

Spirituele screening in de psychogeriatrische verpleeghuiszorg

Een mixed-methods pilotstudy naar de ontwikkeling van een spiritueel screeningsinstrument

Voor een goede spirituele en existentiële zorgverlening aan mensen met dementie is het belangrijk dat zorgmedewerkers inzicht hebben in de spiritualiteit van nieuwe bewoners in het verpleeghuis. De auteur, werkzaam als geestelijk verzorger in de ouderenzorg, heeft samen met zorgcollega's een instrument ontwikkeld en getest waarmee de spiritualiteit gescreend kan worden. In dit artikel doet hij verslag van hun zoektocht.

Ben Rumping

HET AANTAL OUDEREN MET DEMENTIE neemt wereldwijd toe (WHO, 2012). Aangenomen kan worden dat ook in de Nederlandse context de zorg voor ouderen met dementie zal toenemen. Ouderen met dementie komen steeds later in aanmerkingen voor verpleeghuiszorg. Daarmee neemt de verblijfsduur af en professionals staan voor de uitdaging om in steeds kortere tijd de cliënt te leren kennen. Het leren

kennen van een cliënt met dementie kan moeilijk zijn. Bij eerder gepubliceerd onderzoek door de vakgroep geestelijke verzorging van de Viva! Zorggroep concludeerden de onderzoekers dat dementie de kans op een existentiële crisis vergroot en de mogelijkheden vermindert om de spiritualiteit in stand te houden, dan wel aan te passen (Rozendal & Rumping, 2016). Voor professionals in de ouderenzorg is het dus van belang

Thema	Inhoud
Van waarde zijn	Betekenisgeving aan het leven, verleden en heden en de waarde daarvan voor het dagelijkse leven.
Aanvaarding	Omgang met verlies, fysieke, sociale of geestelijke afhankelijkheid en het gevoel zelf de regie te hebben over het leven.
Religiositeit	Verbinding met het heilige/overstijgende en de manier waarop dit tot uiting komt in het dagelijkse leven.
Dementie	Het bewustzijn rondom het ziekteproces van dementie en de gevolgen daarvan voor het dagelijkse leven.
Verbinding	Het vermogen om liefde te geven en te ontvangen en contact te maken met de omgeving.

Tabel 1: spirituele thema's

om in korte tijd inzicht te krijgen in de spiritualiteit van dementerende ouderen. Een spirituele screening kan hieraan bijdragen.

Uit de systematische review van Gijsberts (2011) bleek dat de 24 tot dan toe bestaande screeningsinstrumenten voor spiritualiteit ontwikkeld zijn voor andere doelgroepen dan ouderen met dementie of niet gevalideerd zijn. Ook sloten de bestaande instrumenten niet aan bij de hieronder gekozen definitie van spiritualiteit. Om deze redenen hebben wij in het kader van dit onderzoek een eigen instrument ontwikkeld. Voor dit onderzoek wordt de volgende definitie van spiritualiteit gebruikt: 'the aspect of humanity that refers to the way individuals seek and express meaning and purpose and the way they experience connectedness to the moment, to the self, to others, to nature, and to the significant or sacred' (Puchalski, 2009, p. 887). Er is voor deze brede consensusdefinitie van spiritualiteit gekozen omdat ze recht doet aan hedendaagse betekenisgeving, het zoekproces benoemt dat aan betekenisgeving voorafgaat, en spiritualiteit verbindt met het zelf, anderen, de natuur en het heilige, waardoor verschillende spirituele thema's zichtbaar worden.

De onderzoeker is in 2016 samen met het Universitair Netwerk Ouderenzorg (UNO) een *mixed-methods* pilotstudy gestart. Daarbij is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd: 'Aan welke voorwaarden dient een spirituele screening te voldoen om inzicht te geven in de spiritualiteit van psychogeriatrische ouderen in de verpleeghuis-

zorg?' Deze hoofdvraag is onderverdeeld in drie deelvragen:

1. Uit welke vragen dient een screening voor psychogeriatrische ouderen te bestaan?
2. Op wat voor manier kan de spirituele screening het beste worden afgenomen?
3. Kan de screening ook worden afgenomen zonder in gesprek te gaan met een deelnemer?

De uitdaging om in steeds kortere tijd de cliënt te leren kennen

Dit onderzoek probeert daarmee een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van een instrument voor professionals om inzicht te krijgen in de spiritualiteit van psychogeriatrische ouderen en daarbij de mogelijke factoren van een existentiële crisis in kaart te brengen.

