
Spirituele zorg door verpleegkundigen

Hoewel veel verpleegkundigen het belang van spirituele zorg inzien, ervaren velen van hen op dit vlak drempels zoals tijdgebrek, het niet kunnen geven van 'antwoorden', en onvoldoende scholing. Dit bleek uit een onderzoek onder 51 verpleegkundigen en 70 patiënten door Jan Piet Vlasblom. Een training voor verpleegkundigen moest vervolgens tot een verbetering van spirituele zorg in de praktijk leiden. Bestudigen van trainingsresultaten in de praktijk bleek helaas een brug te ver. Volgens Vlasblom zit er niets anders op dan dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg en zorgverzekeringen spirituele zorg dienen toe te voegen aan de indicatoren voor goede zorg: zo worden zorginstellingen gestimuleerd spirituele zorg te verlenen.

Jan Piet Vlasblom

TIJDENS EEN SCHOLING *Jaarplan maken* die in 2004 in het Ikazia Ziekenhuis gegeven werd, moesten de deelnemers in groepjes van drie elkaar vertellen over de dromen die men had voor de eigen afdeling. Met z'n drieën moest die droom vervolgens SMART gemaakt worden.

In mijn groepje begon het wat lacherig: wat zou de dominee gedroomd hebben? Zondag een volle kerkzaal, maandag iemand die tot bekering kwam? Maar de dominee had een andere droom. Op papier was de geestelijke verzorging een geïntegreerde dienst in de zorg aan patiënten. De beide geestelijk verzorgers werkten territoriaal en deden mee aan de MDO's op hun afdelingen. In de praktijk viel het tegen. Ikazia funcioneert sinds

1965 en werd in 1968 officieel geopend als interkerkelijk protestants-christelijk ziekenhuis. De dominees werden geaccepteerd en gerespecteerd. De teamleider stond de dominee vriendelijk te woord en gaf aan welke patiënten zijn bezoek misschien op prijs zouden stellen. De dominee bezocht die patiënten. Was er op dezelfde dag nog wat tijd over, dan sprak hij met enkele andere patiënten en de volgende dag herhaalde dit zich op een volgende afdeling. Patiënten die er bijzonder ernstig aan toe waren werden vaker bezocht.

Mijn droom op die trainingsdag was 'dat er voor elke patiënt dagelijks een moment van geestelijke verzorging is'. 'Maar deze droom is', zo vervolgde ik in een adem, 'natuurlijk bedrog, hij is immers

nooit SMART te maken. Dit zou alleen kunnen als alle verpleegkundigen werden getraind in het verlenen van deze zorg.' Beide gesprekspartners wilden niet weten van mijn tegenwerpingen en binnen drie kwartier was mijn droom Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden geworden. Er lag een plan, dat weliswaar 'nog wat uitgewerkt moest worden', maar er zouden twee Specifieke afdelingen getraind gaan worden. Het gewenste effect, dagelijkse geestelijke verzorging voor alle patiënten op die afdelingen, zou Meetbaar zijn. Het plan was aan alle kanten Acceptabel (er zou wel een potje voor gevonden worden). In deze opzet was het zeker Realistisch. Binnen de Tijd van een jaar zouden de afdelingen geschoold moeten zijn.

Na die bewuste training ben ik me gaan verdiepen in de mogelijkheden mijn droom te verwirkelijken. Al snel bleek dat wat ik 'geestelijke verzorging door verpleegkundigen' noemde internationaal bekend stond als *spiritual care by nurses*. De droom bleek niet zo vreemd als gedacht. Wereldwijd droomden talloze mensen met mij over spirituele zorg door verpleegkundigen. Er bleek al eindeloos veel over gedacht en mee gedaan te zijn. In Nederland (b)leken vooral het Prof. dr. G.A. Lindeboom Instituut, een wetenschappelijk studiecentrum dat in Nederland vooropliep in de bezinning op spirituele zorgverlening, en Reliëf, de christelijke vereniging van zorgaanbieders, bezig te zijn met de spirituele zorg door verpleegkundigen.

Mede met wat zij boden schreef ik een projectplan voor een training 'spirituele zorg door verpleegkundigen'. De directie van het ziekenhuis besloot dat er onder voorwaarden een dergelijke training georganiseerd zou mogen worden. Eén van de voorwaarden was dat er onderzoek naar de effecten van de training gedaan zou worden. Dat onderzoek werd wat groter dan in eerste instantie de bedoeling was. Op 8 september 2015 (de dag dat het VUmc ontruimd moest worden vanwege een gesprongen waterleiding) verdedigde ik aan het VUmc mijn proefschrift *Spiritual care by nurses and the role of the chaplaincy in a general hospital*.

