over het onderwerp geschreven en gesproken (o.a. Cusveller, 2003, Tiesinga en Post, 2002, Steemers-Van Winkoop, 2001, Van Leeuwen en Cusveller, 2003, Tiesinga, Driebergen, Post, 2003, Tiesinga, 2003). Het lijkt echter of deze theorievorming nauwelijks ingang vindt binnen de verpleegkundige opleidingen.

## 2. Probleemstelling

De centrale vraag in ons onderzoek luidde:  
Wat zijn de opvattingen van verpleegkundigen in het Tweesteden ziekenhuis te Tilburg over hun zorgverlening voor de patiënt met levens- en zingevingsvragen?

Subvragen waren:

- Vinden verpleegkundigen dat het signaleren en begeleiden van patiënten met levens- en zingevingsvragen bij hun verpleegkundige taak behoort?
- Vinden verpleegkundigen dat zij over voldoende kennis en vaardigheden beschikken om levens- en zingevingsvragen te signaleren tijdens de verpleging van patiënten en, heeft de opleiding tot verpleegkundige de mogelijkheid geboden om over deze kennis en vaardigheden te leren beschikken?
- Welke factoren (persoonlijke en afdelingsgebonden) hebben invloed op de taakopvatting om bij patiënten levens- en zingevingsvragen te signaleren?

## 3. Opzet en Methode

Er is gekozen voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek. Kwantitatief onderzoek biedt naar

onze mening te beperkt inzicht in persoonlijke en achterliggende motieven van verpleegkundigen. Daarom is ook een tiental interviews gehouden. De interviews geven meer inzicht in de factoren welke een rol spelen in het herkennen van levens- en zingevingsvragen.

In het Tweesteden ziekenhuis werkten op het moment van onderzoek 480 gediplomeerde verpleegkundigen in vaste dienst. Onder verpleegkundigen die bij de directe zorgverlening aan patiënten betrokken zijn, werden 73 vragenlijsten uitgedeeld, verspreid over 12 verpleegafdelingen. Er zijn 60 vragenlijsten ingevuld; een respons van 82% (dit is 12,5% van het totaal aantal verpleegkundigen). De cijfers tussen haakjes in de onderstaande tabellen geven de exacte aantallen respondenten weer. In de vragenlijsten is ervoor gekozen te spreken over vragen rond zingeving en levensbeschouwing, leven en dood of van levensvragen. De begrippen waren in een bijbehorende brief toegelicht.

tabel 1

	ja, vaak	ja, soms	nee, nooit
Vragen naar de betekenis of zin van gebeurtenissen in het persoonlijke leven	40% (24)	55% (33)	5% (3)
Vragen naar het waarom van het lijden	42% (25)	57% (34)	2% (1)
Vragen bij het zoeken naar nieuwe levensperspectieven	45% (27)	48% (29)	7% (4)
Vragen naar wat moed, hoop en troost kan bieden	48% (29)	50% (30)	2% (1)
Vragen naar hoe gebeurtenissen te integreren in het persoonlijke leven	52% (31)	40% (24)	8% (5)

Onze verpleegkundigen werden in de vragenlijst vervolgens ook geconfronteerd met de volgende uitspraken over de zorgverlening. Hen werd gevraagd de mate van instemming aan het geven (tabel 2). 83% (kolom 1 en 2) van de respondenten zegt dat op hun afdeling veel levensvragen gesteld worden.

## 4. Resultaten

### 4.1 Kwantitatief onderzoeksdeel

Kijken we nu eerst naar enkele opvallende gegevens uit het kwantitatieve onderzoeksdeel. De vraag die aan verpleegkundigen werd gesteld luidde: *Worden onderstaande levensvragen gesignaleerd bij patiënten?* (tabel 1)

Deze levensvragen worden door bijna alle de verpleegkundigen uit het onderzoek gesignaleerd. Het verschil tussen de eerste verticale kolom (ja, vaak) en tweede verticale kolom (ja, soms) is niet groot. Het aantal respondenten dat zegt een categorie levensvragen nooit te signaleren is klein. Verpleegkundigen menen met andere woorden voor het overgrote deel levensvragen te signaleren. Waarom zij dat soms doen en waarom vaak wordt hier niet zichtbaar. Dit is een vraag die in de interviews aan de orde kwam.

