

# Leren van spirituele zorg in ziekenhuizen

## Een terugblik en plaatsbepaling

De afgelopen jaren maakte de geestelijk verzorging een grote ontwikkeling door. De auteur heeft deze ontwikkeling als geestelijk verzorger van binnenuit meegeemaakt én er actief aan bijgedragen. Hij geeft in dit artikel de belangrijkste uitkomsten van zijn proefschrift weer, dat gaat over het scholen van professionals op het gebied van spirituele zorg in de palliatieve zorg in het ziekenhuis. Daarna beschrijft hij de ontwikkelingen van de geestelijke verzorging in de afgelopen jaren binnen de palliatieve zorg en de eerste lijn. Hij sluit af met zijn visie op kansen die er nu liggen in het veld van de geestelijke verzorging.

**Joep van de Geer**

EEN TERUGBLIK OP mijn promotieonderzoek, de context waarin dat ontstond en een plaatsbepaling in de huidige context van het vakgebied van de geestelijke verzorging doet me beseffen dat we als beroepsgroep in een turbulente en cruciale fase van ontwikkeling terechtgekomen zijn. In het recente verleden als geestelijk verzorger in een ziekenhuis gebruikte ik bij patiënten in langdurige trajecten geregeld de metafoer van het fietsen in de bergen. Bergopwaarts fietsen is zwaar; met al die bochten zie je vaak lange tijd niet of je dichterbij de pashoogte komt en na elke bocht worden je benen zwaarder en vermoeider. Met patiënten keek ik terug om zich te realiseren hoe diep het dal was van waar-

uit ze omhoog geklommen waren. Zo zochten we samen naar de inspiratie om de moed te hervinden weer door te fietsen richting die pashoogte.

Als ik de metafoer toepas op de beroepsgroep van geestelijk verzorgers, hebben we na lange tijd vanuit de marge werken en bezuinigingen mogelijk de pashoogte achter ons. Er is veel meer onderzoek op gang gekomen vanuit de beroepsgroep - steeds vaker ook onderzoek dat in samenwerking met andere disciplines opgezet en uitgevoerd wordt. Er is een groeiende behoefte aan scholing in zingeving en spiritualiteit en er is financiering voor het werken buiten de muren van zorginstellingen. Dat alles leidt tot grote



snelheid in ontwikkelingen, waarbij het belangrijk is om vanuit inhoudelijke overwegingen aan het stuur te blijven en te voorkomen dat we uit de bocht vliegen.

Laat ik over de grenzen van deze beeldspraak duidelijk zijn: het gaat niet bergafwaarts met de geestelijke verzorging, maar de ontwikkelingen gaan wel met grote snelheid. Kijkt u met me mee naar het begin van de rit in context en achtergrond, de afgelegde route in het overzicht van het onderzoek zelf en het uitzicht in plaatsbepaling op dit moment?

### **Context en achtergrond**

Mijn onderzoeksvraag ontstond tegen de achtergrond van de beleidsmatige ontwikkeling van palliatieve zorg in Nederland. Als geestelijk verzorger in de ouderenzorg werd ik kort na de eeuwwisseling gevraagd om invulling te geven

aan het begrip spiritualiteit in een gezamenlijk te schrijven nota over palliatieve zorg. De Nederlandse overheid volgde van meet af aan de Wereldgezondheidsorganisatie in haar definitie van palliatieve zorg (WHO, 2002). Op dat moment bleek ik niet terug te kunnen vallen op een bron die op breed draagvlak kon rekenen binnen de beroepsgroep. De term spiritualiteit werd nagevoel niet gebruikt. Ik participeerde vanuit mijn organisatie in het toenmalige Netwerk Palliatieve Zorg Noordwest Friesland. Ook in de Nederlandse palliatieve zorg bleek op dat moment verlegenheid te zijn ten aanzien van de inhoud van dat begrip.

Na mijn overstap naar het Medisch Centrum Leeuwarden kreeg ik als projectleider palliatieve zorg de kans om vorm te geven aan een kwaliteitsproject dat ten doel had de aanwezige expertise in het ziekenhuis op het gebied van pallia-

tieve zorg te bundelen en te verbeteren. In die rol voelde ik nog sterker de behoefte aan een gezaghebbende bron op basis van een brede consensus van waaruit ik zou kunnen putten in scholing van artsen en verpleegkundigen. De komst van het eerste richtlijnenboek voor de praktijk van de palliatieve zorg (De Graeff e.a., 2006) bracht op dat moment nog geen soelaas.