In het nu volgende artikel, dat grotendeels een samenvatting is van dit proefschrift, ga ik eerst in

op de achtergronden van spirituele zorg. Vervolgens onderzoek ik de ideeën van zowel verpleegkundigen als patiënten rond spirituele zorgverlening. Daarna beschrijf ik een training spirituele zorgverlening zoals ik die in het Ikazia Ziekenhuis organiseerde voor verpleegkundigen en de effecten van die training op verpleegkundigen en patiënten. De effecten van die training bleken op de langere termijn beperkt. Daarom heb ik gezocht naar een methode om de effectiviteit te borgen. Dit artikel sluit af met de beschrijving van het onderzoek, waarvan het resultaat neerkomt op de toevoeging van een enkele vraag over spiritualiteit aan de algemene anamnese voor klinische patiënten.

Achtergronden

Wereldwijd is er veel aandacht voor spirituele zorg door verpleegkundigen en medici, zowel vanuit het domein van de geestelijke verzorging als dat van de gezondheidswetenschappen.

Er zijn steeds meer patiënten met zingevingsvragen

De medische wetenschap ontwikkelt zich in een razend tempo. Er kan steeds meer en het moet steeds sneller. Het gevolg is dat de patiënt ook voor ingrijpende behandelingen steeds korter in het ziekenhuis verblijft. Tijdens de korte ziekenhuisopname, die van grote betekenis kan zijn voor de patiënt, wordt deze in beslag genomen door het primaire medisch-technische proces. Niet alleen wordt de ligduur in de kliniek steeds korter, steeds meer behandelingen vinden plaats op de polikliniek of tijdens een dagopname. Door deze ontwikkelingen is er steeds minder gelegenheid voor (geestelijke) zorg. Tegelijk met deze ontwikkelingen binnen de zorg hebben steeds minder mensen binding met een levensbeschouwelijk instituut dat hen in crisismomenten houvast kan bieden. Ten slotte staat door bezuinigingen in de zorg de omvang van de geestelijke verzorging onder druk. Door dit alles heeft de geestelijk verzorger steeds minder gelegenheid om (voldoende) aandacht te geven aan de zingevingsvragen van

patiënten. Met het oog op deze ontwikkelingen wordt er vanuit de geestelijke verzorging gezocht naar mogelijk bondgenoten in de geestelijke zorg. Al snel komt men uit bij de verpleegkundige.

Spirituele zorg als essentieel onderdeel van gezondheidszorg volgens WHO en ICN

Tegelijk is er ook binnen de gezondheidswetenschappen veel aandacht voor de spiritualiteit van de patiënt en de spirituele zorg aan de patiënt. Vooral vanuit de palliatieve zorg is er al langere tijd aandacht voor de spirituele aspecten van de zorg. Mede door de aandacht die er binnen de palliatieve zorg voor de spirituele zorg was, heeft deze nu binnen het geheel van de zorg een plaats gekregen. De Wereld Gezondheids Organisatie (WHO) en de Internationale Raad voor Verpleegkundigen (ICN) beschouwen spirituele zorg als een essentieel onderdeel van de gezondheidszorg. Gezien de genoemde ontwikkelingen binnen de geestelijke verzorging en de gezondheidswetenschappen ligt het voor de hand dat verpleegkundigen een rol in de spirituele zorg hebben of krijgen.

Spirituele zorg

Spiritualiteit blijkt in het Nederlandse taalgebied soms een besmette term. Het doet in de praktijk regelmatig denken aan 'enge' dingen (spiritisme), 'zweverigheid' (New Age) of aan 'het heilige' (geloofszaken) waar men liever niet in betrokken wordt. Om misverstanden en onnodige afweer te voorkomen zouden we synonieme aanduidingen als 'omgaan met levensvragen' of 'betekenisgeving' kunnen gebruiken. Omdat echter de term spiritualiteit (*spirituality*) de wereldwijd gebruikte term is, heb ik mij daar in mijn onderzoek bij aangesloten.

Er zijn twee benaderingswijzen van het begrip spiritualiteit: substantieel en functioneel.

Bij de substantiële benadering kijken we naar de inhoud van het begrip. Dit kan een traditionele

geloofsleer zijn (christelijk, moslim), maar in onze postmoderne tijd kan het ook een minder vastomlijnd geloof zijn. In deze benadering kan men de spiritualiteit van een geloofsgemeenschap onderzoeken. De vraag van veel verpleegkundigen 'hoe moeten we omgaan met moslim gelovigen?' gaat uit van deze substantiële benadering. Bij de functionele benadering kijken we niet naar de inhoud maar naar de functie die de spiritualiteit heeft. Deze benadering gaat ervan uit dat ieder mens (dus) een spiritueel wezen is en spiritualiteit een dimensie van het mens-zijn. In deze studie benader ik het begrip spiritualiteit functioneel en gebruik ik als definitie: 'Spiritualiteit is het levensbeschouwelijk en religieus functioneren van de mens, waartoe ook de vragen van zingeving en zinervaring behoren' (Jochemsen, Klaasse-Carpentier, Cusveller, Van der Scheur & Bouwer, 2002). Het voordeel van deze functionele benadering is dat ze zowel op religieuze als niet-religieuze vormen van spiritualiteit toepasbaar is (Van Leeuwen, 2008).