De uitspraak in tabel 3 wordt door de helft van de respondenten (50%, kolom 1 en 2) bevestigd. Ruim een kwart van de respondenten (27%) twijfelt of in de opleiding voldoende kennis en vaardigheden is opgedaan en 23% (kolom 4 en 5) is het er niet mee eens.

tabel 2

	helemaal mee eens	mee eens	niet mee eens, niet mee oneens	niet mee eens	helemaal niet mee eens	nauwelijks over nagedacht
	1	2	3	4	5	0
Veel patiënten op mijn afdeling stellen vragen als: Waarom overkomt mij dit? Hoe kom ik hier door heen? Word ik wel weer beter? Dit is toch geen leven? Hoe zal mijn toekomst er uit zien?	35% (21)	48% (29)	10% (6)	3% (2)	2% (1)	2% (1)

tabel 3

Ik heb in mijn verpleegkundige opleiding voldoende kennis en vaardigheden verworven om bij patiënten deze vragen rond zingeving en levensbeschouwing, leven en dood te kunnen signaleren	3% (2)	47% (28)	27% (16)	20% (12)	3% (2)	0% (0)
--	-----------	-------------	-------------	-------------	-----------	-----------

De volgende stellingen in tabel 4 gaan over de achtergrond van de aandacht voor levensvragen en de taakopvatting van verpleegkundigen omtrent deze levensvragen, alsook over de vraag in hoeverre men vond dat op de eigen afdeling voldoende aandacht was voor dit soort vragen. De eerste uitspraak wordt door bijna driekwart van de ondervraagde verpleegkundigen, 74% (kolom 1 en 2) onderschreven. Bijna alle verpleegkundigen 97% (kolom 1 en 2) vinden dat het signaleren van deze levensvragen tot de verpleegkundige zorgverlening behoort. 81% (kolom 1 en 2) van de verpleegkundigen onderschrijven de uitspraak dat ook de begeleiding van patiënten met levensvragen tot hun taak behoort. 65% (kolom 1 en 2) meent dat op de afdeling voldoende aandacht is voor levensvragen.

Samenvattend kunnen wij stellen dat bijna alle verpleegkundigen in het onderzoek zeggen dat zij levens- en zingevingsvragen bij patiënten signa-

leren. Over de vraag of de verpleegkundigen voor het signaleren en begeleiden van patiënten met levens- en zingevingsvragen over voldoende kennis en vaardigheden beschikken, zijn de meningen verdeeld. Op de vraag of de opleiding tot verpleegkundige de mogelijkheid heeft geboden om deze kennis en vaardigheden te verwerven antwoordt de helft bevestigend. Voor veel verpleegkundigen (driekwart van de respondenten) is de wijze waarop zij zelf in het leven staan bepalend voor hun aandacht voor levens- en zingevingsvragen bij de patiënt.

#### 4.2 Kwalitatief onderzoeksdeel

In het kwalitatieve onderzoek met behulp van interviews bij een tiental verpleegkundigen is vooral gevraagd naar factoren die van invloed waren op het signaleren van levens- en zingevingsvragen. Met name ging het hier om persoons- en afdelingsgebonden factoren. Voor de interviews waren verpleegkundigen uitgenodigd in de leef-

tabel 4

	1	2	3	4	5	0
Mijn aandacht voor vragen rond zingeving en levensbeschouwing, leven en dood bij patiënten komt vooral voort uit de wijze waarop ik zelf in het leven sta	12% (7)	62% (37)	20% (12)	5% (3)	2% (1)	0% (0)
Het signaleren van vragen rond zingeving en levensbeschouwing, leven en dood bij patiënten behoort tot de verpleegkundige zorgverlening	42% (25)	55% (33)	3% (2)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
Het begeleiden van patiënten met vragen rond zingeving en levensbeschouwing, leven en dood bij behoort ook tot de verpleegkundige zorgverlening	33% (20)	48% (29)	13% (8)	5% (3)	0% (0)	0% (0)
Op mijn afdeling is voldoende aandacht voor vragen rond zingeving en levensbeschouwing, leven en dood	8% (5)	57% (34)	23% (14)	10% (6)	0% (0)	2% (1)

tijdscategorie van 22 tot 50, van verschillende afdelingen, zowel mannen als vrouwen. De interviews schetsen een beeld van de verpleegkundige die, als deze al in God gelooft, zich niet verbonden voelt met een geloofsgemeenschap. De verpleegkundigen kunnen uitleggen wat voor hen belangrijke waarden zijn in het leven, maar bijna geen van hen kan zijn of haar visie in een levensbeschouwelijk referentiekader plaatsen. Ook inspiratiebronnen die de levensvisie beïnvloeden kunnen zij nauwelijks benoemen. Zij vinden de christelijke waarden die in de samenleving herkenbaar zijn belangrijk, maar voor geen van de respondenten heeft de kerk daar een functie in. Deze waarden zijn door opvoeding, onderwijs en persoonlijke ontwikkeling verkregen en bepalen mede de wijze waarop de verpleegkundige thans in het leven staat.