Onderzoeksoepzet

Richtinggevend voor het ontwerp van de spirituele screening waren de bovengenoemde definitie van spiritualiteit, het *spiritual needs*-model (Monod, 2010), het *spirituality at the end of life*-model (Gijsberts, 2015) en het eerder uitgevoerde kwalitatief onderzoek van Rozendal en Rumping (2016) naar spiritualiteit onder psychogeriatrische patiënten. Dit heeft in eerste instantie geleid tot de volgende spirituele thema's: van waarde zijn, aanvaarding, religiositeit, dementie en verbinding. In tabel 1 worden deze thema's toegelicht.

In overleg met de UNO hebben de onderzoekers ervoor gekozen om bij de thema's vragen op te stellen die beantwoord dienen te worden middels een vijfpunts Likertschaal. De antwoorden kunnen eventueel aangevuld worden met een toelichting (een voorbeeld dat het antwoord concretiseert of een nuanceert). Ook kan er gebruik gemaakt worden van ondersteunende emoticons ter verduidelijking van de vijfpunts Likertschaal. De doelgroep, ouderen met een psychogeriatrische aandoening, is nader bepaald aan de hand van de Nederlandse vertaling van de *Global Deterioration Scale* (Ferris & de Leon, 2005), waarmee de mate van Alzheimer wordt gemeten. Er is gekozen voor de categorieën 4 (evidente stoornissen) en 5 (overleeft niet zonder enige hulp) omdat de ziekte van Alzheimer bij deze groepen in zo'n mate aanwezig is dat de cliënt gedwongen wordt om elders onderdak te vinden en daarmee in het zicht komt van de verpleeghuiszorg.

Dementie is een risico voor een existentiële crisis

Om antwoord te geven op de eerste twee deelvragen en zo goed mogelijk aan te sluiten bij de beroepspraktijk, zijn er focusgroepen opgezet op twee halfgesloten psychogeriatrische afdelingen van de Viva! Zorggroep met eenzelfde afdelingsstructuur en doelgroep en is er een proefscreening uitgevoerd. Tijdens het onderzoek zijn er drie bijeenkomsten geweest met beide focusgroepen. Van alle bijeenkomsten zijn gespreksverslagen gemaakt die weer zijn voorgelegd aan de aanwezigen. Deze gespreksverslagen maken onderdeel uit van de kwalitatieve onderzoeksdata. Omwille van de privacy van deelnemers aan de screening worden de locaties A en B genoemd. De focusgroep op locatie A bestond uit vijf verzorgenden en één verpleegkundige. De focusgroep op locatie B bestond uit vier verzorgenden en twee verpleegkundigen.

Bij de eerste bijeenkomst werden de spirituele thema's omgezet naar concrete vragen en werd bepaald wanneer de screening het beste kon wor-

den uitgevoerd (minimaal zes weken na opname) en op welke manier. Zo ontstond er een eerste ontwerp van het screeningsinstrument (zie bijlage 1). Er werd onderscheid tussen locaties A en B gemaakt in de manier van werken. Op locatie A werd afgesproken dat de leden van de focusgroep in gesprek zouden gaan met alle deelnemers/bewoners. Op locatie B gingen de leden van de focusgroep niet in gesprek met de deelnemers, maar vulden zelf het vragenlijst in voor de deelnemer. Op locatie A zijn er afspraken over de manier van werken gemaakt die aansloten bij de communicatieve strategieën voor psychogeriatrische ouderen (Ryan, 2005): (1) de conceptscreening wordt gedaan in de kamer van de deelnemer om afleiding te voorkomen; (2) er wordt tijdens de screening rustig en duidelijk gesproken; (3) er wordt oogcontact gemaakt; (4) er wordt één vraag tegelijk gesteld; en (5) er wordt ruim tijd genomen om naar de deelnemer te luisteren. Daarna werd de screening uitgevoerd door verzorgenden bij 38 deelnemers (respons 95%). De onderzoeker kreeg de screening genummerd, zonder naam van de deelnemer, terug (enkel-geblindeerd).

De tweede bijeenkomst met de focusgroepen stond in het teken van de evaluatie van de proefscreening.