Visie op spirituele zorgverlening van patiënten en verpleegkundigen

In de SMART uitwerking van mijn droom over de dagelijkse spirituele zorg aan de patiënt nam een training voor verpleegkundigen een belangrijke plaats in. Maar voor we met die training begonnen moesten we eerst weten hoe de patiënten en de verpleegkundigen de gegeven en ontvangen spirituele zorg waardeerden.

Patiënten

De mening van de patiënten heb ik onderzocht door alle patiënten van de verpleegafdelingen waarvan verpleegkundigen de training zouden gaan volgen, een vragenlijst voor te leggen. Patiënten konden de lijst zelf invullen, of als ze dat liever wilden, dit samen met een HBO-student doen. Van de 96 opgenomen patiënten waren er 19 niet in staat de lijst in te (laten) vullen. Twee van de 77 overgebleven patiënten weigerden en vijf anderen vulden niet alle vragen in. De gemiddelde opnameduur van de patiënten die de lijst invulden was bij het invullen 9,3 dag.

Meer dan de helft (40 van de 70 patiënten: 57%) vindt dat bij opname in het ziekenhuis moet worden gevraagd naar hun religieuze/spirituele ach-

		Praktijk: Is er bij opname gevraagd naar geloof/levensbeschouwelijke achtergrond			
		Ja, diepgaand	Ja, enigszins	Nee, in het geheel niet	Totaal
Behoeftte: Moet er bij opname gevraagd worden naar geloof/levensbeschouwelijke achtergrond?					
Ja, diepgaand	%	33	25	42	100
	(N)	4	3	5	12
Ja, enigszins	%	4	64	32	100
	(N)	1	18	9	28
Nee, niet	%	0	10	90	100
	(N)	0	3	27	30
Totaal	%	7	34	59	100
	(N)	5	24	41	70

Tabel 1: Behoeftte aan informeren naar religieuze/spirituele achtergrond en de ervaring in de praktijk (N=70 patiënten; 7 patiënten vulden deze vraag niet in; door afronding komen getallen niet altijd precies uit op 100%)

tergrond. Dit is gebeurd bij 29 van de 70 patiënten (41%). Bij patiënten die deze vraag bij hun opname niet van belang vinden wordt er bijna nooit naar gevraagd. Slechts bij 33% van de patiënten die het belangrijk vinden dat er diepgaand naar hun levensbeschouwelijke achtergrond wordt gevraagd is de vraag ook werkelijk gesteld.

Hoewel patiënten tevreden zijn over de verpleegkundige zorg (de lieve zuster), zoals uit een andere vraag blijkt, vindt meer dan de helft van de patiënten dat de spirituele zorg beter zou moeten.

Verpleegkundigen

Om erachter te komen hoe verpleegkundigen de door hen verleende spirituele zorg zagen heb ik alle 65 verpleegkundigen van vier verschillende verpleegafdelingen van ons ziekenhuis gevraagd een vragenlijst in te vullen. Uiteindelijk hebben 51 verpleegkundigen de lijst ingevuld. Er was een gelijke verdeling tussen meer kritieke en meer chronische afdelingen. Naast dit kwantitatief onderzoek zijn bij acht willekeurig geselecteerde verpleegkundigen werkzaam op de vier afdelingen semigestructureerde interviews afgenomen. In het kwantitatieve onderzoek zegt 31% van de verpleegkundigen dat veel patiënten spirituele

vragen en/of behoeften hebben, 27% zegt dat dit voor ongeveer de helft van de patiënten geldt, 43% zegt dat weinig patiënten spirituele vragen en of behoeften hebben. Geen van de verpleegkundigen denkt dat geen enkele patiënt spirituele vragen en of behoeften heeft.

Verpleegkundigen vinden dat spirituele zorg hun beroep verrijkt

Uit de interviews bleek dat de patiënt gemakkelijker met spirituele vragen komt als hij merkt dat de verpleegkundige ruimte biedt. Zo zegt een van de geïnterviewde verpleegkundigen: 'Als de verpleegkundige daar open voor staat komen de spirituele vragen vanzelf, 'als je wat handvatten daarvoor hebt, kom je vanzelf verder.'

In het kwalitatief onderzoek vonden alle geïnterviewde verpleegkundigen dat het signaleren van spirituele vragen en/of behoeften tot hun beroepsverantwoordelijkheid behoort. Zij zeiden dat je als verpleegkundige op deze vragen en/of behoeften in behoort te gaan. 'Als goede verpleegkundi-

ge ga je ook in op zingevingvragen. De spirituele zorg hoort er gewoon bij, net als het wassen.' Dit komt overeen met het kwantitatief onderzoek. Daarin vond 96% van de verpleegkundigen spirituele zorg belangrijk of zelfs onmisbaar. Zowel in het kwantitatief als in het kwalitatief onderzoek geven verpleegkundigen aan dat de spirituele zorg hun beroep verrijkt. 'Het motiverende aan spirituele zorg vind ik dat je niet naar de patiënt kijkt als iemand die iets heeft, maar dat je verder dan de aandoening kijkt.'

