



**rijksuniversiteit
groningen**

Faculteit Godgeleerdheid en Godsdienstwetenschap

Master Geestelijke Verzorging

Spirituele diagnostiek

Diagnostische instrumenten voor primaire zorgverleners in de palliatieve zorg in Nederland

'Over de keuzes en de visie op het gebruik gezien vanuit de geestelijke verzorging'

28 februari 2013

Roland Pennaertz

Studentnummer: 1912917

1^e begeleider: prof. dr. T.H. Zock

2^e begeleider: drs. J. van de Geer

Inhoud

PROBLEEMSTELLING	1
DOELSTELLING.....	4
HOOFD- EN DEELVRAGEN	4
OPZET HOOFDSTUKINDELING.....	5
1 SPIRITUALITEIT IN DE PALLIATIEVE ZORG	6
1.1 INLEIDING	6
1.2 SPIRITUALITEIT IN DE ZORG IN HISTORISCH PERSPECTIEF	6
1.3 ONTWIKKELING VAN DE SPIRITUELE ZORG IN DE PALLIATIEVE ZORG IN NEDERLAND	9
1.3.1 <i>Groeiende belangstelling voor spiritualiteit in de palliatieve zorg</i>	9
1.3.2 <i>Verdere ontwikkelingen van de spirituele zorg in Nederland</i>	10
1.3.3 <i>Definitie van spiritualiteit</i>	11
1.4 DE BETEKENIS VAN DE SPIRITUALITEIT VOOR ZORGVRAGER EN ZORGVERLENER.....	13
1.4.1 <i>Betekenis van de spiritualiteit voor de zorgvrager</i>	14
1.4.2 <i>Betekenis van de spiritualiteit voor de zorgverlener</i>	21
1.5 ROLLEN BINNEN DE SPIRITUELE ZORG IN DE PALLIATIEVE ZORG.....	24
1.6 CONCLUSIE.....	27
2 DIAGNOSTISCHE INSTRUMENTEN	28
2.1 INLEIDING	28
2.2 WERKWIJZE LITERATUURONDERZOEK.....	28
2.3 ANALYSE.....	32
2.3.1 <i>Verschillende benamingen voor spirituele diagnostische instrumenten</i>	33
2.3.2 <i>Analyse aan de hand van de criteria</i>	37
2.3.3 <i>SPIRITual History</i>	41
2.3.4 <i>Fica</i>	44
2.3.5 <i>Hope</i>	48
2.3.6 <i>FACT-spiritual history tool</i>	51
2.3.7 <i>Five dimensional model for assessment of spirituality</i>	54
2.3.8 <i>Faith</i>	57
2.4 CONCLUSIE.....	60

3	PRESENTIE- EN INTERVENTIEBENADERING	62
3.1	INLEIDING	62
3.2	PRESENTIE- & INTERVENTIEBENADERING	63
3.2.1	<i>Onderscheid tussen presentie- en interventiebenadering</i>	<i>63</i>
3.2.2	<i>Discussie over het gebruik van diagnostiek binnen de geestelijke verzorging</i>	<i>67</i>
3.3	PRESENTIE- EN INTERVENTIEBENADERING IN DE PALLIATIEVE ZORG.....	68
3.4	PRESENTIE- EN INTERVENTIE KENMERKEN VAN FACT, F.D.M.A.S EN FAITH	70
3.5	CONCLUSIE.....	76
	EINDCONCLUSIE	78
	BIBLIOGRAFIE	- 1 -
	BIJLAGE 1 ANALYSE SCREENINGSMODELLEN	- 3 -
	BIJLAGE 2 DIAGNOSTISCHE SCREENINGSINSTRUMENTEN.....	- 32 -
	BIJLAGE 3 CHECKLIST ARS MORIENDI MODEL	-66-
	BIJLAGE 4 LUISTERRASTER	-67-

Probleemstelling

In de Nederlandse samenleving bestaat een groeiende belangstelling voor spiritualiteit. In tijdschriften, kranten en via websites wordt er veel aandacht aan het onderwerp besteed. Ook binnen de gezondheidszorg krijgt spiritualiteit steeds meer een plek op de werkvloer. In het verleden was dit verre van vanzelfsprekend. De term spiritualiteit werd tot een aantal jaar terug weinig in de Nederlandse gezondheidszorg gebruikt. Dit had mede te maken met het driedimensionale zorgmodel (somatisch, psychisch en sociaal) waarmee in de gezondheidszorg werd gewerkt en waarin spiritualiteit nog geen plek had. Daarnaast werd spiritualiteit geassocieerd met gevestigde traditionele geloofssystemen, en had het begrip hierdoor een negatieve connotatie.¹ In de laatste jaren is spiritualiteit in de gezondheidszorg een gangbaarder begrip geworden. Het wordt niet meer als exclusief onderdeel van een geloofsovertuiging maar meer als een dimensie van het menselijk leven gezien. Spiritualiteit betreft overtuigingen en handelingen waarmee men zich verhoudt tot de wezenlijke zaken van het leven zoals de levensloop, de dood, het lijden, de kwetsbaarheid, het uiteindelijk belangrijke, enzovoort.² Over de dimensie spiritualiteit wordt meer openlijk gesproken, wat het nadenken over de rol daarvan binnen de gezondheidszorg stimuleert.³ Inmiddels zijn er verschillende ontwikkelingen op het gebied van spirituele zorg zichtbaar. Een voorbeeld hiervan is de landelijke richtlijn Spirituele Zorg (verder aangeduid als Richtlijn).⁴ De Richtlijn is de eerste consensus based richtlijn in Nederland waarin het begrip spiritualiteit in de palliatieve zorg wordt geoperationaliseerd en duidelijkheid wordt gegeven over de rollen van de verschillende zorgverleners binnen de spirituele zorg. In 2002 is er als eerste beroepsgroep in de zorg voor verpleegkundigen een competentieprofiel betreffende spirituele zorg tot stand gekomen.⁵ Een van de zes genoemde competenties die in dat profiel beschreven zijn betreft het verzamelen van informatie over de spiritualiteit van de zorgvrager en het in samenspraak met de zorgvrager vaststellen van de zorgvraag. De Richtlijn ziet het verkennen en in kaart brengen van de spirituele situatie als taak van zowel de verpleegkundige, de medisch maatschappelijk werker, de psycholoog als ook van de arts. Hier

¹ J. Van de Geer en C. Leget, 'How spirituality is integrated system-wide in the Netherlands palliative care national programme', *Prog Palliat Care Progress in Palliative Care* 20 (2012), 98-105.

² G. Glas, 'Existentiële en geloofsproblemen', in: Spreeuwenberg red., *Handboek palliatieve zorg* (1^e druk; Utrecht 2001) 239-255, aldaar 239.

³ J. Bouwer en D. J. Bakker, *Spiritualiteit en zingeving in de gezondheidszorg* (1e druk; Kampen 2004)9.

⁴ A. de Graeff, *Palliatieve Zorg: Richtlijnen voor de praktijk* (2e druk; Utrecht 2010).

⁵ R. R. van Leeuwen en B.S. Cusveller, *Verpleegkundig competentieprofiel zorg voor spiritualiteit: een verkennende literatuurstudie* (1e druk; Ede 2002).

wordt de aansluiting van de theorie op de praktijk zichtbaar. Voor deze zorgverleners ontbreekt het namelijk aan voor de Nederlandse context geteste diagnostische instrumenten om de spirituele zorgbehoefte in kaart te brengen, met uitzondering van het Ars moriendi model van Carlo Leget.

In deze scriptie wordt via een literatuurstudie onderzocht welke diagnostische instrumenten naast het model van Leget voor het in kaart brengen van de spirituele zorgbehoeften beschikbaar zijn en in hoeverre ze geschikt zijn voor de Nederlandse context. Deze scriptie is hiermee een bouwsteen voor het promotieonderzoek van Joep van de Geer aan de Rijksuniversiteit Groningen. Joep van de Geer is vanaf 2005 werkzaam als projectleider palliatieve zorg binnen het Medisch Centrum Leeuwarden, (MCL) en is daarnaast lid van de Agora Ethiek en spiritualiteit en van de European Association for Palliative Care (EAPC) Taskforce. De organisatie van een Masterclass Spiritualiteit, bedoeld als verdiepende nascholing ten aanzien van spiritualiteit voor geestelijk verzorgers in de palliatieve zorg in Nederland is door Joep van de Geer geïnitieerd. Doel van zijn onderzoek is de multidisciplinaire spirituele zorg te verbeteren door middel van praktijkgericht en praktijkvormend onderzoek naar gebruik van diagnostische instrumenten voor scholing aan primaire zorgverleners door geestelijke verzorgers. Vier topklinische ziekenhuizen in Nederland werken mee aan het onderzoek. Er is voor deze ziekenhuizen gekozen omdat ze een trekkersrol in de regio vervullen bij de vertaling van inzichten in de reguliere zorg en omdat ze via lokale netwerken aan de palliatieve zorg zijn verbonden.

Om te onderzoeken welke diagnostische instrumenten geschikt zijn voor de Nederlandse context, zijn door Joep van de Geer en zijn begeleiders de volgende criteria aangereikt:

- ✓ Het instrument moet door alle primaire zorgverleners gebruikt kunnen worden
- ✓ Het gebruik van het instrument moet passen in de klinische praktijk van de primaire zorgverlener
- ✓ Het instrument moet zodra de zorgvrager in het ziekenhuis opgenomen wordt inzetbaar zijn.
- ✓ Het moet voor de primaire zorgverleners mogelijk zijn zich via scholing te bekwamen in de verschillende facetten die in het instrument naar voren komen.
- ✓ Het instrument moet op een zo groot mogelijk deel van het spirituele landschap aansluiten
- ✓ Het instrument moet in kaart brengen welke spirituele zorgbehoeften er bij zorgvrager spelen.

- ✓ Het instrument moet de mogelijke actuele spirituele bron(nen) van de zorgvrager in kaart brengen.

Om het brede aanbod van instrumenten te beperken is er voor gekozen om alleen de instrumenten te onderzoeken die geschreven zijn in het Nederlands of het Engels en waarbij de informatie op talige wijze (via antwoorden op vragen of uit gesprekken) wordt verkregen. Instrumenten die voor onderzoeksdoeleinden zijn geschreven, worden niet in het onderzoek meegenomen. De reden hiervoor is dat deze instrumenten niet zijn ontworpen voor gebruik door primaire zorgverleners om de spirituele situatie van de zorgvrager in kaart te brengen, maar voor verder onderzoek door een psycholoog. Om het aanbod van instrumenten te beperken zijn er voor dit onderzoek een aantal exclusiecriteria opgesteld. Instrumenten gaan niet mee voor verder onderzoek als zij:

- Geschreven zijn voor onderzoeksdoeleinden en niet voor de klinische praktijk.
- In een andere taal zijn opgesteld dan het Nederlands of het Engels.
- Behoren tot de visueel georiënteerde spirituele screeningsinstrumenten zoals een *spiritual genogram*, *spiritual eco-map* en *spiritual ecogram*.

Naast het onderzoek naar welke diagnostische instrumenten beschikbaar zijn en in hoeverre ze geschikt zijn voor de Nederlandse context, richt deze scriptie zich ook op de vraag hoe deze instrumenten zich tot de kenmerken van de presentie- en interventiebenadering verhouden. Achtergrond van deze vraag is dat het gebruik van spirituele diagnostiek binnen de beroepsgroep van geestelijk verzorgers, de experts op de spirituele dimensie verschillende bezwaren oproept. Zo zou het diagnostisch denken leiden tot etikettering en stigmatisering en zou de zorgvrager tekort gedaan worden doordat er slechts naar een deel van het verhaal wordt gekeken.⁶ Deze bezwaren komen in de discussie over pastorale diagnostiek en presentiebenadering naar voren. Voorstanders van het gebruik van deze diagnostiek, zoals Johan Bouwer en Job Smit geven aan dat presentie niet zonder de diagnostiek kan.⁷ Anderen zoals Ton Jorna stellen daarentegen dat de presentiebenadering interventie en daarmee ook diagnostiek juist uitsluit.

Door in deze scriptie diagnostische instrumenten met de kenmerken van de presentie- en interventiebenadering te vergelijken wordt het duidelijk in hoeverre de instrumenten op een of

⁶ J. Bouwer, *Met meer dan hart en ziel: Levensbeschouwelijke diagnostiek, geestelijke zorgverlening en context* (1^e druk; Gorinchem 2000) 96.

⁷ Ibidem 79.

beide benaderingen aansluiten. Er wordt ook stilgestaan bij de vraag of het gebruik van deze instrumenten de presentiebenadering in de weg staat.

In veel artikelen waarin het effect van spiritualiteit of religie op de (lichamelijke of geestelijke) gezondheid wordt onderzocht, wordt geen onderscheid tussen deze beide begrippen gemaakt. In het verleden viel spiritualiteit samen met het christelijke geloof in God. Tegenwoordig is spiritualiteit een containerbegrip voor alle, religieuze en andere levensbeschouwelijke praktijken geworden. Als er een onderscheid tussen religie en spiritualiteit aan te brengen is, dan is dit op het niveau van de organisatie ervan.⁸ Spiritualiteit heeft dan primair met de eigen zingeving, innerlijke overtuigingen, ervaringen en relaties met anderen (inclusief God) te maken. Religie is een georganiseerde vorm van spiritualiteit waarin meerdere mensen met elkaar dezelfde traditie delen en dit onder andere tot uitdrukking brengen in rituelen zoals bidden en het bijwonen van gezamenlijke vieringen. Als er in deze scriptie over religie wordt gesproken, dan kan dit gelezen worden als een georganiseerde vorm van spiritualiteit.

Doelstelling

De doelstelling van deze scriptie is het vullen van de lacune op het gebied van spirituele diagnostiek en het leveren van een bijdrage aan de discussie over de spanning tussen presentie- en interventiebenadering.

Hoofd- en deelvragen

De centrale vraag waarop deze scriptie antwoord geeft, luidt:

‘Welke diagnostische instrumenten om de spirituele toestand en/of behoeften van patiënten in kaart te brengen zijn geschikt voor de praktijk van de palliatieve zorg in Nederland? De queeste naar het antwoord is verdeeld in de volgende drie deelvragen:

DEELVRAAG 1 Wat is de ontwikkeling van de spirituele zorg in Nederland en welke definities voor spiritualiteit zijn er in de palliatieve zorg gangbaar?

DEELVRAAG 2 Welke diagnostische instrumenten voor spiritualiteit zijn er in Nederland en in het buitenland en in hoeverre voldoen ze aan de gestelde criteria om in Nederland gebruikt te kunnen worden?

DEELVRAAG 3 Hoe verhouden deze instrumenten zich tot de kenmerken van presentie- en interventiebenadering?

⁸ Y. Hsiao, L. Chien en L. Wue, 'Spiritual health, clinical practice stress, depressive tendency and health-promoting behaviours among nursing students', *Journal of Advanced Nursing* 66 (2010), 1612-1622 aldaar 1613.

De antwoorden op deze vragen zullen door middel van een conclusie leiden tot het antwoord op de hoofdvraag.

Opzet hoofdstukindeling

De hoofdstukindeling is op de deelvragen gebaseerd. Elk hoofdstuk begint met een inleiding waarin de belangrijke onderwerpen van het hoofdstuk geïntroduceerd worden.

Hoofdstuk 1 “Spiritualiteit in de palliatieve zorg” bevat een exploratie van de ontwikkeling en de huidige situatie van de spiritualiteit in de palliatieve zorg binnen Nederland. Paragraaf 2 beschrijft de verschillende definities en de ontwikkeling van spiritualiteit binnen de zorg in Nederland.

Paragraaf drie gaat in op de betekenis van spiritualiteit voor de zorgvrager en voor de primaire zorgverlener. In paragraaf vier worden de rollen van de primaire zorgverleners binnen de spirituele zorg zichtbaar gemaakt. De afsluitende paragraaf bevat de conclusie van dit hoofdstuk.

Hoofdstuk 2 “Diagnostische instrumenten in de palliatieve zorg” gaat na de inleiding verder met paragraaf 2 waarin het literatuuronderzoek naar diagnostische instrumenten wordt beschreven.

Hier komt onder andere in naar voren welke literatuur voor het onderzoek is geraadpleegd, welke digitale databases zijn gebruikt en welke zoektermen zijn toegepast. In de derde paragraaf worden de resultaten uit het literatuuronderzoek en de toetsing van de diagnostische instrumenten aan de criteria van Joep van de Geer en zijn begeleidingscommissie beschreven.

Ook wordt er een afweging gemaakt welke instrumenten het meest geschikt zijn. Per instrument staat beschreven in hoeverre deze op de criteria aansluit. In de laatste paragraaf komen de bevindingen uit de voorgaande paragrafen samen.

Hoofdstuk 3 “Presentie- en interventiebenadering”. Paragraaf twee gaat in op de presentie- en de interventiebenadering van zowel de geestelijk verzorger als ook de arts en verpleegkundige en de verschillen tussen beide benaderingen. Vervolgens wordt er ingegaan op de discussie over de pastorale diagnostiek en de presentiebenadering door argumenten en bezwaren uit deze discussie te laten zien. Verder worden in paragraaf 3 diagnostische tools vergeleken met de kenmerken van de presentie- en interventiebenadering. Er wordt gekeken of er tools zijn waarbij zowel interventie- als presentiebenadering succesvol met elkaar ingezet kunnen worden. In de laatste paragraaf worden de bevindingen uit dit hoofdstuk uitgewerkt tot de conclusie.

De “**Eindconclusie**” sluit de scriptie af met de beantwoording van de deelvragen en de centrale vraag, een korte discussie en een aantal aanbevelingen.

1 Spiritualiteit in de palliatieve zorg

1.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt eerst kort de ontwikkeling van spiritualiteit binnen de zorg geschetst vanaf de Middeleeuwen tot het heden in Nederland. Vervolgens wordt ingezoomd op de rol van spiritualiteit binnen de palliatieve zorg, de definitie van spiritualiteit en de functie van spiritualiteit voor de zorgvrager en de zorgverlener. Daarna wordt er ingegaan op de rollen binnen de spirituele zorgverlening. Het hoofdstuk sluit af met een conclusie.

1.2 Spiritualiteit in de zorg in historisch perspectief

In de Middeleeuwen werden er door bisschoppen gastvrije oorden bij de kathedralen gesticht. Medische als ook geestelijke zorg en daarmee ook de geestelijke zorg werden hier door monniken en nonnen uit kloosters gegeven. De geestelijke zorg werd vanuit de christelijke spiritualiteit vormgegeven waarin barmhartigheid, opoffering en naastenliefde centraal stonden en, was gericht op het redden van de ziel.^{9,10,11} Deze aspecten kwamen onder andere tot uiting in een liefdevolle verzorging van een patiënt om het lijden te verzachten. De zielzorg werd zo belangrijk gevonden dat de patiënt bij binnenkomst eerst moest biechten.¹² Dit biechten was ook een onderdeel van de praxis van de spiritualiteit. Waaijman verbindt dit met het grondwoord 'Godsvrucht' wat in de christelijke spiritualiteit het geheel van de geestelijke weg weergeeft. Hij stelt dat de Godsvrucht de afwending van het kwaad bewerkt en tot boete en berouw brengt.¹³

Na de Middeleeuwen treedt er een verandering in de organisatie van de zorg op die een directe invloed op de spirituele zorg zal hebben. Tijdens de Reformatie in de zestiende eeuw verdwenen namelijk veel katholieke charitatieve instellingen of werden ze gesecculariseerd. De verpleging lag in veel gasthuizen hierdoor niet meer bij de religieuzen maar bij 'zaalmeiden' en 'zaalknechten' die geen enkele opleiding hiervoor hadden genoten.¹⁴ Deze knechten en meiden bestonden vaak uit oud-patiënten die niet op geschiktheid of bekwaamheid waren geselecteerd. Waar in de Middeleeuwen de monniken en nonnen uit hogere motieven als barmhartigheid

⁹ K. Waaijman, *Spiritualiteit: vormen, grondslagen, methoden* (1e druk; Kampen 2000) 324.

¹⁰ N.B. Goudswaard, 'Historie', in: J. J. A. Doolaard red, *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging* (2^e druk; Kampen 2006) 23-59, aldaar 29.

¹¹ A. Van Heijst e.a., *Ex Caritate : kloosterleven, apostolaat en nieuwe spirit van actieve vrouwelijke religieuzen in Nederland in de 19e en 20e eeuw* (1^e druk; Hilversum 2010) 224-225.

¹² B. Goudswaard, *Inleiding tot de geschiedenis van de verpleegkunst* (2^e druk; Rotterdam 1994) 33.

¹³ Waaijman, *Spiritualiteit*, 315-318.

¹⁴ Van Heijst e.a., *Kloosterleven, apostolaat en nieuwe spirit*, 228.

lichamelijke en geestelijke zorg gaven, werd het lekenpersoneel in de zestiende eeuw niet door hogere motieven gedreven. Kloosterzusters boden hoogwaardige ziekenverpleging. Waar de zusters gewaardeerd werden om de orde en discipline, het tegengaan van corruptie en willekeur en waarin behalve aandacht voor het zieke lichaam ook aandacht was voor de ziel, was de waardering hiervoor bij de meiden en knechten een stuk minder vanwege het ontbreken van kennis en ervaring op het gebied van organisatie, verpleging en zielzorg.

In de negentiende eeuw kwam er weer meer aandacht voor de lichamelijke en spirituele zorg. Door een vernieuwing in het zorgstelsel ontstonden er particuliere ziekenhuizen waarvan er veel rooms-katholiek en protestants waren. Waar de invloed van de congregaties tijdens en na de reformatie afnam, ontstaat er in deze eeuw weer een intensivering hiervan. Leken als ook nonnen kregen een opleiding voor het verpleegkundig vak.¹⁵ In de rooms-katholieke ziekenhuizen kregen de leken godsdienstig onderwijs waarmee ook zij in staat waren een bijdrage te leveren aan de spirituele zorg. De nonnen kregen met het werk in het ziekenhuis een dubbele identiteit, namelijk die van kloosterzuster als ook verpleegster. Door het werk van de kloosterzusters was de spiritualiteit in de rooms-katholieke ziekenhuizen, net als in de Middeleeuwen, godsdienstig bepaald. Met het verpleegkundig werk wilden de kloosterzusters God loven, zichzelf heiligen, de geestelijke noden van hun medemensen lenigen en hen dichterbij God en de kerk brengen.¹⁶ De aandacht voor de spirituele dimensie kwam niet alleen van kloosterzusters maar ook van dominees en priesters die pastorale gesprekken aangingen en rituelen uitvoerden zoals het gezamenlijk bidden, afnemen van de biecht, ziekenzalving, dopen en voorgaan in een dienst. Van een aantal protestantse ziekenhuizen¹⁷ is bekend dat zij zich hebben laten inspireren door de leef- en werkwijze van katholieke zusters. Zo was er elke avond verplicht onderwijs waarin er bijbelonderwijs werd gegeven. De aandacht die in de 19e eeuw voor spirituele zorg bestaat zou in de twintigste eeuw door technische, economische en maatschappelijke veranderingen gaan afnemen.

Vanwege voortschrijdende technieken en inzichten op het medische vlak ontstonden er vanaf de twintigste eeuw moderne ziekenhuizen die vanwege de kostenbesparing in de zorg winstgevend moesten worden. Door secularisatie kozen veel van deze ziekenhuizen er in de tweede helft van deze eeuw voor om de christelijke identiteit achter zich te laten en om een

¹⁵ Goudswaard, Inleiding tot de geschiedenis, 38.

¹⁶ Van Heijst e.a., Kloosterleven, apostolaat en nieuwe spirit, 192.

¹⁷ Het gaat hier om ziekenhuizen die waren aangesloten bij De protestantse Vereniging voor Ziekenverpleging

algemene zorginstelling te worden. Deze keuze viel samen met het zich terugtrekken van de congregaties in de gezondheidszorg. Door vergrijzing lukte het de kloosters steeds minder om zusters met een zending in ziekenhuizen met een rooms katholieke signatuur te laten werken. Het werk werd hierdoor in de loop van deze eeuw dan ook grotendeels door verplegers en verpleegkundigen verricht die geen binding met een klooster of met een geloof hadden. De dominee en priester bleven aandacht schenken aan de spirituele dimensie van de patiënt. Deze aandacht kreeg vorm door pastorale gesprekken met eventueel aansluitend een gebed waarin de eigen geloofstaal die verbonden was met de christelijke geloofstraditie werd gebruikt. Dit gold ook voor de algemene ziekenhuizen waar de aandacht voor spirituele zorg vanuit de parochie door de priester en vanuit de gemeente door de dominee aan de patiënten van de eigen kerk werd aangeboden.¹⁸

Door multiculturalisering en toename van interesse voor andere vormen van religieuze en niet-religieuze spiritualiteit in de tweede helft van de twintigste eeuw dient de huidige geestelijk verzorger kennis te hebben van meerdere levensbeschouwelijke stromingen zoals het christendom, de islam, het hindoeïsme, het Jodendom en het humanisme. Daar waar het nodig is onderhoudt de geestelijk verzorger contacten met kerken en andere organisaties die een rol spelen in de verschillende levensbeschouwingen van de patiënten. Niet langer staat de eigen levensovertuiging van de geestelijk verzorger centraal, maar die van de patiënt. In de ziekenhuizen wordt hierdoor de aanduiding dominee of priester steeds minder gebruikt en komt de term 'geestelijk verzorger' hiervoor in de plaats.

Terugkijkend naar de periode vanaf de Middeleeuwen tot en met de twintigste eeuw kunnen we zien dat in het grootste deel van deze tijd de spiritualiteit in gasthuizen/ziekenhuizen gestoeld was op het christendom. Vanaf het eind van de twintigste eeuw heeft de spiritualiteit zich losgemaakt van het traditionele christelijke kader om een zelfstandige discipline te worden. De komende subparagraaf gaat in op deze verzelfstandiging en de toegenomen rol van de spiritualiteit in de zorg.

¹⁸ W.F.M. Snelder, 'Beknopte geschiedenis van de Vereniging van Geestelijke Verzoekers in zorginstellingen tot 2000', in: J. J. A. Doolaard red, *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging* (2^e druk; Kampen 2006)84.

1.3 Ontwikkeling van de spirituele zorg in de palliatieve zorg in Nederland

1.3.1 Groeiende belangstelling voor spiritualiteit in de palliatieve zorg

Hoewel er algemeen werd aangenomen dat de totale zorg voor de mens waarin de somatische, psychologische, sociale en spirituele dimensie in gelijke mate aandacht kregen de beste zorg was, is het opvallend dat de term spiritualiteit of zingeving in het drie dimensionaal zorgmodel waarmee er na de jaren zestig gewerkt werd, ontbrak. Nadat spiritualiteit in de WHO-definitie van palliatieve zorg¹⁹ in 2002 werd opgenomen, komt er bij de beroepsgroep van verpleegkundigen een door Van Leeuwen ontwikkeld competentieprofiel omtrent spirituele zorg tot stand.²⁰ Spiritualiteit krijgt hiermee op theoretisch niveau een voet aan de grond, maar de aandacht hiervoor in de praktijk is nog wisselend. In zijn dissertatie uit 2006 over de relatie tussen gezondheid en spiritualiteit en de rol van de verpleegkundige hierin schrijft de verplegingswetenschapper Van Leeuwen dat spiritualiteit binnen de verpleegkunde wel meer aandacht heeft gekregen, maar dat deze niet systematisch ingebed is.²¹ Redenen hiervoor zijn: weinig kennis, gebrek aan vaardigheden, tijdsdruk, de eigen spiritualiteit, leeftijd en ervaring. In de initiële opleiding tot verpleegkundige wordt er nog te weinig geschoold in de aspecten rondom spiritualiteit zoals spirituele bewegingen, eigen spiritualiteit en spirituele gespreksvoering.²² Ondanks de erkenning vanuit Nederland en het buitenland voor het verpleegkundig competentieprofiel omtrent spirituele zorg van Van Leeuwen wordt dit profiel in de meerderheid van de opleidingen tot verpleegkundige tot op heden nog niet gebruikt. Ook Van Uden constateert dat er in de opleiding tot verpleegkundige weinig aandacht voor zingeving is.²³ Net als Van Leeuwen stelt ook Van Uden dat het voornamelijk van de eigen levensbeschouwelijke vorming van de verpleegkundige afhangt in hoeverre deze zorg voor zingeving bestaat.

¹⁹ “De continue, actieve en integrale zorg voor patiënten en hun familie door een interdisciplinair team op het moment dat medisch gezien geen genezing meer wordt verwacht. Het doel van palliatieve zorg is de hoogst mogelijke kwaliteit van leven, zowel voor de patiënt als zijn familie, waarbij de patiënt wordt benaderd als een gelijkwaardige en medeverantwoordelijke partner. Palliatieve zorg beantwoordt aan fysieke, psychologische, sociale en spirituele behoeften. Zo nodig strekt palliatieve zorg zich uit tot ondersteuning bij rouw (gebaseerd op de definitie voor palliatieve zorg (WHO 1996))”.

²⁰ Van Leeuwen en Cusveller, Verpleegkundig competentieprofiel.

²¹ R. R. van Leeuwen, ‘Towards nursing competencies in Spiritual Care’ Proefschrift Graduate School for Health Research of the University of Groningen, 13.

²² Ibidem 13.

²³ R. Van Uden en E. Scherpenisse, ‘Levens- en gezinsvragen bij patiënten in het ziekenhuis - Een zorg voor verpleegkundigen?’, *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 43(2007), 11-19.

In 2006 kwam er in Nederland een kentering in de aandacht voor spiritualiteit. In dit jaar werd er vanuit een groeiende behoefte bij geestelijk verzorgers in de gezondheidszorg, een masterclass spiritualiteit en geestelijke verzorging in de palliatieve zorg aangeboden. Deze masterclass vormde en vormt tot op heden nog steeds de enige gerichte nascholing op het gebied van spiritualiteit binnen de palliatieve zorg, en is inmiddels voor de twaalfde keer aangeboden.²⁴ Het nationaal platform voor palliatieve zorg Agora²⁵ nam in datzelfde jaar het besluit om een multidisciplinaire Richtlijn Spirituele Zorg te schrijven. Een dergelijke richtlijn ontbrak tot dusver in de richtlijnen voor de oncologische en palliatieve zorg. De Richtlijn reikt een kader aan voor de spirituele zorg en de taken die de verschillende zorgverleners hierin hebben. Wat deze taken zijn, wordt in paragraaf 1.5 uitgelegd.

In 2010 is de Richtlijn in het richtlijnenboek van het Integraal kankercentrum Nederland (IKNL)²⁶ opgenomen. Hiermee erkende het IKNL spirituele zorg als een onderdeel van de palliatieve zorg. In hetzelfde jaar zag de beroepsvereniging voor geestelijk verzorgers in de zorg (VGVZ) het belang van spiritualiteit dusdanig in dat men via een algemene ledenvergadering besloot de eigen beroepsdefinitie aan te passen door er naast het begrip zingeving het begrip spiritualiteit in op te nemen.²⁷

Al met al is er vanaf 2006 een groeiende aandacht voor spiritualiteit in de palliatieve zorg te constateren. Veel zorgverleners die in het drie dimensionale zorgmodel zijn opgeleid hebben echter nog weinig aandacht voor spiritualiteit. Een belangrijke stap hierin vormt de Richtlijn die als een consensus based document tot stand is gekomen.

1.3.2 Verdere ontwikkelingen van de spirituele zorg in Nederland

Voor zover mij bekend lopen er in Nederland momenteel 2 opvallende onderzoeken op het gebied van spirituele zorg. Het eerste onderzoek betreft het reeds vermelde onderzoek van Joep van de Geer: "Verbetering van multidisciplinaire spirituele zorg in de palliatieve zorg door scholing van primaire zorgverleners". Zoals in de inleiding al naar voren is gekomen vormt deze scriptie een

²⁴ Van de Geer en Leget, 'How spirituality is integrated'.

²⁵ Stichting Agora is het onafhankelijk en landelijk ondersteuningspunt voor palliatieve zorg. Agora werkt aan de ontwikkeling van palliatieve zorg in Nederland.

²⁶ Het IKNL is het kennis- en kwaliteitsinstituut voor zorgverleners in oncologische en palliatieve zorg. Via ziekenhuizen door heel Nederland bevordert het IKNL de deskundigheid en de multidisciplinaire samenhang in deze zorg.

²⁷ Geestelijke verzorging in en vanuit zorginstellingen is:

- de professionele en ambtshalve begeleiding van en hulpverlening aan mensen bij hun zingeving en spiritualiteit, vanuit en op basis van geloofs- en levensovertuiging en
- de professionele advisering inzake ethische en/of levensbeschouwelijke aspecten in zorgverlening en beleidsvorming.

bouwsteen voor dit promotieonderzoek. Met zijn onderzoek wil Van de Geer inzichtelijk maken waaraan scholing in het hermeneutisch²⁸ gebruik van diagnostische instrumenten ten behoeve van multidisciplinaire zorg dient te voldoen.²⁹ Deze scholing moet primaire zorgverleners in staat stellen om diagnostische instrumenten voor het in kaart brengen van spirituele behoeften te gaan gebruiken. Hiermee is de vraag hoe verpleegkundige en andere primaire zorgverleners opgeleid moeten worden om spirituele zorg te kunnen verlenen echter nog niet voldoende beantwoord. Deze vraag is wel relevant, aangezien van de verpleegkundige in de palliatieve zorg verwacht wordt dat hij spirituele zorg kan verlenen. Tevens wordt hij binnen de opleiding tot verpleegkundige hiervoor niet toegerust. Voor de toekomst is nader onderzoek naar het antwoord op deze vraag dan ook wenselijk.