Om deelvraag 3 te beantwoorden is er zes tot acht weken na afname van het eerste ontwerp een betrouwbaarheidsmeting uitgevoerd, door drie geestelijk verzorgers opnieuw de screening te laten doen bij dezelfde deelnemers. Elf deelnemers vielen door omstandigheden af: vijf op locatie A vijf en zes op locatie B. De geestelijk verzorgers zijn met alle deelnemers in gesprek gegaan, dus ook op locatie B, en hielden zich daarbij aan de communicatieve afspraken zoals hierboven beschreven. Er is gekozen om in gesprek te gaan met alle overgebleven deelnemers om in deze fase zoveel mogelijk informatie te vergaren over de waarde die de screening heeft wanneer er in gesprek wordt gegaan met een deelnemer. Deze tweede ronde werd tevens met opzet uitgevoerd door geestelijk verzorgers. Als er opnieuw was gekozen voor screening door de leden van de focusgroep, was er geen informatie verzameld over mogelijke verschillen in beoordeling. Op deze

ICC overeenstemming A en B	Overeenstemming A focusgroep in gesprek (14 x)	Overeenstemming B focusgroep niet in gesprek (13 x)
Van waarde zijn	0,65	0,34
Dementie	0,37	-0,12
Afhankelijkheid	0,41	-0,04
Religiositeit	0,56	-0,08
Verbinding	-0,15	0,38
Aanvaarding	0,56	-0,09

Tabel 2: uitkomsten ICC

manier is dus meteen de betrouwbaarheid van de screening onderzocht. Tijdens de derde bijeenkomst van de focusgroepen werden de kwantitatieve onderzoeksresultaten geëvalueerd.

Resultaten

In overleg met de UNO is ervoor gekozen de betrouwbaarheid van de beoordelingen te meten aan de hand van de *intraclass correlation coefficient* (ICC), een maat om overeenstemming te meten tussen twee beoordelaars. De ICC is hiervoor geschikt omdat deze rekening houdt met systematische meetverschillen tussen leden van de focusgroep en de geestelijk verzorgers (Bouter, 2016). Het gaat dus om meetverschillen tussen beide focusgroepen en de geestelijk verzorgers. Bij de ICC ligt de uitkomstwaarde tussen de -1 en de +1. De waarde +1 betekent in dit geval dat de geestelijk verzorgers bij alle vragen dezelfde score hebben ingevuld als de leden van de focusgroep. Bij de waarde -1 hebben de geestelijk verzorgers bij alle vragen precies de tegenovergestelde score ingevuld als de leden van de focusgroep. In het geval van een vijfpunts Likertschaal zijn de scores 1 en 5 de tegenovergestelde scores. De waarde 0 als uitkomst van de ICC betekent dat er helemaal geen samenhang is tussen de score van de geestelijk verzorgers en die van de leden van de focusgroep. Scores van +1, -1 en 0 zijn extremen, veel vaker zie je die tussen de uitersten in liggen. Er wordt gestreefd naar een uitkomst die hoger ligt dan +0,7. Dit wil zeggen dat er een waarschijnlijkheid bestaat van 0,7 dat een lid van de focusgroep tot eenzelfde oordeel komt als de geestelijk verzorger. Dit heeft per thema geleid tot de volgende resultaten (zie tabel 2).

Wat opvalt is de betere score voor alle thema's op locatie A, met uitzondering van het thema Verbinding. Dit betekent dat er op locatie A, waar de focusgroep van verzorgenden de screening in gesprek met de deelnemer uitvoerde, vaker dezelfde score werd ingevuld door verzorgenden en geestelijk verzorgers. Op locatie B was er bij de thema's Aanvaarding, Religiositeit, Afhankelijkheid en Dementie geen overeenstemming tussen de twee beoordelaars. Alleen bij Van waarde zijn en Verbinding werd daar soms overeenstemming gevonden. Verder voldoet geen van de thema's aan het doel, een score hoger dan 0,7. Op locatie A komen de thema's Van waarde zijn, Religiositeit en Aanvaarding wel in de buurt.