Geen antwoorden of oplossingen kunnen bieden vormt een belemmering

Het Ikazia Ziekenhuis waar ik werk en waar het onderzoek is uitgevoerd, is een christelijk ziekenhuis (Ikazia komt van InterKerkelijke Actie Ziekenhuis In Aanbouw). Dat betekent dat er relatief veel kerkelijk meelevende verpleegkundigen werken (51% beschouwt zichzelf als protestant, 22% als religieus, 14% als niet-religieus, 6% als agnostisch, 4% als evangelicaal, 2% als rooms-katholiek en 2% als liberaal. Enkele geïnterviewden gaven aan dat hun geloofsovertuiging hen motiveert om over geestelijke zaken in gesprek te gaan, juist omdat ze het belang daarvan inzien. Tegelijkertijd beseffen ze dat het dan niet gaat om het opdringen van hun mening. Ook zien ze het niet als hun eerste taak om over hun geloof te spreken: 'Ik kom hier om medische hulp te verlenen als verpleegkundige.'

Als belemmering in het verlenen van spirituele zorg wordt, zowel in het kwantitatieve als in het kwalitatieve onderzoek, genoemd dat men bang is dat er geen antwoorden of oplossingen geboden kunnen worden. 'Ik weet dan niet wat ik moet zeggen'. Anderen geven aan dat dit niet het doel is van spirituele zorgverlening. Eén geïnterviewde zegt: 'dit moet je accepteren. Een patiënt verwacht ook niet dat ik alle antwoorden heb'. Ook kan het moeilijk zijn met bepaalde emoties van patiënten om te gaan. 'Emoties als angst en verdriet zijn ook niet makkelijk. Dan weet je niet wat je moet zeggen. Maar eigenlijk moet je ook geen antwoord geven, maar luisteren. Maar je merkt

dat dat juist wel moeilijk is, want dat wil je wél.' Alle verpleegkundigen noemen tijdgebrek als belangrijke belemmering. Maar daar is niet alles mee gezegd. 'Tijdens het wassen heb je genoeg tijd om te praten'. En: 'neem er de tijd voor'. Ook in de literatuur vinden we tijdgebrek als een van de grote belemmeringen in het verlenen van spirituele zorg (Chan et al., 2006; Menzies, 2005; Ross, 2006; Van Leeuwen, Tiesinga, Post, & Jochemsen, 2006).

In het kwantitatieve onderzoek blijkt dat 41% van de verpleegkundigen van mening is dat er slechts voor weinig patiënten voldoende aandacht is voor hun spirituele vragen en behoeften, terwijl slechts 14% van de verpleegkundigen van mening is dat er hiervoor bij veel patiënten voldoende aandacht is. Op één opmerkelijk punt wijken de verpleegkundigen in dit onderzoek af van hun collega's elders. In alle onderzoeken naar de visie van verpleegkundigen op het verlenen van spirituele zorg wordt als grote (vaak grootste) hindernis het gebrek aan scholing genoemd (Edwards, Pang, Shiu, & Chan, 2010; Lundmark, 2006; Strang, Strang, & Ternstedt, 2002). In het Ikazia werd gebrek aan scholing in veel mindere mate als problematisch gezien. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat niet iedereen even blij was met de uitbereiding van de scholingsverplichtingen met de geplande behoorlijk omvangrijke scholing spirituele zorgverlening.

Training spirituele zorgverlening

De training die gegeven is, was een samenwerking van het Prof. dr. G.A. Lindeboom Instituut, Reliëf en het Ikazia Ziekenhuis. Omdat we de spirituele zorg stevig wilden verankeren kozen we voor een vrij omvangrijke training van vier dagdelen met daarbij nog een aantal uren huiswerk. Zowel de training als de huiswerkuren golden als werktijd.

In trainingen die in de literatuur beschreven zijn (en waar wij dankbaar gebruik van hebben gemaakt) zijn twee lijnen te onderscheiden. Sommige van deze trainingen waren vooral gericht op de spiritualiteit van de verpleegkundige zelf, andere meer op de vaardigheden die nodig zijn voor het verlenen van spirituele zorg (Hoover, 2002; Van Leeuwen, Tiesinga, Middel, Post, & Jochemsen, 2008; Lovanio & Wallace, 2007; Meyer, 2003;



Milligan, 2004; Pesut, 2002; Sandor, Sierpina, Vanderpool, & Owen, 2006; Wasner, Longaker, Fegg, & Borasio, 2005). Wij waren van mening dat in een training spirituele zorgverlening beide aspecten aan bod moeten komen. Zo kwamen we tot het volgende programma:

- Dagdeel 1 De plaats van spirituele zorg in het competentieprofiel van de verpleegkundige;
- Dagdeel 2 Communiceren over spiritualiteit in de verpleegkundige praktijk;
- Dagdeel 3 Omgaan met verschillende religies en de samenwerking met geestelijke verzorging;
- Dagdeel 4 Spiritualiteit in het verpleegplan en in het multidisciplinair overleg.