De titel van het tweede onderzoek is: "Helpt een spirituele houding bij het omgaan met kanker?". Het gaat hier om een longitudinaal onderzoek uitgevoerd door het Helen Dowling Instituut (psychologische zorg bij kanker) waarin uitkomsten uit eerdere onderzoeken in een longitudinaal onderzoek worden getoetst. Hiermee wordt nagegaan:³⁰

- of de mate van spirituele betrokkenheid kort na de operatie van invloed is op het welbevinden op een later tijdstip
- welke aspecten van spiritualiteit het meest bijdragen aan het welbevinden
- spiritualiteit van invloed is op de ervaren sociale steun, de manier van omgaan met moeilijke situaties en de ervaren ernst van lichamelijke klachten, beperkingen en levensbedreigendheid van de ziekte; en via deze weg weer van invloed is op welbevinden
- de spirituele betrokkenheid verandert in de loop van de tijd
- spiritualiteit een vergelijkbare invloed heeft als optimisme, of een aparte plaats inneemt

1.3.3 Definitie van spiritualiteit

In de literatuur zijn meerdere definities van spiritualiteit te vinden. K. Waaijman, een belangrijk Nederlandse onderzoeker op het gebied van spiritualiteit definieert dit gebied als 'de god-menselijke betrekking als omvormende relatie'.³¹ G. Fitchett, ontwikkelaar van het 7x7 model waarmee spirituele behoeften in kaart worden gebracht, definieert het als: 'the dimension of life

²⁸ In de hermeneutiek gaat het om de interpretatie en het verstaan van teksten en verhalen. Bij hermeneutisch gebruik van diagnostische instrumenten worden ervaringen rondom pijn, verdriet en ziekte geïnterpreteerd tegen de achtergrond van iemands eigen geloofs- en referentiekader (Bouwer 2006).

²⁹ J. van de Geer, *Verbetering van multidisciplinaire spirituele zorg in de palliatieve zorg door scholing van primaire zorgverleners* (onderzoeksprotocol; Leeuwarden).

³⁰ <http://www.hdi.nl/index.php?id=171/Rol+van+spiritualiteit+bij+kanker.htm>, A. Visser en N. Umland-Sikkema, 'Helpt een spirituele houding bij het omgaan met kanker?', 29 november 2013.

³¹ K. Waaijman, *Spiritualiteit*, 301-311.

that reflects the need to find meaning in existence and in which we respond to the sacred”.³² De onderzoeker MacSherry geeft aan dat er veel verschillende definities over spiritualiteit in de literatuur zijn terug te vinden en concludeert dat door de complexiteit van het gebied waarnaar spiritualiteit verwijst het niet mogelijk is om een eenduidige definitie voor spiritualiteit te geven.³³

Ook in de levensbeschouwelijke praktijk zien we verschillen in de wijze waarop spiritualiteit wordt beleefd en hoe men er uiting aan geeft. Volgens Carlo Leget, hoogleraar zorgethiek en begeleidingswetenschappen en bijzonder hoogleraar palliatieve zorg, wordt dit veroorzaakt door de verschillende levensbeschouwelijke achtergronden in de multiculturele samenleving en door de verscheidene wetenschappelijke disciplines van waaruit het onderwerp wordt bestudeerd.³⁴ Vanwege een gebrek aan algemene overeenstemming over wat spiritualiteit is, geven verschillende auteurs niet aan wat het is, maar hoe mensen functioneren als ze met spiritualiteit bezig zijn. Deze benadering wordt een functionele benadering genoemd. H. Jochemsen, emeritus hoogleraar medische ethiek en hoogleraar christelijke filosofie behoort tot de groep mensen die kiezen voor een functionele benadering van het begrip spiritualiteit. Met een inhoudelijke benadering valt volgens hem een groep mensen die spiritualiteit anders beleven of invullen niet onder een gegeven definitie waardoor ze niet spiritueel zijn. Door niet aan te geven wat spiritualiteit is maar door zichtbaar te maken hoe mensen functioneren wordt er niet uitgegaan van de vraag hoe of waarin mensen geloven, maar van het feit dat ze geloven of een levensbeschouwing hebben.³⁵ Jochemsen hanteert hierbij de volgende definitie, welke hij bij het Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut heeft ontwikkeld: *spiritualiteit is het levensbeschouwelijk en religieus functioneren van de mens, waartoe ook de vragen van zingeving en zinervaring horen.*³⁶ Jochemsem geeft hierbij aan dat het bij levensbeschouwelijk functioneren gaat om wat mensen fundamenteel en wezenlijk in hun leven zien en hoe zij hier op een eigen wijze vorm en inhoud aan geven.

De genoemde Lindebooms omschrijving van spiritualiteit wordt ook door de werkgroep palliatieve zorg Agora in de Richtlijn gebruikt. Nadat de Richtlijn tot stand was gekomen, kwam de

³² G. Fitchett, *Assessing spiritual needs: a guide for caregivers* (2e druk; Minneapolis 1993) 16.

³³ W. MacSherry, en L. Ross, *Spiritual assessment in healthcare practice* (Keswick 2010) 17.

³⁴ C. Leget, *Van levenskunst tot stervenskunst: over spiritualiteit in de palliatieve zorg* (1^e druk; Tielt 2008) 48.

³⁵ R. Van Leeuwen en B. Cusveller, *Verpleegkundige zorg en spiritualiteit: professionele aandacht voor levensbeschouwing, religie en zingeving* (1^e druk; Utrecht 2005) 14-15.

³⁶ H. Jochemsen, 'Spiritualiteit en spirituele zorg in de gezondheidszorg', *Tsg* 86 (2008), 71-72.

European Association for Palliative Care (EAPC)³⁷ met een uitgebreidere definitie en een aanvulling:³⁸

Spirituality is the dynamic dimension of human life that relates to the way persons (individual and community) experience, express and/or seek meaning, purpose and transcendence, and the way they connect to the moment, to self, to others, to nature, to the significant and/or the sacred.

The spiritual field is multidimensional:

- *Existential challenges (e.g. questions concerning identity, meaning, suffering and death, guilt and shame, reconciliation and forgiveness, freedom and responsibility, hope and despair, love and joy).*
- *Value based considerations and attitudes (what is most important for each person, such as relations to oneself, family, friends, work, things nature, art and culture, ethics and morals, and life itself).*
- *Religious considerations and foundations (faith, beliefs and practices, the relationship with God or the ultimate).*

De EAPC-definitie lijkt op die van de werkgroep Agora met het verschil dat de definitie wat meer uitgewerkt en daarmee ook uitgebreider is. In deze definitie wordt het spiritueel functioneren, waartoe ook het religieus en levensbeschouwelijk functioneren hoort, verder uitgewerkt. Hierin is te zien waar het om kan gaan als mensen spreken over wat voor hun fundamenteel is of van wezenlijk belang.

1.4 De betekenis van de spiritualiteit voor zorgvrager en zorgverlener

In de vorige paragraaf is het duidelijk geworden dat volgens de in de palliatieve zorg gehanteerde definitie het bij spiritualiteit gaat om wat mensen fundamenteel en wezenlijk in hun leven zien en hoe zij hier op een eigen wijze vorm en inhoud aan geven. In deze paragraaf gaat het om de betekenis die spiritualiteit heeft voor zowel de zorgvrager als de zorgverlener. De zorgvrager wordt met zijn eigen kwetsbaarheid en lijden geconfronteerd, en daarbij kunnen spirituele vragen ontstaan, zoals die naar de zin van het lijden. De zorgverlener krijgt door de zorgrelatie ook te

³⁷ EAPC is een internationale organisatie waar 54 nationale instanties uit 32 landen zijn aangesloten met als doelstelling het stimuleren van de palliatieve zorg in Europa

³⁸ <http://www.eapcnet.eu/Themes/Clinical/SpiritualCareinPalliativeCare/tabid/1520/Default.aspx>

maken met het lijden, de kwetsbaarheid en spiritualiteit van de zorgvrager. De manier waarop de zorgverlener hiermee omgaat zal mede afhangen van zijn eigen spiritualiteit.

De komende twee subparagrafen laten de betekenis van de spiritualiteit voor zowel de zorgvrager als ook de zorgverlener zien. Hierbij zal het duidelijk worden hoeveel verschillende zorgbehoeften er bij de zorgvrager kunnen ontstaan. Dit is van belang om te weten omdat het in dit onderzoek juist om diagnostische instrumenten gaat die ervoor bedoeld zijn om de spirituele situatie als ook de spirituele zorgbehoeften in kaart te brengen.

1.4.1 Betekenis van de spiritualiteit voor de zorgvrager

Deze subparagraaf geeft een antwoord op de vraag wat de betekenis van de eigen spiritualiteit voor de zorgvrager is. Dit wordt gedaan aan de hand van de zorgcategorieën herstellende patiënt, chronische patiënt en palliatieve patiënt. Deze indeling wordt door de geestelijk verzorger Van Schrojenstein Lantman gebruikt voor de typering van de levensverhalen van de verschillende patiënten.³⁹

Een goed en gezond leven is voor veel mensen een belangrijke waarde. Gezond zijn wordt als vanzelfsprekend ervaren totdat een ziekte zich voordoet. Als de gezondheid onder druk staat, dan heeft men er veel voor over om deze te behouden of om weer terug te krijgen. In veel gevallen is er perspectief om na een medische ingreep weer gezond naar huis te gaan. Het ziek zijn vormt bij de herstellende patiënt dan een incident in het leven waarna de draad weer kan worden opgepakt. De aandacht kan op de toekomst worden gericht en er kunnen hierbij spirituele behoeften ontstaan zoals, bestaande relaties te versterken en om andere mensen te helpen die zelf ziek zijn.⁴⁰

De chronische patiënt bij wie de ziekte niet meer te genezen is, zal verder moeten leven met zijn beperkingen. Deze beperkingen kunnen in het dagelijkse leven leiden tot onzekerheid, afhankelijkheid en eenzaamheid.⁴¹ De spirituele vragen die zich bij dit type patiënt voordoen, zullen anders zijn dan die van de patiënt die na een medische ingreep herstelt. De chronische patiënt leeft in een besef dat hij nooit meer van de ziekte zal afkomen. De toekomst ziet er ineens heel anders uit. De ziekte vormt een breuklijn in het eigen levensverhaal. Dingen die vroeger goed konden, zoals het samen op reis gaan gaan nu een stuk moeizamer. De spirituele vraag die hier vaak bij doorklinkt is: "waarom overkomt mij dit?".

³⁹ R. Van Schrojenstein Lantman, *Levensverhalen in het ziekteproces: Over geestelijke verzorging en interdisciplinaire samenwerking* (1^e druk; Dwingeloo 2007)51-65.

⁴⁰ Van Schrojenstein Lantman, *Levensverhalen in het ziekteproces*, 54.

⁴¹ Ibidem 60.

Indien een patiënt een levensbedreigende ziekte heeft, dan gaat de aandacht niet uit naar herstel maar naar de zorg voor de patiënt. Belangrijk hierbij is het bestrijden van de symptomen en het verlichten van de pijn. Net als bij de chronische patiënt kan ook de palliatieve patiënt zichzelf spirituele vragen stellen over zijn situatie, zoals: 'Waarom overkomt mij dit? Wat heb ik gedaan dat ik dit nu krijg?'; 'Wat voor zin heeft het leven als ik toch sterf?' of 'waar haal ik de kracht uit om verder te gaan?'.⁴² Het zijn vragen die vooral gericht zijn op het zoeken naar betekenis en doel en naar bronnen van kracht. Door het besef van een beperkte levensduur zullen spirituele vragen bij een palliatieve patiënt gericht zijn op het einde van het leven en op een mogelijk vervolg na het leven. Er kan een behoefte bestaan om onopgeloste zaken met andere mensen alsnog aan te pakken en goed uit te spreken. Vragen over een leven na de dood kunnen weer opkomen en de patiënt kan het op prijs stellen als hij de ruimte krijgt om hierover met een zorgverlener te spreken. Een aantal van deze vragen zullen voortkomen uit angst, waaronder die voor het sterven maar ook voor de toekomst van de kinderen en de partner.

Uit het bovenstaande blijkt dat er bij de zorgcategorieën herstellende patiënt, chronische patiënt en palliatieve patiënt de spiritualiteit op diverse wijzen naar voren komt. Hiernaast heeft de zorgvrager ook zijn eigen levensbeschouwelijke achtergrond en praktijken waarmee hij het ziekenhuis binnenkomt. Een zorgvrager die in zijn dagelijkse leven religieuze literatuur leest, bidt en naar vieringen gaat, zal deze behoeften ook in een ziekenhuis kunnen hebben. Als de zorgvrager op het gebied van spiritualiteit problemen ondervindt die los staan van zijn ziekteproces, dan zal hij deze ook mee naar het ziekenhuis nemen. Hier is er dan sprake van een verstoorde spiritualiteit.⁴³

Bij de herstelpatiënt, de chronische patiënt en de palliatieve patiënt zijn verschillende spirituele behoeften te onderscheiden. Er zijn door meerdere auteurs categorieën opgesteld waarin de spirituele behoeften kunnen worden ondergebracht.^{44, 45, 46} Een van auters is K. Galek, onderzoeker bij HealthCare Chaplaincy, een onderzoekscentrum op het gebied van spirituele zorg in de gezondheidszorg en palliatieve zorg in New York. Er wordt voor deze scriptie voor de

⁴² C. Loetz, J.Müller, Eckhard Fricke.a., 'Attachment theory and spirituality: two threads converging in palliative Care?', *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine: Ecam* 2013 (2013),5.

⁴³ Van Leeuwen en Cusveller, Verpleegkundige zorg en spiritualiteit, 19-20.

⁴⁴ E.J. Taylor, 'Spiritual needs of patients with cancer and family caregivers', *Cancer Nursing* 26 (2003),260-266.

⁴⁵ D. R. Hodge, e.a., 'Older adults' Spiritual needs in health care settings: a qualitative meta-synthesis', *Research on Aging* 34 (2012), 131-155.

⁴⁶ A. Narayanasamy, 'Recognising spiritual needs', in: W. McSherry en L. Ross eds., *Spiritual Assessment* (1e druk; Cumbria 2010) 43-50.

indeling van Galek kozen omdat haar indeling in meerdere artikelen wordt aangehaald. Zij heeft aan de hand van 22 artikelen die over spirituele behoeften van ziekenhuispatiënten gaan een literatuurstudie uitgevoerd. Hieruit zijn 339 verschillende spirituele behoeften naar voren gekomen.⁴⁷ Uit deze grote groep van behoeften heeft zij 9 categorieën geconstrueerd namelijk:

Categorieën spiritual needs
Love/Belonging/respect
Divine
Positivity/gratitude/ hope/peace
Meaning and purpose
Morality and ethics
Appreciation of Beauty
Resolution/death

Tabel 1 Categorieën spiritual needs volgens Galek

In tabel 1 is te zien dat de spirituele behoeften ook de fysieke, sociale en psychische dimensies van het bestaan raken. Er is hierbij een wisselwerking tussen de spirituele en de andere dimensies.⁴⁸ Zo kan een spirituele behoefte uit een van de andere dimensies voortkomen. Een patiënt kan door het besef van zijn naderde levenseinde vanuit zijn spiritualiteit op zoek gaan naar de zin van zijn leven. Ook andersom is mogelijk. De spirituele dimensie kan tot grote steun zijn als er sprake is van fysiek of psychisch lijden.

Indeling van de spirituele behoeften per categorie

Om de betekenis van de spiritualiteit voor de zorgvrager duidelijker te maken, worden de spirituele behoeften aan de hand van negen categorieën uit tabel 1 hieronder toegelicht.

Love, belonging en respect

Volgens Galek komen de spirituele behoeften in deze categorie het meest in de onderzochte literatuur voor.

⁴⁷ K. Galek, K.J. Flannelly en R.M. Galek, 'Assessing a patient's spiritual needs: a comprehensive instrument.', *Holistic Nursing Practice* 19 (2005)62-69, aldaar 65.

⁴⁸ W. McSherry en K. Cash, *Making sense of spirituality in health Care: an interactive approach* (2e druk; Londen 2066)55.

Spirituele behoeften in deze categorie *Love, belonging* en *respect* volgens Galek zijn

- To be accepted as a person
- Give/receive love
- To feel a sense of connection with the world
- For compassion and kindness
- For respectful care of your bodily needs

Uit de door Galek onderzochte publicaties blijkt dat veel patiënten behoefte hebben aan de aanwezigheid van een pastor, rabbi of geestelijk verzorger. Veel patiënten geven ook aan liefde te willen geven en te ontvangen en betrokkenheid van anderen te willen voelen.

Divine

In de op een na grootste categorie staan de spirituele behoeften die te maken hebben met het uiten van de spiritualiteit met behulp van traditionele religieuze rituelen.

Spirituele behoeften in deze categorie *divine* volgens Galek

- To participate in religious or spiritual services
- To have someone pray with or for you
- To perform religious or spiritual rituals
- To read spiritual or religious material
- For guidance from a higher power

Veel mensen proberen met spirituele rituelen en symbolen een verbinding te krijgen met iets dat de dagelijkse werkelijkheid overstijgt. Dit kan God, Brahma, Shiva, Mohammed of iets anders zijn dat transcendent is. Deze verbinding kan tot stand worden gebracht door het lezen van spirituele boeken of via het uitvoeren of bijwonen van rituelen. Een literatuuronderzoek naar de relatie tussen religie en gezondheid suggereert dat deelname aan religieuze rituelen positieve gevoelens van blijdschap en eigenwaarde kan laten ontstaan.⁴⁹ Een van deze rituelen vormt het bidden dat men alleen of in een groep kan doen. Het bidden vormt een belangrijk aspect in het leven van veel religieuze mensen.^{50,51} Om de religiositeit in Nederland goed in kaart te brengen is er in 2002 een

⁴⁹ L.M. Chatters, 'Religion and health: public health research and practice', *Annual Review of Public Health* 21 (2000), 335-367, aldaar 345.

⁵⁰ C. Zeiders en R. Pekala, 'A review of evidence regarding the behavioral medical and psychological efficacy of Christian prayer', *The Journal of Christian Healing* 17 (1995), 76-85.

nationaal survey afgenomen waarin er onder andere vragen over bidden werden gesteld.⁵² Uit dit survey blijkt dat in Nederland 60% van de bevolking bidt. De meest voorkomende aanleidingen om te bidden zijn: ziekte (41%), dood (35%), moeilijke momenten (20%), problemen (15%), danken of geluk (11%). De aanleidingen waardoor men bidt zijn vaak niet te veranderen. Door het bidden hoopt men meer innerlijke rust, hulp, inzicht, steun en kracht te krijgen. In een literatuuronderzoek naar verschillende onderzoeken over de effecten van bidden onder christenen komt naar voren dat door te bidden mensen leren omgaan met hun situatie en angsten, spanningen, fysieke pijn, depressieve gevoelens en frustraties minder worden.^{53,54}

Positivity, gratitude, hope en peace

Een aantal door Galek besproken artikelen gaan over positivity, gratitude, hope en peace.

Spirituele behoeften in deze categorie *positivity, gratitude, hope en peace* volgens Galek zijn

- To feel hopeful
- To feel a sense of peace and
- Contentment
- To keep a positive outlook
- To have a quiet space to meditate or
- Reflect
- To be thankful or grateful
- To experience laughter and a sense of humor

Bij deze behoeften verbindt Galek de spirituele behoefte *To feel hopeful* met het willen leven.

Deze relatie wordt ook door Viktor E. Frankl, een bekende psychotherapeut en overlever van de holocaust in zijn boek "De zin van het bestaan" beschreven. Frankl verbindt hoop aan de zin die de mens in zijn leven ervaart. Hij zag dat mensen met hoop in staat waren om onder zeer zware

⁵¹ R. A. Bell e.a., 'Prayer for health among U.S. adults: the 2002 national health interview survey', *Complementary Health Practice Review* 10 (2005), 175-188.

⁵² R. Eisinga e.a., "Religion in Dutch society 2000: a national survey on religious and secular attitudes in 2000," (1e druk, Amsterdam 2002).

⁵³ J. R. Finney en H. N. Malony, 'Empirical studies of Christian prayer : a review of the literature', *Journal of Psychology & Theology* 13 (1985), 104-115.

⁵⁴ H.G. Koenig, 'Religion and medicine IV: religion, physical health, and clinical implications.', *International Journal of Psychiatry in Medicine* 31 (2001), 321-36.

fysieke en emotionele omstandigheden te leven. Mensen die hun hoop verloren, ontbrak het in veel gevallen aan de wil om verder te willen leven waardoor men ook eerder kwam te overlijden.

Meaning and purpose

In de categorie *meaning and purpose* gaat het om het vinden van zin en betekenis in het leven.

Spirituele behoeften in deze categorie *Meaning and purpose* volgens Galek zijn

- To find meaning in suffering
- To find meaning and purpose in life
- To understand why you have a medical problem

In zijn onderzoek geeft Galek aan dat door ziekte veel mensen zich met existentiële vraagstukken gaan bezighouden. Vragen die gaan over de zin van het leven en de dood. Door zin en betekenis aan het lijden en dood te geven helpt spiritualiteit hiermee om te omgaan.^{55,56,57} Deze wijze van omgaan wordt ook wel coping genoemd. Puchalski ontwerper van het diagnostisch instrument FICA dat spirituele zorgbehoeften in kaart brengt, schrijft hierover: “Patients learn to cope with and understand their suffering through their spiritual beliefs, or the spiritual dimension of their lives”.⁵⁸

Morality and ethics

Mensen hebben, volgens Galek, met regelmaat ondersteuning nodig om aan de principes die het fundament van de eigen spiritualiteit vormen, vast te houden. Geestelijke verzorgers en andere zorgverleners kunnen patiënten helpen om aan hun eigen morele verantwoordelijkheden vast te houden. Hieronder valt de spirituele behoefte *To live an ethical and moral life*.

⁵⁵ S. Sorajjakool en B. Seyle, 'Theological strategies, constructing meaning, and coping with breast cancer: a qualitative study', *Pastoral Psychology* 54 (2005), 173-186.

⁵⁶ P. B. Fryback en B. R. Reinert, 'Spirituality and people with potentially fatal diagnoses', *Nursing Forum* 34 (1999), 13-22.

⁵⁷ L. Culliford, 'Spirituality and clinical care', *British Medical Journal* 325 (2002), 1434-1435.

⁵⁸ C. Puchalski en A. L. Romer, 'Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully', *Journal of Palliative Medicine* 3 (2000), 129-137 aldaar 129.

Appreciation of Beauty

Aspecten van het bestaan kunnen in de schoonheid om ons heen zichtbaar worden. Galek noemt hier als voorbeeld de zonsondergang en de lente. Zij geeft ook aan dat sommige mensen zich in de natuur dichterbij God voelen als ergens anders.

Spirituele behoeften in deze categorie *Appreciation of Beauty* volgens Galek zijn

- To experience or appreciate beauty
- To experience or appreciate music
- To experience or appreciate nature

Resolution en death

Galek geeft aan hoe gemakkelijk een gevoel van onkwetsbaarheid en/of onsterfelijkheid kunnen verdwijnen wanneer men een ziekte geconfronteerd wordt. Mensen gaan dan opnieuw nadenken over het leven en de dood en willen op hun geleefde leven terugkijken.

Spirituele behoeften in deze categorie *Resolution en death* volgens Galek zijn

- To address unmet issues before death
- To address concerns about life after death
- To have a deeper understanding of death and dying
- To forgive yourself and others
- To review your life

Bij het terugkijken op het leven kan de behoefte ontstaan om onopgeloste zaken met dierbaren te bespreken, stil te staan bij het leed dat anderen is aangedaan en de keuzen die in het leven zijn gemaakt.⁵⁹ Macaskill, hoogleraar psychologie en gedragstherapeut, schrijft over een belangrijk thema wat bij de laatste fase een rol kan spelen, namelijk schuld en vergeving.⁶⁰ Door de existentiële crisis kunnen gevoelens van schuld naar boven komen. Schuld dat men tekort is geschoten naar zichzelf of naar anderen. Bij dit laatste kan het gaan om het leed dat men een ander heeft aangedaan. Door met deze gevoelens van schuld aan de slag te gaan kan er ruimte voor de zorgvrager ontstaan om zichzelf te vergeven of door anderen vergeven te worden. Als

⁵⁹ K. E. Steinhuser en E. C. Clipp, 'In Search of a Good Death: Observations of Patients, Families, and Providers', *Annals of Internal Medicine* 132 (2000), 825-832 aldaar 828.

⁶⁰ A. Macaskill, *Heal the Hurt: How to Forgive and Move on* (1e druk; London 2002)6-13.

men in deze laatste fase van het leven schuldgevoelens blijft ervaren kan er angst voor straf na de dood ontstaan. Als men in een voortbestaan na de dood gelooft kan men angstig zijn voor het oordeel van God of voor een eeuwige straf.

Uit de beschrijving van de zorgcategorieën herstellende patiënt, chronische patiënt en palliatieve patiënt en de categorieën spirituele behoeften is naar voren gekomen dat bij een zorgvrager/patiënt zowel in het dagelijkse leven als ook in de periode van een ziekenhuisopname veel spirituele behoeften kunnen leven. Vanwege dit grote aantal wordt duidelijk hoe belangrijk het is om een diagnostisch instrument te hebben om de zorgbehoeften bij de zorgvrager zichtbaar te maken. De WHO-definitie voor de palliatieve zorg roept ook op tot vroegtijdige signalering en zorgvuldige behandeling van spirituele problemen. De beschrijving van de spirituele behoeften in deze subparagraaf vormt geen blauwdruk voor de behoeften van een individuele zorgvrager. Per persoon zal er met een diagnostisch instrument gekeken moeten worden welke spirituele behoeften hij heeft.

Tijdens het proces van ziek zijn spelen spirituele behoeften een belangrijke rol in het omgaan ermee. Veel zorgvragers willen dan ook dat er tijdens het ziekenhuisverblijf naar deze behoeften wordt gevraagd. Uit een onderzoek van Ehman blijkt dat tussen 41% en 94% van de patiënten in Amerika het op prijs stelt als de zorgverleners hier aandacht voor hebben. Van deze groep van patiënten geeft 85% zelfs aan dat hun vertrouwen in de artsen toeneemt als deze aandacht wordt gegeven.

1.4.2 Betekenis van de spiritualiteit voor de zorgverlener

In deze subparagraaf wordt stilgestaan bij de vraag wat de betekenis van spiritualiteit voor het functioneren van de zorgverlener is. In het dagelijks werk komt de primaire zorgverlener continu in aanraking met spiritualiteit. Zowel grote als kleine lichamelijke problemen van patiënten roepen bij de patiënten angst en ongerustheid op en zorgen voor vragen over de zin van hun situatie. Zorgverleners worden met deze vragen geconfronteerd en hierdoor kunnen ook bij hen vragen over het lijden, identiteit en de eindigheid van het leven ontstaan. Voor het geven van zorg is het van belang om aandacht te hebben voor en bewust te zijn van de eigen overtuigingen, waarden, ervaringen en gevoelens (de eigen spiritualiteit).^{61,62} Steemers-Van Winkoop spreekt

⁶¹ Van Leeuwen en Cusveller, Verpleegkundige zorg en spiritualiteit, 19.

hierbij over spirituele zelfdiagnose.⁶³ De spirituele zelfdiagnose is er op gericht om te ontdekken wat het contact met een ander met de zorgverlener doet. Dit is van belang omdat gevoelens van de zorgverlener van invloed kunnen zijn op het contact met de zorgvrager. Volgens Steemers-van Winkoop dient de zorgverlener stil te staan bij zichzelf en aandacht te geven aan wat hij voelt. Hoe dit aandacht vorm krijgt, wordt niet beschreven. McSherry spreekt weliswaar niet over 'aandacht', maar geeft wel aan hoe bewustzijn van de spirituele dimensie bevorderd kan worden, namelijk door:

- terug te kijken naar de situatie en de gevoelens, gedachten en reacties hierop (*reflection*)
- alle mogelijke factoren te bespreken die van belang kunnen zijn voor de situatie (*critical analysis*)
- feedback en een evaluatie van het eigen functioneren door een collega verpleegkundige. (*appraisal*).⁶⁴

Kociszewski heeft naar aanleiding van haar onderzoek naar de ervaringen van verpleegkundigen in het geven van spirituele zorg de categorie *spiritual nurse* bedacht. Hiertoe behoren volgens Kociszewski verpleegkundigen die een spiritueel zelfbewustzijn hebben ontwikkeld.⁶⁵ In het onderzoek geven verpleegkundigen aan dat door het spirituele zelfbewustzijn zij beter in staat zijn om spirituele zorg te verlenen. De gedachte dat een verpleegkundige beter voorbereid is op het geven van spirituele zorg door het eigen bewustzijn van de spirituele dimensie wordt ook door andere onderzoekers ondersteund.^{66,67,68,69}

De motivatie die een verpleegkundige heeft om het werk te doen is een onderdeel van zijn eigen spiritualiteit. Verpleegkundigen hebben meerdere motieven om hun werk te verrichten. Zo kunnen ze een sterke behoefte hebben om voor anderen te willen zorgen, om zichzelf verder te ontplooiën of om zinvolheid te ervaren door het uitvoeren van het werk.⁷⁰ Naast motivatie bestaat er ook demotivatie. Een verandering van de werkdruk kan de motivatie negatief

⁶² L.J. Tiesinga en D. Post, 'Forum - Het spiritueel functioneren van zorgvragers en zorgverleners in de gezondheidszorg; een synthese', *Verpleegkunde* 18 (2003) 272-278, aldaar 272.

⁶³ M. W. H. Steemers-van Winkoop, *Geloven in zorg: omgaan met geloof, levensbeschouwing en spiritualiteit in de gezondheidszorg* (1e druk; Baarn 2001) 96-97.

⁶⁴ W. McSherry, *Making sense of spirituality in nursing and health care practice an interactive approach* (1e druk; London) 164-166.

⁶⁵ C. Kociszewski, 'A phenomenological pilot study of the nurses' experience providing spiritual care', *Journal of Holistic Nursing* 21 (2003), 131-148 aldaar 136.

⁶⁶ Steemers-van Winkoop, *Geloven in zorg*.

⁶⁷ McSherry, *Making Sense of Spirituality in Nursing*, 126-144.

⁶⁸ D. L. Vance, 'Nurses' attitudes towards spirituality and patient care', *MEDSURG Nursing* 10 (2001), 264-268, aldaar 264.

⁶⁹ M. McEwen, 'Spiritual nursing care: state of the art', *Holistic Nursing Practice* 19 (2005) 161-168.

⁷⁰ K. Toode e.a. 'Work motivation of nurses: a literature review', *Int J Nurs Stud* 48(2011) 246-257.

beïnvloeden. Bij een te hoge werkdruk kunnen de contacten met de patiënt erbij inschieten waardoor verpleegkundigen minder aan het werk toekomen dat ze het meest aan het hart ligt: zorg verlenen aan zorgvragers. Dit kan leiden tot stress en burnout.⁷¹ Het laten afnemen van de werkdruk kan daarentegen de psychische klachten verminderen.⁷²

In deze paragraaf en de vorige is zichtbaar geworden hoe belangrijk spiritualiteit voor zowel de zorgvrager als voor de zorgverlener is. Voor de zorgverlener is het van belang om in de zorg aandacht te geven aan de eigen spiritualiteit en die van de zorgvrager. De volgende paragraaf beschrijft aan de hand van de Richtlijn hoe de spirituele zorg aan de patiënt eruit moet zien.

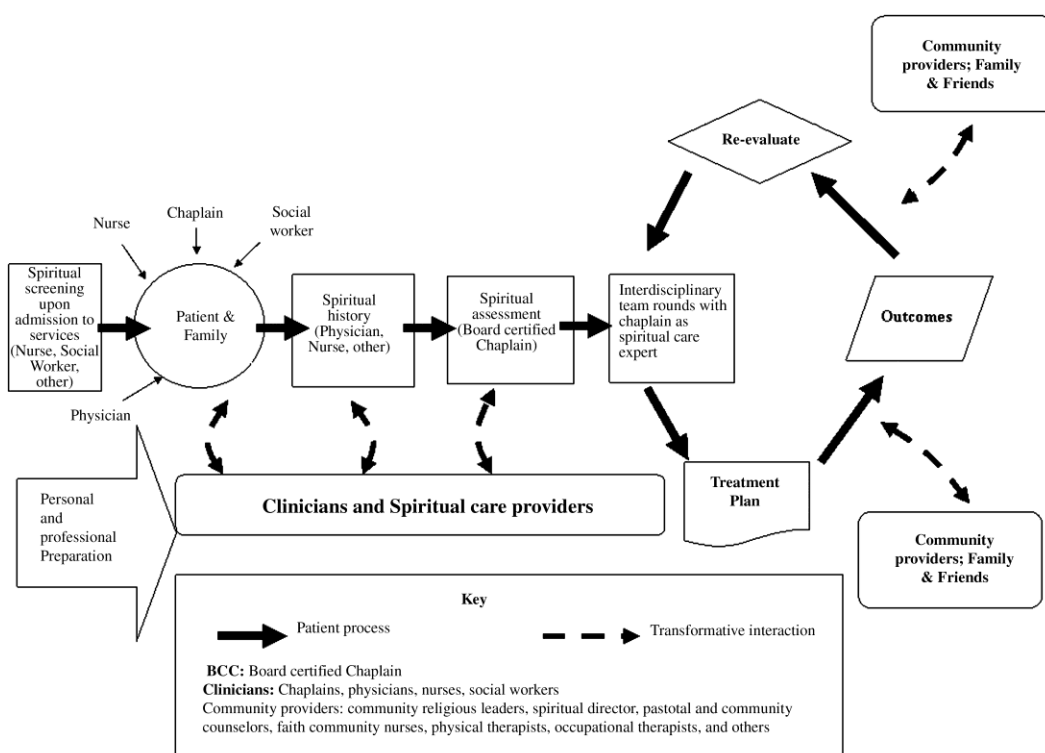
⁷¹ T. Taris e.a., 'Burnout in de verpleging: wat valt er tegen te doen', *Verpleegkundig management* 6 (1998), 9-13.