Door middel van het organiseren van de eerste *Masterclass spiritualiteit en geestelijke verzorging in de palliatieve zorg* - waarover ik eerder in dit tijdschrift (Van de Geer, Kuin & Leget, 2008) berichtte - hoopte ik dat we binnen de beroepsgroep zouden kunnen komen tot een gedeelde invulling van het begrip spiritualiteit in de palliatieve zorg. In dezelfde periode ontstond bij Agora Ethiek en Spirituele Zorg een multidisciplinaire werkgroep die de uitdaging opnam om een eerste richtlijn voor dit complexe begrip te schrijven en aan te bieden aan de redactie van het richtlijnenboek. Meerdere versies en concepten voor die richtlijn werden besproken met de groepen geestelijk verzorgers die de masterclass bezochten en teruggekoppeld aan de schrijfgroep.

Met de acceptatie en publicatie van de multidisciplinaire richtlijn spirituele zorg (Leget e.a., 2010) door de redactie van het richtlijnenboek ontstond een nieuwe situatie. Het werd nu mogelijk om artsen en verpleegkundigen in het ziekenhuis (en uiteraard daarbuiten) te scholen op basis van een consensusdocument. Passend bij de nieuwe situatie werd de masterclass vanaf dat moment multidisciplinair aangeboden en veranderde de naam in *Masterclass spiritualiteit in de palliatieve zorg*. Helaas was (en is) binnen ziekenhuizen lang niet voor alle artsen en verpleegkundigen de tijd beschikbaar om de masterclass te volgen. Daarom bleef ik worstelen met de nijpende vraag: hoe school ik artsen en verpleegkundigen in de korte tijd die daarvoor binnen ziekenhuizen beschikbaar is?

### Inhoud van het onderzoek

Onder begeleiding van Hetty Zock, Carlo Leget, Kris Vissers en Jelle Prins ontstond een onderzoeksprotocol (Van de Geer e.a., 2016a) voor een actieonderzoek, dat in 2012 van start ging met als doel te verkennen hoe geestelijk verzorgers in

Nederlandse algemene ziekenhuizen kunnen bijdragen aan het verbeteren van de aandacht voor spirituele zorg in de palliatieve zorg. Dit actieonderzoek is uiteindelijk uitgemond in mijn proefschrift.

## De ontwikkelingen gaan met grote snelheid

Tijdens het onderzoek werden de effecten gemeten van een scholing spirituele zorg in de palliatieve zorg in acht Nederlandse topklinische opleidingsziekenhuizen, verzorgd door gespecialiseerde geestelijk verzorgers. De effecten op patiënten en zorgverleners werden gemeten met behulp van vragenlijsten die met kwantitatieve methoden werden geanalyseerd. Semigestructureerde interviews vonden plaats met de geestelijk verzorgers die de interventie uitvoerden, om hun ervaringen te verzamelen en te analyseren.

### Hoofd- en deelvragen

De hoofdvraag in het onderzoek luidde: waaraan dient scholing in het hermeneutisch gebruik van diagnostische instrumenten ten behoeve van multidisciplinaire spirituele zorg te voldoen, opdat primaire zorgverleners (artsen, verpleegkundigen en verzorgenden) dit, ondersteund door geestelijk verzorgers (als experts), tot een geïntegreerd onderdeel van hun praktijk kunnen maken? Met de term hermeneutisch gebruik wilden we vanaf het begin duidelijk maken dat we andere professionals niet wilden opzadelen met het volgende afvinklijstje, maar dat we hen competentier en gevoeliger wilden maken voor de vaak meerdere lagen van betekenis in de communicatie met patiënten.

### De deelvragen waren:

- Wat is de Ausgangssituation voor de ontwikkeling van multidisciplinaire spirituele zorg in de palliatieve zorg in Nederland anno 2012?
- Op welke wijze hebben topklinische ziekenhuizen in Nederland palliatieve zorg en spirituele zorg (voor zover onderdeel daarvan) intern gestructureerd en georganiseerd?
- Welke diagnostische instrumenten sluiten theoretisch aan bij de richtlijn voor spirituele

zorg, sluiten aan bij de behoeften van patiënten en naasten en sluiten aan bij de behoeften van zorgverleners en hun professionele taken en beroepsstandaarden en zijn in de ogen van primaire zorgverleners geschikt voor praktische toepassing?