De effecten van de training

De effecten van de training hebben we gemeten met de meetinstrumenten waarmee we de visie van patiënten en verpleegkundigen hebben gemeten. Daarmee werd dit het eerste onderzoek waarbij effecten van een training spirituele zorgverle-

ning bij patiënten én verpleegkundigen werden onderzocht. De meting naar het effect van de training werd een maand na het laatste dagdeel van de training uitgevoerd.

Na de training ondervonden de patiënten significant vaker voldoende ruimte en steun voor spirituele zaken: 'Ik ervaar bij de verpleegkundigen voldoende ruimte en steun voor mijn vragen over het doel en de zin van mijn leven en van mijn ziekte.' Voor de training gold dit voor 47% van de patiënten, na de training steeg dit tot 72% van de patiënten. Bij vragen over de tevredenheid van de informatievoorziening betreffende spirituele zorg (de aanwezigheid van de dienst geestelijke verzorging, de kerkdiensten en het stiltecentrum) was er geen verschil tussen de meting voor en na de training.

Opvallend was de stijging in het aantal verwijzingen door verpleegkundigen naar de dienst geestelijke verzorging. Zowel binnen als buiten kantooruren werd vaker een beroep gedaan op de dienst geestelijke verzorging. In de meetperiode van een

maand voor de training waren er 4 verwijzingen, na de training steeg het aantal verwijzingen door verpleegkundigen naar de dienst geestelijke verzorging naar 13. Naast deze directe verwijzingen was er binnen de verschillende MDO's meer aandacht voor de rol van de geestelijk verzorgers.

Na de training hebben meer verpleegkundigen het idee dat er voldoende aandacht voor spirituele vragen en/of behoeften van de patiënt is (een stijging van 14% naar 40%).

Tijdens het wassen heb je tijd genoeg om te praten

Verpleegkundigen hebben na de training meer besef van de rol die de verpleegkundige heeft bij het verlenen van spirituele zorg. 36% van verpleegkundigen vindt zelfs dat de verpleegkundige de belangrijkste rol heeft bij het verlenen van spirituele zorg. Vóór de training was dit 22%. Het grotere belang van de verpleegkundige komt ook tot uiting in hun veranderend gedrag. Zo wordt er meer gevraagd naar spirituele behoeften en worden spirituele noden en behoeften beter geregistreerd.

Al met al waren we behoorlijk enthousiast over de bereikte effecten. Dat er bij verpleegkundigen effecten werden gevonden, hadden we vanuit de literatuur wel verwacht. De grote stijging in het aantal verwijzingen naar de dienst geestelijke verzorging was ook niet helemaal onverwacht, maar het meest enthousiast waren we over het feit dat de patiënten ervoeren dat de spirituele zorg daadwerkelijk was verbeterd. Gezien deze effecten die we in het patiëntenonderzoek vonden, leek de training aan onze verwachtingen te voldoen.

Tot onze spijt bleek de registratie in de verpleegkundige dossiers na verloop van tijd weer af te nemen. Ook het aantal verwijzingen voor de dienst geestelijke verzorging liep al snel weer terug, en na een half jaar was het weer op het niveau van voor de training. Helemaal onverwacht was dit niet. We hadden al voor de training gezocht naar manieren de spirituele zorgverlening te borgen. Het ideaal was dat alle getrainde verpleegkundi-

gen het eerste jaar na de training (en zo mogelijk langer) regelmatig intervisie of groepssupervisie rond de spirituele zorgverlening zouden volgen. Helaas bleek dat vanwege de tijdsinvestering onhaalbaar.

De uitdaging was nu een borging voor de spirituele zorg te vinden waardoor toekomstige trainingen een langer effect beschoren zou zijn. Een spirituele anamnese bij de opname van elke klinische patiënt leek ons een redelijk eenvoudig en geschikt instrument te zijn.

Spirituele anamnese

Door aan de algemene anamnese enkele spirituele vragen toe te voegen zouden we, zo dachten we, meerdere effecten kunnen bewerkstelligen. In de eerste plaats zouden de verpleegkundigen bij elke nieuwe opname herinnerd worden aan de spirituele aspecten van de zorg. Dit zou als het ware een automatische borging vormen van wat ze in de training spirituele zorgverlening hadden geleerd. Bovendien leek het aannemelijk dat verpleegkundigen bij patiënten die tijdens deze anamnese aangeven bepaalde spirituele vragen en/of noden te hebben, hier later in het zorgproces op terug zouden komen. Bovendien was uit het eerste patiëntenonderzoek gebleken dat veel patiënten aandacht voor hun spirituele achtergrond op prijs stellen. Uitbreiding van de anamnese zou betrekkelijk weinig moeite kosten en veel kunnen opleveren, zo leek het.