⁷² T. Gelsema e.a., 'A longitudinal study of job stress in the nursing profession: causes and consequences', *Journal of nursing management* 14 (2006) 289-299 aldaar 291.

1.5 Rollen binnen de spirituele zorg in de palliatieve zorg

In de vorige paragrafen is er een beeld van de spiritualiteit van de zorgvrager gegeven. Tijdens het geven van zorg wordt de zorgverlener met deze spiritualiteit geconfronteerd. De WHO-definitie voor de palliatieve zorg roept de hulpverlener op om hier aandacht aan te geven. Puchalski ziet het verlenen van spirituele zorg als taak en verantwoordelijkheid van iedere zorgverlener die zorg biedt aan patiënten in de palliatieve fase.⁷³ In het rapport van de consensusconferentie over spirituele zorg die in 2009 in Amerika is gehouden, is een schema (figuur 1) opgenomen met daarin de verschillende rollen en taken binnen de spirituele zorg.⁷⁴

Volgens het rapport ligt de taak van primaire hulpverleners bij de spirituele zorg met name in het



Figuur 1 Spiritueel zorg model

afnemen van de *spiritual screening* en *history taking*.⁷⁵ Bij een *spiritual screening* wordt er aan de hand van een paar vragen gekeken wat de spirituele behoeften en/of er spiritueel problemen zijn en bij *history taking* wordt er door het afnemen van een vragenlijst een beeld van de spirituele situatie van de zorgvrager gevormd. *Spiritual assessment* is uitgebreider dan *history taking* en is

⁷³ C. Puchalski, B. Ferrell, R. Viranie.a., 'Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care: The Report of the Consensus Conference', *Journal of Palliative Medicine* 12 (2009), 885-904.

⁷⁴ Ibidem

⁷⁵ Voor uitgebreidere uitleg benamingen tools, zie hoofdstuk 2.

aan de geestelijk verzorger voorbehouden. Op basis van de informatie uit de *spiritual screening* en *spiritual history* kan de zorgverlener spirituele bronnen in kaart brengen, de aanwezigheid van spirituele behoeften vaststellen en de zorgvrager doorverwijzen naar een geestelijk verzorger. De geestelijk verzorger heeft dan de mogelijkheid om in samenwerking met het interdisciplinair team tot een behandelplan te komen en deze uit te voeren.

De Richtlijn welke in 2010 in Nederland is gepubliceerd, reikt als reactie op de rolverdeling uit de consensusconferentie het ABC-model aan (zie tabel 2). In dit model staat niet alleen beschreven welk soort tool een beroepsgroep mag afnemen, maar ook van wat er van hun verwacht wordt bij het geven van aandacht, begeleiding en crisisinterventie. Het ABC-model in de Richtlijn sluit meer op de Nederlandse context aan dan het consensus rapport. Dit is te zien aan het verschil in taken die de verpleegkundige en arts in Amerika en in Nederland hebben. Volgens het consensus rapport zijn deze taken in Amerika beperkt tot het screenen en doorverwijzen. De taken voor de arts en verpleegkundige zijn volgens het ABC-model in Nederland een stuk uitgebreider. Wat deze taken zijn is in de beschrijving hieronder terug te vinden.

		Arts en verpleegkundige	Medisch maatschap.werker, psycholoog	Geestelijk verzorger	
	Primaire focus, ingang en referentiekader	Somatisch	Psychosociaal	Spiritueel	
A	Aandacht (altijd)	Luisteren, ondersteunen, onderkennen, verkennen	Luisteren, ondersteunen, onderkennen, verkennen	Luisteren, ondersteunen, onderkennen, verkennen , duiden	(representeren) en verbinden
B	Begeleiding (op verzoek van patiënt)	Zoektocht volgen, doorverwijzen, in kaart brengen	Zoektocht volgen, doorverwijzen, in kaart brengen	Zoektocht volgen, doorverwijzen, in kaart brengen , duiden, interpreteren en wegen	
C	Crisisinterventie (indien aangewezen)	Signaleren, doorverwijzen	Onderkennen, begeleiden, behandelen, doorverwijzen	Onderkennen, begeleiden, Soms: Behandelen, doorverwijzen, interpreteren en wegen	

Tabel 2 ABC-indeling in Richtlijn spirituele zorg

Beschrijving van het ABC-model

Aandacht (A) voor de spirituele dimensie wordt altijd door de hulpverleners uit alle drie de groepen (arts/verpleegkundige, medisch maatschappelijk werker/psycholoog en geestelijk verzorger) in het contact met de zorgvrager gegeven. Deze aandacht bestaat bij alle genoemde hulpverleners uit het luisteren naar de patiënt, ondersteunen bij een existentiële zoektocht en onderkennen van de gevoelens.

Begeleiding (B) wordt alleen gegeven door een hulpverlener uit een van de drie groepen als de zorgvrager hierom vraagt. De zorgverlener gaat hierbij in gesprek gaan met de patiënt over de zaken die hem bezig houden. Verder helpt de hulpverlener de zorgvrager bij zijn existentiële zoektocht als deze te horen krijgt dat zijn levenseinde nadert (in ABC-model: zoektocht volgen). Het doel van de existentiële zoektocht voor de patiënt is het vinden van een nieuw psychisch en spiritueel evenwicht. Door de arts en verpleegkundige kan er naar een psycholoog, maatschappelijk werker of geestelijk verzorger worden doorverwezen als dit nodig is (In ABC-model: doorverwijzen). Ook kunnen de psycholoog en geestelijk verzorger onderling naar elkaar doorverwijzen doordat de psycholoog ziet dat het probleem onder de expertise van de geestelijk verzorger valt en vice versa en als ze er niet uitkomen.

Crisisinterventie (C) vindt plaats als de hulpverlener denkt dat dit nodig is. Als de existentiële zoektocht langer dan enkele weken duurt, als de patiënt bijna niet meer functioneert of als de zorgverlener ernstige spirituele nood ziet (in ABC-model: signaleren) maar niet weet hoe hij hier mee moet omgaan, dan moet er worden doorverwezen naar een psycholoog of geestelijk verzorger. Het kan voorkomen dat de ene psycholoog doorverwijst naar een andere psycholoog omdat hij er zelf niet uitkomt. Dit kan vice versa ook voor de geestelijk verzorger.

In het ABC-model zijn drie soorten diagnostische instrumenten opgenomen om de spirituele situatie van een patiënt te beschrijven. Deze drie instrumenten - 'verkennen', 'in kaart brengen' en 'interpreteren en wegen' - worden in paragraaf 3.3.1 besproken.

1.6 Conclusie

De geestelijke dimensie in de zorg heeft vanaf de Middeleeuwen een duidelijke ontwikkeling doorgemaakt. Deze heeft zich vanuit een traditioneel christelijk kader geëvolueerd tot een zelfstandige discipline. De geestelijke zorg werd in de Middeleeuwen door nonnen en priesters verzorgd. Tegenwoordig is er geestelijk zorg als pastorale zorg (vanuit de eigen geloofsgemeenschap) en geestelijke zorg als onderdeel van een professioneel zorgaanbod waarbij de geestelijk verzorger de levensbeschouwing van de patiënt voorop stelt. In de palliatieve zorg zien we dat er vanaf 2002 de aandacht voor spiritualiteit toeneemt. Dit wordt mede veroorzaakt door het toevoegen van de spirituele dimensie in de WHO-definitie van palliatieve zorg. Er wordt een competentieprofiel spirituele zorg opgesteld, er worden Masterclasses spiritualiteit gegeven en een Richtlijn spirituele zorg geschreven.

Deze ontwikkeling van de spiritualiteit heeft niet tot een algemeen geaccepteerde definitie geleid. In de literatuur worden er veel verschillende definities voor spiritualiteit gebruikt. Er is in deze scriptie gekozen voor de EAPC-definitie van spiritualiteit. Dit is een functionele definitie met daarin een duidelijke beschrijving van wat voor mensen fundamenteel of van wezenlijk belang is .

De spiritualiteit kan voor zowel de zorgvrager als de zorgverlener een belangrijke rol vervullen. We hebben gezien dat er op het gebied van spiritualiteit verschillende zorgbehoeften van de zorgvrager bestaan. In de WHO-definitie staat dat de palliatieve zorg aan de spirituele behoeften van de zorgvrager moet beantwoorden. Aan deze zorgbehoeften kan pas worden gewerkt als deze voor zowel de zorgvrager als zorgverlener zichtbaar worden en hiervoor zijn diagnostische instrumenten nodig.

Bij de zorgvrager uit de spiritualiteit zich bij ziekte onder andere in het stellen van existentiële vragen. Ook kunnen er spirituele behoeften bij de zorgvrager aanwezig zijn als hij het ziekenhuis binnenkomt. Deze behoeften kunnen groter worden als de zorgvrager met een ziekte of aandoening wordt geconfronteerd. Zorgverleners worden met de existentiële vragen en spirituele zorgbehoeften van de zorgvragers geconfronteerd. Ook bij hen kunnen er hierdoor existentiële vragen ontstaan. Het is daarom van belang dat ook de zorgverlener stilstaat bij zijn eigen spiritualiteit. Het ABC-model in de Richtlijn maakt duidelijk hoe de taken van zorgverleners op het gebied van de spirituele zorg zijn verdeeld.

2 Diagnostische instrumenten

2.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is naar voren gekomen dat zorgvragers in veel situaties spirituele behoeften hebben en dat een groot deel ervan het waardeert als primaire zorgverleners hier aandacht aan geven. Dit hoofdstuk gaat over de instrumenten in het binnen- en buitenland die het mogelijk maken om deze behoeften in kaart te brengen. Door middel van een literatuuronderzoek wordt bekeken welke diagnostische instrumenten er zijn. Deze instrumenten worden vervolgens aan de hand van exclusiecriteria beoordeeld. Vervolgens wordt er aan de hand van de inclusiecriteria opgesteld voor het onderzoek van Joep van de Geer bekeken of de overgebleven instrumenten voor de klinische praktijk voor de Nederlandse context geschikt zijn. Van alle instrumenten is een uitgebreide analyse gemaakt. Als de instrumenten voldoen aan de inclusiecriteria zijn ze beschreven in dit hoofdstuk. Voldoen ze niet dan zijn ze terug te vinden in de bijlage.

In de komende paragraaf wordt de werkwijze van dit literatuuronderzoek nader toegelicht. Paragraaf 2.3 gaat in op de analyse van de instrumenten. Hierin worden de instrumenten aan de hand van de exclusie- en inclusiecriteria beoordeeld. De instrumenten die aan alle inclusiecriteria voldoen worden hier nader toegelicht. De laatste paragraaf laat de conclusie van dit hoofdstuk zien.

2.2 Werkwijze literatuuronderzoek

Het literatuuronderzoek heeft plaats gevonden volgens drie stappen. Deze stappen en de resultaten ervan worden in de volgende alinea's beschreven.

Stap 1: databaseonderzoek

Voor het databaseonderzoek is er uit de beschikbare databases voor Medline-Pubmed gekozen vanwege de grote hoeveelheid artikelen dat hierin is opgenomen. Vrijwel alle belangrijke medische publicaties van de afgelopen decennia zijn hierin te vinden. In deze database werd naar artikelen vanaf 1985 tot 2013 gezocht op de zoektermen: "spiritual assessment", "spiritual history" en "spiritual tool". De volgende Booleanexpressie werd hiervoor gebruikt: spiritual AND assessment OR spiritual AND history OR spiritual AND tool. Na het ingeven van de Booleanexpressie kwamen er in 1968 artikelen tevoorschijn. In deze database is elke artikel

voorzien van een samenvatting. Bij het lezen van de samenvattingen van de eerste 800 artikelen werden er 45 screeningsinstrumenten om de spirituele situatie in beeld te brengen, ontdekt. Daarnaast gingen drie artikelen over drie verschillende literatuuronderzoeken naar spirituele screeningsinstrumenten. Om dubbel werk te voorkomen is er voor gekozen om verder te gaan met het vergelijken van de reviews met de gevonden screeningstools uit de eerste 800 artikelen.

Stap 2: literatuuronderzoek

Van de 45 gevonden screeningsinstrumenten om de spirituele situatie in beeld te brengen, bleken er 42 ook in het onderzoeksverslag 'Spirituele screening in de oncologische Patiëntenzorg' te staan. In het tweede onderzoeksverslag 'Taking spiritual history in clinical practice: a systematic review of instruments'⁷⁶ stonden 24 van de 45 gevonden screeningsinstrumenten genoemd. In deze review werden de meest geciteerde screeningsmodellen in de klinische praktijk tot maart 2012 met elkaar vergeleken. Het laatste onderzoeksverslag 'Spiritual care at the end of life: a systematic review of the literature'⁷⁷ bevatte 13 van de 45 gevonden screeningsinstrumenten. Dit document gaf een overzicht van de artikelen over spirituele zorg in palliatieve zorg en van spiritual assessment tools van 2000-2010 in de Engelstalige literatuur. Op basis van dit resultaat is in overleg met mijn begeleiders besloten om de spirituele screeningsinstrumenten uit de drie literatuuronderzoeken aan te vullen met de instrumenten die mogelijk nog in de database Medline-Pubmed staan in de periode van jan 2011- okt 2013.

Stap 3:databaseonderzoek II

Uit de periode van jan 2011-2013 zijn er 254 artikelen in Medline-Pubmed gevonden. Hiervan zijn er 170 uitgesloten omdat het in de artikelen niet om diagnostische tools gaat maar om de beschrijving van de rol van spiritualiteit in relatie tot gezondheid. Er blijven dan 84 artikelen met screeningsinstrumenten over voor de beoordeling aan de hand van de exclusiecriteria in stap 4.

Stap 4: beoordeling aan de hand van exclusiecriteria

De screeningsinstrumenten die in stap 2 en 3 zijn overgebleven, worden beoordeeld aan de hand van de exclusiecriteria. Deze exclusiecriteria zijn in de probleemstelling benoemd, maar worden

⁷⁶ A. Lucchetti e.a., 'Taking Spiritual History in Clinical Practice: A Systematic Review of Instruments', *JSCH Explore: The Journal of Science and Healing* 9 (2013), 159-170.

⁷⁷ M. Holloway et al., *Spiritual Care at the End of Life: A Systematic Review of the Literature*, (1e druk; 2011).

voor de volledigheid hier nog eens herhaald. Instrumenten gaan niet mee voor verder onderzoek als zij:

- Geschreven zijn voor onderzoeksdoeleinden en niet voor de klinische praktijk.
- In een andere taal zijn opgesteld dan het Nederlands of het Engels.
- Behoren tot de visueel georiënteerde spirituele screeningsinstrumenten zoals een spiritual genogram, spiritual eco-map en spiritual ecogram

Na beoordeling van de screeningsmodellen uit de drie literatuuronderzoeken aan de hand van de exclusiecriteria blijven er uit de review “Taking spiritual history in clinical practice: a systematic review of instruments” alle 24 instrumenten over en uit “Spirituele screening in de Oncologische Patiëntenzorg” haalden 17 van de 64 instrumenten het laatste beoordelingsmoment. Uit de review “Spiritual care at the end of life: a systematic review of the literature” blijven er vier van de 26 instrumenten over. Een aantal instrumenten komen in twee of drie reviews voor en worden daarmee dus dubbel genoemd. Nadat de dubbelgenoemde instrumenten zijn weggelaten, blijken er nog 30 over te blijven voor verder onderzoek in stap 5.

De 84 screeningsinstrumenten uit de database worden ook aan een beoordeling aan de hand van de exclusiecriteria onderworpen. Van deze instrumenten worden er 79 niet meegenomen omdat deze voor onderzoek zijn ontworpen en niet voor de klinische praktijk. Een artikel is niet geschikt omdat er hierin een *spiritual ecogram* wordt beschreven. Een spiritual ecogram behoort tot de visueel georiënteerde spirituele screeningsinstrumenten. In de exclusiecriteria voor dit onderzoek is vastgelegd dat deze niet voor verder onderzoek worden meegenomen. In vier artikelen komen diagnostische tools voor de klinische praktijk naar voren. Een daarvan is in het Chinees geschreven, een ander is ontworpen voor afname bij de primaire zorgverlener zelf waardoor er twee overblijven voor verdere analyse. Deze twee gaan door naar stap 5.

Database:	Medline-Pubmed
Zoektermen:	“spiritual assessment” en “spiritual history” en “spiritual tool”
Boolean expressie:	spiritual AND assessment OR spiritual AND history OR spiritual AND tool
Periode:	2011-2013
Aantal gevonden artikelen:	254
Tools die doorgaan na beoordeling aan exclusiecriteria	2

Stap 5 Toetsing screeningsmodellen aan inclusiecriteria

Alle gevonden instrumenten voor de klinische praktijk worden beoordeeld aan de hand van criteria die voor het onderzoek van Joep van de Geer zijn opgesteld. Bij elke tool wordt er per criterium aangegeven of deze eraan voldoet. Om tot een beoordeling te komen, is er bij elk criterium aangegeven wanneer er aan dit criterium helemaal, enigszins of niet wordt voldaan. Onderstaande opsomming maakt duidelijk om welke criteria en bandbreedtes het gaat.

1. Het instrument moet door alle primaire zorgverleners gebruikt kunnen worden
 - Ja: de primaire zorgverlener is vanuit haar eigen deskundigheid en professionaliteit in staat de vragen uit het instrument af te nemen en de antwoorden te verwerken
 - Enigszins: er is scholing vereist om met het instrument om te kunnen gaan
 - Nee: het instrument is ontworpen voor gebruik door geestelijk verzorgers
2. Het gebruik van het instrument moet passen in de klinische praktijk van de primaire zorgverlener
 - Ja: de vragenlijst is ontworpen voor de klinische praktijk
 - Nee: de vragenlijst is voor de onderzoekspraktijk ontworpen
3. Het instrument moet zodra de zorgvrager in het ziekenhuis opgenomen wordt inzetbaar zijn
 - Ja: de vragen zijn erop gericht om in kaart te brengen wat de spirituele situatie van de zorgvrager is bij aankomst in het ziekenhuis
 - Enigszins: vragen zijn erop gericht om informatie te krijgen welke invloed de ziekenhuisopname op de spirituele situatie van de zorgvrager heeft gehad (vragenlijst gaat ervan uit dat patiënt al enige tijd in het ziekenhuis verblijft)
 - Nee: met de vragen wordt in beeld gebracht hoe tevreden de zorgvrager is met de aangeboden spirituele zorg tijdens zijn ziekenhuisverblijf (klanttevredenheidsonderzoek)
4. Het moet voor de primaire zorgverleners mogelijk zijn zich via scholing te bekwamen in de verschillende facetten die in het instrument naar voren komen
 - Ja: via een korte training is het voor de primaire zorgverlener mogelijk het instrument te gebruiken
 - Nee: er is een uitgebreidere training nodig om het instrument te kunnen gebruiken
5. Het instrument moet op een zo groot mogelijk deel van het spirituele landschap aansluiten
 - Ja: de vragen weerspiegelen de brede opvatting van spiritualiteit zoals weergegeven in de EAPC definitie van spiritualiteit

Enigszins: verschillende facetten uit de EAPC definitie van spiritualiteit komen in de vragenlijst naar voren, maar de balans slaat zichtbaar over naar een religieuze opvatting van spiritualiteit

Nee: vragen beperken zich tot een religieuze opvatting van spiritualiteit

6. Het instrument moet in kaart brengen welke spirituele zorgbehoeften er bij zorgvrager spelen

Ja: er zijn meerdere vragen gericht op het verkrijgen van informatie over spirituele zorgbehoeften

Enigszins: het aantal vragen over de spirituele situatie overheerst aantal vragen over de zorgbehoeften van de zorgvrager

Nee: er wordt slechts vragen over de spirituele situatie en niet over de spirituele zorgbehoeften gesteld

7. Het instrument moet de mogelijke actuele spirituele bron(nen) van de zorgvrager in kaart brengen

Ja: het instrument vraagt met name naar de actuele spirituele bronnen

Enigszins: het biedt slechts een beperkte mogelijkheid om actuele spirituele bronnen in kaart te brengen

Nee: er worden slechts demografische gegevens gevraagd zoals welke levensovertuiging iemand heeft

De resultaten van stap 3 worden in de volgende paragraaf beschreven.

2.3 Analyse

Deze paragraaf beschrijft eerst de verschillende benamingen voor de screeningsinstrumenten die tijdens het literatuuronderzoek zijn ontdekt. Daarna wordt, aan de hand van de bij de inclusiecriteria horende bandbreedtes, beoordeeld of de diagnostische instrumenten voor de klinische praktijk bruikbaar zijn. Eerst wordt nu de wijze van analyse van de instrumenten die voor verder onderzoek door Joep van de Geer worden aanbevolen, nader toegelicht.

2.3.1 Verschillende benamingen voor spirituele diagnostische instrumenten

Tijdens het literatuuronderzoek zijn er verschillende benamingen voor diagnostische instrumenten naar voren gekomen, namelijk: *spiritual screening*, *spiritual history taking* en *spiritual assesment*.^{78,79}

- Bij *spiritual screening* worden er slechts een paar vragen gesteld. Volgens Puchalski zijn de vragen erop gericht om te ontdekken of er spirituele behoeften en/of spirituele problemen zijn.⁸⁰ Met de informatie uit de screening wordt het voor de artsen inzichtelijk wat er voor de patiënten van belang is. Artsen kunnen dit meenemen in hun besluitvorming. Als er spirituele problemen zijn dan dient er te worden doorverwezen naar een specialist zoals een geestelijk verzorger. In de Richtlijn wordt de spiritual screening in het ABC-model 'verkennen' genoemd. Hierbij wordt aan de hand van eenvoudige vragen de toestand van de zorgvrager verkend om vast te stellen hoe groot de noodzaak voor meer uitgebreide spirituele zorg is.⁸¹
- *Spiritual history taking* omvat meer vragen dan spiritual screening maar is wat het aantal vragen betreft nog altijd beperkt. Het gebruik van deze tools heeft als doel om een beter beeld van spirituele behoeften en bronnen van de zorgvrager te krijgen.⁸² In het ABC-model van de Richtlijn wordt dit als 'in kaart brengen' aangeduid. Volgens de Richtlijn is het gesprek breder en diepgaander dan een verkenning.⁸³
- *Spiritual assesment* gaat dieper in op de spirituele situatie en behoeften dan met *spiritual screening* en *spiritual history taking*. Deze wordt volgens Puchalski door een geestelijk verzorger afgenomen die aan de hand van de verkregen informatie een spiritueel behandelplan opstelt.⁸⁴ In het ABC model van de Richtlijn heet dit: 'interpreteren en wegen'. Volgens de Richtlijn wordt er bij een spiritual assesment gebruik gemaakt van een *framework* als model. Bij een framework wordt geen gebruik gemaakt van een standaard vragenlijst. Via een of meerdere gesprekken worden gegevens over de spirituele situatie van de zorgvrager verkregen. In het resterende deel van deze subparagraaf zal nader worden uitgelegd wat een framework is en voorbeelden worden gegeven van instrumenten die een framework zijn.

⁷⁸ G. Fitchett, 'Next steps for spiritual assessment in healthcare', in M. Cob, C.M. Puchalski en B. Rumbold ed., *Oxford textbook of spirituality in healthcare* (New York, 2012)299-305, aldaar 299.

⁷⁹ Puchalski et al., Improving the quality of spiritual care, 885-904.

⁸⁰ Ibidem 891.

⁸¹ De Graeff, Richtlijnen voor de praktijk, 13.

⁸² Puchalski et al., Improving the quality of spiritual care, 893.

⁸³ De Graeff, Richtlijnen voor de praktijk,14.

⁸⁴ Puchalski et al., Improving the quality of spiritual care 893.

Frameworks

Er zijn vijf instrumenten ontdekt die als 'framework' worden aangeduid. Een framework biedt een interpretatiekader waarmee gegevens over de spirituele situatie van de zorgvrager kunnen worden georganiseerd en geïnterpreteerd. Deze organisatie en interpretatie vindt plaats aan de hand van de dimensies uit het framework. Zo bevatten het 7x7 model 7 dimensies (*Beliefs and meaning, Vocation and consequences, Experience and Emotion, Courage and growth, Ritual and practice, Community, Authority and guidance*) en het Ars Moriendi model 5 dimensies (Ik-de ander, doen en laten, vasthouden en loslaten, herinneren en vergeten, geloven en weten) om de gegevens te organiseren. Gegevens over de spirituele situatie kunnen op twee manieren worden verkregen, namelijk via inzet van het framework als tool en als model.

Inzet als tool: Vier modellen bevatten een voorbeeldvragenlijst (zie tabel 3). Bij deze voorbeeldvragenlijst heeft de zorgverlener de mogelijkheid de voorbeeldvragen aan de situatie aan te passen. Informatie die door afname van de vragenlijst wordt verkregen, kan in het framework worden verwerkt.

Framework	Voorbeeldvragen
Faith (Neely)	✓
Spiritual history assessment questions (Nelson)	✓
Five dimensional model for assessment of spirituality (Skalla)	✓
7x7 model (Fitchett)	
Ars Moriendi model (Leget)	✓

Tabel 3 Frameworks met voorbeeldvragen

Inzet als model:

De zorgverlener kan ervoor kiezen om niet de voorbeeldvragenlijst af te nemen maar via een of meerdere gesprekken met de zorgvrager aan gegevens over diens spirituele situatie te komen. Het framework voorziet niet in vragen voor dit soort gesprekken. Het is aan de zorgverlener zelf om open vragen te bedenken waarmee hij het gesprek begint en op gang houdt. De gegevens worden hierna net als bij het gebruik van een framework als een tool in het framework georganiseerd en geïnterpreteerd. Een voorbeeld van een concrete toepassing van een framework als model is het gebruik van het Ars Moriendi model in het universitair ziekenhuis in

Leuven.⁸⁵ Het gaat hier om een project op een kleine palliatieve afdeling waarbij een afgebakende groep artsen en verpleegkundigen betrokken is. Op deze afdeling bevatten alle patiëntendossiers informatie over de spirituele situatie van de zorgvrager. Op speciale pagina's⁸⁶ in het dossier schrijven alle zorgverleners zinnen en uitspraken uit gesprekken op die van belang zijn voor de spirituele zorg. Voor het invullen van deze speciale pagina's is er per dimensie een bandbreedte aangegeven. Deze staan in een luisterraster vermeld.⁸⁷ Door in het luisterraster in de dimensies van het *Ars Moriendi* aantekeningen te maken, kunnen de zorgverleners zien in welke richting de spirituele situatie van zorgvrager zich ontwikkeld. Zowel artsen, verpleegkundigen, psychologen en geestelijk verzorgers raadplegen de informatie en houden deze bij.

Achtergrond van het ontstaan van frameworks

Het vroegst gedateerde artikel dat in de database Medline Pubmed voorkomt waarin een framework wordt beschreven is het in 1988 gepubliceerde artikel over het 7x7 model van G. Fitchet, geestelijk verzorger en directeur van het *Department of Religion, Health and Human Values* in het *St. Luke's Medical Center* in Chicago.⁸⁸ Naar aanleiding van de vraag van een hoogleraar verpleegkunde in 1985 is G. Fichet onderzoek gaan doen naar een geschikte tool waarmee verpleegkundigen spirituele behoeften van patiënten in kaart konden brengen. Met een aantal collega's heeft hij de sterke en zwakke punten van de hem bekende tools besproken. Fitchet ontdekte dat er in die tijd al diagnostische instrumenten waren om de spirituele situatie in beeld te brengen maar deze voldeden niet aan de eisen van Fitchett.⁸⁹ Een aantal van deze instrumenten hadden een beperkte invulling van spiritualiteit door alleen naar religieuze ervaringen en praktijken te vragen en de meeste waren zeer beperkt in het aantal vragen.⁹⁰ Fitchet vond dat met het gebruik van de voor hem bekende instrumenten veel informatie over de spirituele situatie verloren zou gaan omdat de vragen al vooraf bedacht waren. Hij heeft daarom een model met meerdere dimensies ontworpen waarbij er geen vaste vragenlijst werd gebruikt: het 7x7 model.

⁸⁵ C. Leget, 'Retrieving the *Ars Moriendi* Tradition', *Medicine, Health Care, and Philosophy* 10 (2007), 313-319 aldaar 318.

⁸⁶ Bijlage 3.

⁸⁷ Bijlage 4.

⁸⁸ G. Fitchett, J. Quiring-Emblen en C. Farrane., 'A Model of Spiritual Assessment', *Care Giver: Journal of the College of Chaplains* 5 (1988), 144-154.

⁸⁹ Fitchett, *Assessing spiritual*, 39.

⁹⁰ *Ibidem* 40.

Er bestond voor de ontwikkeling van het 7x7 model nog geen ander framework om de spirituele situatie van een patiënt in kaart te brengen. Ook bestonden er nog geen afspraken om aan de hand van dimensies de spirituele situatie vast te leggen. Na publicatie in het *American Protestant Health Association* van het 7x7 model zijn andere frameworks ontworpen die net als het 7x7 model dimensies hadden. De wijze van werken met een framework, lijkt aan te sluiten op die van de geestelijk verzorger.

Geestelijk verzorgers zijn van oudsher gewend om te luisteren naar het levensverhaal van de zorgvrager. Een geestelijk verzorger laat de ander zoveel mogelijk aan het woord en stelt tijdens het vertellen zo nu en dan verduidelijkingsvragen om het verhaal goed te begrijpen. Hij probeert hierbij de ervaringen rondom pijn, verdriet en eenzaamheid te interpreteren vanuit het geloofs- en referentiekader van de zorgvrager.⁹¹ Dit is een hermeneutisch-analytische competentie die bij de geestelijk verzorger hoort. De geestelijk verzorger gaat hierbij niet in op het probleem zelf maar wel op wat dit voor de zorgvrager betekent.

Veel geestelijk verzorgers hebben in het verleden spirituele begeleiding gegeven zonder gebruik te maken van frameworks omdat deze eenvoudigweg niet bestonden. Waar nu bij elk framework duidelijk afspraken bestaan over welke dimensies informatie wordt gewonnen, waren daar in het verleden geen afspraken over. Het werken met een framework lijkt op de werkwijze van de geestelijk verzorger die hermeneutisch-analytisch te werk gaat. De zorgvrager is veel aan het woord. Aan de hand van de informatie die tijdens een gesprek of meerdere gesprekken wordt verkregen ontstaat er een beeld van de spirituele situatie van de zorgvrager. Het verschil tussen beide werkwijzen is dat met het werken met een framework de informatie aan de hand van dimensies in het frameworkmodel wordt georganiseerd. Voor het bestaan van het frameworkmodel werd deze informatie niet zo geordend. De informatie werd toen door de geestelijk verzorgers naar eigen inzichten georganiseerd en geïnterpreteerd. De geestelijk verzorger die op dit moment geen framework gebruikt werkt nog steeds zo.

Een aantal van de frameworks komen van de hand van geestelijk verzorgers en zijn bedoeld voor gebruik door geestelijk verzorgers en andere zorgverleners. Deze frameworks zijn geschreven vanuit een hermeneutische insteek.

⁹¹ J. Bouwer, 'Levensbeschouwelijke diagnostiek als instrument voor wetenschappelijk onderzoek', in: J. J. A. Doolaard red, *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging* (2^e druk; Kampen 2006)773-797, aldaar 775.

2.3.2 Analyse aan de hand van de criteria

De 32 gevonden diagnostische instrumenten voor de klinische praktijk zijn beoordeeld aan de hand van de inclusiecriteria die in stap 5 van het dit hoofdstuk zijn genoemd. De resultaten hiervan zijn in tabel 4 opgenomen. In de tabel is tevens te zien in welke reviews de instrumenten voorkomen.