De belangrijkste conclusie uit de vragen naar achterliggende factoren is dat het vooral van de individuele verpleegkundige afhangt op welke manier de zorg voor de patiënt met levens- en zingevingsvragen verleend wordt. Gedragingen en uitingen van de patiënt die kunnen verwijzen naar levens-

en zingevingsvragen worden zeker gesignaleerd door verpleegkundigen, maar hoe daar tijdens de zorgverlening op in gegaan wordt lijkt in de eerste plaats van de interesse van de verpleegkundige voor dit aspect van zorg af te hangen. Daarnaast wordt de aandacht voor deze dimensie aldus de verpleegkundigen bepaald door factoren zoals: drukte op de afdeling, de frequente wisseling van verpleegkundigen, of de diverse diensten waardoor geen band opgebouwd kan worden met de patiënt, de aard van de aandoening en het klimaat op de afdeling. Ook wordt gewezen op de keuze die de individuele verpleegkundige maakt voor aandacht voor verpleegtechnische danwel voor psychosociale zorgverlening in tijden van drukte.

Aldus treedt in de interviews naar voren dat aan de aandacht voor de levens- en zingevingsvragen geen methodisch verpleegkundig handelen, gebaseerd op kennis en vaardigheden, ten grondslag ligt. De belangrijke bronnen waaruit de verpleegkundigen putten voor wat betreft hun aandacht voor levens- en zingevingsvragen zijn: opvoeding, onderwijs en de wijze waarop zij zelf in het leven

staan. Kennis en vaardigheden worden, aldus de geïnterviewden, vooral verkregen door levens- en werkervaring en nauwelijks door de verpleegkundige opleiding. Het rapporteren over patiënten met levens- en zingevingsvragen naar collega-verpleegkundigen gebeurt niet eenduidig. Verwijzing door de verpleegkundige naar de geestelijk verzorger geschiedt ook niet volgens duidelijke procedures of criteria en is ook weer afhankelijk van de individuele verpleegkundige.

## 5. Conclusie en discussie

De meeste verpleegkundigen meldden dat de aandacht voor levens- en zingevingsvragen vooral afhankelijk is van de voorkeur van de verpleegkundige voor, of wel de verpleegtechnische kant van de zorg, of de meer psychosociale kant. Dit komt onder andere al tot uitdrukking in de keuze voor de verpleegafdeling waar verpleegkundigen gaan werken. Vanuit deze keuze zou men verwachten dat verpleegkundigen die meer verpleegtechnisch gericht zijn, minder levens- en zingevingsvragen signaleren dan verpleegkundigen met belangstelling voor psychosociale zorg. Het is echter niet professioneel het signaleren en begeleiden van patiënten met levens- en zingevingsvragen afhankelijk te laten zijn van de persoonlijke interesse van een verpleegkundige of van factoren op de verpleegafdeling. De zorg voor levens- en zingevingsvragen vraagt kennis over psychosociale processen, kennis van levensbeschouwelijke visies en het beheersen van communicatieve vaardigheden op dit terrein. De opleiding tot verpleegkundige zal de competen-

ties voor het verwerven van deze kennis en vaardigheden op in haar curricula op moeten nemen. De begeleiding van patiënten met levens- en zingevingsvragen vraagt van verpleegkundigen dat zij dieper op de belevingen en vragen van patiënten in kunnen gaan en inzicht hebben in deze problematiek. Verpleegkundigen moeten patiënten eventueel kunnen verwijzen naar de juiste deskundige. De benodigde kennis en vaardigheden hiervoor verwerven verpleegkundigen tot op heden echter vooral door persoonlijke interesse, de wijze waarop zij zelf in het leven staan en door hun werkervaring. Hier ligt ook een taak voor het ziekenhuis. Een afgestudeerde verpleegkundige heeft enige tijd nodig om zich de beroepsvaardigheden eigen te maken. De aandacht gaat dan in eerste instantie vooral uit naar het verpleegtechnisch handelen. Pas als deze tot bepaalde hoogte beheerst worden, zijn verpleegkundigen in staat aandacht te hebben voor de psychosociale kant van verplegen. Ziekenhuizen zouden op dat moment in het kader van deskundigheidsbevordering trainingen op het gebied van aandacht voor levens- en zingevingsvragen kunnen aanbieden. Alleen zo kan op het terrein van aandacht voor levens- en zingevingsvragen ook hier Zorg op Maat geleverd gaan worden.