Toch bleek het niet zo eenvoudig te zijn als we dachten. Het eerste probleem was van technische aard. De anamnese van alle klinische patiënten vindt plaats met behulp van een laptop met een door het ziekenhuis ontwikkeld softwaresysteem. Het programma leidt de verpleegkundige door de vragen van de anamnese. De antwoorden van de patiënt worden direct ingevoerd. Bij sommige scores wordt er automatisch een actie opgestart. Zo wordt bijvoorbeeld bij een patiënt die voor de opname (te) veel is afgevallen de afdeling diëtetiek in consult gevraagd. Wij gingen ervan uit dat de Dienst Geestelijke Verzorging op deze manier in consult gevraagd zou kunnen worden bij een bepaalde score van de spirituele anamnese. Al heel snel bleek dat het anamneseprogramma bijna zweeek aan het eigen succes. In de loop der tijd zijn

er zoveel (verplichte) items aan de oorspronkelijke anamnese toegevoegd dat er vanwege de technische beperkingen nauwelijks nog iets aan toegevoegd kon worden. Door wat aanpassingen bleek het uiteindelijk mogelijk maximaal twee vragen aan het pakket toe te voegen. Deze vragen moesten bovendien simpel te beantwoorden zijn met ja of nee. Omdat de vragen eenvoudig te begrijpen en te beantwoorden moesten zijn én omdat we de uitkomsten wilden gebruiken voor onderzoek, hebben we gezocht naar vragen die al (wetenschappelijk) gevalideerd waren. Ook dit bleek lastiger dan gedacht. Er zijn wel een aantal meer of minder bekende spirituele anamneses (Van Leeuwen, 2013) onderzocht, maar die zijn allemaal veel te uitgebreid voor ons doel. Een vragenlijst die in onze ziekenhuisanamnese geschoven kon worden, was helemaal onvindbaar. Uiteindelijk besloten we gebruik te maken van de spirituele vragen uit de oncologische lastmeter. 'Wilt u aangeven of u de afgelopen week (inclusief vandaag) moeite hebt gehad of problemen hebt ervaren bij':

- de zin van het leven/levensbeschouwing ja/nee
- vertrouwen in God/geloof ja/nee

Aan deze bestaande vragen wilden we één eigen vraag toevoegen: 'Heeft de patiënt naar *het oordeel van de verpleegkundige* behoefte aan geestelijke verzorging?', met als antwoordmogelijkheden: ja/misschien/nee.

Vanuit de verpleegkundige geleding kwam er veel kritiek op deze vragen. De belangrijkste kritiek was dat deze vragen teveel zouden eisen van de verpleegkundige die de anamnese afneemt. De vragen zouden reacties van de patiënt kunnen oproepen waar de verpleegkundige geen raad mee weet. Ten tweede vond men de vragen te veel op de oncologische patiënt gericht en te zwaar om aan alle patiënten te stellen. Daarmee vond men de vragen te confronterend voor de patiënten. Naast deze kritiek had men sowieso twijfels over de zin van het toevoegen van spirituele vragen aan de anamnese. Mede naar aanleiding van deze kritiek oordeelde het management dat een uitbreiding van de algemene anamnese met deze spirituele vragen een onaanvaardbare extra belasting van de verpleegkundigen zou vragen.

Er volgt een jaar van discussies over verschillende anamnese-instrumenten. Uiteindelijk werd er

besloten een pilot te starten met een vraag die ontstaan is uit eindeloos veel compromissen (zoals dat in ons ziekenhuis vaker gaat bij voorstellen van de dienst geestelijke verzorging).

Aan deze vraag gaat een inleiding vooraf waarop de verpleegkundige mag improviseren: *In ons ziekenhuis vinden we het belangrijk om niet alleen aandacht te hebben voor het lichamelijk welzijn van een patiënt. We hebben ook oog voor het geestelijk welbevinden van die persoon. Waar put iemand kracht uit, wat geeft iemand troost of houvast? Als iemand ziek is kunnen dat belangrijke dingen zijn.* Na deze inleiding volgt de eigenlijke vraag: *Heeft u momenteel behoefte aan ondersteuning hierbij? (ja/nee).* Uiteraard kunt u dit ook later nog doorgeven aan uw verpleegkundige. Niemand was gelukkig met deze vraag, maar de teamleiders van de verpleegafdelingen en onderzoekers besloten voor de pilot met deze vraag genoegen te nemen. Mocht het systeem na een evaluatie blijken te werken, dan zal er verder worden gezocht naar een betere vraag.