Naam Tool	Auteur	Review ⁹²	Jaar	Crit 1	Crit 2	Crit 3	Crit 4	Crit 5	Crit 6	Crit 7
Stoll's guidelines for spiritual assessment	Stoll	A+B	1979	ja	ja	ja	ja	ja	nee	ja
Spiritual inventory of Kuhn	Kuhn	A+B	1988	ja	ja	ja	ja	ja	nee	enigszins
7x7 model for spiritual assessment	Fitchett, Farran et al	A+B	1989	nee	enigszins	ja	enigszins	ja	enigszins	ja
SPIRITual history	Maugans	A+B	1996	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SHA (spiritual history of Matthews)	Matthews	A+B	1998	ja	ja	ja	ja	ja	nee	nee
Patient care/spirituality questions	Catterall et al	A+B	1998	ja	ja	ja	ja	enigszins	nee	nee
Spiritual history of the Amercian College of Physicians (ACP)	Lo et al	A	1999	ja	ja	ja	ja	ja	nee	nee
FICA	Pulchalski et al	A+B+C	2000	ja	ja	ja	ja	ja	enigszins	ja
BELIEF	McEvoy	A	2000	ja	ja	ja	ja	ja	nee	nee
HOPE	Anandarajah et al	A+B	2001	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Qualitative questions for spiritual assessment	Hodge	A	2001	ja	ja	ja	ja	ja	nee	ja
CSI-MEMO spiritual history	Koenig	A+B	2002	ja	ja	ja	ja	ja	enigszins	nee
FACT–spiritual history tool	Larroca-Pitts	A+B	2002	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
ETHNICS	Kobylarz	A+B	2002	ja	ja	ja	ja	ja	nee	nee
Level 1 spiritual assessment	Hunt et al	A	2003	Artikel niet te krijgen						
Spiritual assessment questions-JCAHO	Hodge	A	2004	In betreffende of andere journals staat tool niet vermeld.						
Brief assessment model-JCAHO	Hodge	A	2004	ja	ja	ja	ja	ja	nee	nee

⁹² Tools die in review "Taking Spiritual History in Clinical Practice: A systematic review of instruments " staan worden met 'A' aangeduid, tools die in "Spirituele screening in de Oncologische Patiëntenzorg" staan, worden met 'B' aangeduid en tools die in "Spiritual care at the end of life: a systematic review of the literature staat" worden met 'C' aangeduid

Spiritual assessment guide	Narayanasamy	A+B	2004	ja	ja	ja	ja	ja	nee	ja
Royal College of Psychiatrists assessment	Culliford et al	A	2006	ja	ja	ja	ja	ja	enigszins	nee
Five dimensional model for assessment of spirituality	Skalla et al	A	2006	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
CSAT	Hoffert et al	A	2007	ja	ja	ja	ja	ja	nee	ja
Spiritual history assessment questions	Nelson-Becker et al	A+B	2007	ja	ja	ja	ja	ja	nee	ja
Spiritual assessment interview	Spir.Comp.Rec. centre	A	2009	ja	ja	ja	ja	enigszins	nee	enigszins
Faith	Neely et al.	A	2009	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Royal free interviews for religious and spiritual beliefs	Kings	B	1994	ja	ja	ja	ja	ja	nee	ja
Spiritual Assessment Protocol	Ortiz	B	2002	ja	ja	ja	ja	ja	nee	ja
Spiritual Needs Inventory	Hermann	B+C	2006	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nee
Ars Moriendie	Leget	B	2003	ja	nee	nee	ja	ja	enigszins	enigszins
SPIR	Frick	C	2006	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee
Spiritual care assesment tool in Mount Vernon Cancer Network (MVCN)		C	2010	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	enigszins
Tools in Pubmed na 2011										
Spiritual Needs Assessment for patients (SNAP)	Sharma		2012	ja	enigszins	ja	ja	ja	ja	enigszins
Spiritual Distress Assessment Tool (SDAT)	Monod		2012	nee	ja	nee	nee	ja	enigszins	enigszins

Tabel 4 Overzicht diagnostische instrumenten voor de klinische praktijk

Op grond van de beoordeling aan de hand van de inclusiecriteria is gebleken dat er 5 diagnostische instrumenten aan alle 7 criteria voldoen. Hieronder is een opsomming van deze instrumenten gegeven.

- SPIRITual history⁹³ (Maugans 1996)
- Hope⁹⁴ (Anandarajah 2001)
- FACT-spiritual history tool⁹⁵ (Larroca-Pitts 2002)
- Five dimensional model for assessment of spirituality⁹⁶ (Skalla 2006)
- Faith⁹⁷ (Neely 2009)

Eén instrument voldoet niet volledig aan alle criteria maar wordt voor verder onderzoek aanbevolen. Het gaat hierbij om het instrument Fica dat door Puchalski is ontworpen.

Fica⁹⁸ (score 6/7 + 1x enigszins) (Puchalski 2000)

Het instrument Fica bevat slechts één vraag waarbij de zorgvrager iets over zijn spirituele zorgbehoeften kan vertellen. Het instrument voldoet hierdoor slechts 'enigszins' aan criterium 6. Er zijn twee redenen om dit instrument niet af te laten vallen. Het instrument krijgt in de literatuur veel aandacht doordat het in zorginstellingen veel gebruikt wordt om de spirituele situatie van de zorgvrager in kaart te brengen. Daarnaast is de ontwerper Puchalski een autoriteit op het gebied van spirituele zorg in de gezondheidszorg. Veel publicaties over de spirituele zorg zijn door haar geschreven en zij wordt met regelmaat door andere auteurs geciteerd. Mede door de autoriteit van de schrijfster wordt dit instrument voor verder onderzoek aanbevolen. Echter om aan criterium 6 te voldoen moeten er een aantal vragen worden bijgevoegd. Als dit succesvol gebeurt kan dit instrument mee in het onderzoek van Joep van de Geer.

De 6 instrumenten worden in de komende subparagrafen nader toegelicht. Per instrument wordt er achtergrondinformatie gegeven, de vergelijking met de criteria toegelicht, het instrument zelf getoond en een samenvattende schema gegeven met daarin de belangrijke samenvattende gegevens.

Om de scriptie leesbaar te houden zijn de uitgebreide analyses van de overige diagnostische instrumenten in bijlage 1 opgenomen. De vragenlijsten van de diagnostische instrumenten voor de klinische praktijk zijn in bijlage 2 opgenomen.

⁹³ T. A. Maugans, 'The SPIRITual History', *Archives of Family Medicine* 5 (1996), 11-16.

⁹⁴ G. Anandarajah en E. Hight, 'Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment', *American Family Physician* 63 (2001), 81-89.

⁹⁵ M. Larocca-Pitts, 'FACT: taking a spiritual history in a clinical setting', *Journal of Health Care Chaplaincy* 15 (2008), 1-12.

⁹⁶ K. Skalla en J. P. McCoy, 'Spiritual assessment of patients with cancer: The Moral Authority, Vocational, Aesthetic, Social, and Transcendent Model', *Oncology Nursing Forum* 33 (2006), 745-751.

⁹⁷ D. Neely en E. Minford, 'FAITH: spiritual history-taking made easy', *The Clinical Teacher* 6 (2009), 181-185.

⁹⁸ Puchalski and Romer, *Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully*, 129-137

2.3.3 SPIRITual History

Het instrument SPIRITual History is door een arts ontworpen en kan voor alle patiëntgroepen worden gebruikt. Het werd voor het eerst gepubliceerd in 1996 in *Archives of Family Medicine*. In het artikel geeft de ontwerper Maugan aan dat het instrument door andere artsen kan worden gebruikt. Het instrument analyseert zes dimensies: spiritual belief system, personal spirituality, integration with a spiritual community, ritualized practices and restrictions, implications for medical practice en terminal events planning aan de hand van 22 open vragen. Het instrument is niet gevalideerd.

Analyse:

Criterion 1:

Ondanks dat het instrument voor gebruik door artsen is ontworpen, kan de vragenlijst ook door andere primaire zorgverleners worden gebruikt. De vragen zijn niet diepgaand en vereisen hooguit een korte toelichting om er mee om te kunnen gaan.

Criterion 2:

Het instrument is ontworpen voor het in kaart brengen van de spirituele situatie en de spirituele behoeften van de zorgvrager in een ziekenhuis.

Criterion 3:

Alle vragen die worden gesteld zijn gericht op de situatie van het moment van afname of zelfs voor later. Dit laatste is te zien bij de vragen over de dimensie *Implications for medical practice*. Er wordt niet naar de invloed van de ziekenhuisopname op de spirituele situatie van de zorgvrager gevraagd.

Criterion 4:

Als er een uitleg of training nodig is om met de vragenlijst om te kunnen gaan, dan kan deze kort zijn. Er zijn geen speciale competenties, zoals een hermeutische competentie nodig om de vragenlijst af te kunnen nemen.

Criterion 5:

Het instrument stelt vragen over de eigen persoonlijke spiritualiteit. Zo wordt er gevraagd welke betekenis de eigen spiritualiteit voor de zorgvrager heeft. De vragen die over spiritualiteit worden gesteld zijn breed. Er is slechts een vraag die specifiek over een religie gaat, namelijk bij welke formele religie de zorgvrager is aangesloten. Alle andere vragen gaan over de eigen spiritualiteit/religie (vraag 3-7), de aansluiting bij een spirituele groep (vraag 8-12), het uitvoeren van spirituele gebruiken (vraag 13-16), de implicaties voor de medische zorg (vraag 17-20) en de invloed van de eigen spiritualiteit rondom het einde van het leven (vraag 21-22).

Criterion 6:

In de tool zijn meerdere vragen opgenomen die als doel hebben om de spirituele gebruiken die voor de zorgvrager van belang zijn in kaart te brengen (3, 13, 14 en 15). In antwoord op vraag 12 kan de

zorgvrager aangeven in hoeverre mensen uit zijn spirituele gemeenschap een bijdrage kunnen leveren in het omgaan met gezondheidskwesties. Vraag 17 gaat in op de wens van de zorgvrager om de zorgverlener rekening te laten houden met bepaalde spirituele aspecten en met vraag 18 kan de zorgvrager aangeven of hij over zijn spiritualiteit in relatie tot de zorg wil spreken.

Criterion 7:

Met een aantal vragen, zoals vraag 1 en 2 kan de zorgvrager aangeven tot welke religie hij behoort of welk spiritueel geloof hij aanhangt. De vragen die bij de dimensie *Personal spirituality* horen gaan in op het geloof en gebruiken die bij de zorgvrager horen en het belang dat hij hieraan hecht.

SPIRITual history, Maugans

S – Spiritual belief System

1. What is your formal religious affiliation?
2. Name or describe your spiritual belief system.

P – Personal spirituality

3. Describe the beliefs and practices of your religion or spiritual system that you personally accept.
4. Describe the beliefs or practices you do not accept.
5. Do you accept or believe..(specific tenet or practice)?
6. What does your spirituality/religion mean to you?
7. What is the importance of your spirituality/religion in daily life?

I – Integration with a spiritual community

8. Do you belong to any religious or spiritual groups or communities?
9. What is your position or role?
10. What importance does this group have to you?
11. Is it a source of support? In what ways?
12. Does or could this group provide help in dealing with health issues?

R – Ritualized practices and Restrictions

13. Are there specific practices that you carry out as part of your religion/spirituality (eg, prayer or meditation)?
14. Are there certain lifestyle activities or practices that your religion/spirituality encourage or forbids? Do you comply?
15. What significance do these practices and restrictions have to you?
16. Are there specific elements of medical care that you forbid on the basis of religious/spiritual grounds?

I – Implications for medical practice

17. What aspects of your religion/spirituality would you like me keep in mind as I care for you?
18. Would you like to discuss religious or spiritual implications of health care?
19. What knowledge or understanding would strengthen our relationship as physician and patient?
20. Are there any barriers to our relationship based on religious or spiritual issues?

T – Terminal events planning

21. As we plan for your are near the end of life, how does your faith impact on your decisions?
22. Are there particular aspects of care that you wish to forgot or have withheld because of you faith?

SPIRITual history (Score 7/7) Maugans 1996

Naam tool	Auteur	Jaar
SPIRITual history	Maugans	1996
Naam artikel	Journal	Gevalideerd
The SPIRITual history	Arch.Fam.Med., 1996, 5, 1, 11-16	Nee
Ontworpen voor	Te gebruiken bij	Aan te passen voor andere doelgroepen
Alle primaire zorgverleners	Alle patiëntgroepen	n.v.t.
Aantal vragen en soort	Dimensies	
22 open vragen	spiritual belief system, personal spirituality, integration with a spiritual community, ritualized practices and restrictions, implications for medical practice en terminal events planning	
Voldoet aan criterium	Ja/nee/enigszins	
1 Gebruik door alle primaire zorgverleners	Ja	
2 Past in klinische praktijk vd zorgverlener	Ja	
3 Direct inzetbaar bij opname in ziekenhuis	Ja	
4 Mogelijkheid om erin te scholen	Ja	
5 Sluit op groot deel spirit. landschap aan	Ja	
6 Brengt spirituele zorgbehoeften in kaart	Ja	
7 Brengt mog. act. spir. bronnen in kaart	Ja	



Toelichting op criteria: Voldoet aan alle gestelde criteria

Voordeel: Er worden veel verschillende dimensies van spiritualiteit behandeld. Zo wordt er ook gevraagd naar de implicaties voor het medisch handelen. Voor de patiënten in de palliatieve fase zijn er twee vragen over einde van het leven in het onderdeel *terminal events planning* opgenomen. Hier wordt specifiek gekeken naar de rol van de eigen spiritualiteit in deze laatste fase.

Nadeel: De vragenlijst begint met de vraag tot welke religie de zorgvrager behoort. Door deze vraag te stellen gaat men ervan uit dat de zorgvrager een religieuze affiliatie heeft, wat niet het geval hoeft te zijn.

Bijzonderheden: De laatste twee vragen bij de *Terminal events planning* gaan over het einde van het leven en kunnen worden weggelaten indien ze niet van toepassing zijn.

Snelheid afname: Door de grote hoeveelheid vragen neemt het afnemen ervan veel tijd in beslag.

2.3.4 Fica

Fica werd ontworpen door de internist en geriater Christina Puchalski voor gebruik door alle primaire zorgverleners bij alle patiëntgroepen. Het werd voor het eerst gepubliceerd in 2000 in *Journal of Palliative Medicine*. In het instrument worden 11 open vragen over vier dimensies *Faith or beliefs, Importance and Influence, Community* en *Address* gesteld. Het is een van de weinige instrumenten die voor gebruik in klinische praktijk is gevalideerd.⁹⁹ Fica is een acroniem waarbij elke letter voor een dimensie uit het instrument staat. Het is voor de zorgverlener hierdoor gemakkelijker de vragen te onthouden waardoor het mogelijk wordt om de vragen te stellen zonder de vragenlijst erbij te hebben. Dit kan een positief effect op het verloop van het gesprek hebben omdat het gesprek hiermee ongedwongener kan verlopen.

Analyse:

Criterion 1:

Fica is ontworpen voor gebruik door alle primaire zorgverleners

Criterion 2:

Fica is ontworpen voor de klinische praktijk en is hier zelfs voor gevalideerd

Criterion 3:

Er wordt met de vragen niet op het zorgproces teruggekeken maar gevraagd naar de huidige spirituele situatie

Criterion 4:

De facetten die in het instrument naar voren komen kunnen via een korte instructie of training worden bijgebracht

Criterion 5:

Met de vragen wordt de spiritualiteit van de zorgvrager in beeld gebracht. Zo wordt er gevraagd wat het leven nu zin geeft en welke spirituele overtuigingen helpen in het omgaan met de huidige situatie. Er zijn twee vragen waarbij de zorgvrager aan kan geven of hij zichzelf als religieus beschouwd en of hij bij een religie is aangesloten. De overige vragen gaan over de spiritualiteit

Criterion 6 (enigszins):

Er wordt in de tool slechts bij één vraag naar spirituele zorgbehoeften gevraagd. Bij de laatste vraag kan de zorgvrager aangeven hoe de zorgverleners tijdens de zorg het beste kunnen omgaan met zijn zorgbehoeften.

⁹⁹ T. Borneman, B. Ferrellen en C.M. Puchalski, 'Evaluation of the FICA Tool for Spiritual Assessment', *Journal of Pain and Symptom Management* 40 (2010), 163-173.

Criterion 7:

De meeste vragen gaan over de actuele spirituele bronnen. Bij vraag 1 en 9 kan de zorgvrager aangeven of hij spiritueel/religieus is en of hij zichzelf tot een spirituele of religieuze gemeenschap rekent. Indien de zorgvrager aangeeft bij een religieuze of spirituele gemeenschap te horen dan kan door het beantwoorden van vraag 10 aangegeven worden in hoeverre dit voor hem op dat moment ondersteuning geeft. Daarmee is het meer dan een demografisch gegeven geworden.

FICA, Puchalski

FICA Tool	
F – Faith, Belief, Meaning	Religious/Religiosity – Pertains to one’s beliefs, behaviors, values, rules for conduct, and rituals associated with a specific religious tradition or denomination (O’Brien, 1999). Spirituality – Generally, an “individual’s attitude and beliefs related to transcendence (God) or to the nonmaterial forces of life and of nature...the dimension of a person that is concerned with ultimate ends and values” and meaning (O’Brien, 1982, p. 88; Taylor, 2006).
Do you consider yourself spiritual or religious?	
Do you have spiritual beliefs that help you cope with stress?	
What gives your life meaning?	
I – Importance and Influence	
What importance does your faith or belief have in your life?	
On a scale of 0 (not important) to 5 (very important), how would you rate the importance of faith/belief in your life?	
Have your beliefs influenced you in how you handle stress?	

What role do your beliefs play in your health care decision making?	
C – Community	
Are you a part of a spiritual or religious community?	
Is this of support to you and how?	
Is there a group of people you really love or who are important to you?	
A – Address in Care	We have talked a lot about your spirituality and/or religious beliefs and how they may or may not be of help to you during your illness. How can your health care providers best support your spirituality?
How would you like your health care provider to use this information about your spirituality as they care for you?	

Fica (score 7/7) Puchalski 2000

Naam tool	Auteur	Jaar
Fica	Puchalski	2000
Naam artikel	Journal	Gevalideerd
Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully	Journal of palliative medicine, 2000, 3, 129-137	ja
Ontworpen voor	Te gebruiken bij	Aan te passen voor andere doelgroepen
Primaire zorgverleners	Alle doelgroepen	n.v.t.
Aantal vragen en soort	Dimensies	
11 open vragen	Faith or Beliefs, Importance and Influence, Community and Address	
Voldoet aan criterium	Ja/nee/enigszins	
1 Gebruik door alle primaire zorgverleners	Ja	
2 Past in klinische praktijk vd zorgverlener	Ja	
3 Direct inzetbaar bij opname in ziekenhuis	Ja	
4 Mogelijkheid om erin te scholen	Ja	
5 Sluit op groot deel spirit. landschap aan	Ja	
6 Brengt spirituele zorgbehoeften in kaart	enigszins	
7 Brengt mog. act. spir. bronnen in kaart	Ja	



Toelichting op de criteria: Er wordt slechts één vraag gesteld waarbij de zorgvrager iets over zijn spirituele behoeften kan vertellen.

Voordeel: Het is een beperkt aantal vragen die gemakkelijk te onthouden zijn mede doordat FICA een acroniem is waar de vragen aan gekoppeld zijn. Er hoeft aan deze tool niets veranderd te worden aangezien deze voor alle doelgroepen inzetbaar is.

Nadeel:

Bijzonderheden: Fica is een acroniem.

Snelheid afname: Het aantal vragen is beperkt waardoor het snel af te nemen is.

2.3.5 Hope

Dit instrument is door de arts Anandarajah voor gebruik door artsen ontworpen en voor het eerst in 2001 in *American Family Physician* gepubliceerd. De 18 open vragen zijn in vier dimensies onderverdeeld (hope, meaning, comfort, strength, peace, love and compassion; organized religion; personal spirituality/practices; effects on medical care and end-of-life issues). Het instrument is niet gevalideerd. Opvallend in dit instrument zijn de vragen over de effecten van de spiritualiteit op de medische verzorging in het algemeen en over de laatste fase in het leven. Er zijn maar weinig instrumenten die hier vragen over stellen.

Analyse:

Criterion 1:

Alhoewel het instrument voor artsen is ontworpen, kan het ook door andere primaire zorgverleners worden gebruikt. De vragen zijn niet diepgaand en vereisen hooguit een korte toelichting om er mee om te kunnen gaan.

Criterion 2:

Hope is ontworpen voor de klinische praktijk.

Criterion 3:

Er wordt met de vragen niet op het zorgproces teruggekeken maar gevraagd naar de huidige spirituele situatie.

Criterion 4:

De facetten die in het instrument naar voren komen kunnen via een korte instructie of training worden bijgebracht.

Criterion 5:

Alleen in de dimensie *organised religion* wordt er naar een religie gevraagd en bij *personal spirituality* wordt er gevraagd naar het geloof in een God. Alle andere vragen zijn gericht op de eigen spiritualiteit.

Criterion 6:

Door het beantwoorden van vraag 12 kan de zorgvrager aangeven welke aspecten of gebruiken van zijn eigen spiritualiteit voor hem van belang zijn. Bij vraag 14 kan de zorgvrager de zorgverlener aangegeven of hij toegang tot bepaalde spirituele bronnen wil hebben. Met het beantwoorden van vraag 16 kan de zorgvrager duidelijk maken of hij een gesprek met een geestelijk verzorger of een *community spiritual leader* wil hebben.

Criterion 7:

In alle vier de dimensies wordt er naar de actuele spirituele situatie gevraagd. Zelfs in de dimensie *organised religion* wordt er doorggevraagd of en op welke wijze de aansluiting bij een bestaande religie op dat moment van belang is.

HOPE, Anandarajah

H – Sources of hope, meaning, comfort, strength, peace, love, and compassion:

1. We have discussing your support systems. What is there in your life that gives you internal support?
2. What are the sources of hope, strength, comfort, and peace?
3. What do you hold on to during difficult times?
4. What sustains you and keeps you going?
5. For some people their religious or spiritual beliefs act as a source of comfort and strength in dealing with lifes' ups and downs. Is this true for you?

If the answer is “ Yes”, go on to O and P questions.

If the answers is “ no”, consider asking “ Was it ever? If the answer is “ Yes”, ask “ What changed?”

O – Organised religion:

6. Do you consider yourself as part of an organized religion?
7. How important is that for you?
8. What aspects of your religion are helpful and not so helpful to you?
9. Are you part of a religious or spiritual community? Does it help you? How?

P – Personal spirituality/practices:

10. Do you have personal spiritual beliefs that are independent of organized religion? What are they?
11. Do you believe in God? (What is your sense of the divine?) What kind of relationship do you have with God/Allah/Buddha/Nature (as appropriate?)?
12. What aspects of your spirituality or spiritual practices do you find most helpful to you personally? (e.g, prayer, meditation, reading scripture, attending religious services, listening to music, hiking, communing with nature?)

E – Effects on medical care and end-of-life issues:

13. Has being sick (or your current situation) affected your ability to do the things that usually help your spiritually? (Or affected your relationship with God?)
14. As a [professional nurse, doctor, social worker, chaplain, etc.], is there anything that I can do to help you access the resources that usually help you?

15. Are you worried about any conflicts between your beliefs and your medical situation/care decisions?
16. Would it be helpful for you to speak to a clinical chaplain/community spiritual leader?
17. Are there any specific practices or restrictions I should know about in providing your medical care?(e.g, dietary restrictions, use of blood products, self-purity concerns)
18. If the patient is dying; How do you beliefs affect the kind of medical care you would like to be provided over the next few days/weeks/months?

Hope (Score 7/7) , Anandarajah 2001

Naam tool	Auteur	Jaar
Hope	Anandarajah	2001
Naam artikel	Journal	Gevalideerd
Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment	Am.Fam.Physician, 2001, 63, 1, 81-89	Nee
Ontworpen voor	Te gebruiken bij	Aan te passen voor andere doelgroepen
Artsen	Alle patiëntgroepen	Kan zonder aanpassing door alle primaire zorgverleners worden gebruikt
Aantal vragen en soort	Dimensies	
18 open vragen	Hope/meaning/comfort/strength/peace/love/compassion, organised religion, personal spirituality/practices en effects on medical care and end-of-life issues	
Voldoet aan criterium	Ja/nee/enigszins	
1 Gebruik door alle primaire zorgverleners	Ja	
2 Past in klinische praktijk vd zorgverlener	Ja	
3 Direct inzetbaar bij opname in ziekenhuis	Ja	
4 Mogelijkheid om erin te scholen	Ja	
5 Sluit op groot deel spirit. landschap aan	Ja	
6 Brengt spirituele zorgbehoeften in kaart	Ja	
7 Brengt mog. act. spir. bronnen in kaart	ja	



Toelichting op de criteria: Voldoet aan alle gestelde criteria

Voordeel: De vragen zijn mede door de opzet van de vragenlijst relatief gemakkelijk te onthouden. Een sterke pluspunt van deze tool zijn de vragen over de effecten van de spiritualiteit op de medische verzorging in het algemeen en de vragen over de laatste fase van het leven. Dit komt maar in weinig andere tools voor.

Nadeel:-

Bijzonderheden: Er wordt gevraagd of de eigen spiritualiteit een bron van kracht is in het omgaan van de eigen situatie. Als hier door de zorgvrager ontkennend op wordt geantwoord dan wordt de vraag gesteld of dit in het verleden ooit anders is geweest en wat er mogelijk veranderd is. Er wordt dus niet alleen naar de bron(nen) van spiritualiteit in het heden maar ook in het verleden gekeken.

Snelheid afname: De tool is redelijk snel en gemakkelijk af te nemen.

2.3.6 FACT-spiritual history tool

Dit instrument is door Larocca-Pitts ontwikkeld voor gebruik door artsen. Het is voor het eerst gepubliceerd in *Journal of Health Care Chaplaincy* in 2008. FACT bestaat uit 13 open vragen die over drie dimensies (Faith, Active en Coping) zijn verdeeld. De vierde dimensie (treatment plan) bevat een behandelplan als de zorgvrager niet goed in staat is om met zijn situatie om te gaan. Het instrument is niet gevalideerd.

Analyse:

criterium 1:

Alhoewel het instrument voor artsen is ontworpen, kan het instrument ook door andere primaire zorgverleners worden gebruikt. De vragen zijn niet diepgaand en vereisen hooguit een korte toelichting om er mee om te kunnen gaan.

criterium 2:

De vragenlijst is ontworpen voor gebruik in de klinische praktijk

criterium 3:

Er wordt met de vragen niet op het zorgproces teruggekeken maar gevraagd naar de huidige spirituele situatie.

criterium 4:

De facetten die in het instrument naar voren komen kunnen via een korte instructie of training worden bijgebracht.

criterium 5:

Alle vragen gaan over de eigen spirituele situatie. Er zijn geen vragen die een religieuze opvatting van spiritualiteit laten zien.

criterium 6:

Door het beantwoorden van vraag 7 kan de zorgvrager aangeven of hij toegang tot de middelen heeft die hem helpen zijn spiritualiteit uit te oefenen. Via vraag 8 kan worden aangegeven of de zorgvrager de aanwezigheid en ondersteuning van een persoon of groep op prijs stelt. Bij vraag 13 kan de zorgvrager zijn mogelijke zorgen uiten. Bij deze laatste vraag kunnen ook spirituele behoeften naar boven komen. Een voorbeeld hierbij is dat de zorgvrager zich afvraagt of hij in het laatste stadium van zijn leven fysiek in staat zal zijn om afscheid te kunnen nemen van zijn familie.

criterium 7:

Met het beantwoorden van vraag 3 kan de zorgvrager aangeven waar hij in gelooft en wat voor hem betekenis en zin geeft. Bij vraag 4 wordt duidelijk of de zorgvrager momenteel actief is in zijn geloofsgemeenschap. Met vraag 9 tot en met 11 kan de zorgvrager aangeven welke facetten uit zijn spiritualiteit hem ondersteuning bieden in zijn huidige situatie.

FACT-Spiritual history tool , LaRocca-Pitts

F – Faith (or Beliefs):

1. What is your **F**aith or belief?
2. Do you consider yourself a person of **F**aith or a spiritual person?
3. What things do you believe that give your life meaning and purpose?

A – **A**ctive (or **A**vailable, **A**ccessible, **A**pplicable):

4. Are you currently **A**ctive in your faith community?
5. Are you part of a religious or spiritual community?
6. Is support for your faith **A**vailable to you?
7. Do you have **A**ccess to what you need to **A**pply your faith (or your beliefs)?
8. Is there a person or a group whose presence and support you value at a time like this?

C – **C**oping (or **C**omfort); **C**onflicts (or **C**oncerns):

9. How are you **C**oping with your medical situation?
10. Is your faith (your beliefs) helping you **C**ope?
11. How is your faith (your beliefs) providing **C**omfort in light of your diagnosis?
12. Do any of your religious beliefs or spiritual practices **C**onflict with medical treatment?
13. Are there any particular **C**oncerns you have for us as your medical team?

T – Treatment plan: If patient is coping well, then either support and encourage or reassess at a later date as patient's situation changes. If patient is coping poorly, then

- 1) depending on relationship and similarity in faith/beliefs, provide direct intervention: spiritual counseling, prayer, Sacred Scripture, etc.,
- 2) encourage patient to address these concerns with their own faith leader, or
- 3) make a referral to the hospital chaplain for further assessment.

FACT-spiritual history tool (Score 7/7), Larroca-Pitts 2002

Naam tool	Auteur	Jaar
FACT–spiritual history tool	Larroca-Pitts	2002
Naam artikel	Journal	Gevalideerd
FACT: taking a spiritual history in a clinical setting	J.Health Care Chaplain., 2008, 15, 1, 1-12,	nee
Ontworpen voor	Te gebruiken bij	Aan te passen voor andere doelgroepen
artsen	Alle patiëntgroepen	Kan zonder aanpassing door alle primaire zorgverleners worden gebruikt
Aantal vragen en soort	Dimensies	
13 open vragen	Faith (or Beliefs), Active (or Available, Accessible, Applicable) Coping (or Comfort), Conflicts (or Concerns) en Treatment Plan	
Voldoet aan criterium	Ja/nee/enigszins	
1 Gebruik door alle primaire zorgverleners	Ja	
2 Past in klinische praktijk vd zorgverlener	Ja	
3 Direct inzetbaar bij opname in ziekenhuis	Ja	
4 Mogelijkheid om erin te scholen	Ja	
5 Sluit op groot deel spirit. landschap aan	Ja	
6 Brengt spirituele zorgbehoeften in kaart	Ja	
7 Brengt mog. act. spir. bronnen in kaart	ja	



Toelichting op de criteria: Voldoet aan alle gestelde criteria.

Voordeel: Er worden vragen gesteld over de rol van de eigen spiritualiteit in het omgaan met de ziekte/aandoening. Daarbij is er ook een behandelplan opgenomen voor het geval dat de patiënt moeite heeft met het omgaan met de ziekte/aandoening.

Nadeel:-

Bijzonderheden: FACT is een acroniem. Dit maakt het gemakkelijker om de vragen te onthouden.

Snelheid afname: De tool is snel en gemakkelijk af te nemen.

2.3.7 Five dimensional model for assessment of spirituality

Het Five dimensional model for assessment of spirituality is door Skalla en McCoy als framework voor artsen ontworpen. Het is voor het eerst in 2006 in Oncology Nursing Forum gepubliceerd. Het instrument was bedoeld voor gebruik bij zorgvragers met kanker en bestaat uit vier dimensies (*Moral authority, vocational, esthetic, social* en *transcendent*). Er is een voorbeeldvragenlijst in het instrument opgenomen die uit 25 open vragen bestaat. Zoals in het begin van deze paragraaf naar voren is gekomen, kan de zorgverlener de voorbeeldvragenlijst gebruiken. Daarmee wordt het framework als tool ingezet. Indien de zorgverlener de voorbeeldvragen niet gebruikt en informatie uit gesprekken in het instrument organiseert, wordt het framework als model ingezet. Het instrument is niet gevalideerd.

Analyse:

Criterion 1:

Als de voorbeeldvragenlijst wordt gebruikt, kan het instrument door alle primaire zorgverleners worden gebruikt. Indien het framework als model wordt ingezet, is er scholing vereist voor het gebruik ervan. De beoordeling van dit criterium zou daarmee op enigszins komen te staan.

Criterion 2:

Het instrument is ontworpen voor de klinische praktijk

Criterion 3:

De vragen in de voorbeeldvragenlijst zijn op het heden gericht. Er wordt niet op het verblijf in het ziekenhuis teruggekeken.

Criterion 4:

Bij gebruik van de vragenlijst kan met een korte training worden volstaan. Er staan bij elke dimensie extra vragen waarmee de zorgverlener kan doorvragen.

Criterion 5:

Er wordt slechts een vraag over een religie gesteld, namelijk of iemand zich tot een bepaalde religie rekent. Alle andere vragen sluiten aan op wat voor de zorgvrager van waarde is.

Criterion 6:

Bij de follow up questions staan meerdere vragen vermeld die over spirituele zorgbehoeften gaan (Are there people you need to forgive?/ Do you need to be forgiven?/ Are there things you've felt you needed to do?/ Do you have someone you talk to for [spiritual or religious] guidance [matters]?)

Criterion 7:

Er wordt voornamelijk alleen naar actuele spirituele bronnen gevraagd. Er kan zelfs worden doorggevraagd op het antwoord of de zorgvrager zich tot een religie rekent. Zo kan er gevraagd worden of de religie ondersteuning biedt en zo ja, op welke wijze.