- Hoe kunnen geestelijk verzorgers in de klinische praktijk scholing in spirituele zorg aan primaire zorgverleners concretiseren?
- Wat is het rendement van deze scholing?

Bij aanvang van het project toonden 10 van de 28 topklinische ziekenhuizen in Nederland belangstelling voor deelname aan het project. Als inclusiecriteria gold het hebben van een lopend kwaliteitsprogramma palliatieve zorg of een palliatief consultatieteam. Hoewel in de internationale onderzoeksliteratuur meer instrumenten en handvatten werden genoemd die theoretisch in de richtlijn voor spirituele zorg zouden passen, beperkten de experts in een *invitational research conference* in 2013 de modellen die in de proefcursussen getraind zouden worden tot de drie modellen die in de richtlijn in vertaalde vorm zijn opgenomen: *a)* luisteren in lagen volgens Erhard Weiher (2011), *b)* vertaling van de drie screeningvragen, ontwikkeld door het Mount Vernon Cancer Network (2007), en *c)* het Nederlandse Ars Moriendi-model voor spirituele zorg van Carlo Leget (2012).

Op deze conferentie werden ook verdere vereisten voor een proeftraining spirituele zorg binnen palliatieve zorg in de deelnemende ziekenhuizen besproken. De doelgroep werd geformuleerd als multidisciplinaire klinische teams van afdelingen waar patiënten behandeld werden in zowel palliatieve als curatieve trajecten. Als belangrijkste te scholen competenties (in twee sessies van 90-120 minuten) werden genoemd: *a)* het onderkennen van spirituele behoeften, *b)* doorverwijzen, *c)* zelfreflectie, en *d)* een open houding tegenover de spiritualiteit van de patiënt.

### Interventie en deelnemers

De interventie 'training in spirituele zorg' werd tussen februari 2014 en februari 2015 negen keer gegeven in zeven ziekenhuizen; 374 professionele zorgverleners werden groepsgewijs ingeroos-

terd voor een of twee lessen tijdens werktijden, gegeven door aan de afdeling verbonden en getrainde geestelijk verzorgers, met behulp van een gestandaardiseerde presentatie en enkele standaardwerkvormen. In overeenstemming met de actieonderzoekopzet varieerde de training per ziekenhuis, binnen de vereisten van het afgesproken onderzoeksprotocol.

## Trainingsprogramma's voor spirituele zorg in de palliatieve zorg zijn effectief

Doel van de interventie was:

- verbeteren van de aandacht bij professionele zorgverleners voor spirituele behoeften van patiënten (niet door een specifiek instrument voor spirituele interventies te implementeren, maar gericht op de verbetering van de competenties van artsen en verpleegkundigen op deze dimensie);
- verbeteren van de kwaliteit van zorg zoals ervaren door palliatieve patiënten op de afdelingen waar de training werd gegeven;
- vergaren van praktische kennis over de belemmeringen en kritische succesfactoren bij het trainen van spirituele zorg en de implementatie van de richtlijn.

De te trainen kernvaardigheden waren:

- herkennen en verkennen van spirituele behoeften;
- begeleiden van patiënten (passend bij de eigen professionele rol);
- doorverwijzen in geval van crisis.

Multidisciplinaire scholing was verplicht, dat wil zeggen, de geestelijk verzorgers dienden daarvoor zo vergaand mogelijke afspraken te maken met het medisch en verpleegkundig management van de afdelingen die gemotiveerd waren om mee te doen. Idealiter werd de scholing dan met een verplichtend karakter aangeboden; medewerkers werden ingeroosterd, rekening houdend met de mogelijkheden van zowel artsen als verpleegkundigen.



Dat we niet in alle deelnemende ziekenhuizen honderd procent slaagden in het realiseren van het protocol, was geen probleem voor het actieonderzoek. Dat gaf ons juist inzicht in de factoren die een rol bleken te spelen in de dagelijkse werkelijkheid van het ziekenhuis.

## Resultaten van het onderzoek

In het kader van dit artikel voert een compleet, gedetailleerd overzicht van de resultaten, geordend naar de hoofdvraag en deelvragen te ver; daarvoor verwijs ik naar het proefschrift. In deze bijdrage worden de effecten van de training spirituele zorg samengevat en beschreven onder drie thema's: a) effect op de kwaliteit van zorg, zoals die door patiënten is ervaren (*patient reported outcomes*), b) effect op de competenties van geschoolde artsen en verpleegkundigen (Van de Geer, 2017a), en c) effect op de geestelijk verzorgers.