Uitbreiding van de algemene anamnese leidt tot onaanvaardbare extra belasting

Voorafgaand aan de implementatie zijn de beide geestelijk verzorgers alle verpleegafdelingen langs geweest voor een klinische les over de toevoeging van de spirituele vragen aan de anamnese. Alle verpleegkundigen krijgen een kaartje met de vraag en de daaraan voorafgaande inleiding. In deze bijeenkomsten geven veel verpleegkundigen aan het prettig te vinden dat deze vragen zijn toegevoegd. In de praktijk blijkt de invoering van de spirituele vragen erg lastig. De weerstanden waar we voorafgaand aan de implementatie op stuiten bij de verpleegkundigen, hebben er waarschijnlijk ook voor gezorgd dat de uitvoering nogal te wensen overliet. De spirituele vragen worden slechts bij 10,9 % van de patiënten gesteld. Van de patiënten waarbij de spirituele vragen worden gesteld, geeft 7% aan behoefte te hebben aan geestelijke ondersteuning. Dat betekent dat slechts in minder dan 1% (d.w.z. 7% van 10,9%) van de totale

patiëntenpopulatie de spirituele anamnese het effect van een bezoek van een geestelijk verzorger heeft. Ondanks de gebrekkige uitvoering door de verpleegkundigen zijn de effecten in het aantal consulten voor de dienst geestelijke verzorging aanzienlijk. Naast de extra automatische consulten die uit het anamneseprogramma naar de dienst geestelijke verzorging komen (vier per week), komen er ook extra consulten via de verpleegkundigen (twee per week). Blijkbaar zet de aanvulling op de anamnese ook buiten de eigenlijke anamnese aandacht voor spiritualiteit in gang.

De spirituele vragen staan twee jaar in de anamnese en worden voor 90% niet gesteld

Om te onderzoeken of de patiënten iets van de invoering hebben gemerkt, hebben we onder patiënten het eerdere onderzoek herhaald. Voor de invoering van de vraag in de anamnese gaf 15% van de patiënten aan dat er bij opname diepgaand is gevraagd naar religieuze achtergrond, na de invoering is dat 4%. Van de patiënten voor de invoering geeft 25% aan dat er enigszins is gevraagd naar de religieuze achtergrond, na de invoering is dat 40%. Blijkbaar heeft de invoering van de spirituele vragen er voor gezorgd dat, als men de vraag al stelt, dit ten koste gaat van diepergaande aandacht voor spirituele vragen. Misschien gaan verpleegkundigen ervan uit dat de aandacht voor spirituele zorg nu is uitbesteed (immers de geestelijke verzorging komt automatisch langs) en dat ze er daarom zelf minder aandacht aan hoeven te geven. In lijn daarmee is dat de uitkomst op het item uit de vragenlijst 'Ik ervaar bij de verpleegkundigen voldoende ruimte en steun voor mijn vragen over het doel en de zin van mijn leven en van mijn ziekte' na de invoering significant lager scoort (voor invoering 97%, na invoering 83%).

Inmiddels staan de spirituele vragen ruim twee jaar in de anamnese. Ondanks verschillende besprekingen in teamleidersbijeenkomsten en klinische lessen op de afdelingen is het niet gelukt de

spirituele vragen meer aandacht te laten krijgen. Door de jaren heen blijven de vragen in 90% van de anamneses niet gesteld. Ook het aantal consulten bij de dienst geestelijke verzorging blijft stabiel. Hoewel de spirituele anamnese een geschikt instrument lijkt, moeten we concluderen dat (deze) vragen in ons ziekenhuis niet functioneren zoals we gehoopt hadden. De spirituele anamnese blijft op de agenda staan, maar veel vorderingen zijn er (nog) niet gemaakt.

Dromen zijn bedrog?

De spirituele zorg blijkt een belangrijk aspect van de verpleegkundige zorg te zijn in de theoretische doordenking van zowel wetenschappers als van de door mij geïnterviewde verpleegkundigen. Ook geven alle verpleegkundige beroepscoodes aandacht aan spirituele zorg. Toch blijkt het lastig de spirituele zorg een plaats te geven binnen de verpleegkundige zorg. In de praktijk vinden verpleegkundigen en patiënten dat de spirituele zorg tekortschiet. Mijn pogingen die zorg te verbeteren hebben niet heel veel effect. Spirituele zorg (b)lijkt in de praktijk vooral een zaak van de geestelijke verzorging. Toch blijf ik dromen, vooral omdat blijkt dat dromen soms minder onwerkelijk zijn dan ze lijken. In een, in mijn proefschrift opgenomen, onderzoek dat in dit artikel niet aan de orde is geweest, analyseer ik het beroepstijdschrift van de geestelijke verzorging in Schotland (Vlasblom & Walton, 2015). De spirituele zorgverlening in Schotland verschilde niet heel veel met die in Nederland, totdat de *National Health Service* van Schotland de spirituele zorg integreerde in heel de verpleegkundige zorg. Spirituele zorg behoorde vanaf dat moment tot het zorgpakket van elke zorgverlener. In Nederland kennen we geen overkoepelende instantie als de NHS. In mijn proefschrift pleit ik er daarom voor dat de *Inspectie GezondheidsZorg* en zorgverzekeraars indicatoren voor spirituele zorg vaststellen en dat zorginstellingen daarmee verplicht worden spirituele zorg te verlenen. De spirituele zorg in Schotland is door de eis van de NHS tot wereldwijd voorbeeld geworden. Als de IGZ en de zorgverzekeraars ertoe bewogen kunnen worden de rol van de NHS in Nederland op zich te nemen is mijn droom 'spirituele zorg voor elke patiënt' ineens een stuk dichterbij.