Five dimensional model for assessment of spirituality, Skalla

Voorbeeldvragen

Dimension	Leading questions	Follow-up questions
Moral Authority	<ul style="list-style-type: none">- Where does your sense of what to do come from?- What principles of right and wrong guide you?	<ul style="list-style-type: none">- Have particular moral struggles challenged or strengthened you?- Are there people you need to forgive?- Do you need to be forgiven? Are there things you've felt you needed to do?- Do you have someone you talk to for [spiritual or religious] guidance [matters]?
Vocational	<ul style="list-style-type: none">- What gives your life meaning? Has it changed for you?- What kind of work has been important to you?	<ul style="list-style-type: none">- What have you been good at?- What has given you satisfaction?- How have you contributed to the wider world and the needs of others?- What were the challenges and rewards of your "calling"?
Aesthetic	<ul style="list-style-type: none">- What things do you enjoy doing?- Are you doing them now?	<ul style="list-style-type: none">- Has being sick affected your ability to do things that usually bring you joy or pleasure?
Social	<ul style="list-style-type: none">- Are you part of a religious or spiritual community?- Are there any other groups or people you enjoy spending time with?	<ul style="list-style-type: none">- Is it a source of support?- In what ways?- Does this group provide help in dealing with health issues?
Transcendent	<ul style="list-style-type: none">- What sustains you during difficult times?- Who is in control?	<ul style="list-style-type: none">- What do you hope for?- Is religion or spirituality important to you? Has it been important at other times in your life?- What aspects of your spirituality or spiritual practices are most helpful to you?- How is your relationship with God?

Five dimensional model for assessment of spirituality (Score 7/7) Skalla 2006

Naam tool	Auteur	Jaar
Five dimensional model for assessment of spirituality	Skalla et al	2006
Naam artikel	Journal	Gevalideerd
Spiritual assessment of patients with cancer: the moral authority, vocational, aesthetic, social, and transcendent model	J.Pain Symptom Manage., 2012, 44, 1, 44-51	Nee
Ontworpen voor	Te gebruiken bij	Aan te passen voor andere doelgroepen
Artsen	Oncologie patiënten	De voorbeeldvragen kunnen zonder aanpassing door andere primaire zorgverleners aan alle patiëntgroepen worden voorgelegd
Aantal vragen en soort	Dimensies	
De tools bevat geen standaardvragen maar 25 open voorbeeldvragen die door Skalla zijn bedacht. Het gaat om 10 leading questions en 15 follow up questions.	moral authority, vocational, esthetic, social and transcendent	
Voldoet aan criterium	Ja/nee/enigszins	
1 Gebruik door alle primaire zorgverleners	Ja	
2 Past in klinische praktijk vd zorgverlener	Ja	
3 Direct inzetbaar bij opname in ziekenhuis	Ja	
4 Mogelijkheid om erin te scholen	Ja	
5 Sluit op groot deel spirit. landschap aan	Ja	
6 Brengt spirituele zorgbehoeften in kaart	Ja	
7 Brengt mog. act. spir. bronnen in kaart	ja	



Toelichting op de criteria: De criteria zijn toegepast op de vragen die door Skalla zijn voorgesteld. Alhoewel de vragen van Skalla voor oncologie patiënten zijn opgesteld, kunnen deze vragen ook bij andere patiënten worden afgenomen. De voorbeeldvragen voldoen aan de gestelde criteria.

Voordeel: De tool is ontworpen om, indien nodig, vragen te veranderen of bij te voegen.

Nadeel: -

Bijzonderheden: De tool zelf is een raamwerk (framework) om over spiritualiteit na te denken en er vragen bij te denken. Deze tool bevat dus geen standaardvragen maar wel voorbeeldvragen. Met de follow up questions is het mogelijk om indien nodig per dimensie meer verdieping aan te brengen.

Snelheid afname: Op een aantal vragen kan zeer uitgebreid worden geantwoord. Het gaat hierbij om vragen over de morele gebieden, de zin/betekenis van het leven. Door de omvang kan het afnemen van deze vragenlijst veel tijd kosten.

2.3.8 Faith

Faith werd door de arts Neely ontworpen voor gebruik door artsen en studenten geneeskunde. Het werd voor het eerst gepubliceerd in 2009 in The Clinical Teacher. Het instrument is een framework en bestaat uit vier dimensies (Faith/Spiritual beliefs, Application, Influence/Importance, Talk/Terminal events en Help). Het instrument heeft een voorbeeldvragenlijst die uit 17 open vragen bestaat. Faith is een acroniem waarbij elke letter voor een dimensie uit het instrument staat. Het instrument is niet gevalideerd. Doordat het een framework is, heeft de zorgverlener de keuze om de voorbeeldvragenlijst te gebruiken of de informatie uit een of meerdere gesprekken te halen.

Analyse:

Criterion 1:

Alhoewel het instrument voor artsen en studenten geneeskunde is ontworpen, kan het instrument ook door andere primaire zorgverleners worden gebruikt. De vragen zijn kort en gaan niet diep op de spiritualiteit in

Criterion 2:

De vragenlijst is voor de klinische praktijk ontworpen

Criterion 3:

Met de vragen wordt de spirituele situatie van de zorgvrager op het moment van aankomst in het ziekenhuis vastgesteld. Er wordt met de vragen niet op het verblijf in het ziekenhuis teruggekeken

Criterion 4:

Voor het gebruik van de voorbeeldvragenlijst is er geen uitgebreidere training nodig.

Criterion 5:

De meeste vragen gaan over wat betekenisvol is voor de zorgvrager (2,3,6,7,8), een paar vragen over existentiële uitdagingen (13,14) en een aantal over religieuze overwegingen (1,4,15,16)

Criterion 6:

In de tool zijn meerdere vragen opgenomen die als doel hebben om de spirituele zorgbehoeften die voor de zorgvrager van belang zijn in kaart te brengen (13,14,15,16,17).

Criterion 7:

Veel vragen uit het instrument gaan over de actuele spirituele bronnen. Slechts een enkele vraag gaat over de aansluiting bij een religie (1,5).

FAITH, Neely

sample questions for taking a spiritual history

Faith / spiritual beliefs

- 1 Do you have any particular faith, religious or spiritual beliefs?
- 2 What gives your life meaning?
- 3 What helps you cope in times of stress or illness?

Application

- 4 In what ways do you apply your faith in your daily life?
- 5 Do you belong to a particular church or community?
- 6 Is prayer or meditation important to you?

Influence / Importance of faith in life, in this illness and on health care decisions.

- 7 How do your faith and spiritual beliefs influence your life?
- 8 Are they important to you?
- 9 How do your faith and spiritual beliefs influence you in this illness?
- 10 Have they altered your attitude or behavior?
- 11 Has this illness influenced your faith?
- 12 Do your beliefs influence or affect your health care decisions that would be helpful for me to know about?

Talk / Terminal events planning

- 13 Do you have anyone you can trust to talk to about spiritual or religious issues?
- 14 Do you have any specific requests if you were to become terminally ill? (E.g. terminal care options, living will or end of life requests.)

Help

- 15 Is there any way I or another member of the health care team can help you? Do you require assistance or help with prayer? (E.g. facilities or accompaniment)
- 16 Would you like to speak to a chaplain?
- 17 Would you like to discuss spiritual issues or your beliefs with your doctor?

Faith (Score 7/7) Neely 2009

Naam tool	Auteur	Jaar
Faith	Neely	2009
Naam artikel	Journal	Gevalideerd
FAITH: spiritual history-taking made easy	The Clinical Teacher, 2009, 6, 3, 181-185	Nee
Ontworpen voor	Te gebruiken bij	Aan te passen voor andere doelgroepen
Artsen en medische studenten	Alle doelgroepen	De tool kan zonder aanpassing ook door andere primaire zorgverleners worden gebruikt
Aantal vragen en soort	Dimensies	
17 open vragen	Faith/spiritual beliefs, application, influence/importance, talk/terminal events en help	
Voldoet aan criterium	Ja/nee/enigszins	
1 Gebruik door alle primaire zorgverleners	Ja	
2 Past in klinische praktijk vd zorgverlener	Ja	
3 Direct inzetbaar bij opname in ziekenhuis	Ja	
4 Mogelijkheid om erin te scholen	Ja	
5 Sluit op groot deel spirit. landschap aan	Ja	
6 Brengt spirituele zorgbehoeften in kaart	Ja	
7 Brengt mog. act. spir. bronnen in kaart	ja	



Toelichting op de criteria: De criteria zijn toegepast op de voorbeeldvragen die Neely voorstelt. De voorgestelde vragen voldoen aan de criteria.

Voordeel: Het is een raamwerk (framework) waarmee vragen in de voorgestelde vragenlijst kunnen worden veranderd of worden toegevoegd. Op deze manier kan de tool per patiënt worden aangepast.

De tool kan mede doordat het een acroniem is en eenvoudige voorbeeldvragen bevat gemakkelijk worden aangeleerd en worden ingezet.

Nadeel:-

Bijzonderheden: De tool zelf is een raamwerk. Vraag 1 beperkt zich tot het vragen òf de zorgvrager al dan niet spiritueel is of een religie aanhangt, en niet wat dit is of hoe dit eruit ziet.

Snelheid afname: De vragen zijn snel en gemakkelijk af te nemen.

2.4 Conclusie

Tijdens het databaseonderzoek naar screeningsinstrumenten voor de klinische praktijk is gebleken dat de meeste artikelen over screeningsinstrumenten die voor onderzoek zijn ontwikkeld gaan. De meeste screeningsinstrumenten voor de klinische praktijk zijn, in tegenstelling tot die van de onderzoekspraktijk, niet gevalideerd. Dit is ook in de lijst van goedgekeurde instrumenten te zien waarin alleen Fica als gevalideerde instrument staat vermeld. De overige diagnostische instrumenten worden ondanks dat ze niet gevalideerd zijn in de gezondheidszorg door primaire zorgverleners gebruikt.

Drie van de zes aanbevolen instrumenten zijn ontworpen om door artsen gebruikt te worden. Voor het gebruik van deze instrumenten is geen aparte scholing nodig waardoor ook andere primaire zorgverleners dan artsen deze instrumenten kunnen gebruiken.

Na de beoordeling aan de hand van de exclusiecriteria blijven er dertig instrumenten uit de database en twee instrumenten uit de drie literatuuronderzoeken over die geschikt zijn voor de klinische praktijk. Van deze instrumenten komen Fica, Hope, Spirit, 7x7 model en FACT het meest in de artikelen uit de database voor.

De frameworks nemen een bijzondere plek in het aanbod van de instrumenten voor de klinische praktijk in. Een framework is een instrument dat als tool of als model kan worden ingezet. Als bij gebruik van een framework de bijbehorende voorbeeldvragenlijst wordt gebruikt, dan wordt het framework als tool ingezet. Informatie kan ook via gesprekken worden vergaard en niet via de bijbehorende voorbeeldvragenlijst. De verkregen informatie wordt dan vanuit de gesprekken in het framework georganiseerd. Het framework wordt daardoor als model toegepast.

De in totaal 32 screeningsinstrumenten die uit het databaseonderzoek en de drie literatuuronderzoeken komen, zijn aan de hand voor dit onderzoek opgestelde inclusiecriteria beoordeeld. Van deze instrumenten blijken er vijf aan alle criteria te voldoen. Een zesde (Fica) voldoet bijna aan alle criteria maar wordt toch aanbevolen gezien de autoriteit van de ontwerper en de grote bekendheid van het instrument echter om aan criterium 6 te voldoen moeten er een aantal vragen worden bijgevoegd.

In totaal worden er zes screeningsinstrumenten voor het in kaart brengen van de spirituele situatie en zorgbehoeften voor verder onderzoek door Joep van de Geer aanbevolen. Deze zijn:

- SPIRITual history¹⁰⁰ Maugans 1996
- Hope¹⁰¹, Anandarajah 2001
- FACT-spiritual history tool¹⁰², Larroca-Pitts 2002
- Five dimensional model for assessment of spirituality¹⁰³ Skalla 2006
- Faith¹⁰⁴ Neely 2009
- Fica¹⁰⁵ Puchalski 2000

¹⁰⁰ Maugans, 'The SPIRITual History'.

¹⁰¹ Anandarajah en Hight, 'using the HOPE Questions '.

¹⁰² Larocca-Pitts, 'FACT: Taking a spiritual history in a clinical setting'.

¹⁰³ Skalla en McCoy, 'the Moral Authority, Vocational, Aesthetic, Social, and Transcendent Model'.

¹⁰⁴ Neely en Minford, 'FAITH'.

¹⁰⁵ Puchalski en Romer, 'Taking a spiritual history'.

3 Presentie- en interventiebenadering

3.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is verslag gedaan van een onderzoek naar diagnostische instrumenten op het gebied van spiritualiteit voor het gebruik in de Nederlandse context. Zes instrumenten bleken te voldoen aan de inclusiecriteria en zijn daarom voor verder onderzoek aan Joep van de Geer aangeboden. In dit hoofdstuk gaat het om het beantwoorden van deelvraag 3: ‘Hoe verhouden deze instrumenten zich tot de kenmerken van presentie- en interventiebenadering?’.

In de Richtlijn wordt aangegeven wat er van de primaire zorgverlener in de palliatieve zorg verwacht wordt bij het geven van spirituele zorg. Het gaat hierbij om een benadering van de patiënt waarin duidelijk kenmerken van zowel de presentie- als de interventiebenadering zichtbaar zijn. Het gaat erom dat bij het oplossen van een probleem niet ‘het met aandacht bij de ander zijn’ uit het oog wordt verloren.¹⁰⁶ De komende paragrafen gaan op beide benaderingen in en beschrijven wat de Richtlijn hierover zegt voor de palliatieve zorg. Doordat de benaderingen contrasterend lijken te zijn is er in Nederland binnen de geestelijke verzorging een discussie gaande over de vraag of beide benaderingen elkaar uitsluiten of juist aanvullen. Het gebruik van diagnostische screeningsinstrumenten vormt een onderdeel van de interventiebenadering en is daarmee ook onderwerp van deze discussie. Dit hoofdstuk tracht een beeld te geven van de discussie over het gebruik van diagnostiek binnen de geestelijke verzorging, spirituele zorg in het algemeen en in het bijzonder de spirituele zorg binnen de palliatieve zorg. Dit wordt gedaan door de verschillende zienswijzen over het gebruik van diagnostiek zichtbaar te maken en stil te staan bij de vraag uit de discussie of het gebruik van diagnostiek de presentiebenadering in de weg staat. Door per diagnostische instrument te bekijken of het kenmerken van een van beide (of beide) benaderingen bezit, wordt er zichtbaar gemaakt op welke beide benaderingen ze aansluiten. Er wordt bij drie instrumenten bekeken of ze de kenmerken van de presentie- en interventiebenadering bevatten. Het gaat hier om de instrumenten ‘Fact’, ‘Five dimensional model for assessment of spirituality’ en ‘Faith’ die voor verder onderzoek worden aanbevolen. Deze drie instrumenten staan niet in de Richtlijn en worden door Joep van de Geer voor zijn onderzoek op een *invitational conference* ingebracht. Op deze conferentie zal door de aanwezigen een keuze worden gemaakt uit deze en andere instrumenten voor verder praktijkonderzoek. Tevens wordt er bekeken op welke wijze de Richtlijn beide benaderingen interpreteert en hoe de tools op deze interpretatie aansluiten. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een conclusie.

¹⁰⁶ J. Smit, ‘Waar zijnswijze en zienswijze elkaar kruisen’, *Tijdschrift Geestelijke Verzorging jaargang 11 (2008) nr 46 18-25* aldaar 18.

3.2 Presentie- & interventiebenadering

Bij de interventiebenadering staat doelgericht handelen centraal waarbij er wordt geprobeerd om met behandeling een bestaand probleem op te lossen. Hierbij is diagnostiek nodig om gegevens te verzamelen en te interpreteren om vervolgens het probleem van de zorgvrager zichtbaar te kunnen maken. Gegevens die niet bijdragen tot het oplossen van het probleem worden niet in het proces van diagnose tot oplossing meegenomen. Alles wat aan informatie door de zorgvrager aan de zorgverlener wordt gegeven, wordt in ander taalveld, namelijk die van de zorgverlener, omgezet en opgeschreven. Een chaotisch probleem wordt daarmee overzichtelijk. Via een van te voren opgesteld plan wordt er naar een, voor de behandelaar goede oplossing gewerkt.

Een wijze van werken die in de zorg vanaf de jaren negentig in toenemende mate aandacht krijgt, is de presentiebenadering waarbij wat de grondlegger van de presentietheorie Andries Baart *er-zijn-voor* noemt, centraal staat. Bij dit present zijn gaat het om trouwe nabijheid, terughoudendheid en betrokkenheid die aansluit bij andermans levens- en gedachtespoor.¹⁰⁷ Het gaat hierbij dus niet om het behandelen maar om het aangaan van een relatie waarmee hulp en steun wordt geboden. De zorgverlener leert te kijken vanuit de ogen van de zorgvrager. Het verhaal van de zorgvrager en diens waarden staan centraal. Het vertrekpunt is dan niet het probleem maar wat belangrijk is voor de ander. Dit kunnen problemen zijn maar ook niet-problematische zaken.

Om een beter beeld van interventie- en presentiebenadering te krijgen volgt in de komende subparagraaf een uiteenzetting van de kenmerken van beide benaderingen.

3.2.1 Onderscheid tussen presentie- en interventiebenadering

Hieronder worden beide benaderingen aan de hand van een aantal kenmerken (aandacht, narrativiteit, tijd, onvoorwaardelijkheid, troost, betrokkenheid, onverhulpbare) die voor dit onderzoek van toepassing zijn nader verkend. Deze kenmerken worden ook door Andries Baart in zijn artikel 'Methodiek, zorgbenadering en professionaliteit'¹⁰⁸ gebruikt om de verschillen tussen beide benaderingen aan te geven. Hij heeft dit artikel en andere artikelen over de presentiebenadering geschreven vanuit het onderzoek naar het oude-wijkenpastoraat. Het gaat hierbij om de praktijk van pastores in achterstandsbuurten. Zoals hij zelf aangeeft is hij niet de uitvinder van de presentiebenadering maar heeft hij deze systematisch uitgewerkt en verdiept.¹⁰⁹ De

¹⁰⁷ Andries Baart, *Een theorie van de presentie* (3e druk; Utrecht 2004) 758.

¹⁰⁸ Baart, 'Methodiek, zorgbenadering en professionaliteit'.

¹⁰⁹ <http://www.presentie.nl/wat-is-presentie/filosofie?showall=1>, A. Baart, 'Nadere introductie presentiefilosofie', 20 december 2013.

presentiebenadering is volgens Baart niet alleen voorbehouden aan medewerkers in het pastoraat of diaconaat maar is bestemd voor alle zorgverleners in ziekenhuizen, gevangenissen, opbouwwerk, jeugdhulpverlening, kindbescherming, GGZ, verpleging etc.

Aandacht en betrokkenheid

De aandacht van een presentiebeoefenaar richt zich op het leven van de ander. Het is een ongerichte aandacht waarbij het niet alleen om het problematische maar ook om de vreugdevolle ervaringen en de dagelijkse besommingen gaat. Dwars door wat anderen over hun ervaringen vertellen, kan de zorgverlener zien hoe het werkelijk met iemand gaat, waar hij tegenaan loopt, waar hij bang voor is maar ook waar hij zijn kracht vandaan haalt. De mens wordt hiermee in al zijn dimensies gezien. De aandacht wordt hierbij niet van te voren door de doelen van de zorgverlener bepaald maar door wat de ander ter sprake brengt. De presentiebeoefenaar is zo bij het leven van de ander betrokken. Baart spreekt hier dan van een aandachtige betrokkenheid.^{110,111} Door een betrokken opstelling komt er een vertrouwensband tussen de zorgverlener en zorgvrager tot stand. Deze aandachtige betrokkenheid vormt de eerste stap in het proces naar het bieden van hulp.

Bij interventie is er geen ongerichte maar juist gerichte aandacht. Deze wordt op een of meerdere problemen gericht waarvoor de zorgverlener speciaal komt. De betrokkenheid beperkt zich hiermee tot het probleem en de oplossing ervan. Een voorbeeld hiervan vormt de verpleegkundige die een wond verzorgt volgens de daarvoor geldende protocollen en richtlijnen en deze verpleegtechnische handeling binnen een bepaalde tijd probeert uit te voeren. De aandacht is hierbij op de wond en niet op de zorgvrager gericht. Als de taak is uitgevoerd gaat de verpleegkundige verder naar zijn volgende taak.

Narrativiteit en act van erkenning

De aandacht in de presentiebenadering richt zich met name op het verhaal dat de ander over zichzelf vertelt. Hierbij stelt de zorgverlener zich helemaal open op. Vooroordelen, afstand, afweer, gelijk willen hebben worden aan de kant geschoven zodat het verhaal ongefilterd bij de zorgverlener naar binnen kan komen. Hierdoor krijgt de zorgverlener een beeld van het leven van de zorgvrager en begrijpt hij beter hoe gemaakte keuzes tot stand zijn gekomen. Het verhaal wordt niet in een diagnostisch raster geplaatst en daarmee omgezet naar een ander taalveld (die van zijn eigen vak). De presentiebeoefenaar geeft hiermee aan dat zijn verhaal en de beleving ervan er toe doen en geen andere formulering nodig heeft om belangrijk gevonden te worden.

¹¹⁰ Ibidem 737-738.

¹¹¹ Baart, 'Methodiek, zorgbenadering en professionaliteit', 215-216.

De interventionist zet het vertelde verhaal en vertoonde gedrag om in termen en categorieën die bij zijn vak horen om het probleem inzichtelijk te maken. Er wordt dan concreet aan het probleem gewerkt om tot een oplossing te komen. De zorgverlener heeft hierbij een eigen idee over wat de goede oplossing voor het probleem is. Een voorbeeld is een arts-assistent op een verpleegafdeling die een gesprek met een zorgvrager heeft over diens pijn op de borst. De zorgvrager geeft aan dat hij sinds de ochtend een beklemmend gevoel heeft. Op vragen van de arts-assistent wordt aangegeven hoe intensief de pijn is en waar deze zich precies voordoet. De zorgvrager uit tijdens het gesprek zijn verdriet over zijn eenzaamheid en de angst om weer naar huis te moeten gaan als hij uit het ziekenhuis ontslagen wordt. Hij noemt daarbij dat er niemand meer is die voor hem klaar staat. Er wordt door de arts-assistent niet op de eenzaamheid, angst of thuissituatie doorgevraagd. Wel geeft de arts aan een pijnstillertje te zullen voorschrijven om de pijn te onderdrukken. In overleg met de specialist van de afdeling geeft de arts-assistent aan dat het waarschijnlijk om kramp van een aantal spieren gaat waardoor de zorgvrager de pijnklachten ervaart. Er wordt niet op de mogelijke oorzaak van deze kramp ingegaan, namelijk de gespannenheid die de zorgvrager al langere tijd door het eenzaam zijn ervaart. De zorgvrager meldt meerdere problemen die volgens de arts-assistent niet relevant zijn voor de bijdrage aan de oplossing. Alleen de voor de arts-assistent relevante informatie wordt opgepikt. Met de rest van de aangegeven problemen wordt niets gedaan. Het probleem van de eenzaamheid wordt hierdoor niet erkend. Omdat het hier niet erkend wordt, wordt de zorgvrager ook niet doorverwezen.

Tijd

In de presentie- en interventiebenadering zien we een verschil in benadering van tijd. Bij de presentiebenadering is de hoeveelheid tijd die in het contact gemoeid gaat, niet van tevoren vastgelegd. Er is geen sprake van haast en bij regelmaat is er sprake van langdurige contacten. De tijd hierbij is nodig om vertrouwen te winnen, de ander te leren kennen en te weten te komen wat de ander verlangt.

In de interventiebenadering is de tijd vaak gelimiteerd en gepland. Primaire zorgverleners moeten hun tijd vaak over de aanwezige patiënten verdelen. Daarnaast vindt diagnostiek en behandeling binnen een gestelde tijdsplanning plaats. Als het vastgestelde probleem is opgelost scheiden de wegen van de zorgverlener en de zorgvrager zich.

Onvoorwaardelijkheid

De aanwezigheid van presentiebeoefenaars is niet gebonden aan allerlei regels. Een presentiebeoefenaar hoeft zijn aanwezigheid niet ten aanzien van een instantie te rechtvaardigen. Dat maakt het voor hem mogelijk om vaker en langer contacten met zorgvragers te onderhouden. Onredelijke emotionele uitbarstingen of ongewenst gedrag van de kant van de zorgvrager zijn vaak geen reden om het contact te beëindigen. Voor de zorgvrager kan door het vaak terugkomen, loyaal zijn en toegewijd werken van de zorgverlener een trouwe betrokkenheid ontstaan.

De omgang van interventionisten met anderen is vaak wel aan procedures, protocollen, werkwijze en beperkte tijd gebonden.

Het onverhelpbare en troost

Als de zorgvrager te maken krijgt met het onverhelpbare (de dood die onder ogen moet worden gezien, een huwelijk dat vastloopt, blijvende invaliditeit etc.) kan trouwe betrokkenheid troostend werken. De betrokkenheid gaat hier dan om het opzoeken van diegene die alleen staat in zijn leed. Het leed wordt niet minder maar de eenzaamheid wordt hiermee wel doorbroken. Ook biedt het troost als er eerlijk over verdriet en pijn kan worden gesproken zonder dat deze worden gebagatelliseerd. Hiermee laat de zorgverlener zien dat de ander in al zijn grilligheid en emoties er toe doet.

Vanuit de interventiebenadering worden verdriet en leed vaak als onderdeel van een probleem gezien. Men neigt er dan naar om dit leed en/of verdriet weg te troosten of te verkleinen waarbij men aan de essentie van het probleem voorbij gaat, namelijk de eenzaamheid die met het probleem gepaard gaat. Echt troosten kan volgens Baart dan ook alleen plaatsvinden door bij de ander betrokken te zijn.

Volgens Baart zijn de interventie- en presentiebenadering geen alternatieve modellen van elkaar maar valide benaderingen van de zorg.¹¹² Beide vormen een benadering van de zorgverlener naar de zorgvrager in de zorg. Ondanks deze visie vindt er binnen de geestelijke verzorging een discussie plaats over de wenselijkheid van het gebruik van diagnostiek binnen de geestelijke verzorging. De volgende subparagraaf gaat hier op in.

¹¹² A. Baart, 'Methodiek, zorgbenadering en professionaliteit', in: M. Verkerk red., *Denken over zorg: concepten en praktijken* (1^e druk; Utrecht 1997)218.

3.2.2 Discussie over het gebruik van diagnostiek binnen de geestelijke verzorging

Er zijn over levensbeschouwelijke diagnostiek in het Tijdschrift Geestelijke Verzorging meerdere artikelen gepubliceerd. In twee van die artikelen wordt er tussen Bouwer¹¹³ en Jorna¹¹⁴ een discussie gevoerd die neerkomt op de vraag of een geestelijk verzorger wel interveniërend te werk mag gaan en of hij gebruik mag maken van diagnostiek.^{115,116} Bouwer geeft hierbij aan dat presentie en diagnostiek als onderdelen van interventie bij elkaar horen. Volgens Bouwer omvat presentie het reflecteren op wat voorvalt en dit kan volgens hem niet zonder diagnostiek.¹¹⁷ Dit sluit aan op hoe Baart over diagnostiek spreekt. Volgens Baart vormt diagnostiek in de presentie de kunst om aan te kunnen geven wat er aan de hand is, waar vervolgens aan gewerkt kan worden zodat er verbetering optreedt.¹¹⁸ Volgens de geestelijk verzorger Johan Smit, die bezig is met een promotieonderzoek over 'methodiek van geestelijke verzorging', dient diagnostiek verschillende doelen. Door het hebben van een diagnose kan de hulpvrager tot de conclusie komen dat hij zich tot de situatie moet leren verhouden als er niets meer aan een situatie te doen is. Ook kan de diagnose inzicht geven aan de zorgvrager. Hij ziet dan zelf in wat hij zelf kan doen om verandering in de situatie aan te brengen.¹¹⁹ Er worden door pleitbezorgers voor de presentiebenadering ook argumenten aangevoerd om diagnostiek niet te gebruiken.

1. De zorgvrager wordt gereduceerd tot een object. Men komt hiermee in een subject-object denken waarbij antwoorden van de zorgvrager worden afgemeten aan de overtuigingen van de zorgverlener. Het gevaar is dat de overtuigingen en waarden van de zorgvrager geen plaats in de diagnostiek krijgen.
2. Diagnostiek kan normativiteit in de hand werken. Gebeurtenissen of gedachten kunnen snel als goed of als afwijkend beoordeeld worden.¹²⁰

Binnen de geestelijke verzorging worden de presentie- en interventiebenadering vaak als elkaars tegenpolen gezien. Geestelijk verzorgers die zich uitdrukkelijk voor een benadering uitspreken

¹¹³ Voorheen hoogleraar geestelijke verzorging in Instellingen voor de Gezondheidszorg, PThU, Kampen. Thans directeur onderzoek bij de NHTV te Breda.

¹¹⁴ Universitair hoofddocent praktische humanistiek, in het bijzonder geestelijke of existentiële begeleiding.

¹¹⁵ T. Jorna, 'De geestelijke dimensie in de geestelijke verzorging', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 34 (8) 2005 36-46.

¹¹⁶ J. Bouwer, 'Jorna tussen geestelijke begeleiding en geestelijke verzorging (?)', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 37 (8) 2005.

¹¹⁷ J. Bouwer 'levensbeschouwelijke diagnostiek als instrument voor wetenschappelijk onderzoek' in nieuw handboek geestelijke verzorging, J. J. A. Doolaard red, *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging* (2^e druk; Kampen 2006) 773-797 aldaar 779.

¹¹⁸ A. Baart, 'Een bevredigende relatie tot het leven helpen ontwikkelen', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 36(2005) 23-33 aldaar 27.

¹¹⁹ Smit, 'Waar zijnswijze en zienswijze elkaar kruisen'.

¹²⁰ Bouwer 'levensbeschouwelijke diagnostiek als instrument voor wetenschappelijk onderzoek', 774.

kunnen hiermee in een bestaande ideologische strijd terecht komen. Zoals we in de volgende paragraaf zullen zien, is deze strijd in de spirituele zorg niet aanwezig. Er is hier geen discussie gaande over vermeende tegenstellingen tussen de presentie- en interventiebenadering.

In de komende paragraaf worden de drie diagnostische instrumenten 'Fact', 'Five dimensional model for assessment of spirituality' en 'Faith' met de kenmerken van beide benaderingen vergeleken.

3.3 Presentie- en interventiebenadering in de palliatieve zorg

In de palliatieve zorg zijn er kenmerken van de presentie- en interventiebenadering aanwezig. Het staat van te voren niet vast welke benadering door de zorgverlener wordt gebruikt. De zorgverlener bepaalt aan de hand van de situatie en wanneer nodig in overleg met de zorgvrager welke benadering het meest geschikt is. Zo kan de verpleegkundige interveniëren door bij een zorgvrager zich alleen of voornamelijk bezig te houden met verpleegtechnische handelingen zoals het vervangen van een infuus. In andere situaties kan alleen de presentiebenadering zonder dat er bij geïntervenieerd hoeft te worden, voldoende zijn. Het gewoon langs komen van een arts bij een zorgvrager en vragen hoe het gaat kan tot een gevoel van betrokkenheid bij de zorgvrager leiden waar hij op dat moment steun aan kan hebben.

Zoals in de inleiding van dit hoofdstuk vermeld werd, wordt er in dit hoofdstuk onderzocht in hoeverre de drie genoemde tools aansluiting vinden bij de presentie- en interventiebenadering en bij de uitwerking van beide benaderingen in de Richtlijn. In de vorige paragraaf zijn de kenmerken van beide benaderingen uitgewerkt. Deze paragraaf gaat in op de uitwerking van de presentie- en interventiebenadering in de Richtlijn.

Presentiebenadering in de Richtlijn

In Richtlijn staat dat er in het kader van spirituele zorg vooral sprake dient te zijn van presentie. Presentie wordt hierin als volgt omschreven: *een wijze van handelen die de nadruk legt op het luisterend aanwezig zijn, waarbij de hulp niet van buitenaf komt, maar geprobeerd wordt de krachten in de patiënt te mobiliseren door aanwezigheid, trouw en eerder te 'laten' dan te 'doen'*. Presentie neemt in de richtlijn in het ABC¹²¹ schema onder de noemer Aandacht een centrale plek in. Dit ABC omvat de taken van primaire zorgverleners bij het geven van spirituele zorg. De A staat in het schema voor Aandacht. De taken die hierbij horen zijn: luisteren, ondersteunen, onderkennen en verkennen. Bij het luisteren schrijft de Richtlijn een 'aandachtige houding van aanwezig zijn' voor.

¹²¹ Zie tabel 1, hoofdstuk 1.

Deze houding komt overeen met het in de vorige paragraaf genoemde kenmerk: 'Aandacht en betrokkenheid'.