### Effect op de kwaliteit van zorg

Het bleek mogelijk om met een kwantitatieve methode het effect van een training spirituele zorg op de kwaliteit van zorg te meten (Van de Geer, 2016b). Door gebruik te maken van *patient reported outcome measures* konden we inzichtelijk maken hoeveel belang patiënten in de palliatieve fase hechten aan aandacht voor hun levensvragen, existentiële thema's dan wel spirituele behoeften, hoe belangrijk ze het vonden dat er ook aandacht was voor hun naasten en hoeveel aandacht ze ervaarden.

In het kader van dit exploratieve onderzoek rapporteerden de geïncludeerde patiënten een significante verbetering van de aandacht voor hun levensvragen, existentiële thema's en spirituele behoeften. Daarnaast vonden we ook een significante vermindering van slaapproblemen bij deze groep.

### Effect bij verpleegkundigen en artsen

De resultaten (Van de Geer, 2016b) toonden een blijvend effect (na één maand en zes maanden) bij verpleegkundigen. De scholing had echter onvoldoende impact op de praktijk van artsen. Het meest bruikbare meetinstrument dat gehanteerd werd bij de kwantitatieve analyse was een voor multidisciplinaire groepen aangepaste versie van de *Spiritual Care Competence Scale* (Van

Leeuwen, 2008). De resultaten op de verpleegkundigen waren vergelijkbaar met de resultaten zoals gerapporteerd in andere studies (Van Leeuwen, 2008, 2015). Het kleinere effect op de artsen zou verklaard kunnen worden uit het feit dat de geestelijke verzorgers als trainers meer vertrouwd zijn met de praktijk van de verpleegkundigen dan met het dagelijks werk van artsen, en dat zij hun trainingsmethoden dus minder goed kunnen afstemmen op de behoeften van artsen.

De hoofdconclusie van het kwalitatieve onderzoek (Van de Geer, 2017a), op basis van de semigestructureerde interviews met de geestelijke verzorgers, luidt dat de richtlijn spirituele zorg in ziekenhuizen effectief kan worden geïmplementeerd, als daarbij van start gegaan wordt met twee lessen van elk negentig minuten (groepsgrootte acht tot twintig personen) in multidisciplinaire groepen. In de tweede sessie dienen de gedetailleerde casusbeschrijvingen van de deelnemers aan bod te komen als voorbeelden en oefenmateriaal voor de aangeleerde modellen, instrumenten en handvatten.

Monodisciplinaire training lijkt praktischer of gemakkelijker te organiseren en kan worden aangepast aan specifieke leerbehoeften. Als voordelen van multidisciplinaire scholing meldden de co-onderzoekers echter dat de scholing aan kwaliteit won als zowel artsen als verpleegkundigen deelnamen aan een training. Dit droeg namelijk bij aan het wegnemen van wederzijdse stereotypen en schiep mogelijkheden om de werkprocessen aan te passen.

Multidisciplinaire training biedt het team de gelegenheid tot het maken van gezamenlijke keuzes betreffende de implementatie van specifieke modellen en instrumenten en biedt handvatten voor verkenning, multidisciplinaire communicatie in (elektronische) patiëntendossiers en verwijzing naar geestelijke verzorging of andere disciplines. Overigens bleek er bij de deelnemers nauwelijks reflectie op de eigen spiritualiteit of confrontatie met levensinzorg mogelijk binnen de tijd die de geestelijk verzorgers in dit onderzoeksproject aan de scholing van artsen en verpleegkundigen konden besteden.

## Effect op geestelijk verzorgers

Het kwalitatieve onderzoek wijst op vier hoofdeffecten bij de geestelijk verzorgers: *a)* nieuwe kennis over en ervaring met onderzoek in de vorm van een actieonderzoek, *b)* beter inzicht in de beroepspraktijk van verpleegkundigen en artsen, *c)* hernieuwd zelfbewustzijn van de geestelijk verzorger, en *d)* een beter profiel van geestelijke verzorging in de deelnemende ziekenhuizen.