De screening werd door de bewoners als positief ervaren: aandacht

De kwalitatieve gegevens bestonden uit de gespreksverslagen van de focusgroepen. Op locatie A werd de screening over het algemeen als positief ervaren. Woorden die daarbij gebruikt werden waren: verrassend, verdiepend en interessant. Uitvoerders van de screening kregen de indruk dat ze de deelnemers beter leerden kennen tijdens de screening. Hierbij werd duidelijk dat complexe spirituele thema's onder woorden gebracht kunnen worden door dementerende ouderen en dat zij zo'n gesprek op prijs stellen. Na afloop werd de individuele aandacht ook door de bewoners als positief ervaren. Zo werden

leden van de focusgroep bedankt voor hun aandacht. De focusgroep op locatie A gaf over het gebruik van emoticons aan dat de score niet altijd overeenkwam met de desbetreffende emoticons. Dus bijvoorbeeld dat bij een score van 1 op vijf-punts Likertschaal niet altijd een negatieve emotie hoort. En dat de emoticons daarmee het afnemen van de screening eerder belemmerden dan ondersteunden. Op locatie B waren de onderzoeksresultaten confronterend. De focusgroep dacht goed op de hoogte te zijn van de spiritualiteit van de deelnemers. Maar de geestelijk verzorgers die in gesprek gingen met de deelnemers kwamen met heel andere scores. Er werd gezocht naar mogelijke oorzaken. Bijvoorbeeld bij het thema religiositeit, waar absoluut (in punten) het grootste verschil zat. De leden van de focusgroep erkenden weinig ruimte te maken voor religiositeit, zodat dit ook niet zichtbaar werd in het dagelijkse leven. Bij het thema verbinding viel juist de grotere mate van overeenstemming op tussen geestelijk verzorgers en leden van de focusgroep van locatie B ten opzichte van locatie A. Een mogelijke oorzaak daarvoor ligt in de observerende formulering van de vragen over dit thema: hier was het juist de bedoeling om te observeren en niet rechtstreeks een vraag aan de deelnemer te stellen. Deze vragen pasten dus beter bij het niet in gesprek gaan met deelnemers. Ook werd vastgesteld dat de geestelijk verzorgers wellicht op een ander tijdstip van de dag de vragen stelden dan (op locatie A) de verzorgenden: dit kan van invloed zijn geweest op de antwoorden. Volgens de ervaringen van de leden van de focusgroep kunnen ouderen met de ziekte van Alzheimer in de loop van de dag sterk wisselen de gemoedstoestanden laten zien.

Conclusie

Dit onderzoek heeft op basis van een *mixed-methods* onderzoek geprobeerd een aanzet te geven tot een spirituele screening voor psychogeriatrische ouderen in de verpleeghuiszorg. De drie deelvragen kunnen we nu als volgt beantwoorden. Een spirituele screening voor ouderen in de psychogeriatrische verpleeghuiszorg kan betrekking hebben op de genoemde thema's, die aansluiten bij de belevingswereld van de doelgroep. De thema's dienen als kapstok voor inhoudelijke vragen die gericht zijn op het doel van de

screening, namelijk inzicht krijgen in de spiritualiteit van de oudere. Deze vragen dienen niet alleen begrijpelijk te zijn voor ouderen zelf, maar ook geformuleerd te zijn in de taal van de verpleegkundigen en verzorgenden die dagelijks met hen werken. De vijf-punts Likertschaal met een woordelijke toelichting biedt de deelnemer de mogelijkheid om zijn gevoelens te uiten. Daarmee ontstaat er een duidelijk ontwerp van de screening.

De screening moet begrijpelijk zijn voor ouderen maar ook voor de verpleegkundigen en verzorgenden

Deelvraag 2 ging over de manier van screening: hoe kunnen de genoemde thema's het beste besproken worden met de doelgroep? De gemaakte communicatieve afspraken op locatie A hebben onder andere ertoe geleid dat 95% van de screening door de focusgroepen werd gedaan. Het werd duidelijk dat verzorgenden en verpleegkundigen, wanneer ze betrokken worden bij het proces, goed in staat zijn om spirituele thema's te bespreken. Uit het antwoord op deelvraag 3 blijkt dat het weinig zin heeft de screening af te nemen wanneer er niet in gesprek wordt gegaan. Wanneer de vragenlijst zonder gesprek werd ingevuld door leden van de focusgroep, ontstonden er grote verschillen tussen hun bevindingen en die van de geestelijk verzorgers die alsnog in gesprek gingen. De overeenkomst tussen de bevindingen van de leden van de focusgroep en die van de geestelijk verzorgers bleef in alle gevallen onder het beoogde niveau.