Bij de taak Aandacht worden een aantal voorwaarden genoemd en aanbevelingen gedaan. De voorwaarden en aanbevelingen die op de in de Richtlijn gegeven formulering van presentie aansluiten zijn:¹²²

- Neem nu en dan echt tijd (in het contact met de zorgvrager).
- Schort ieder oordeel op: geef de ander de gelegenheid om de zoektocht of worsteling op eigen wijze vorm te geven.
- Zet de doelen en behoeften van de patiënt voorop.
- Neem een open houding aan, reageer vanuit empathie.
- Luister en kijk aandachtig, stel open vragen.
- Biedt veiligheid en een vertrouwensrelatie (compassie).
- Toon oprechte belangstelling en aandacht voor de beleving van de patiënt, vraag door vanuit echte interesse.
- Breng eigen adviezen en oplossingen op het juiste moment in; niemand wil gered worden. Het gaat erom dat iemand in contact komt met zijn eigen kracht.
- Blijf beschikbaar voor patiënt en naasten, ook als er niets meer 'gedaan' kan worden of mensen zorg weigeren.
- Vat boosheid en verwijten die gemaakt worden niet persoonlijk op: ze komen vaak voort uit angst en verdriet.

Bovenstaande voorwaarden en aanbevelingen sluiten aan bij wat Baart over de kenmerken 'narrativiteit en act van erkenning' en 'tijd' zegt. Het gaat erom dat de zorgvrager centraal staat. Dit betekent dat de contacten dus niet vluchtig moeten zijn en er van oprechte aandacht sprake moet zijn. De Richtlijn sluit hier met bovenstaande punten op aan.

Bij de taak Begeleiding worden de primaire zorgverleners erop gewezen dat begeleiding pas plaatsvindt als de patiënt dit op prijs stelt. Zo wordt de patiënt centraal gesteld. Het gaat er niet om wat de hulpverlener vindt maar hoe de *zorgvrager* het ziet. Dit sluit aan bij wat Andries Baart over het kenmerk 'aandacht en betrokkenheid' aangeeft, namelijk dat de aandacht op het totale leven van de ander gericht dient te zijn en niet alleen op het probleem. Het is de ander die bepaalt waarover gesproken wordt. Als hulpverlener kan men geen begeleiding opdringen, als de zorgvrager hier niet over wil spreken

¹²² De Graeff, richtlijnen voor de praktijk, 17-18.

Interventiebenadering in de Richtlijn

De Richtlijn sluit aan bij de WHO-definitie van palliatieve zorg. Deze definitie bepaalt dat palliatieve zorg zich op het voorkomen en verlichten van lijden door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard richt. Het vroegtijdig signaleren, het beoordelen en het behandelen van pijn en andere problemen vallen onder de noemer interventie. De Richtlijn schrijft voor dat er ook interventie plaats moet vinden als er sprake is van een existentiële crisis.¹²³ Een dergelijke crisis kan optreden als de zorgvrager niet meer in staat is om zelf zin of betekenis te geven aan het leven als gevolg van een langdurig proces van ziek zijn of door een ingrijpende gebeurtenis. In de derde en laatste taak van het ABC uit de Richtlijn, de crisisinterventie, staat beschreven hoe de primaire zorgverlener hiermee moet omgaan. De zorgverlener neemt het initiatief en verwijst de patiënt door naar een geestelijk verzorger of een psycholoog. Bij een doorverwijzing is er duidelijk sprake van interventie. De geestelijk verzorger of psycholoog zal dan ondersteuning bieden bij de crisis die de patiënt doormaakt.

Aangezien de Richtlijn spirituele zorg tot beide benaderingen oproept is het de bedoeling dat vanuit beide benaderingen de spirituele zorg wordt vormgegeven. Welke van de twee benaderingen het meest naar voren komt is afhankelijk van de situatie. Zo zal er bij iemand die veel last van fysieke pijn heeft in het contact eerder kenmerken naar voren komen van de interventiebenadering om deze pijn zo snel mogelijk op te lossen.

3.4 Presentie- en interventie kenmerken van Fact, F.D.M.A.S en Faith

Aan de hand van de kenmerken van de presentie- en interventiebenadering worden in deze paragraaf de drie geselecteerde diagnostische tools 'Fact', 'Five dimensional model for assessment of spirituality' en 'Faith' verder verkend. Tegelijkertijd wordt er bekeken in hoeverre de tools aansluiten op de uitwerking van de benaderingen in de Richtlijn.

FACT¹²⁴

De auteur Larroca omschrijft Fact als een *spiritual history tool* die als een checklist kan worden ingezet. Dit is terug te zien aan het soort vragen waaruit deze tool bestaat. Fact bestaat voornamelijk uit gerichte vragen die uitnodigen tot open antwoorden. Er is hier meer sprake van gerichte aandacht dan van een open betrokkenheid op leven van de zorgvrager. Het is natuurlijk wel zo dat als

¹²³ De Graeff, richtlijnen voor de praktijk, 11.

¹²⁴ De analyse en vragenlijst van Fact zijn op bladzijde 52-55 van deze scriptie terug te vinden

de zorgvrager over zijn leven vertelt, dat er ruimte is voor de zorgverlener om er empathisch op te reageren. Het is niet de zorgvrager die hier bepaalt waarover gesproken wordt maar de zorgverlener. Het aantal vragen is beperkt gehouden waardoor de vragenlijst snel kan worden afgenomen. Doordat de tool voornamelijk uit gerichte vragen bestaat, zullen de antwoorden grotendeels kort zijn en weinig verdieping van de eigen spiritualiteit geven. Als uit de antwoorden van de vragen uit het gedeelte Coping/Conflicts blijkt dat de zorgvrager moeite heeft met het omgaan met de situatie dan reikt de tool Fact een behandelplan met 3 opties aan:

- direct ingrijpen door bijvoorbeeld met de patiënt samen te bidden of het lezen van een heilig boek zoals de Bijbel of de Koran,
- een gesprek voorstellen tussen de zorgvrager en een vertegenwoordiger van zijn geloof,
- verwijzen naar een geestelijk verzorger van de instelling.

Er is bij alle drie genoemde opties sprake van een interventie waarbij de zorgverlener of zelf met de zorgvrager aan de slag gaat, of doorverwijst.

Voor de afname van Fact zijn er door Larroca een aantal richtlijnen gegeven.¹²⁵ Allereerst dient de spiritualiteit van de zorgvrager centraal te staan en niet die van de zorgverlener. Er wordt dan ook alleen over de spiritualiteit van de zorgvrager gesproken. Ten tweede gaat het bij de vragen meer om de functie van spiritualiteit voor de zorgvrager in het omgaan met de aandoening/ziekte dan om waar de zorgvrager in gelooft. Als laatste wordt Fact niet afgenomen om alle problemen die naar boven komen meteen op te lossen. Daar waar de zorgverlener niet over de juiste kennis of vaardigheden beschikt, dient er te worden doorverwezen.

¹²⁵ M. Larrocca-Pitts, 'FACT: taking a spiritual history '.

Over de verschillende kenmerken van presentie- en interventiebenadering kan het volgende bij Fact worden aangemerkt:

Kenmerken	Presentiebenadering	Interventiebenadering
Aandacht en betrokkenheid		Gerichte aandacht op de antwoorden van de vragen. Hier is sprake van het afnemen van een vragenlijst en niet van een gesprek.
Narrativiteit en act van erkenning		Met een vragenlijst komt de zorgvrager niet toe aan het vertellen van zijn verhaal. Wat er door de zorgvrager op de vragen wordt beantwoord kan door zorgverlener in een eigen vakjargon worden vertaald
Tijd		Korte lijst met gerichte open vragen. Snel af te nemen en goed in tijdsplanning in te passen.
Onvoorwaardelijkheid		De vragenlijst kan in een keer worden afgenomen. Terugkerende contacten zijn niet nodig. Als er een probleem is dan wordt er voornamelijk doorverwezen.
Onverhelpbare en troost		Betrokkenheid van de primaire zorgverlener lijkt zich te beperken tot afname van de vragen. Er is bij de vragen geen ruimte vrijgemaakt om te praten over pijn en verdriet.

Tabel 5 Kenmerken FACT

Zoals uit de tabel blijkt sluit Fact grotendeels op de kenmerken van de interventiebenadering aan.

Aansluiting op de Richtlijn

Vanuit de uitwerking van beide benaderingen (zie paragraaf 3.2.3.1 en 3.2.3.2) in de Richtlijn kan er over Fact het volgende worden gezegd:

- De vragen zijn gericht op een (vroegtijdige) signaleren van spirituele problemen.
- Bij aanwezigheid van problemen reikt de tool Fact een behandelplan aan om het probleem te verminderen of op te lossen.

Met bovenstaande punten sluit Fact aan op de WHO-definitie van palliatieve zorg zoals die in de Richtlijn wordt benoemd, omdat de Richtlijn oproept tot vroegtijdig signaleren, zorgvuldige beoordeling en behandeling van spirituele nood . Ook sluit het Fact aan op het onderdeel crisisinterventie uit het ABC in de Richtlijn. Hierin staat het signaleren en doorverwijzen centraal.

Vanuit de uitwerking van beide benaderingen in de Richtlijn sluit Fact met name op de interventiebenadering aan.

Een kanttekening is hier echter op zijn plaats. Als er uitsluitend naar de vragenlijst zelf wordt gekeken, kan men stellen dat er weinig van de presentiebenadering in Fact terug te vinden is. Toch kunnen er presentie-elementen worden toegevoegd door de wijze van afname. Voorbeelden hiervan zijn:

- ondanks dat de vragenlijst ontworpen is om snel te worden afgenomen, kan de zorgverlener de zorgvrager ruimte geven om verder over de onderwerpen uit te weiden
- empathisch reageren op wat wordt verteld of via non-verbaal gedrag wordt vertoond
- oprechte belangstelling en aandacht tonen voor wat de zorgvrager vertelt en doorvragen waar dat extra informatie kan bieden over de antwoorden op de vragen uit de tool

Fact lijkt wat kenmerken betreft op de instrumenten FICA en SPIRIT uit de Richtlijn. Beide instrumenten worden in de Richtlijn als voorbeelden genoemd om de spirituele situatie van de zorgvrager in kaart te brengen. Deze instrumenten zijn net als Fact meer op interventie dan op presentie gericht. Deze instrumenten bevatten weinig en relatief korte vragen en zijn ideaal als er een snelle screening moet komen. In een ziekenhuis kan er voor gekozen worden om deze korte instrumenten in te zetten bij een opname van een patiënt zodat er niet veel tijd mee gemoeid is. In een verpleeghuis kan de keuze anders uitvallen. Daar kan er juist voor een framework worden gekozen als er over een langere periode een observatie moet worden verricht. Welke presentiekenmerken aansluiten op de frameworks is in onderstaande stuk te lezen.

'Five Dimensional model for assessment of spirituality' en 'Faith'¹²⁶

De tools 'Five dimensional model for assessment of spirituality' en 'Faith' lijken op elkaar en worden daarom hier tegelijk behandeld. Beide instrumenten zijn frameworkmodellen die als tool of als model kunnen worden ingezet. De grootste overeenkomst tussen beide frameworks doet zich voor als ze beide als model worden gebruikt. De informatie komt bij het gebruik van het framework als model uit gesprekken, waarbij er geen standaardvragen worden gesteld. Voor beide frameworks geldt dat de verkregen informatie aan de hand van de dimensies in het betreffende frameworkmodel wordt georganiseerd. Er is bij het gebruik van deze modellen daarom ook meer vrijheid en ruimte voor de zorgvrager om tijdens de gesprekken zelf richting te geven aan de onderwerpen die worden besproken. Ook staat het de zorgverlener in het gebruik van deze tools vrij op antwoorden door te vragen. Door deze ruimte aan de kant van zowel de zorgverlener als de zorgvrager is het mogelijk om dieper op de onderwerpen in te gaan waardoor er meer informatie beschikbaar komt.

¹²⁶ De analyse en vragenlijst van 'Five Dimensional model for assessment of spirituality' zijn op bladzijde 53-55 en van 'Faith' op bladzijde 56-58 van deze scriptie terug te vinden

‘Five dimensional model for assessment of spirituality’ bevat 25 en ‘Faith’ bevat 17 open voorbeeldvragen. De vragen in beide modellen illustreren vijf verschillende dimensies van het model en kunnen naar gelang de situatie worden aangepast. ‘The Five Dimensional model for assessment of spirituality’ is oorspronkelijk ontworpen voor gebruik bij oncologie patiënten. Het is deze groep van zorgvragers die met een levensbedreigende ziekte te maken hebben en zich hierdoor juist bezighouden met existentiële vragen. De auteur Skalla wijst erop dat het afnemen van een spiritueel assessment niet overhaast moet gebeuren en dat er meerdere sessies nodig kunnen zijn om een beeld van de spirituele behoeften te krijgen. Daarbij is het de bedoeling dat de vragen in de gesprekken verwerkt worden en niet als een lijst van vragen aan de zorgvrager worden voorgelegd. Ook voor het gebruik van ‘Faith’ geldt dat het een gelegenheid biedt om met elkaar dieper over de onderwerpen in gesprek te gaan.

Naast de overeenkomsten in de wijze van afname komen er bij beide instrumenten ook overeenkomsten in de vragenlijst voor. Bij ‘Five dimensional model for assessment of spirituality’ worden in de dimensies *Vocational* en *Social* en bij ‘Faith’ in de dimensies *Influence/Importance of faith in life* en *Aesthetic* vragen op waarden georiënteerde overwegingen gesteld. Zo wordt in beide instrumenten dezelfde vraag *What gives your life meaning?* genoemd. In beide instrumenten zijn ook vragen over een aansluiting bij een religieuze of spirituele groepering opgenomen. Zo staat er in ‘Five dimensional model for assessment of spirituality’ de vraag of de zorgvrager tot een religieuze of spirituele gemeenschap behoort en bij ‘Faith’ de vraag of de zorgvrager lid is van een kerk of een gemeenschapeen religieus of spiritueel geloof heeft. Naast de overeenkomsten zijn er ook verschillen. Bij de ‘Five dimensional model for assessment of spirituality’ staan er ook *follow up questions*. Met deze vragen wordt er op de dimensies doorgevraagd. Dit soort vragen ontbreken bij ‘Faith’.

Onderstaande tabel laat zien in hoeverre 'The Five Dimensional model for assessment of spirituality' en 'Faith' aansluiten op de kenmerken van de presentie- en interventiebenadering.

Kenmerken	Presentiebenadering	Interventiebenadering
Aandacht en betrokkenheid	Met deze tools kunnen de hulpverlener zich meer op het gewone leven van de zorgvrager richten dan alleen op de antwoorden van de vragen. Doordat er meer contactmomenten zijn, kan er een grotere betrokkenheid tot stand komen.	De hulpverlener kan op problematische ervaringen doorvragen.
Narrativiteit en act van erkenning	Wat de zorgvrager vertelt hoeft niet door de zorgverlener naar antwoorden te worden vertaald. Wat vreemd overkomt wordt niet door de zorgverlener als een probleem aangeduid en opgelost. Wat verteld wordt en wat de zorgvrager als gedragingen laat zien, kan door de zorgverlener in het model worden georganiseerd.	De modellen zijn diagnostisch en kunnen spirituele behoeften zichtbaar maken.
Tijd	In veel situaties is er meer dan een contactmomenten nodig om tot een goed beeld te komen. De zorgverlener zal hiervoor tijd moeten vrijmaken. Het staat van te voren vaak niet vast hoeveel tijd er hiermee gemoeid is.	Tijd van de zorgverlener is gelimiteerd. In het gebruik van deze tool in de praktijk zal de beschikbare tijd hiervoor toch beperkt zijn.
Onverhelpbare en troost	Door de betrokkenheid tussen beide partijen kan er zelfs bij een onverhelpbare situatie sprake van steun zijn. Doordat er meer ruimte en tijd is voor de zorgvrager om zijn verhaal te vertellen kan de zorgvrager het gevoel krijgen dat de zorgverlener voor hem klaar staat en dat het daarbij niet alleen gaat om het oplossen van een probleem.	

Tabel 6 Kenmerken *Five dimensional model for assessment of spirituality en Faith*

Aansluiting op de Richtlijn

Beide frameworks sluiten meer dan de tool 'Fact' aan op een 'aandachtige houding van aanwezig zijn'. De zorgvrager kan zijn eigen verhaal vertellen in plaats van antwoorden te geven op vragen die via een vragenlijst worden afgenomen. Door het gebruik van een framework is er meer ruimte voor de zorgvrager om zelf sturing aan zijn verhaal te geven. De auteurs van de frameworks bevelen bij het gebruik van de frameworks meerdere gesprekken aan als één contactmoment niet voldoende blijkt te zijn. Bij de taak Aandacht van het ABC uit de Richtlijn staan een aantal voorwaarden en aanbevelingen waaraan door het gebruik van een framework kan worden voldaan. Deze zijn:

- Neem nu en dan echt tijd (in het contact met de zorgvrager).
- Schort ieder oordeel op: geef de ander de gelegenheid om de zoektocht of worsteling op eigen wijze vorm te geven.
- Zet de doelen en behoeften van de patiënt voorop.
- Neem een open houding aan, reageer vanuit empathie.
- Luister en kijk aandachtig, stel open vragen.
- Bied veiligheid en een vertrouwensrelatie (compassie).

Bovenstaande aanbevelingen/voorwaarden zijn moeilijker te realiseren als de zorgverlener alleen maar antwoorden op gerichte vragen dient te geven.

Naast de verschillende presentiekenmerken sluiten deze diagnostische tools volgens de Richtlijn ook aan op de interventiebenadering. Aan de hand van de informatie die in het framework wordt verwerkt, is het mogelijk om problemen vroegtijdig te signaleren. Er is in deze frameworks geen behandelplan opgenomen. De Richtlijn stelt dat de zorgverlener de zorgvrager dan zelf kan begeleiden bij of kan doorverwijzen voor spirituele zorg.

Beide frameworks lijken wat kenmerken betreft op het 'Ars moriendi'-model uit de Richtlijn. Ook dit model is een framework en wordt in de Richtlijn als een voorbeeld genoemd om de spirituele situatie van de zorgvrager in kaart te brengen. Het 'Ars moriendi'-model heeft net als de beide andere frameworks kenmerken van de presentie- als de interventiebenadering.

3.5 Conclusie

Binnen de geestelijke verzorging vindt er over het gebruik van diagnostiek een discussie plaats. Deze discussie lijkt zich in mindere mate in de palliatieve zorg voor te doen. Een punt uit de discussie is de vraag of de presentie- en interventiebenadering elkaar uitsluiten. Eerder in deze scriptie werd geconstateerd dat de WHO-definitie voor de palliatieve zorg oproept tot vroegtijdig signaleren, zorgvuldige beoordeling en behandeling van spirituele nood. Deze constatering sluit uit dat spirituele zorg binnen de palliatieve zorg alleen op de presentiebenadering gestoeld kan zijn.

In dit hoofdstuk heb ik willen aantonen dat er diagnostische instrumenten zijn, de frameworks, die kenmerken van zowel presentie- als interventiebenadering hebben. Met het gebruik van deze instrumenten kan de zorgvrager in meerdere gesprekken zijn verhaal vertellen en kan de zorgverlener de informatie uit vertelde verhaal in het framework organiseren. Het blijkt dus dat beide benaderingen in het gebruik van een framework samengaan. Uit deze scriptie blijkt dat er met het concept framework een diagnostische modellen beschikbaar zijn die het voor de zorgverlener mogelijk maken een presentie- en interventiebenadering tegelijk in te zetten.

Van de drie onderzochte tools sluit de diagnostische tool Fact voornamelijk bij de interventiebenadering aan. Er kan bij de afname van de vragenlijst uit deze tool een paar presentiekenmerken worden toegevoegd. Zo kan de zorgverlener meer tijd voor de afname reserveren en de zorgvrager meer ruimte bieden om over de onderwerpen uit te weiden. Het frameworks 'Five Dimensional model for assessment of spirituality' en 'Faith' sluiten bij de kenmerken van zowel de presentie- als de interventiebenadering aan. Daarnaast is het voor de zorgverlener bij het gebruik van de tools mogelijk om op het ABC en de daarbij behorende voorwaarden uit de Richtlijn aan te sluiten. Beide tools worden niet als voorbeelden in de Richtlijn genoemd.

Voor de uiteindelijke keuze voor een van de tools zal de context waarin de tool wordt afgenomen medebepalend zijn. In een verpleeghuis waar zorgvragers voor een langere duur verblijven is er bijvoorbeeld meer tijd voor de zorgverlener om een tool af te nemen dan in een ziekenhuis waar de opnameduur aanzienlijk korter is.

Eindconclusie

In deze eindconclusie worden de antwoorden op de deelvragen samengevat en de centrale vraag beantwoord. Dan volgt opmerkingen ter discussie. Tot slot worden er aanbevelingen gedaan.

Beantwoording vraagstelling

De centrale vraag waarop deze scriptie antwoord geeft luidt: 'Welke diagnostische instrumenten om de spirituele toestand en/of behoeften van patiënten in kaart te brengen zijn geschikt voor de praktijk van de palliatieve zorg in Nederland?'.

Om tot een antwoord op deze centrale vraag te komen zijn onderstaande deelvragen opgesteld. Bij elke deelvraag staat een samenvatting van de antwoorden.

- Wat is de ontwikkeling van de spirituele zorg in Nederland en welke definities voor spiritualiteit zijn er in de palliatieve zorg?

De geestelijke dimensie in de zorg heeft vanaf de middeleeuwen een duidelijke ontwikkeling meegemaakt. Het heeft zich vanuit het traditioneel christelijke kader geëvolueerd tot een zelfstandige discipline. De levensbeschouwing van de zorgvrager staat tegenwoordig centraal en niet die van de geestelijk verzorger. Mede door het toevoegen van de spirituele dimensie in de WHO-definitie voor de palliatieve zorg is er een groeiende aandacht voor de spirituele dimensie in de palliatieve zorg. Dit zien we onder andere in de organisatie van Masterclasses spiritualiteit en het ontstaan van de Richtlijn spirituele zorg.

In paragraaf 1.2.4 is er geconstateerd dat er meerdere definities voor spiritualiteit zijn. Er is in deze scriptie voor de functionele EAPC-definitie voor spiritualiteit gekozen. In deze definitie staat niet wat spiritualiteit is maar hoe mensen functioneren als ze met spiritualiteit bezig zijn. Hiermee worden geen mensen buitengesloten zoals dat bij een inhoudelijke definitie wel kan gebeuren. In deze definitie is tevens op een duidelijke manier omschreven waar het om kan gaan als mensen spreken over wat voor hun fundamenteel is of van wezenlijk belang.

- Welke diagnostische instrumenten voor spiritualiteit zijn er in Nederland en in het buitenland en in hoeverre voldoen ze aan de gestelde criteria om in Nederland gebruikt te kunnen worden?

Tijdens het databaseonderzoek naar screeningsinstrumenten voor de klinische praktijk is gebleken dat de meeste artikelen over screeningsinstrumenten gaan die voor onderzoek ontwikkeld zijn.

Nadat van te voren opgestelde exclusiecriteria een groot deel van de instrumenten uitsloot zijn de overgebleven tools (dertig instrumenten uit de database en twee instrumenten uit de drie literatuuronderzoeken) aan de hand van inclusiecriteria beoordeeld. De zes screeningsinstrumenten die uit het onderzoek zijn voortgekomen, worden in het antwoord op de centrale vraag benoemd.

- Hoe verhouden deze diagnostische instrumenten zich tot de kenmerken van de presentie- en interventiebenadering?

Van de zes aanbevolen tools zijn er drie niet in de Richtlijn vermeld. Het gaat hierbij om de diagnostische tools 'FACT', 'Five dimensional model for assessment of spirituality' en 'Faith'. Er is bij deze drie instrumenten bekeken in hoeverre ze de kenmerken van de presentie- en de interventiebenadering bevatten. Aan de hand van de uitkomst wordt een mogelijke revisie van de Richtlijn aanbevolen.

Van de drie onderzochte tools sluit de diagnostische tool FACT voornamelijk bij de interventiebenadering aan. Er kan bij de afname van de vragenlijst uit deze tool een paar presentiekenmerken worden toegevoegd. Zo kan de zorgverlener meer tijd voor de afname reserveren en de zorgvrager meer ruimte bieden om over de onderwerpen uit te weiden. De frameworks 'Five Dimensional model for assessment of spirituality' en 'Faith' sluiten bij de kenmerken van zowel de presentie- als de interventiebenadering aan.

De centrale vraag kan nu als volgt beantwoord worden. Na het uitvoeren van een literatuuronderzoek zijn de volgende zes instrumenten om de spirituele behoeften van patiënten voor de Nederlandse context in kaart te brengen geschikt bevonden.

1. SPIRITual history (Maugans 1996) *
2. Fica (Puchalski 2000) *
3. Hope (Anandarajah 2001) *
4. FACT-spiritual history tool (Larroca-Pitts 2002)
5. Five dimensional model for assessment of spirituality (Skalla 2006)
6. Faith (Neely 2009)

* Wel in Richtlijn genoemd

'FACT-spiritual history tool', 'Five dimensional model for assessment of spirituality' en 'Faith' staan niet in de Richtlijn genoemd. Van deze drie sluiten de twee frameworks 'Faith' en 'Five dimensional model for assessment of spirituality' het beste bij presentie- en interventiekenmerken aan. Belangrijk is de opmerking dat er hierbij vanuit is gegaan dat de frameworks niet als tools maar als modellen worden gebruikt. Als het framework als tool wordt gebruikt is er geen aansluiting op de presentiekenmerken.

Meerdere diagnostische tools zijn afgefallen doordat ze niet aan criterium 6 (Het instrument moet in kaart brengen welke spirituele zorgbehoeften er bij zorgvrager spelen) of 7 (Het instrument moet de mogelijke actuele spirituele bron(nen) van de zorgvrager in kaart brengen) voldoen. Deze tools zouden alsnog kunnen worden goedgekeurd door het toevoegen van vragen die de

ontbrekende criterium afdekken. Uit het onderzoek is gebleken dat het toevoegen van een of twee vragen al voldoende kan zijn.

‘FACT-spiritual history tool’, ‘Five dimensional model for assessment of spirituality’ en ‘Hope’ zijn ontworpen om door artsen gebruikt te worden. Voor het gebruik van deze instrumenten is geen aparte scholing nodig waardoor ook andere primaire zorgverleners dan artsen deze instrumenten kunnen gebruiken.

Discussie

Na bestudering van de verschillende diagnostische instrumenten om spirituele behoeften in kaart te brengen bleek dat de instrumenten in twee categorieën kunnen worden ondergebracht: tools en frameworks. Bij de tools worden de vragen via een standaardvragenlijst afgenomen en bij de frameworks kunnen de gegevens uit voorgaande gesprekken of via beantwoording van de voorbeeldvragenlijst tijdens een gesprek met behulp van het instrument worden georganiseerd en geïnterpreteerd. Het gaat hier om een belangrijk verschil. Als het framework als een model wordt afgenomen dan sluit deze aan bij zowel presentie- en interventiekenmerken. Wanneer alleen de voorbeeldvragenlijst wordt gebruikt, sluit het instrument voornamelijk of alleen aan bij interventiekenmerken. Om er achter te komen of ook artsen en verpleegkundigen een framework als model kunnen en mogen gebruiken is hierover met Joep van de Geer gesproken. In dit gesprek is naar voren gekomen dat de wat meer ervaren verpleegkundige in staat moet zijn om een framework als tool en als model te kunnen gebruiken. De visie die in de Richtlijn beschreven staat sluit niet aan op die van Joep van de Geer. In de Richtlijn wordt over het gebruik van een framework door andere beroepsgroepen dan die van de geestelijk verzorger een uitspraak gedaan. De Richtlijn beveelt voor het gebruik van een interpretatief raamwerk (de Nederlandse vertaling voor het Engelse begrip framework) uitgebreidere scholing aan. De Richtlijn stelt met het gebruik van een interpretatief raamwerk de professionele competenties van de arts en verpleegkundigen wordt verlaten. Hierbij moet worden opgemerkt dat het Ars Moriendi model – een framework - wel in het Universitair Ziekenhuis te Leuven wordt ingezet. Het model is daar op een kleine afdeling door een afgebakende groep zorgverleners in gebruik. Verpleegkundige informatie uit gesprekken tussen de verpleegkundige en zorgvrager wordt in het Ars Moriendi model georganiseerd en verwerkt in het verpleegkundig dossier van de zorgvrager. De vraag is dan ook gerechtvaardigd of het gebruik van een framework als model dan ook alleen aan een geestelijk verzorger is voorbehouden.

Een ander punt betreft het aansluiten van de diagnostische instrumenten op de presentie- en interventiekenmerken. Veel diagnostische instrumenten (behalve de frameworks) sluiten op de interventie- en niet op de presentiekenmerken aan. Deze instrumenten zijn gericht op het signaleren van spirituele problemen. Er zijn zelfs instrumenten die daarbij een behandelplan voorstellen. Men

kan stellen dat deze tools teveel op interventie gericht zijn en te weinig op presentie. Een wijze om dit te corrigeren is door bij de afname presentiekenmerken toe te voegen. Door meer tijd vrij te maken voor de zorgvrager heeft deze meer ruimte om tot een eigen, in het levensverhaal gewortelde beantwoording van de vragen te komen. Daarnaast kan de zorgverlener het empathisch handelen tot een grondhouding maken en doorvragen waar mogelijk is, waardoor er een grotere betrokkenheid ontstaat tussen de zorgverlener en de zorgvrager. Hierdoor is het voor de zorgvrager mogelijk om meer over zijn eigen spirituele situatie te vertellen.

Ten derde is opgevallen dat er in Nederlandse publicaties over spirituele zorg veel naar de Richtlijn wordt verwezen. Het document verheldert de begrippen die in de spirituele zorg van belang zijn met als doel dat de primaire zorgverleners dezelfde verstaanshorizon hebben en levert op deze wijze een bijdrage aan de palliatieve zorg. Zo wordt het ABC-model aangereikt waaruit primaire zorgverleners hun taken kunnen aflezen, geeft het informatie over wat spiritualiteit is, hoe een spiritueel proces eruit ziet, welke soorten diagnostische tools er zijn (screening, history en assessment) er welke voorwaarden er zijn voor het verlenen van spirituele zorg. Een aantal van deze voorwaarden komen voort uit de presentietheorie en worden in hoofdstuk 3 gebruikt bij het toetsen van de verschillende diagnostische tools aan de presentiekenmerken. Met de Richtlijn is de het begrip spiritualiteit in de palliatieve zorg geoperationaliseerd en is er duidelijkheid gegeven over de rollen van de verschillende zorgverleners binnen de spirituele zorg. De geestelijk verzorger kan aan de hand van deze rollen scholing aan primaire zorgverleners verzorgen op het gebied spiritualiteit.

Iets anders wat aandacht verdient is dat de meeste diagnostische instrumenten om de spirituele situatie in kaart te brengen niet gevalideerd zijn. Dit is een opvallend verschil in vergelijking met de diagnostische tools voor de onderzoekspraktijk die het spirituele welzijn meten. Voor deze instrumenten geldt dat zij grotendeels wel gevalideerd zijn. In bijlage 1 is terug te zien welke instrumenten gevalideerd zijn en welke niet.

Ook is mij opgevallen dat er in de diagnostische instrumenten weinig aandacht besteed wordt aan de spiritualiteit van de zorgverlener. Door de confrontatie met existentiële vragen van de zorgvrager kunnen er ook bij de zorgverlener vragen over het lijden, wie hij is en de eindigheid van het leven ontstaan. De wijze waarop de zorgverlener met zijn eigen spiritualiteit en zijn spirituele vragen omgaat kan van invloed zijn op het contact met de zorgvrager. Het is dan ook van belang dat de zorgverlener bewust is van zijn eigen overtuigingen, waarden, ervaringen en gevoelens.

Verder moet opgemerkt worden dat visueel georiënteerde diagnostische instrumenten voor dit onderzoek zijn uitgesloten. Dit wil niet zeggen dat er geen doelgroep voor is. Er is in deze scriptie onderzoek gedaan naar diagnostische instrumenten die als vragenlijst of als framework kunnen worden ingezet. Voor beide geldt dat zij de hulpverlener in staat stellen om de spirituele situatie van de zorgvrager te verkennen. In tegenstelling tot andere tools sluiten deze diagnostische tools aan op

de kunst van het vertellen. Als samenleving zijn we erg talig ingesteld. In het onderwijs is er veel aandacht voor taalontwikkeling waardoor leerlingen geleerd wordt om hun denkbeelden in woorden uit te drukken. Er zijn echter ook mensen van wie de verbale capaciteiten onder het gemiddelde liggen en die moeite hebben om uitdrukking te geven aan wat ze voelen en denken. Voor deze mensen kan een ander soortig instrument, zoals de *Spiritual Lifemap* uitkomst bieden. Bij een *Spiritual Lifemap* worden er geen vragenlijsten afgenomen maar kan een persoon belangrijke gebeurtenissen in zijn leven en de spirituele reis op papier tekenen. Dit sluit meer aan bij de mensen die meer visueel georiënteerd zijn. Met het gebruik van de in deze scriptie onderzochte diagnostische tools wordt er voorbij gegaan aan deze categorie van mensen.

De meeste diagnostische instrumenten zijn voor afname bij individuele personen ontworpen. Deze instrumenten gaan niet of slechts in geringe mate in op de rol die spiritualiteit speelt in de familie van de patiënt. Mogelijke spirituele conflicten in de familie blijven hiermee buiten beeld. Familieleden kunnen over belangrijke medische beslissingen anders denken dan de zorgvrager zelf. Dit kan bij de zorgvrager tot spanningen leiden. Mogelijke spirituele spanningsvelden kunnen door de zorgverleners in kaart gebracht worden door in het diagnostische instrument hierover een of meerdere vragen op te nemen.