Binnen de context van een dergelijk actieonderzoek worden de participanten die deelnemen om hun eigen praktijk te ontwikkelen dan wel te verbeteren - in dit geval de geestelijk verzorgers - beschouwd als co-onderzoekers. Hun ervaringen en terugkoppelingen krijgen daardoor ook het karakter van dataverzameling. In die zin rapporteerden de co-onderzoekers (in de periode van februari 2014 tot februari 2015) een grote variatie in bezetting, opzet, structuur en financiële ondersteuning van de (consultatie)teams voor palliatieve zorg in de deelnemende ziekenhuizen. Vier van de acht waren in staat een vruchtbare samenwerking met deze teams op te bouwen bij het uitvoeren van het onderzoek volgens het protocol.

De co-onderzoekers rapporteerden in het algemeen een hoofdzakelijk curatieve instelling bij de zorgverleners in hun ziekenhuizen, gecombineerd met een gebrek aan kennis van palliatieve zorg. Dit resulteerde in het vaak niet onderkennen dat een patiënt zich in de palliatieve of zelfs het begin van de stervensfase bevond. In deze ziekenhuizen werden geen instrumenten of handvatten voor spirituele zorg gebruikt; slechts drie van de acht co-onderzoekers meldden het gebruik van de 'lastmeter' om psychosociale nood te detecteren.

Aan het eind van de dataverzameling in 2015 was er nog geen sprake van instrumenten of handvatten voor spirituele zorg die structureel in de Nederlandse gezondheidszorg waren geïmplementeerd.

## Conclusie en aanbevelingen

Samenvattend kunnen we stellen dat kortlopende trainingsprogramma's voor spirituele zorg in de palliatieve zorg effectief zijn voor wat betreft

het verbeteren van de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen en het verminderen van belemmeringen voor spirituele zorg. Ze hebben bovendien positieve effecten op de competenties van zorgverleners ten aanzien van spirituele zorg, op het multidisciplinair werken en op het profiel van de geestelijk verzorgers. De resultaten geven aan dat met twee sessies van elk negentig minuten een significante verbetering van de kwaliteit van zorg mag worden verwacht.

## Ik constateer een kentering die enorme kansen biedt

Als we de resultaten van de kwantitatieve studie en de kwalitatieve studie combineren, lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat de kennis bij geestelijk verzorgers van de dagelijkse praktijk van artsen te beperkt is om de scholing een duidelijk effect te laten hebben. Daarom is het aan te bevelen om deze trainingen in tweetallen te geven: door een geestelijk verzorger samen met een betrokken arts of verpleegkundige. Voor overige aanbevelingen voor de praktijk, het onderzoek en het beleid ten aanzien van de ontwikkeling van de multidisciplinaire aandacht voor zingeving en spiritualiteit verwijs ik naar de *general discussion* van het proefschrift (De Geer, 2017).

### Plaatsbepaling in de huidige context

In die *general discussion* constateerden we al dat de context van de palliatieve zorg en de aandacht voor zingeving en spiritualiteit in 2017 grondig gewijzigd was ten opzichte van de start van het onderzoek in 2012. De eerste richtlijn werd op dat moment inmiddels herzien (en is daarna in 2018 gepubliceerd, waarover elders in dit tijdschrift is geschreven). Er werd een kwaliteitsstandaard palliatieve zorg ontwikkeld (Boddaert, 2017), waarin systematische aandacht voor de spirituele dimensie in de werkprocessen wordt bepleit.

Daarnaast liepen er – in het kader van Palliantie, het Nationaal Programma voor Palliatieve zorg – twee projecten die zich specifiek richtten op

de aandacht voor zingeving en spiritualiteit. Inmiddels zijn dat er zeven, en spelen zingeving en spiritualiteit een rol in nog veel meer projecten. Internationaal heeft de taskforce spiritual care van de EAPC zich ontwikkeld tot een structurele *reference group* en zijn er sterke publicaties op gang gekomen. Er wordt beduidend meer onderzoek gedaan door geestelijk verzorgers; Nederlandse geestelijk verzorgers participeren bovendien actief in internationale projecten (zoals het PROMs-onderzoek door ERICH).

Het is niet meer zo dat er een ontwikkeling in de palliatieve zorg plaatsvindt zonder dat daarbij ook naar geestelijk verzorgers wordt gekeken, zoals bij het eerste richtlijnenboek in 2006 nog het geval was. In 2017 memoreerde VGVZ-voorzitter Hugo Flug dat de tijd voorbij was dat de beroepsvereniging moest vragen of ze nog op relevante beleidsstukken, richtlijnen, enzovoort, mocht reageren; inmiddels kwamen er wekelijks verzoeken binnen om een bijdrage of een reactie.