Jan Piet Vlasblom is geestelijk verzorger in het Ikazia Ziekenhuis in Rotterdam en promoveerde in 2015 aan het VUmc op het proefschrift *Spiritual care by nurses and the role of the chaplaincy in a general hospital* (<http://dare.uvu.nl/handle/1871/53266?show=full>).

Literatuur

- Chan, M.F., Chung, L. Y. F., Lee, A. S. C., Wong, W. K., Lee, G. S. C., Lau, C. Y., ... Ng, J. W. S. (2006). Investigating spiritual care perceptions and practice patterns in Hong Kong nurses. Results of a cluster analysis. *Nurse Education Today*, 26, 139-150.
- Edwards, A., Pang, N., Shiu, V., & Chan, C. (2010). The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care. A meta-study of qualitative research. *Palliative Medicine*, 24(8), 753-770.
- Hoover, J. (2002). The personal and professional impact of undertaking an educational module on human caring. *Journal of Advanced Nursing*, 37(1), 79-86.
- Jochemsen, H., Klaasse-Carpentier, M., Cusveller, B. S., Scheur, A. van der, & Bouwer, J. (2002). *Levensvragen in de stervensfase. Kwaliteit van spirituele zorg in de terminale palliatieve zorg vanuit patiëntenperspectief*. Ede: Prof dr. G.A. Lindeboom Instituut.
- Leeuwen, R. van (2008). *Towards nursing competencies in spiritual care*. Rijksuniversiteit Groningen.
- Leeuwen, R. van, Schep-Akerman, A., & Van Laarhoven, H. W. (2013). Screening patient spirituality and spiritual needs in oncology nursing. *Holistic Nursing Practice*, 27(4), 207-216.
- Leeuwen, R. van, Tiesinga, L. J., Middel, B., Post, D., & Jochemsen, H. (2008). The effectiveness of an educational programme for nursing students on developing competence in the provision of spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, 17(20), 2768-2781.
- Leeuwen, R. van, Tiesinga, L. J., Post, D., & Jochemsen, H. (2006). Spiritual care. Implications for nurses' professional responsibility. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 875-884.
- Lovanio, K., & Wallace, A. M. (2007). Promoting spiritual knowledge and attitudes. A student nurse education project. *Holistic Nursing Practice*, 21(1), 42-47.
- Lundmark, M. (2006). Attitudes to spiritual care among nursing staff in a Swedish oncology clinic. *Journal of Clinical Nursing*, 15(7), 863-874.
- Menzies, H. (2005). *No time. Stress and the crisis of modern life*. Toronto: Douglas & McIntyre.
- Meyer, C. (2003). How effectively are nurse educators preparing students to provide spiritual care? *Nurse Educator*, 28(4), 185-190.
- Milligan, S. (2004). Perceptions of spiritual care among nurses undertaking postregistration education. *International Journal of Palliative Nursing*, 10(4), 162-171.
- Pesut, B. (2002). The development of nursing students' spirituality and spiritual care-giving. *Nurse Education Today*, 22(2), 128-135.
- Ross, L. (2006). Spiritual care in nursing. An overview of the research to date. *Journal of Clinical Nursing*, 15(7), 852-862.
- Sandor, M. K., Sierpina, V. S., Vanderpool, H. V., & Owen, S. V. (2006). Spirituality and clinical care. Exploring developmental changes in nursing and medical students. *Explore*, 2(1), 37-42.
- Strang, S., Strang, P., & Ternstedt, B. M. M. (2002). Spiritual needs as defined by Swedish nursing staff. *Journal of Clinical Nursing*, 11(1), 48-57.
- Vlasblom, J. P., & Walton, M. N. (2015). Developments in healthcare chaplaincy in the Netherlands and Scotland. A content analysis of professional journals, 2(2014). *Health and Social Care Chaplaincy*, 2(2), 235-254.
- Wasner, M., Longaker, C., Fegg, M. J., & Borasio, G. D. (2005). Effects of spiritual care training for palliative care professionals. *Palliative Medicine*, 19(2), 99-104.