Tenslotte moet opgemerkt worden dat de tools weinig rekening houden met het proceskarakter van zingeving. Het merendeel van de onderzochte tools is ervoor gemaakt om eenmalig aan het begin van de verblijfsduur bij de zorgvrager te worden afgenomen. Door veranderingen in de medische situatie kunnen de spirituele behoeften bij de zorgvrager veranderen. Zo kan een zorgvrager voor wie het einde van het leven nadert zich meer bezig willen gaan houden met de fase rondom het sterven. Een spiritueel assessment is dan ook geen eenmalige gebeurtenis, maar een proces dat doorloopt. Als de situatie er aanleiding toe geeft, dan moet de spirituele situatie ook opnieuw moeten worden bekeken.

Aanbevelingen

Voor het geven van spirituele zorg is het van belang dat zorgverleners aandacht hebben voor de eigen spiritualiteit. De wijze waarop een zorgverlener tegen spiritualiteit aankijkt kan namelijk van invloed zijn op de spirituele zorg die hij verleent en de eigen motivatie. De eerste aanbeveling die ik wil doen is dat er tijdens de scholing in gebruik van diagnostische instrumenten aan primaire zorgverleners aandacht aan de eigen spiritualiteit wordt gegeven.

De tweede aanbeveling richt zich op een mogelijke revisie van de Richtlijn. Tijdens het literatuuronderzoek dat bij deze scriptie hoort zijn er twee instrumenten voor de Nederlands context die goed aansluiten op de interventie- en presentiekenmerken ontdekt. Deze twee instrumenten worden niet in de Richtlijn genoemd. Er wordt dan ook een aanbeveling gedaan om de diagnostische

instrumenten 'Faith' en 'Five dimensional model for assessment of spirituality' in de Richtlijn op te nemen.

De derde aanbeveling is om in de discussie over de spanning tussen presentie- en interventiebenadering en het gebruik van diagnostiek binnen de geestelijke verzorging frameworks te betrekken, omdat in deze scriptie is aangetoond dat door het gebruik van frameworks tijdens een gesprek met een zorgvrager gebruik kan worden gemaakt van zowel de presentie- als interventiebenadering.

Bibliografie

- Anandarajah, G. en Hight, E., 'Spirituality and medical practice: using the HOPE Questions as a practical tool for spiritual Assessment', *American Family Physician* 63 (2001) 81-89.
- Baart, A., *Een theorie van de presentie* (3e druk; Utrecht 2004).
- Baart, A., 'Een bevredigende relatie tot hert leven helpen ontwikkelen', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 36(2005) 23-33.
- Ronny A. Bell e.a., 'Prayer for health among U.S. adults: The 2002 national health interview survey', *Complementary Health Practice Review* 10 (2005) 175-188.
- Borneman T. en Puchalski C. M., 'Evaluation of the FICA tool for spiritual assessment', *Journal of Pain and Symptom Management* 40 (2010) 163-173.
- Bouwer J, 'levensbeschouwelijke diagnostiek als instrument voor wetenschappelijk onderzoek' in nieuw handboek geestelijke verzorging, J. J. A. Doolaard red, *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging* (2^e druk; Kampen 2006) 773-797.
- Chatters L.M., 'Religion and health: public health research and practice', *Annual Review of Public Health* 21 (2000) 335-367.
- Culliford L., 'Spirituality and clinical care', *British Medical Journal* 325 (2002) 1434-1435.
- Doolaard J. J. A. , *Nieuw handboek geestelijke verzorging* Kampen (2^e druk; Kampen 2006).
- Eisinga, R. M. e.a., "Religion in Dutch society 2000 : a national survey on religious and secular attitudes in 2000." (1e druk, Amsterdam 2002).
- Finney J.R. en Malony H.N., 'Empirical studies of christian prayer : a review of the literature', *Journal of Psychology & Theology* 13 (1985) 104-115.
- Fitchett G. e.a., 'A Model of Spiritual Assessment', *Care Giver: Journal of the College of Chaplains* 5 (1988), 144-154..
- Fitchett G., *Assessing spiritual needs: a guide for caregivers* (2e druk, Philadelphia 2002).
- Fryback P.B. en Reinert B.R., 'Spirituality and people with potentially fatal diagnoses', *Nursing Forum* 34 (1999) 13-22.
- Galek K e.a., 'Assessing a patient's spiritual needs: a comprehensive instrument', *Holistic Nursing Practice* 19 (2005).
- Van de Geer J. en Leget C., 'How spirituality is integrated system-wide in the Netherlands Palliative Care National Programme', *Prog Palliat Care Progress in Palliative Care* 20 (2012), 98-105.
- Goudswaard N. B., *Inleiding tot de geschiedenis van de verpleegkunst* (2^e druk; Rotterdam 1994).
- De Graeff A. ,*Palliatieve zorg : richtlijnen voor de praktijk* (2e druk; Utrecht 2010).
- Van Heijst A. e.a., *Ex Caritate : Kloosterleven, Apostolaat En Nieuwe Spirit Van Actieve Vrouwelijke Religieuzen in Nederland in de 19e en 20e eeuw* (1^e druk; Hilversum 2010).
- Hodge D.R. e.a., 'Older adults' spiritual needs in health care settings: a qualitative meta-synthesis', *Research on Aging* 34 (2012) 131-155.
- Holloway M. e.a., *Spiritual Care at the End of Life: A Systematic Review of the Literature*(1e druk; 2011).
- Jochemsen H., 'Spiritualiteit en spirituele zorg in de gezondheidszorg', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 86 (2008) 71-72.
- Jorna T., 'De geestelijke dimensie in de geestelijke verzorging', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 34 (8) 2005 36-46.
- Kociszewski C., 'A phenomenological pilot study of the nurses' experience providing spiritual care', *Journal of Holistic Nursing* 21 (2003) 131-148.
- Koenig H.G, 'Religion and medicine IV: religion, physical health, and clinical implications.', *International Journal of Psychiatry in Medicine* 31 (2001) 321-36.
- Larocca-Pitts M., 'FACT: Taking a spiritual history in a clinical setting', *Journal of Health Care Chaplaincy* 15 (2008) 1-12.

- Van Leeuwen R.R., "Towards Nursing Competencies in Spiritual Care" Proefschrift Graduate School for Health Research of the University of Groningen.
- Van Leeuwen R.R. en Cusveller B.S., *Verpleegkundig Competentieprofiel Zorg Voor Spiritualiteit : Een Verkennende Literatuurstudie* (1e druk; Ede 2002).
- Van Leeuwen R.R. en Cusveller B.S., *Verpleegkundige zorg en spiritualiteit : professionele aandacht voor levensbeschouwing, religie en zingeving* (Utrecht 2005).
- Leget C., 'Retrieving the Ars Moriendi tradition', *Medicine, Health Care, and Philosophy* 10 (2007) 313-319.
- Leget C., *Van levenskunst tot stervenskunst: over spiritualiteit in de palliatieve zorg* (1^e druk; Tielt 2008).
- Loetz C. e.a., 'Attachment theory and spirituality: two threads converging in palliative care?', *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine: Ecam* 2013 (2013): 740291-740291.
- Lucchetti A. e.a., 'Taking spiritual history in clinical practice: a systematic review of instruments', *JSCH Explore: The Journal of Science and Healing* 9 (2013) 159-170.
- Macaskill A., *Heal the hurt : how to forgive and move on* (London 2002).
- Maugans T.A., 'The SPIRITual History', *Archives of Family Medicine* 5 (1996), 11-16.
- McEwen M, 'Spiritual nursing care: state of the art', *Holistic Nursing Practice* 19 (2005)161-168.
- McSherry W., Ross L., *Spiritual Assessment in Healthcare Practice* (Keswick 2010).
- McSherry W. en Cash K., *Making sense of spirituality in health care: an interactive approach* (2e druk; Londen 2006).
- Neely D. en Minford E., 'FAITH: spiritual history-taking made easy', *The Clinical Teacher* 6 (2009), 181-185.
- Puchalski C. e.a., 'Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the consensus conference', *Journal of Palliative Medicine* 12 (2009) 885-904.
- Puchalski C en Romer A.L., 'Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully', *Journal of Palliative Medicine* 3 (2000), 129-137.
- Scherpenisse E., *Geestelijke nood: Een onderzoek naar het herkennen van levens- en zingevingsvragen door verpleegkundigen bij patiënten in een algemeen ziekenhuis* (Proefschrift. 2003) 36.
- Skalla K. en McCoy J.P., 'Spiritual assessment of patients with cancer: the Moral Authority, Vocational, Aesthetic, Social, and Transcendent Model', *Oncology Nursing Forum* 33 (2006) 745-751.
- Smit J., 'Waar zijnswijze en zienswijze elkaar kruisen', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging jaargang 11* (2008) nr 46 18-25.
- Sorajjakool S. en Seyle B., 'Theological strategies, constructing meaning, and coping with breast cancer: a qualitative study', *Pastoral Psychology* 54 (2005) 173-186.
- Steeners-van Winkoop M.W.H., *Geloven in zorg: omgaan met geloof, levensbeschouwing en spiritualiteit in de gezondheidszorg* (1e druk; Baarn 2001).
- Steinhauser K.E. en Clipp E.C., 'In search of a good death: observations of patients, families, and providers', *Annals of Internal Medicine* 132 (2000) 825-832.
- Taylor EJ, 'Spiritual needs of patients with cancer and family caregivers', *Cancer Nursing* 26 (2003) 260-6.
- Tiesinga, L.J. en Post D., 'Forum - Het spiritueel functioneren van zorgvragers en zorgverleners in de gezondheidszorg; een synthese', *Verpleegkunde* 18 (2003) 272-278.
- R. Van Uden en E. Scherpenisse, 'Levens- en gezinsvragen bij patiënten in het ziekenhuis - Een zorg voor verpleegkundigen?', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 43(2007), 11-19.
- Vance D.L., 'Nurses' attitudes towards spirituality and patient care', *MEDSURG Nursing* 10 (2001), 264-268.
- Waaijman K., *Spiritualiteit : vormen, grondslagen, methoden* (1e druk; Kampen 2000).
- Zeiders C. en Pekala R., 'A review of evidence regarding the behavioral medical and psychological efficacy of Christian prayer', *The Journal of Christian Healing* 17 (1995), 76-85.

Bijlage 1 Analyse screeningsmodellen

SPIRITual history (Score 7/7) Maugans 1996

Naam tool	Auteur	Jaar
SPIRITual history	Maugans	1996
Naam artikel	Journal	Gevalideerd
The SPIRITual history	Arch.Fam.Med., 1996, 5, 1, 11-16	Nee
Ontworpen voor	Te gebruiken bij	Aan te passen voor andere doelgroepen
Alle primaire zorgverleners	Alle patiëntgroepen	n.v.t.
Aantal vragen en soort	Dimensies	
22 open vragen	spiritual belief system, personal spirituality, integration with a spiritual community, ritualized practices and restrictions, implications for medical practice en terminal events planning	
Voldoet aan criterium	Ja/nee/enigszins	
1 Gebruik door alle primaire zorgverleners	Ja	
2 Past in klinische praktijk vd zorgverlener	Ja	
3 Direct inzetbaar bij opname in ziekenhuis	Ja	
4 Mogelijkheid om erin te scholen	Ja	
5 Sluit op groot deel spirit. landschap aan	Ja	
6 Brengt spirituele zorgbehoeften in kaart	Ja	
7 Brengt mog. act. spir. bronnen in kaart	ja	



Toelichting op criteria: Voldoet aan alle gestelde criteria.

Voordeel: Er worden veel verschillende dimensies van spiritualiteit behandeld. Zo wordt er ook gevraagd over de implicaties voor het medisch handelen. Voor de patiënten in de palliatieve fase zijn er twee vragen in het onderdeel 'Terminal events planning' opgenomen. Hier wordt dus specifiek gekeken naar de rol van de eigen spiritualiteit in deze laatste fase.

Nadeel: De vragenlijst begint met de vraag welke religie de zorgvrager heeft. Door deze vraag te stellen gaat men ervan uit dat de zorgvrager een religie heeft wat niet zo hoeft te zijn.

Bijzonderheden: De laatste twee vragen bij de Terminal events planning gaan over het einde van het leven en kunnen worden weggelaten indien ze niet van toepassing zijn.

Snelheid afname: Door de grote hoeveelheid vragen neemt het afnemen ervan veel tijd in beslag.

Hope (Score 7/7) , Anandarajah 2001

Naam tool	Auteur	Jaar
Hope	Anandarajah	2001
Naam artikel	Journal	Gevalideerd
Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment	Am.Fam.Physician, 2001, 63, 1, 81-89	Nee
Ontworpen voor	Te gebruiken bij	Aan te passen voor andere doelgroepen
Artsen	Alle patiëntgroepen	Kan zonder aanpassing door alle primaire zorgverleners worden gebruikt
Aantal vragen en soort	Dimensies	
18 open vragen	Hope/meaning/comfort/strength/peace/love/compassion, organised religion, personal spirituality/practices en effects on medical care and end-of-life issues	
Voldoet aan criterium	Ja/nee/enigszins	
1 Gebruik door alle primaire zorgverleners	Ja	
2 Past in klinische praktijk vd zorgverlener	Ja	
3 Direct inzetbaar bij opname in ziekenhuis	Ja	
4 Mogelijkheid om erin te scholen	Ja	
5 Sluit op groot deel spirit. landschap aan	Ja	
6 Brengt spirituele zorgbehoeften in kaart	Ja	
7 Brengt mog. act. spir. bronnen in kaart	ja	



Toelichting op criterium: Voldoet aan alle gestelde criteria.

Voordeel: De vragen zijn mede door de opzet van de vragenlijst relatief gemakkelijk te onthouden. Een sterke pluspunt bij deze tool zijn de vragen over de effecten van de spiritualiteit op de medische verzorging in het algemeen en de vragen over de laatste fase van het leven. Dit komt maar weinig bij andere tools voor.

Nadeel:-

Bijzonderheden: Er wordt gevraagd of de eigen spiritualiteit een bron van kracht is in het omgaan van de eigen situatie. Als hier door de zorgvrager ontkennend op wordt geantwoord dan wordt de vraag gesteld of dit in het verleden ooit is geweest en wat er mogelijk veranderd is dat dit niet meer opgaat. Er wordt dus niet alleen naar de bron(nen) van spiritualiteit in het heden maar ook in het verleden gekeken.

Snelheid afname: De tool is redelijk snel en gemakkelijk af te nemen.

FACT-spiritual history tool (Score 7/7), Larroca-Pitts 2002

Naam tool	Auteur	Jaar
FACT–spiritual history tool	Larroca-Pitts	2002
Naam artikel	Journal	Gevalideerd
FACT: taking a spiritual history in a clinical setting	J.Health Care Chaplain., 2008, 15, 1, 1-12,	nee
Ontworpen voor	Te gebruiken bij	Aan te passen voor andere doelgroepen
Geestelijke verzorgers	Alle patiëntgroepen	Kan zonder aanpassing door alle primaire zorgverleners worden gebruikt
Aantal vragen en soort	Dimensies	
13 open vragen	Faith (or Beliefs), Active (or Available, Accessible, Applicable) Coping (or Comfort), Conflicts (or Concerns) en Treatment Plan	
Voldoet aan criterium	Ja/nee/enigszins	
1 Gebruik door alle primaire zorgverleners	Ja	
2 Past in klinische praktijk vd zorgverlener	Ja	
3 Direct inzetbaar bij opname in ziekenhuis	Ja	
4 Mogelijkheid om erin te scholen	Ja	
5 Sluit op groot deel spirit. landschap aan	Ja	
6 Brengt spirituele zorgbehoeften in kaart	Ja	
7 Brengt mog. act. spir. bronnen in kaart	ja	



Toelichting op criterium: Voldoet aan alle gestelde criteria.

Voordeel: Er worden vragen gesteld over de rol van de eigen spiritualiteit in het omgaan met de ziekte/aandoening. Daarbij is er ook een behandelplan opgenomen als de patiënt moeite heeft met het omgaan met de ziekte/aandoening.

Nadeel:-

Bijzonderheden: Fact is een acroniem. Dit maakt het gemakkelijker om de vragen te onthouden.

Snelheid afname: De tool is snel en gemakkelijk af te nemen.

Five dimensional model for assessment of spirituality (Score 7/7) Skalla 2006

Naam tool	Auteur	Jaar
Five dimensional model for assessment of spirituality	Skalla et al	2006
Naam artikel	Journal	Gevalideerd
Spiritual assessment of patients with cancer: the moral authority, vocational, aesthetic, social, and transcendent model	J.Pain Symptom Manage., 2012, 44, 1, 44-51	Nee
Ontworpen voor	Te gebruiken bij	Aan te passen voor andere doelgroepen
Artsen	Oncologie patiënten	De voorbeeldvragen kunnen zonder aanpassing door andere primaire zorgverleners aan alle patiëntgroepen worden voorgelegd
Aantal vragen en soort	Dimensies	
De tools bevat geen standaardvragen maar 25 open voorbeeldvragen die door Skalla zijn bedacht. Het gaat om 10 leading questions en 15 follow up questions.	moral authority, vocational, esthetic, social and transcendent	
Voldoet aan criterium	Ja/nee/enigszins	
1 Gebruik door alle primaire zorgverleners	Ja	
2 Past in klinische praktijk vd zorgverlener	Ja	
3 Direct inzetbaar bij opname in ziekenhuis	Ja	
4 Mogelijkheid om erin te scholen	Ja	
5 Sluit op groot deel spirit. landschap aan	Ja	
6 Brengt spirituele zorgbehoeften in kaart	Ja	
7 Brengt mog. act. spir. bronnen in kaart	ja	



Toelichting op criterium: De criteria zijn toegepast op de vragen die door Skalla zijn voorgesteld. Alhoewel de vragen van Skalla voor oncologie patiënten zijn opgesteld, kunnen deze vragen ook bij andere patiënten worden afgenomen. De voorbeeldvragen voldoen aan de gestelde criteria.

Voordeel: De tool is ontworpen om, indien nodig, vragen te veranderen of bij te voegen.

Nadeel: -

Bijzonderheden: De tool zelf is een raamwerk (framework) om over spiritualiteit na te denken en er vragen bij te denken. Deze tool bevat dus geen standaardvragen maar wel vragen die zijn voorgesteld. Met de follow up questions is het mogelijk om indien nodig per dimensie meer verdieping aan te brengen.

Snelheid afname: Op een aantal vragen kan zeer uitgebreid worden geantwoord. Het gaat hierbij om vragen over het morele gebied, de zin/betekenis van het leven. Door de omvang kan het afnemen van deze vragenlijst veel tijd kosten

Faith (Score 7/7) Neely 2009

Naam tool	Auteur	Jaar
Faith	Neely	2009
Naam artikel	Journal	Gevalideerd
FAITH: spiritual history-taking made easy	The Clinical Teacher, 2009, 6, 3, 181-185	Nee
Ontworpen voor	Te gebruiken bij	Aan te passen voor andere doelgroepen
Artsen en medische studenten	Alle doelgroepen	De tool kan zonder aanpassing ook door andere primaire zorgverleners worden gebruikt
Aantal vragen en soort	Dimensies	
17 open vragen	Faith/spiritual beliefs, application, influence/importance, talk/terminal events en help	
Voldoet aan criterium	Ja/nee/enigszins	
1 Gebruik door alle primaire zorgverleners	Ja	
2 Past in klinische praktijk vd zorgverlener	Ja	
3 Direct inzetbaar bij opname in ziekenhuis	Ja	
4 Mogelijkheid om erin te scholen	Ja	
5 Sluit op groot deel spirit. landschap aan	Ja	
6 Brengt spirituele zorgbehoeften in kaart	Ja	
7 Brengt mog. act. spir. bronnen in kaart	ja	



Toelichting op criterium: De criteria zijn toegepast op de vragen die door Neely zijn voorgesteld. De voorgestelde vragen voldoen aan de criteria.

Voordeel: Het is een raamwerk (framework) waarmee vragen in de voorgestelde vragenlijst kunnen worden veranderd of worden toegevoegd. Op deze manier kan de tool per patiënt worden aangepast.

De tool kan mede doordat het een acroniem is en voorgestelde eenvoudige vragen bevat gemakkelijk worden aangeleerd en worden ingezet.

Nadeel:-

Bijzonderheden: De tool zelf is een raamwerk. Vraag 1 beperkt zich door alleen te vragen of de zorgvrager spiritueel is of een religie heeft. Er wordt niet gevraagd wat dit is of hoe dit eruit ziet.

Snelheid afname: De vragen zijn snel en gemakkelijk af te nemen.

Fica (score 7/7) Puchalski 2000

Naam tool	Auteur	Jaar
Fica	Puchalski	2000
Naam artikel	Journal	Gevalideerd
Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully	Journal of palliative medicine, 2000, 3, 129-137	ja
Ontworpen voor	Te gebruiken bij	Aan te passen voor andere doelgroepen
Primaire zorgverleners	Alle doelgroepen	n.v.t.
Aantal vragen en soort	Dimensies	
11 open vragen	Faith or Beliefs, Importance and Influence, Community and Address	
Voldoet aan criterium	Ja/nee/enigszins	
1 Gebruik door alle primaire zorgverleners	Ja	
2 Past in klinische praktijk vd zorgverlener	Ja	
3 Direct inzetbaar bij opname in ziekenhuis	Ja	
4 Mogelijkheid om erin te scholen	Ja	
5 Sluit op groot deel spirit. landschap aan	Ja	
6 Brengt spirituele zorgbehoeften in kaart	Ja	
7 Brengt mog. act. spir. bronnen in kaart	Ja	



Toelichting op criterium: In het instrument wordt slechts 1 vraag over de spirituele zorgbehoeften gesteld. Deze vraag (Address) is echter zo open dat verwacht mag worden dat een antwoord hierop aan criterium 7 zal voldoen.

Voordeel: Het is een beperkt aantal vragen die gemakkelijk te onthouden zijn mede doordat FICA een acroniem is waar de vragen aan gekoppeld zijn. Er hoeft aan deze tool niets veranderd te worden aangezien deze voor alle doelgroepen inzetbaar is.

Nadeel:

Bijzonderheden: Fica is een acroniem.

Snelheid afname: Het aantal vragen is beperkt waardoor het snel af te nemen is.

Spiritual needs assesement for patients SNAP (Score 5/7 + 2x enigszins) Sharma

Algemene punten: training- voor alle tools

Naam tool	Auteur	Jaar
Spiritual needs assesement for patients SNAP	Sharma	2012
Naam artikel	Journal	Gevalideerd
The Spiritual Needs Assessment for Patients (SNAP): development and validation of a comprehensive instrument to assess unmet spiritual needs	J.Pain Symptom Manage., 2012, 44, 1, 44-51	Ja
Ontworpen voor	Te gebruiken bij	Aan te passen voor andere doelgroepen
Primaire zorgverleners	Oncologie patiënten	Ja, door een aantal vragen weg te laten (bij vragen over patiëntgegevens no 9, 11 bij vragen over spiritualiteit 13-18)
Aantal vragen en soort	Dimensies	
13 vragen over patientgegevens, 39 schaalvragen. Op de schaalvragen kan worden geantwoord op een schaal van 'very much' tot 'not at all'		
Voldoet aan criterium	Ja/nee/enigszins	
1 Gebruik door alle primaire zorgverleners	Ja	
2 Past in klinische praktijk vd zorgverlener	Enigszins	
3 Direct inzetbaar bij opname in ziekenhuis	Ja	
4 Mogelijkheid om erin te scholen	Ja	
5 Sluit op groot deel spirit. landschap aan	Ja	
6 Brengt spirituele zorgbehoeften in kaart	ja	
7 Brengt mog. act. spir. bronnen in kaart	Enigszins	

Toelichting op criterium: Criterium 2: de klinische praktijk vormt de algemene ziekenhuissetting. De vragen van deze tool zijn bedoeld voor oncologie patiënten. Een aantal vragen moet dan komen te vervallen of worden veranderd om deze tool ook voor andere patiëntgroepen in te kunnen zetten. Criterium 7: Er wordt gevraagd of patiënt bij een bepaalde religie hoort of spiritueel is. De religie of spiritualiteit wordt verder niet verkend met vragen

Voordeel:

Nadeel: Er moeten vragen worden veranderd of worden weggelaten om de tool voor meerdere patiëntgroepen in te zetten.

Bijzonderheden: De lijst begint met vragen die betrekking hebben demografische gegevens zoals de leeftijd, burgerlijke staat, het onderwijs wat gevolgd is maar ook de ziektekostenverzekering die de patiënt heeft afgesloten. Bij de vragen over spiritualiteit wordt ook gevraagd naar de behoefte voor steun bij vervoer, winkelen, koken, dieet, huishouden en financiële hulp.

Snelheid afname: De tool bevat veel vragen waardoor de afname veel tijd kost.

Stoll's guidelines for spiritual assessment (Score 6/7)

Naam tool	Auteur	Jaar
Stoll's guidelines for spiritual assessment	Stoll	1979
Naam artikel	Journal	Gevalideerd
A spiritual inventory of the medically ill patient	Psychiatr.Med., 1988, 6, 2, 87-100	Nee
Ontworpen voor	Te gebruiken bij	Aan te passen voor andere doelgroepen
Alle primaire zorgverleners	Palliatieve patiënten	Kan zonder toepassing voor andere patiëntgroepen worden gebruikt
Aantal vragen en soort	Dimensies	
16 open vragen	Concept of God, Sources of hope and strength, Religious practices, Relation between spiritual beliefs and health	
Voldoet aan criterium	Ja/nee/enigszins	
1 Gebruik door alle primaire zorgverleners	Ja	
2 Past in klinische praktijk vd zorgverlener	Ja	
3 Direct inzetbaar bij opname in ziekenhuis	Ja	
4 Mogelijkheid om erin te scholen	Ja	
5 Sluit op groot deel spirit. landschap aan	Ja	
6 Brengt spirituele zorgbehoeften in kaart	Nee	
7 Brengt mog. act. spir. bronnen in kaart	ja	

Toelichting op criterium: Om spirituele behoeften in kaart te brengen wordt er bij deze tool alleen gevraagd naar wie de zorgvrager zich wendt als hij hulp nodig heeft en of deze persoon ook aanwezig is. Verder worden mogelijke spirituele behoeften niet verkend.

Voordeel: De vragen zijn eenvoudig te begrijpen.

Nadeel: Het brengt de spirituele behoeften nauwelijks in beeld. Voor patiënten die in de palliatieve fase zitten, zijn er in deze tool geen vragen opgenomen over de rol van de eigen spiritualiteit in de laatste levensfase.

Bijzonderheden: -

Snelheid afname: Deze tool is snel af te nemen.

Spiritual Needs Inventory (Score 6/7) Hermann 2006

Naam tool	Auteur	Jaar
Spiritual Needs Inventory	Hermann	2006
Naam artikel	Journal	Gevalideerd
Development and testing of the spiritual needs inventory for patients near the end of life	Oncol.Nurs.Forum, 2006, 33, 4, 737-744	Ja. In een hospice
Ontworpen voor	Te gebruiken bij	Aan te passen voor andere doelgroepen
Alle primaire zorgverleners	Patiënten in de laatste fase in hun leven	Vragenlijst is zonder verandering ook voor andere patiëntgroepen in te zetten
Aantal vragen en soort	Dimensies	
27 vragen met een schaal (never tot always) + bijbehorende ja/nee vragen		
Voldoet aan criterium	Ja/nee/enigszins	
1 Gebruik door alle primaire zorgverleners	Ja	
2 Past in klinische praktijk vd zorgverlener	Ja	
3 Direct inzetbaar bij opname in ziekenhuis	Ja	
4 Mogelijkheid om erin te scholen	Ja	
5 Sluit op groot deel spirit. landschap aan	Ja	
6 Brengt spirituele zorgbehoeften in kaart	Ja	
7 Brengt mog. act. spir. bronnen in kaart	Nee	

Toelichting op criterium: Er ontbreken vragen over hoe de eigen spiritualiteit eruit ziet waardoor er niet aan criterium 7 wordt voldaan.

Voordeel: De tool is er erg op gericht om spirituele behoeften in kaart brengen. Door veel vragen met voorbeelden van spirituele behoeften te stellen, is de kans groot dat er over deze specifieke behoeften wordt nagedacht en dat deze niet worden vergeten.

Nadeel: Er wordt niet naar alle spirituele behoeften gevraagd. Een voorbeeld hierin is het volgen van een dienst. Bepaalde spirituele behoeften die voor de zorgvrager belangrijk kunnen zijn, worden hiermee over het hoofd gezien.

Bijzonderheden: Bij elke vraag kan bij de genoemde activiteit worden aangegeven hoe belangrijk

Snelheid afname: Deze tool is erg snel af te nemen.

7x7 model for spiritual assessment (Score 4/7 + 2x enigszins) Farran; Fitchett 1989

Naam tool	Auteur	Jaar
7x7 model for spiritual assessment	Fitchett	1989
Naam artikel	Journal	Gevalideerd
Development of a Model for Spiritual Assessment and Intervention	Journal of Religion and Health, 1989, 28, 3, 185-194	Nee
Ontworpen voor	Te gebruiken bij	Aan te passen voor andere doelgroepen
Geestelijken	Alle patientgroepen	Nee
Aantal vragen en soort	Dimensies	
-	Beliefs and meaning, Vocation and consequences, Experience and Emotion, Courage and growth, Ritual and practice, Community, Authority and guidance	
Voldoet aan criterium	Ja/nee/enigszins	
1 Gebruik door alle primaire zorgverleners	Nee	
2 Past in klinische praktijk vd zorgverlener	Enigszins	
3 Direct inzetbaar bij opname in ziekenhuis	Ja	
4 Mogelijkheid om erin te scholen	Enigszins	
5 Sluit op groot deel spirit. landschap aan	Ja	
6 Brengt spirituele zorgbehoeften in kaart	Ja	
7 Brengt mog. act. spir. bronnen in kaart	Ja	

Toelichting op criterium: 7x7 model van Fitchett is een raamwerk (framework) waarin geen vragen zijn opgenomen. Het biedt een denkwijze om informatie uit gesprekken met de zorgvrager te ordenen.

Voordeel: De geestelijk verzorger kan informatie uit meerdere gesprekken gebruiken om tot een invulling van de dimensies te komen.

Nadeel: Er is geen vaste vragenlijst die primaire zorgverleners kunnen gebruiken. Wel kan er met een andere assessment tool informatie worden ingewonnen en deze informatie kan dan in het 7x7 model worden verwerkt. Ook kan de informatie uit gesprekken met een geestelijk verzorger worden gehaald. Nadeel is van beide methoden is dat er een hoge mate van deskundigheid op het vlak van spiritualiteit nodig is.

Bijzonderheden: Geen vaste vragenlijst

Snelheid afname: Het werken met de 7x7 tool neemt meer tijd in beslag dan bij andere tools.

SHA (spiritual history of Matthews) (Score 5/7) Matthews 1998

Naam tool	Auteur	Jaar
SHA (spiritual history of Matthews)	Matthews	1998
Naam artikel	Boek	Gevalideerd
	The faith factor : proof of the healing power of prayer	nee
Ontworpen voor	Te gebruiken bij	Aan te passen voor andere doelgroepen
Alle primaire zorgverleners	Alle patiëntgroepen	n.v.t.
Aantal vragen en soort	Dimensies	
3 open vragen	Importance, Influence, Activity	
Voldoet aan criterium	Ja/nee/enigszins	
1 Gebruik door alle primaire zorgverleners	Ja	
2 Past in klinische praktijk vd zorgverlener	Ja	
3 Direct inzetbaar bij opname in ziekenhuis	Ja	
4 Mogelijkheid om erin te scholen	Ja	
5 Sluit op groot deel spirit. landschap aan	Ja	
6 Brengt spirituele zorgbehoeften in kaart	Nee	
7 Brengt mog. act. spir. bronnen in kaart	Nee	

Toelichting op criterium: Er wordt in de vragenlijst niet gevraagd naar spirituele zorgbehoeften of actuele spirituele bronnen.

Voordeel: Het is een hele korte vragenlijst die gemakkelijk af te nemen is.

Nadeel: Door het zeer geringe aantal vragen, blijven heel veel spirituele aspecten onbelicht.

Bijzonderheden:

Snelheid afname: De afname van deze vragenlijst zal de minste tijd van alle tools in beslag nemen.