\* Mw. drs. Ella Scherpenisse, theologe, is werkzaam als docent levensbeschouwing aan Fontys Hogescholen en geestelijk verzorger in het TweeSteden ziekenhuis in Tilburg.

\* Prof. dr. Rien van Uden, klinisch psycholoog, is werkzaam als bijzonder hoogleraar levensbeschouwing en geestelijke volksgezondheid aan de Theologische Faculteit Tilburg.

e-mail: p.scherpenisse@fontys.nl

## Literatuur

- Abrahamse C.A. e.a., *Plannen van verpleegkundige zorg*, Traject 401, Baarn, Nijgh Versluys, Gordon M., vertaald door Wim Seunke, *Verpleegkundige diagnostiek: Proces en toepassing*, Utrecht, De Tijdstroom, 1996.
- Heitink G., *Pastorale Zorg, Theologie, differentiatie, praktijk*, Kampen, Kok, 2000.
- Jong J.H.J. de en Kerstens J.A.M., *Basisboek 1, Inleiding in de verpleegkunde*, 'Bouwstenen voor gezondheidsonderwijs', Houten, Bohn Stafleu Van Loghum, 1994.

- Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging, Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, *Beroepsprofiel van de verpleegkundige*, Maarssen, Elsevier/De Tijdstroom, 1997.
- Boog W. e.a. *Inleiding in de verpleegkundige aspecten van de verpleegkundige beroepsuitoefening*. Bouwstenen voor gezondheidsonderwijs, Houten/Diegem, Bohn Stafleu Van Loghum, 1997.
- Commissie Kwalificatiestructuur, *Gekwalificeerd voor de toekomst, kwalificatiestructuur en eindtermen voor Verpleging*



- en *Verzorging*, Zoetermeer/Rijswijk, Ministerie Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen en Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1996.
- Cusveller B.S., Zorg met een hoofdletter, Een wijsgerig-antropologische verantwoording van spiritualiteit in de verpleegkundige zorgverlening. *TGE*, 2003, jaargang 13, nr. 3, 81 – 84.
- Eliens A.M., Spiritualiteit, we care! *Verpleegkunde* 2002-17, nr. 3, 123.
- Eliens A.M en Frederiks C.M.A., Spirituele problemen in de verpleegkunde: religie en zingeving bij patiënten. *Verpleegkundige probleemgebieden: Diagnoses en interventies*, december 1998, 4<sup>e</sup> jaargang, nr. 5, Uitgeverij Kavanah, Dwingeloo.
- Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging, *De goede verpleegkundige*, ethische en juridische waarden en normen en een toetsingskader voor de tuchtrechter, Maarssen, Elsevier, 2000.
- Leeuwen van R.R. en Cusveller B.S., Naar een verpleegkundig competentieprofiel voor zorg en spiritualiteit. *Verpleegkunde*-18, 2003, nr. 3, 2 – 81.
- Leeuwen van R.R. en Hunink G.H. Spiritual distress, Een verpleegkundige diagnose? *Verpleegkunde*-15, 2000, nr. 1, 41-49.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Verpleegkundig Beroepsprofiel*, Zoetermeer, 1988.
- Scherpenisse P.J., Geestelijke nood. Een onderzoek naar het herkennen van levens- en Zingevingsvragen door verpleegkundigen bij patiënten in een algemeen ziekenhuis, doctoraal scriptie Theologische Faculteit Tilburg, 2003.
- Steemers van Winkoop M., *Geloven in Zorg, Omgaan met geloof, levensbeschouwing en spiritualiteit in de gezondheidszorg*, Baarn, HB uitgevers, 2001.
- Tiesinga L.J. en Post D., Forum, Spiritualiteit, who cares? *Verpleegkunde* 2002-17, nr. 2, 109-111.
- Tiesinga L.J., Driebergen R., Post D., Spiritualiteit en verplegen, Een literatuurstudie naar de plaats van de spiritualiteit binnen het verpleegkundig kennis- en beroepsdomein. *Verpleegkunde* 2003-18, nr. 3, p. 159 – 167.
- Tiesinga L.J., Het spiritueel functioneren van patiënten en verpleegkundigen, Een essentiële dimensie in de gezondheidszorg. *TGE*, 2003, jaargang 13, nr. 4, 103-107.
- Verheule A.F., *Angst en bevrijding, Theologisch en psychologisch handboek voor pastorale werkers*, Baarn, Callenbach, 1997.