Die veranderende context, de bereikte consensus via enerzijds de richtlijn voor zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase en anderzijds het voornemen van het ministerie van VWS om invulling te geven aan het beschikbare budget voor geestelijke verzorging in het regeerakkoord, waren aanleiding om vanuit Agora het voorstel te doen richting VWS om schrijver dezes als kennismakelaar zingeving, spiritualiteit en geestelijke verzorging aan te stellen.

Inmiddels zijn we volop bezig met wat in mijn ogen een van de grootste veranderingen in de context van de geestelijke verzorging van de afgelopen decennia is: de ontwikkeling van een lokale en landelijke infrastructuur op basis van de nieuwe subsidieregeling voor de inzet van geestelijk verzorgers in de thuissituatie. Kort gezegd heeft deze infrastructuur tot doel dat (kwetsbare) ouderen, palliatieve patiënten en hun naasten en andere burgers passende persoonlijke ondersteuning krijgen bij hun zingeving en spirituele behoeften door geestelijk verzorgers, zorg- en welzijnsprofessionals en/of vrijwilligers.

Geestelijk verzorgers hebben de kans zich daarbij in drie rollen te profileren: a) als specialist op het gebied van zingeving, levensvragen en spi-

## Relevante websites

[www.agora.nl](http://www.agora.nl)

[www.kinderpalliatief.nl](http://www.kinderpalliatief.nl)

[www.stichtingfibula.nl/Documenten-Netwerken/Projecten-Producten/Geestelijke-verzorging](http://www.stichtingfibula.nl/Documenten-Netwerken/Projecten-Producten/Geestelijke-verzorging)

[www.vgvz.nl/werkvelden/eerste-lijn](http://www.vgvz.nl/werkvelden/eerste-lijn)

[www.zonmw.nl/nl/actueel/nieuws/detail/item/start-programma-zingeving-en-geestelijke-verzorging](http://www.zonmw.nl/nl/actueel/nieuws/detail/item/start-programma-zingeving-en-geestelijke-verzorging)

ritualiteit, b) als consulent voor andere zorgverleners via multidisciplinair overleg, en c) als docent aan andere professionals en vrijwilligers op het gebied van hun specialisme. Het subsidiegeld is belegd bij 65 regionale netwerken palliatieve zorg en 8 netwerken integrale kindzorg. Daarnaast heeft het ministerie via ZonMw middelen beschikbaar gesteld voor actiegericht praktijkonderzoek op het gebied van zingeving en geestelijke verzorging. In samenwerking met stakeholders is een stuurgroep gevormd met een aantal deelprojectgroepen. Vanuit mijn aanstelling bij Agora vervul ik de rol van projectleider bij de totstandkoming van deze landelijke infrastructuur.

## Tot besluit

Dit artikel wil ik niet afsluiten door in te gaan op de details van de genoemde subsidieregeling, noch op de voortgang van de opbouw van de lokale en landelijke infrastructuur. Daarvoor verwijs ik naar de website [www.geestelijkeverzorging.nl](http://www.geestelijkeverzorging.nl) en de meest actuele informatie op de sites van Agora, Fibula en de VGVZ. Ik wil daarentegen afsluiten met een voorzichtige duiding van de situatie waarin de beroepsgroep van geestelijk verzorgers terechtgekomen is.

Ik constateer een kentering die zeker nog niet waar te nemen is in elke organisatie waar geestelijk verzorgers werkzaam zijn, maar die volgens mij wel enorme kansen biedt. De beroepsgroep wordt door de politiek en de rijksoverheid betrokken bij het zoeken naar antwoorden op de demografische en economische uitdagingen die er op onze samenleving afkomen. Voor het eerst is er een financiële basis om in de thuissituatie actief te kunnen zijn, voor het eerst zijn er landelijke kwaliteitseisen ten aanzien van geestelijk verzorgers werkzaam in de thuissituatie. De verwachting is dat de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd op verzoek van minister De Jonge naar aanleiding van vragen in de Tweede Kamer

tevens zal gaan inventariseren hoe het met de beschikbaarheid en kwaliteit van (d.w.z. SKGV-geregistreerde) geestelijk verzorgers binnen instellingen staat.