Het antwoord op de hoofdvraag – 'Aan welke voorwaarden dient een spirituele screening te voldoen om inzicht te geven in de spiritualiteit van psychogeriatrische ouderen in de verpleeghuiszorg?' – is een samenspel van het antwoord op de drie deelvragen. De ontworpen spirituele screening houdt allereerst rekening met de gekozen doelstelling. De gekozen spirituele thema's

als kapstok komen voort uit recente wetenschappelijk literatuur en eigen kwalitatief onderzoek. De geformuleerde vragen sluiten aan bij zowel de belevingswereld van de deelnemer als bij de beroepsgroep. De screening laat ook voldoende ruimte voor het antwoord van de deelnemer. Maar dit is niet voldoende. Rekening houdend met de doelgroep geeft de screening ook aanwijzingen over de manier waarop het gesprek gevoerd kan worden. Dit om de slagingskans voor een inhoudelijk gesprek te vergroten. Bovenal blijkt het omwille van de betrouwbaarheid nodig te zijn dat deze screening plaatsvindt in een gesprek. Daarmee geeft dit onderzoek niet alleen antwoord op de hoofdvraag, maar ook op de vraag hoe zo'n screening mogelijk het best tot zijn recht komt.

Discussie en aanbevelingen

Het onderzoek kende een aantal onvolkomenheden. Te denken valt aan belemmering door gebruik van emoticons, wisselend tijdstip van afname, overdaad aan vragen bij de verschillende thema's en de nog relatieve onbekendheid van de leden van de focusgroep met dit onderwerp. Wat ook aan te merken valt op deze studie is de verslaglegging rondom de focusgroepen. De verslaglegging vond plaats op basis van aantekeningen van de onderzoeker. Er hadden meer gegevens verzameld kunnen worden wanneer hier was gekozen voor opnames van de gesprekken.

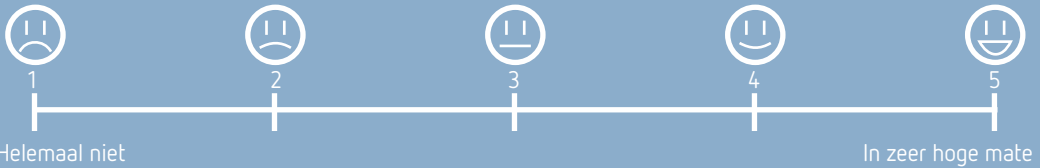
Er is naar aanleiding van de resultaten opnieuw gekeken naar alle vragen, de volgorde en het rubriceren van de vragen bij een thema. Dit heeft geleid tot een verdere aanscherping van de spirituele screening. Deze is toegevoegd en kan in overleg met de onderzoeker worden gebruikt voor vervolgonderzoek (bijlage 2). De herziene screening is echter nog niet gereed voor gebruik in de praktijk. Duidelijk wordt dat er verder onderzoek gedaan moet worden naar deze screening, zodat er in de toekomst nog beter recht gedaan kan worden aan de spiritualiteit van ouderen in psychogeriatrische verpleeghuiszorg.

Ben Rumping is geestelijk verzorger bij de Viva! Zorggroep; b.rumping2@vivazorggroep.nl

Literatuur

- Bouter, L. M. e.a. (2016). *Leerboek epidemiologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Gijsberts, M. J. e.a. (2011). Spirituality at the End of Life: Conceptualization of Measurable Aspects. A Systematic Review, *Journal of Palliative Medicine*, 14(7), 852-863.
- Gijsberts, M. J. (2015). *Spiritual care at the end of life in Dutch nursing homes*. Amsterdam: VU University Press.
- Monod, S. (2010). Spiritual needs model. Spirituality Assessment in the Geriatric Hospital Setting, *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 22(4), 271-282.
- Puchalski, C., Ferrell, B., & Virani, R. (2009). Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care. The report of the consensus conference, *Journal of Palliative Care*, 12(10), 885-904.
- Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., & Crook, T. (1982). The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia, *American Journal of Psychiatry* (139), 1136-1139. Translated into Dutch by J. F. M. de Jonghe, 2005. Ref.: Wattel, E. M., & Achterberg, W. P. (2010). UNO-COG-Toolkit – cognitieve meetinstrumenten voor de ouderenzorg – een practice-based benadering. Amsterdam: UNO-VUMC.
- Rozendal, S., & Rumping, B. (2016). Spiritualiteit en dementie. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 19(83), 36-40.
- Ryan, E. B. (2005). Communication Strategies to Promote Spiritual Well-being among People with Dementia. *The Journal of Pastoral Care & Counseling*, 59(1-2), 43-55.
- World Health Organization (2012). *Dementia: a public health priority*, geraadpleegd op 2017-05-05: www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/.