Ik signaleer dat er uit deze ontwikkelingen een hoopvol signaal uitgaat van erkenning van de waarde van professionele geestelijke verzorging. Er wordt de komende tijd gekeken naar de mogelijke structurele financiering van geestelijke verzorging. We zullen daarbij echter alert moeten zijn dat deze aansluit bij de specifieke eigen aard van het vak geestelijke verzorging.

Kortom: we zijn in mijn ogen bezig met *shaping the future* of - in de termen van het Tweede Vaticaans Concilie - met *aggiornamento* ofwel 'bij de dag brengen'. Met loslaten van dingen die vertrouwd zijn, vanuit de behoefte nieuwe wegen te willen inslaan. Daarvoor is echter een stip op de horizon nodig. Wat mij betreft: een duurzaam, kwalitatief en structureel transmuraal aanbod van geestelijke verzorging voor patiënten, naast en burgers.

Joep van de Geer is kennismakelaar zingeving, spiritualiteit en geestelijke verzorging bij Agora te Bunnik.  
E-mail: [jvandegeer@agora.nl](mailto:jvandegeer@agora.nl).

## Literatuur

- Geer, J. van de (2017). *Learning spiritual care in Dutch hospitals. The impact on healthcare of patients in palliative trajectories*. Proefschrift. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Geer, J. van de, Groot, M., Andela, R., Leget, C., Prins, J., Vissers, K. & Zock, H. (2016). Training hospital staff on spiritual care in palliative care influences patient-reported outcomes. Results of a quasi-experimental study. *Palliative Medicine*, 31 (8), 743-753.
- Geer, J. van de, Kuin, A.M.M. & Leget, C.J.W. (2008). Spiritualiteit en geestelijke verzorging in de palliatieve zorg. De tijd is rijp. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 11, 27-39.



## Samenvatting

De ontwikkelingen op het terrein van de geestelijke verzorging zijn de afgelopen jaren in een stroomversnelling terechtgekomen, op het terrein van scholing door geestelijk verzorgers, onderzoek en financiering. Het is belangrijk de kansen die er nu liggen te benutten en als geestelijk verzorger vanuit de eigen instelling actief bij te dragen aan een duurzaam, kwalitatief en structureel transmuraal aanbod van geestelijke verzorging voor patiënten, naasten en burgers.

- Geer, J. van de, Veeger, N., Groot, M., Zock, H., Leget, C., Prins, J. & Vissers, K. (2017). Multidisciplinary training on spiritual care for patients in palliative care trajectories improves the attitudes and competencies of hospital medical staff. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, 35 (2), 218-228.
- Geer, J. van de, Visser, A., Zock, H., Leget, C., Prins, J. & Vissers, K. (2017). Improving spiritual care in hospitals in the Netherlands. What do health care chaplains involved in an action-research study report? *Journal of Health Care Chaplaincy*, 24 (3), 1-23.
- Geer, J. van de, Zock, T.H., Leget, C., Veeger, N., Prins, J., Groot, M. & Vissers, K. (2016). Training spiritual care in palliative care in teaching hospitals in the Netherlands (SPIRIT-NL). A multicentre trial. *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*, 6 (1), 1-15.
- Graeff, A. de, Hesselman, G.M., Krol, R.J.A., Kuyper, M.B., Verhagen, E.H. & Vollaard, E.J. (2006). *Palliatieve zorg. Richtlijnen voor de praktijk*. Utrecht: VIKC.
- Leeuwen, R.R. van (2008). *Towards nursing competencies in spiritual care*. Proefschrift. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Leget, C., Staps, T., Geer, J. van de, Mur-Arnoldi, C., Wulp, M. & Jochemsen, H. (2010). *Palliatieve zorg. Richtlijnen voor de praktijk*. Utrecht: Vereniging van Integrale Kankercentra.
- MVCN Spiritual support steering group. (2007). *Final report on spiritual support*. Stevenage, UK: Mount Vernon Cancer Network.
- Weiher, E. (2011). *Das Geheimnis des Lebens berühren. Spiritualität bei Krankheit, Sterben, Tod. Eine Grammatik für Helfende*. Stuttgart: Kohlhammer.
- World Health Organization (2012). *Definition of palliative care*. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>
- ZonMw (2019). *Programma zingeving en geestelijke verzorging*. <https://www.zonmw.nl/nl/actueel/nieuws/detail/item/start-programma-zingeving-en-geestelijke-verzorging>