BIJLAGE 1 CONCEPT-SCREENING SPIRITUALITEIT EN DEMENTIE



Het instrument dient als indicatie voor geestelijke verzorgers om inzicht te krijgen in de spirituele beleving van bewoners met dementie

De vragen/stellingen mag u scoren samen met of voor de bewoner. Elke vraag dient beantwoord te worden met een score van 1 t/m 5. Vult u alstublieft de gehele scorelijst in. De toelichting is optioneel.

Naam bewoner:

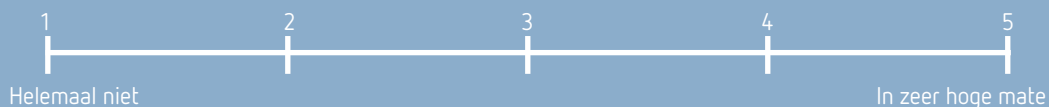
Naam afnemer vragenlijst:

Datum:

Thema: van waarde zijn Conceptvragen	Ervaart de bewoner de dagelijkse gang van zaken als zinvol? Kijkt de bewoner met voldoening terug op zijn leven?
Thema: afhankelijkheid Conceptvragen	Is de bewoner zich bewust van zijn afhankelijkheid door dementie? Ervaart de bewoner lichamelijke afhankelijkheid? Kan de bewoner goed omgaan met het afhankelijk zijn?
Thema: religiositeit Conceptvragen	Heeft de bewoner een religieuze achtergrond? Brengt de bewoner zijn geloof in de praktijk? Ervaart de bewoner steun aan zijn geloof?
Thema: verbinding met anderen Conceptvragen	Kan de bewoner nog in contact komen met familieleden en vrienden? Ervaart de bewoner voldoende steun en liefde uit zijn omgeving? Is de bewoner nog in staat om liefde te geven? Kan de bewoner op de groep nog contact maken met andere bewoners?
Thema: aanvaarding Conceptvragen	Vindt de bewoner het moeilijk om zijn situatie te accepteren? Kan de bewoner moeilijke gebeurtenissen uit zijn leven een plaats geven? Ervaart de bewoner frustraties over bepaalde gebeurtenissen?
Thema: overig	Zijn er andere oorzaken die de spiritualiteit van de bewoner beïnvloeden?

Dank voor het afnemen

BIJLAGE 2 CONCEPTSCREENING SPIRITUALITEIT EN DEMENTIE



De thema's van waarde zijn, aanvaarding, religiositeit/ levensbeschouwing en dementie vult u in gesprek met de deelnemer in. Het thema verbinding vult u voor de deelnemer in. Vult u alstublieft de gehele scorelijst in. Elke vraag dient beantwoord te worden met een score van 1 t/m 5. De toelichting is optioneel.

Gespreksvoorwaarden	Neem de deelnemer mee naar een rustige plek waar er gesproken kan worden. Probeer rustig en duidelijk te spreken. Probeer tijdens het gesprek oogcontact te maken. Stel niet meerdere vragen tegelijk. Neem de tijd om naar de deelnemer te luisteren.
Thema: van waarde zijn	Ervaart u het leven als zinvol? Kijkt u met voldoening terug op uw leven? Ervaart u de dagelijkse gang van zaken als zinvol?
Thema: aanvaarding	Voelt u zich fysiek, sociaal of geestelijk afhankelijk? Heeft u het gevoel dat u de regie heeft over uw leven? Speelt verlies een rol in uw leven? Bent u in staat om verlieservaringen met anderen te delen?
Thema: religiositeit/ levensbeschouwing	Bent u religieus / Heeft u een levensbeschouwelijke achtergrond? Brengt u uw religie / levensbeschouwing in de praktijk? Ervaart u steun aan uw religie of levensbeschouwing? Wordt er rekening gehouden met de manier waarop u in het leven staat?
Thema: dementie	Bent u vergeetachtig / dement? Heeft u last van uw vergeetachtigheid / dementie?
Thema: verbinding observeren	Ervaart de bewoner steun en liefde van familie en vrienden? Draagt de bewoner bij aan contact met anderen?
Overig	Zijn er andere oorzaken die de spiritualiteit van de bewoner beïnvloeden?

Naam deelnemer:

Datum:

Naam afnemer vragenlijst:

Tijdstip van afname:

Het instrument dient als indicatie voor geestelijk verzorgers om inzicht te krijgen in de spirituele beleving van bewoners met dementie.

Dank voor het afnemen