Patient care/spirituality questions (score 3/7) Catterall 1998

Naam tool	Auteur	Jaar
Patient/care spirituality questions	Caterall	1998
Naam artikel	Journal	Gevalideerd
The assessment and audit of spiritual care	Int.J.Palliat.Nurs., 1998, 4, 4, 162-168	Nee
Ontworpen voor	Te gebruiken bij	Aan te passen voor andere doelgroepen
Alle primaire zorgverleners	Patiënten in hun laatste levensfase	N.v.t.
Aantal vragen en soort	Dimensies	
6 vragen voor zorgvrager en 9 voor de zorgverlener		
Voldoet aan criterium	Ja/nee/enigszins	
1 Gebruik door alle primaire zorgverleners	Ja	
2 Past in klinische praktijk vd zorgverlener	Nee	
3 Direct inzetbaar bij opname in ziekenhuis	Nee	
4 Mogelijkheid om erin te scholen	Ja	
5 Sluit op groot deel spirit. landschap aan	Ja	
6 Brengt spirituele zorgbehoeften in kaart	Nee	
7 Brengt mog. act. spir. bronnen in kaart	Nee	

Toelichting op criterium: De vragen zijn gericht op palliatieve patiënten. Daarmee past het niet in de klinische praktijk van een ziekenhuis waar verschillende patiëntgroepen verblijven (criterium 2). Een aantal vragen zijn er om in een later stadium te worden gevraagd als de zorgvrager al een tijd in het hospice/ziekenhuis verblijft. De tool is dus niet gemaakt om aan het begin van de opname te worden afgenomen. Er wordt niet gevraagd naar spirituele zorgbehoeften of naar actuele spirituele bronnen (criterium 7)

Voordeel: De zorgverlener wordt via een aantal vragen bij het onderdeel structure op een aantal faciliteiten gewezen die nodig zijn in de palliatieve fase. Ditzelfde geldt ook voor het onderdeel Process

Nadeel: Er wordt over veel aspecten van spiritualiteit niets gevraagd.

Bijzonderheden: Aanwezigheid van vragen voor de zorgverlener of bepaalde faciliteiten wel aanwezig zijn.

Snelheid afname: De 6 vragen aan de zorgvrager kunnen snel worden afgenomen.

Spiritual inventory of Kuhn (score 5/7 + 1x enigszins) Kuhn 1988

Naam tool	Auteur	Jaar
Spiritual inventory of Kuhn	Kuhn	1988
Naam artikel	Journal	Gevalideerd
A spiritual inventory of the medically ill patient	Psychiatr.Med., 1988, 6, 2, 87-100	nee
Ontworpen voor	Te gebruiken bij	Aan te passen voor andere doelgroepen
Alle primaire zorgverleners	Alle patiëntgroepen	n.v.t.
Aantal vragen en soort	Dimensies	
5 open vragen		
Voldoet aan criterium	Ja/nee/enigszins	
1 Gebruik door alle primaire zorgverleners	Ja	
2 Past in klinische praktijk vd zorgverlener	Ja	
3 Direct inzetbaar bij opname in ziekenhuis	Ja	
4 Mogelijkheid om erin te scholen	Ja	
5 Sluit op groot deel spirit. landschap aan	Ja	
6 Brengt spirituele zorgbehoeften in kaart	Nee	
7 Brengt mog. act. spir. bronnen in kaart	Enigszins	

Toelichting op criterium: Er wordt niet gevraagd naar spirituele behoeften. Over de actuele spirituele bronnen staat maar een vraag (vraag 1) in. Bij deze vraag wordt gevraagd waar de zorgvrager in gelooft. Er wordt dus niet verder doorgevraagd.

Voordeel: Het zijn een zeer beperkt aantal vragen waardoor deze gemakkelijk af te nemen is

Nadeel: Over veel aspecten van spiritualiteit worden geen vragen gesteld.

Bijzonderheden: -

Snelheid afname: Door het beperkt aantal vragen kan de vragenlijst snel worden afgenomen.

Spiritual history of the American College of Physicians

Naam tool	Auteur	Jaar
Spiritual history of the American College of Physicians	Lo	1999
Naam artikel	Journal	Gevalideerd
Discussing palliative care with patients. ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine.	Annals Of Internal Medicine [Ann Intern Med] 1999 May 4; Vol. 130 (9), pp. 744-9	Nee
Ontworpen voor	Te gebruiken bij	Aan te passen voor andere doelgroepen
Artsen	Palliatieve patiënten	Deze tool kan zonder aanpassingen door alle primaire zorgverleners bij alle patiëntgroepen worden gebruikt
Aantal vragen en soort	Dimensies	
4 open vragen		
Voldoet aan criterium	Ja/nee/enigszins	
1 Gebruik door alle primaire zorgverleners	Ja	
2 Past in klinische praktijk vd zorgverlener	Ja	
3 Direct inzetbaar bij opname in ziekenhuis	Ja	
4 Mogelijkheid om erin te scholen	Ja	
5 Sluit op groot deel spirit. landschap aan	Ja	
6 Brengt spirituele zorgbehoeften in kaart	Nee	
7 Brengt mog. act. spir. bronnen in kaart	Nee	

Toelichting op criterium: Er wordt niet gevraagd naar spirituele behoeften of naar actuele spirituele bronnen (criterium 65 en 7). Er wordt wel gevraagd naar de belangrijkheid van de spiritualiteit in het omgaan met de ziekte en of de zorgvrager iemand kent met wie hij erover kan spreken.

Voordeel: Het is een korte lijst met vragen waardoor het gemakkelijk te onthouden en af te nemen is.

Nadeel: Over veel aspecten van de spiritualiteit wordt niets gevraagd.

Bijzonderheden: slechts vier vragen.

Snelheid afname: Door het geringe aantal vragen kan deze vragenlijst snel worden afgenomen.

Ars moriendi model (score 3/7 + 2x enigszins) Leget 2003

Naam tool	Auteur	Jaar
Ars moriendi model	Leget	2003
Naam artikel	Journal	Gevalideerd
Retrieving the ars moriendi tradition	Med.Health Care Philos., 2007, 10, 3, 313-319	nee
Ontworpen voor	Te gebruiken bij	Aan te passen voor andere doelgroepen
Alle primaire zorgverleners	Patiënten in de laatste levensfase	Nee
Aantal vragen en soort	Dimensies	
n.v.t.	Spanningsvelden: vasthouden-loslaten, doen-laten, ik-ander, geloven-weten, herinneren-vergeten	
Voldoet aan criterium	Ja/nee/enigszins	
1 Gebruik door alle primaire zorgverleners	Ja	
2 Past in klinische praktijk vd zorgverlener	Nee	
3 Direct inzetbaar bij opname in ziekenhuis	Nee	
4 Mogelijkheid om erin te scholen	Ja	
5 Sluit op groot deel spirit. landschap aan	Ja	
6 Brengt spirituele zorgbehoeften in kaart	Enigszins	
7 Brengt mog. act. spir. bronnen in kaart	Enigszins	

Toelichting op criterium: In het model komen vijf spanningsvelden voor die een rol spelen aan het levenseinde. Hiermee voldoet het niet aan criterium 2 waarbij in de klinische praktijk de zorgverlener met verschillende patiëntgroepen te maken krijgt. Het model biedt een ordening aan spirituele vragen en aan de informatie die hieruit verkregen wordt. De zorgverlener kan de uitkomsten van verschillende gesprekken in een patiëntdossier bij de spanningsvelden aangeven om zo te kunnen zien hoe de spirituele ontwikkeling verloopt. De vragen die bij het model staan geven de soort vragen aan. De spanningsvelden zijn gericht op het levenseinde. Het kan zijn dat in de gesprekken niet alle spirituele behoeften naar voren komen en/of worden opgeschreven (criterium 6). Om de spanningsvelden in kaart te brengen is het ook niet altijd noodzakelijk om de actuele spirituele bronnen helemaal in beeld te brengen (criterium 7)

Voordeel: Het model biedt een raamwerk (framework) waaruit zorgverleners een gesprek kunnen aangaan en de informatie die hieruit wordt verkregen kunnen ordenen.

Nadeel:

Bijzonderheden: Centrale thema is de innerlijke ruimte. Door de innerlijke ruimte (gemoedstoestand) te vergroten bij de verschillende spanningsvelden, is het mogelijk om de patiënt in rust en vrijheid zich tot de spanningsvelden te laten verhouden. Er is geen standaard set van vragen die men in gesprekken kan afnemen.

Snelheid afname: Het is tool die telkens moet worden bijgehouden om de spirituele ontwikkeling bij te houden. Het is dus niet een kwestie van eenmalig afnemen. Het gebruik van deze tool neemt dus langere tijd in beslag.

Belief (score 5/7) McEvoy 2000

Naam tool	Auteur	Jaar
Belief	Mcevoy	2000
Naam artikel	Journal	Gevalideerd
Ontworpen voor	Te gebruiken bij	Aan te passen voor andere doelgroepen
Primaire zorgverleners	Familie van ziek kind	Nee
Aantal vragen en soort	Dimensies	
19 open vragen	Belief system, ethic or values, lifestyle, involvement in a spiritual community, education en future events	
Voldoet aan criterium	Ja/nee/enigszins	
1 Gebruik door alle primaire zorgverleners	Ja	
2 Past in klinische praktijk vd zorgverlener	Ja	
3 Direct inzetbaar bij opname in ziekenhuis	Ja	
4 Mogelijkheid om erin te scholen	Ja	
5 Sluit op groot deel spirit. landschap aan	Ja	
6 Brengt spirituele zorgbehoeften in kaart	Nee	
7 Brengt mog. act. spir. bronnen in kaart	enigszins	

Toelichting op criterium: Er worden geen vragen gesteld waarmee spirituele behoeften in beeld worden gebracht. Ten aanzien van criterium zeven worden wel vragen gesteld over religieuze betrokkenheid maar er wordt niet gevraagd om welke religie het gaat.

Voordeel: Er zijn een aantal thema's vermeld bij future events zoals dieet, abortus, bloedtransfusie die een rol kunnen spelen in de toekomst van de zorgvrager. Zorgverlener dient dit zelf bespreekbaar te maken en hier vragen bij te bedenken.

Nadeel:

Bijzonderheden: Deze tool is gericht op de familie van een ziek kind.

Snelheid afname: Ondanks dat het meer vragen bevat dan andere tools zal deze tool gemiddeld niet meer tijd in beslag nemen. De vragen gaan niet diep en zijn gemakkelijk en snel door de zorgvrager te beantwoorden.

CSI-MEMO spiritual history (score 5/7 +2 enigszins) Koenig

Naam tool	Auteur	Jaar
CSI-MEMO spiritual history	Koenig	2002
Naam artikel	Journal	Gevalideerd
An 83-Year-Old Woman With Chronic Illness and Strong Religious Beliefs	JAMA: Journal of the American Medical Association, Vol 288(4), Jul, 2002. pp. 487-493.	nee
Ontworpen voor	Te gebruiken bij	Aan te passen voor andere doelgroepen
Primaire zorgverleners	Alle doelgroepen	n.v.t.
Aantal vragen en soort	Dimensies	
4 open vragen	-	
Voldoet aan criterium	Ja/nee/enigszins	
1 Gebruik door alle primaire zorgverleners	Ja	
2 Past in klinische praktijk vd zorgverlener	Ja	
3 Direct inzetbaar bij opname in ziekenhuis	Ja	
4 Mogelijkheid om erin te scholen	Ja	
5 Sluit op groot deel spirit. landschap aan	Ja	
6 Brengt spirituele zorgbehoeften in kaart	Enigszins	
7 Brengt mog. act. spir. bronnen in kaart	Enigszins	

Toelichting op criterium: Er wordt slechts een vraag over spiritual needs gesteld namelijk of de zorgvrager ze heeft of niet. Er wordt hier verder niet op doorgevraagd. Het aantal vragen over spirituele bronnen is gering en brengt weinig informatie naar boven.

Voordeel: De tool bestaat uit een beperkt aantal vragen waardoor deze gemakkelijk te onthouden is.

Nadeel: Het beperkt aantal vragen zal ook slechts een beperkte hoeveelheid aan informatie opleveren

Bijzonderheden:

Snelheid afname: De tool is snel af te nemen.

Qualitative questions for spiritual assessment (score 6/7) Hodge 2001

Naam tool	Auteur	Jaar
Qualitative questions for spiritual assessment	Hodge	2001
Naam artikel	Journal	Gevalideerd
Spiritual assessment: a review of major qualitative methods and a new framework for assessing spirituality	Soc.Work, 2001, 46, 3, 203-214,	ja
Ontworpen voor	Te gebruiken bij	Aan te passen voor andere doelgroepen
Maatschappelijk werk	Alle doelgroepen	Vragen kunnen door alle primaire zorgverleners aan alle zorgvragers worden gesteld.
Aantal vragen en soort	Dimensies	
39 open vragen	Spiritual experiences, affect, behavior, cognition, communion, conscience and intuition	
Voldoet aan criterium	Ja/nee/enigszins	
1 Gebruik door alle primaire zorgverleners	Ja	
2 Past in klinische praktijk vd zorgverlener	Ja	
3 Direct inzetbaar bij opname in ziekenhuis	Ja	
4 Mogelijkheid om erin te scholen	Ja	
5 Sluit op groot deel spirit. landschap aan	Ja	
6 Brengt spirituele zorgbehoeften in kaart	Nee	
7 Brengt mog. act. spir. bronnen in kaart	ja	

Toelichting op criterium: Er worden geen vragen gesteld naar spirituele behoeften.

Voordeel: Door de hoeveelheid van de vragen zal de afname van deze tool tot veel informatie leiden. Het is de bedoeling dat de zorgverlener vragen aan de situatie van de zorgvrager aanpast waardoor de tool beter op de situatie van de zorgvrager aansluit.

Nadeel: Door de grote hoeveelheid vragen kan de zorgvrager het gevoel krijgen dat hij overvraagd wordt en zal hij zich in zijn antwoorden beperken tot het alleen strikt beantwoorden van de vragen.

Bijzonderheden: Alhoewel de tool oorspronkelijk voor maatschappelijk werkers is opgesteld, is zij ook door primaire zorgverleners te gebruiken zonder dat er vragen moeten worden veranderd.

Snelheid afname: De afname van deze tool zal door de grote hoeveelheid vragen veel tijd in beslag nemen.

Brief assessment model-JCAHO (score 6/7 + 1x enigszins) Hodge 2004

Naam tool	Auteur	Jaar
Brief assessment model-JCAHO	Hodge	2004
Naam artikel	Journal	Gevalideerd
Spirituality and People With Mental Illness: Developing Spiritual Competency in Assessment and Intervention	Fam.Soc., 2004, 85, 1, 36-44	ja
Ontworpen voor	Te gebruiken bij	Aan te passen voor andere doelgroepen
Maatschappelijk werk	Alle doelgroepen	Vragen kunnen door alle primaire zorgverleners aan alle zorgvragers worden gesteld.
Aantal vragen en soort	Dimensies	
5 open vragen	-	
Voldoet aan criterium	Ja/nee/enigszins	
1 Gebruik door alle primaire zorgverleners	Ja	
2 Past in klinische praktijk vd zorgverlener	Ja	
3 Direct inzetbaar bij opname in ziekenhuis	Ja	
4 Mogelijkheid om erin te scholen	Ja	
5 Sluit op groot deel spirit. landschap aan	Ja	
6 Brengt spirituele zorgbehoeften in kaart	Ja	
7 Brengt mog. act. spir. bronnen in kaart	enigszins	

Toelichting op criterium: Over actuele spirituele bronnen wordt er alleen gevraagd of de zorgvrager lid is van een religieuze of spirituele gemeenschap.

Voordeel: Het bestaat uit een gering aantal vragen waardoor het gemakkelijk af te nemen is.

Nadeel:

Bijzonderheden:

Snelheid afname: Snel af te nemen door het beperkt aantal vragen.

Spiritual assessment guide (score 6/7) Narayanasamy, 2004

Naam tool	Auteur	Jaar
Spiritual assessment guide	Narayanasamy	2004
Naam artikel	Journal	Gevalideerd
The puzzle of spirituality for nursing: a guide to practical assessment	Br.J.Nurs., 2004, 13, 19, 1140-1144	nee
Ontworpen voor	Te gebruiken bij	Aan te passen voor andere doelgroepen
Verpleegkundigen	Bij alle doelgroepen	Vragen kunnen door alle primaire zorgverleners aan alle zorgvragers worden gesteld.
Aantal vragen en soort	Dimensies	
21 open vragen	Meaning and purpose, sources of strengt hand hope, love and relatedness, self-esteem, fear and anxiety, anger and relation between spiritual beliefs and health	
Voldoet aan criterium	Ja/nee/enigszins	
1 Gebruik door alle primaire zorgverleners	Ja	
2 Past in klinische praktijk vd zorgverlener	Ja	
3 Direct inzetbaar bij opname in ziekenhuis	Ja	
4 Mogelijkheid om erin te scholen	Ja	
5 Sluit op groot deel spirit. landschap aan	Ja	
6 Brengt spirituele zorgbehoeften in kaart	Nee	
7 Brengt mog. act. spir. bronnen in kaart	Ja	

Toelichting op criterium: Er worden geen vragen over spirituele behoeften gesteld.

Voordeel:

Nadeel: Over bepaalde aspecten van spiritualiteit worden niet gevraagd zoals zaken die zich rondom het eind van het leven afspelen of medische keuzen die door de eigen spiritualiteit kunnen worden beïnvloed.

Bijzonderheden: Van de 21 vragen zijn er 12 vragen niet aan de zorgvrager gericht. Deze vragen vormen een framework die de verpleegkundige zelf moet invullen aan de hand van de antwoorden die de zorgvrager op de andere vragen geeft.

Snelheid afname: De direct aan de zorgvrager gerichte vragen zijn snel af te nemen.

Royal College of Psychiatrists assessment (score 5/7 + 1 enigszins) Culliford 2006

Naam tool	Auteur	Jaar
Royal College of Psychiatrists assessment	Culliford	2006
Naam artikel	Journal	Gevalideerd
-	-	-
Ontworpen voor	Te gebruiken bij	Aan te passen voor andere doelgroepen
Psychiaters en psychologen in geestelijke gezondheidszorg	Zorgvragers met een geestelijke aandoening	Met de nodige training kan deze tool ook door andere primaire zorgverleners worden ingezet.
Aantal vragen en soort	Dimensies	
19 open vragen	setting the scene, the past, the present, the future, remedies	
Voldoet aan criterium	Ja/nee/enigszins	
1 Gebruik door alle primaire zorgverleners	Ja	
2 Past in klinische praktijk vd zorgverlener	Ja	
3 Direct inzetbaar bij opname in ziekenhuis	Ja	
4 Mogelijkheid om erin te scholen	Ja	
5 Sluit op groot deel spirit. landschap aan	Ja	
6 Brengt spirituele zorgbehoeften in kaart	Enigszins	
7 Brengt mog. act. spir. bronnen in kaart	Nee	

Toelichting op criterium: Er worden geen vragen over de eigen spirituele bronnen gesteld. Met betrekking tot de spirituele behoeften wordt er gevraagd of de zorgvrager bezoek wil hebben van iemand uit zijn religieuze gemeenschap of een gesprek aan wil gaan over het doodgaan of behoefte heeft aan vergeving.

Voordeel: Het is een uitgebreide vragenlijst waarin meerdere facetten van spiritualiteit aan bod. Zo wordt er onder andere naar mogelijke zorgen omtrent de dood en schuldgevoelens gevraagd.

Nadeel:

Bijzonderheden: Er wordt met de tool naar de spiritualiteit van de patiënt in het verleden, het heden en de toekomst gekeken. Om goed met deze tool om te gaan is er bij de zorgverlener voldoende training nodig.

Snelheid afname: Door het aantal vragen en de diepgang ervan neemt de tool veel tijd in beslag.

CSAT (score6/7) Hoffert, 2007

Naam tool	Auteur	Jaar
CSAT	Hoffert	2007
Naam artikel	Journal	Gevalideerd
Enhancing the ability of nursing students to perform a spiritual assessment	Nurse Educ., 2007, 32, 2, 66-72	Nee
Ontworpen voor	Te gebruiken bij	Aan te passen voor andere doelgroepen
Student verpleegkundigen	Alle doelgroepen	Vragen kunnen door alle primaire zorgverleners aan alle zorgvragers worden gesteld.
Aantal vragen en soort	Dimensies	
-		
Voldoet aan criterium	Ja/nee/enigszins	
1 Gebruik door alle primaire zorgverleners	Ja	
2 Past in klinische praktijk vd zorgverlener	Ja	
3 Direct inzetbaar bij opname in ziekenhuis	Ja	
4 Mogelijkheid om erin te scholen	Ja	
5 Sluit op groot deel spirit. landschap aan	Ja	
6 Brengt spirituele zorgbehoeften in kaart	Enigszins	
7 Brengt mog. act. spir. bronnen in kaart	Ja	

Toelichting op criterium: Bij de onderwerpen wordt de zorgverlener niet gestimuleerd om te vragen naar de spirituele behoeften van de zorgvrager.

Voordeel: De zorgverlener kan in de tool een eigen diagnose en interventie

Nadeel:

Bijzonderheden: Aan de hand van observaties tijdens gesprekken kan de zorgverlener in de tool aangeven wat aanwezig is of ontbreekt. Er staan maar een paar voorbeeldvragen in de tool. Over veel onderwerpen dient de zorgverlener zelf vragen te bedenken. De zorgverlener kan in de tool een diagnose vaststellen en een interventie voorstellen.

Snelheid afname: Het is geen standaardvragenlijst maar een combinatie van een framework en een paar voorbeeldvragen. Het is niet aan te geven hoeveel vragen een zorgverlener zal stellen om een beeld van de onderwerpen te krijgen. In het artikel wordt niet verteld over de duur van de afname. Er komen wel diverse facetten van spiritualiteit naar boven. Gezien het aantal onderwerpen is de inschatting dat deze tool minimaal een uur in beslag zal nemen.

Spiritual history assessment interview (score 6/7) Nelson-Becker 2007

Naam tool	Auteur	Jaar
Spiritual history assessment questions	Nelson-Becker	2007
Naam artikel	Journal	Gevalideerd
Spiritual assessment in aging: a framework for clinicians.	Journal Of Gerontological Social Work [J Gerontol Soc Work] 2007; Vol. 48 (3-4), pp. 331-47.	Nee
Ontworpen voor	Te gebruiken bij	Aan te passen voor andere doelgroepen
Primaire zorgverleners	Oudere patiënten	Vragen kunnen door alle primaire zorgverleners aan alle zorgvragers worden gesteld.
Aantal vragen en soort	Dimensies	
35 open vragen	Affiliation, spiritual beliefs, spiritual behaviors, emotions, spiritual experiences, values, therapeutic change, spiritual assessment, social support, well-being, extrinsic/intrinsic spiritual propensity,	
Voldoet aan criterium	Ja/nee/enigszins	
1 Gebruik door alle primaire zorgverleners	Ja	
2 Past in klinische praktijk vd zorgverlener	Ja	
3 Direct inzetbaar bij opname in ziekenhuis	Ja	
4 Mogelijkheid om erin te scholen	Ja	
5 Sluit op groot deel spirit. landschap aan	Ja	
6 Brengt spirituele zorgbehoeften in kaart	Nee	
7 Brengt mog. act. spir. bronnen in kaart	Ja	

Toelichting op criterium: Er worden geen vragen over spirituele zorgbehoeften gesteld.

Voordeel: Het is een uitgebreide vragenlijst waarin meerdere facetten van spiritualiteit aan bod komen.

Nadeel:

Bijzonderheden: Opvallend is dat deze lijst voor oudere zorgvragers is ontworpen maar dat er geen vragen zijn opgenomen over aspecten rondom de dood.

Snelheid afname: Het is een uitgebreide vragenlijst van 35 vragen. Voor het afnemen van de vragen in deze tool is veel tijd nodig.

Spiritual assessment interview (score 5/7 + 2 enigszins) Spiritual Competency Recource Center,2009

Naam tool	Auteur	Jaar
Spiritual assessment interview	Spiritual Competency Recource Center	2009
Naam artikel	Journal	Gevalideerd
-	-	Nee
Ontworpen voor	Te gebruiken bij	Aan te passen voor andere doelgroepen
Alle primaire zorgverleners	Alle doelgroepen	n.v.t.
Aantal vragen en soort	Dimensies	
	Religious backgrounds and beliefs, spiritual meanings and values, prayer experiences.	
Voldoet aan criterium	Ja/nee/enigszins	
1 Gebruik door alle primaire zorgverleners	Ja	
2 Past in klinische praktijk vd zorgverlener	Ja	
3 Direct inzetbaar bij opname in ziekenhuis	Ja	
4 Mogelijkheid om erin te scholen	Ja	
5 Sluit op groot deel spirit. landschap aan	Enigszins	
6 Brengt spirituele zorgbehoeften in kaart	Nee	
7 Brengt mog. act. spir. bronnen in kaart	ja	

Toelichting op criterium: Er wordt niet naar spirituele behoeften gevraagd. De meeste vragen zijn gericht op een religie waardoor het minder goed op een zo groot mogelijk spirituele landschap aansluit.

Voordeel: Er wordt ook aandacht aan het bidden gegeven. Zorgvragers voor wie dit belangrijk is, kunnen hier aangeven wat dit voor hun betekent.

Nadeel: Veel spirituele aspecten komen met deze vragenlijst niet aan bod.

Bijzonderheden:

Snelheid afname: Het zijn slechts 11 vragen waardoor deze gemakkelijk en snel af te nemen is.

Spiritual Distress Assessment Tool (SDAT) (score 2/7 + 2x enigszins) Monod 2012

Naam tool	Auteur	Jaar
Spiritual Distress Assessment Tool (SDAT)	Monod	2012
Naam artikel	Journal	Gevalideerd
The spiritual distress assessment tool: an instrument to assess spiritual distress in hospitalised elderly persons	BMC Geriatrics [BMC Geriatr] 2010 Dec 13; Vol. 10, pp. 88	ja
Ontworpen voor	Te gebruiken bij	Aan te passen voor andere doelgroepen
Geestelijk verzorgers	Alle patiëntgroepen	Deze vragenlijst kan niet door andere zorgverleners worden afgenomen
Aantal vragen en soort	Dimensies	
16 open vragen	Meaning, transcendence, values en psychosociol identity	
Voldoet aan criterium	Ja/nee/enigszins	
1 Gebruik door alle primaire zorgverleners	Nee	
2 Past in klinische praktijk vd zorgverlener	Ja	
3 Direct inzetbaar bij opname in ziekenhuis	Nee	
4 Mogelijkheid om erin te scholen	Nee	
5 Sluit op groot deel spirit. landschap aan	Ja	
6 Brengt spirituele zorgbehoeften in kaart	Enigszins	
7 Brengt mog. act. spir. bronnen in kaart	Enigszins	

Toelichting op criterium: De tool is gemaakt voor geestelijke verzorgers. Dit is onder andere te zien aan het onderdeel analyse die door geestelijk verzorger moet worden uitgevoerd. Het gebruik van deze tool kan niet door een training worden opgevangen.

Voordeel: Over de genoemde dimensies wordt doorggevraagd. Met deze tool kan hier veel informatie over worden ingewonnen.

Nadeel: Er wordt niets over de aspecten over rondom de dood gevraagd.

Bijzonderheden: Alleen te gebruiken voor geestelijk verzorgers.

Snelheid afname: De tool is door een geestelijk verzorger binnen een half uur af te nemen

Royal free interviews for religious and spiritual beliefs (score 6/7+1 enigszins) Kings 1994

Naam tool	Auteur	Jaar
Royal free interviews for religious and spiritual beliefs	Kings	1994
Naam artikel	Journal	Gevalideerd
The Royal Free Interview for Spiritual and Religious Beliefs: development and validation of a self-report version	Psychol.Med., 2001, 31, 6, 1015-1023	Ja
Ontworpen voor	Te gebruiken bij	Aan te passen voor andere doelgroepen
Zorgvrager zelf. Het gaat om een vragenlijst die door de zorgvrager zelf ingevuld wordt	Alle doelgroepen	n.v.t.
Aantal vragen en soort	Dimensies	
18 merendeel schaalvragen		
Voldoet aan criterium	Ja/nee/enigszins	
1 Gebruik door alle primaire zorgverleners	Ja	
2 Past in klinische praktijk vd zorgverlener	Ja	
3 Direct inzetbaar bij opname in ziekenhuis	Ja	
4 Mogelijkheid om erin te scholen	Ja	
5 Sluit op groot deel spirit. landschap aan	Ja	
6 Brengt spirituele zorgbehoeften in kaart	Nee	
7 Brengt mog. act. spir. bronnen in kaart	enigszins	

Toelichting op criterium: Er worden geen vragen over spirituele behoeften gesteld. Er worden wel een paar schaalvragen gesteld over een spirituele kracht maar hier kan de zorgvrager alleen maar via een schaal aangeven in hoeverre dit op hem betrekking heeft. Met deze vragenlijst kan niet worden aangegeven waar deze spirituele kracht uit bestaat

Voordeel: De vragenlijst kan door de zorgvrager zelf worden ingevuld. Dit scheelt de zorgverlener tijd.

Nadeel: Het merendeel van de vragen zijn schaalvragen. Dit beperkt de hoeveelheid informatie wat je met deze tool kunt inwinnen.

Bijzonderheden:

Snelheid afname: De zorgvrager vult het formulier zelf in waardoor de zorgverlener hier een minimale hoeveelheid tijd aan kwijt is.

Spiritual Assessment Protocol (score 6/7) Ortiz 2002

Naam tool	Auteur	Jaar
Spiritual Assessment Protocol	Ortiz	2002
Naam artikel	Journal	Gevalideerd
Assessment of spirituality and religion in later life: acknowledging clients' needs and personal resources	Journal of Gerontological Social Work. Vol 37, No 2; 5-21	Nee
Ontworpen voor	Te gebruiken bij	Aan te passen voor andere doelgroepen
Primaire zorgverleners	Oudere patiënten	Vragen kunnen door alle primaire zorgverleners aan alle zorgvragers worden gesteld.
Aantal vragen en soort	Dimensies	
7 open vragen		
Voldoet aan criterium	Ja/nee/enigszins	
1 Gebruik door alle primaire zorgverleners	Ja	
2 Past in klinische praktijk vd zorgverlener	Ja	
3 Direct inzetbaar bij opname in ziekenhuis	Ja	
4 Mogelijkheid om erin te scholen	Ja	
5 Sluit op groot deel spirit. landschap aan	Ja	
6 Brengt spirituele zorgbehoeften in kaart	Nee	
7 Brengt mog. act. spir. bronnen in kaart	Ja	

Toelichting op criterium: Met deze tool wordt niet naar spirituele behoeften gevraagd.

Voordeel: De tool heeft maar weinig vragen waardoor gemakkelijk te onthouden is.

Nadeel: Door het beperkt aantal vragen blijven veel aspecten van spiritualiteit buiten beschouwing

Bijzonderheden: -

Snelheid afname: Door het geringe aantal vragen kan de tool snel worden afgenomen.

SPIR (score 5/7) Frick 2006

Naam tool	Auteur	Jaar
SPIR	Frick	2006
Naam artikel	Journal	Gevalideerd
A clinical interview assessing cancer patients' spiritual needs and preferences	European Journal of Cancer Care, 2006, 15, 3, 238-243,	nee
Ontworpen voor	Te gebruiken bij	Aan te passen voor andere doelgroepen
Primaire zorgverleners	Patiënten met kanker	Vragen kunnen door alle primaire zorgverleners aan alle zorgvragers worden gesteld.
Aantal vragen en soort	Dimensies	
4 open vragen		
Voldoet aan criterium	Ja/nee/enigszins	
1 Gebruik door alle primaire zorgverleners	Ja	
2 Past in klinische praktijk vd zorgverlener	Ja	
3 Direct inzetbaar bij opname in ziekenhuis	Ja	
4 Mogelijkheid om erin te scholen	Ja	
5 Sluit op groot deel spirit. landschap aan	Ja	
6 Brengt spirituele zorgbehoeften in kaart	Nee	
7 Brengt mog. act. spir. bronnen in kaart	Nee	

Toelichting op criterium: Er wordt niet naar spirituele behoeften en naar spirituele bronnen gevraagd.

Voordeel: SPIR is een acroniem waardoor de vragen gemakkelijk te onthouden zijn

Nadeel: Door het geringe aantal vragen worden veel facetten van spiritualiteit niet in beeld gebracht.

Bijzonderheden: Ondanks dat deze tool voor oncologie patiënten is geschreven, is deze tool zonder aanpassingen ook bij andere doelgroepen te gebruiken.

Snelheid afname: ongeveer 10-20 minuten

Spiritual care assesment tool in Mount Vernon Cancer Network (MVCN) 2003

Naam tool	Auteur	Jaar
Spiritual care assesment tool in Mount Vernon Cancer Network (MVCN)	Origineel van Speck ¹²⁷	2003
Naam artikel	Journal	Gevalideerd
Spiritual care assesment tool in Mount Vernon Cancer Network (MVCN)	-	Nee
Ontworpen voor	Te gebruiken bij	Aan te passen voor andere doelgroepen
Primaire zorgverleners	Alle doelgroepen	N.v.t.
Aantal vragen en soort	Dimensies	
3		
Voldoet aan criterium	Ja/nee/enigszins	
1 Gebruik door alle primaire zorgverleners	Ja	
2 Past in klinische praktijk vd zorgverlener	Ja	
3 Direct inzetbaar bij opname in ziekenhuis	Ja	
4 Mogelijkheid om erin te scholen	Ja	
5 Sluit op groot deel spirit. landschap aan	Ja	
6 Brengt spirituele zorgbehoeften in kaart	Nee	
7 Brengt mog. act. spir. bronnen in kaart	Enigszins	

Toelichting op criterium: Met betrekking tot de spirituele behoeften wordt er alleen gevraagd of de zorgvrager het op prijs stelt als iemand voorbij komt om hier over te praten. Er wordt in deze tool niet naar spirituele behoeften gevraagd. Criterium 7 wordt door een enkele vraag aangetipt namelijk tot welke spirituele kracht de zorgvrager zich wendt als hij het moeilijk heeft.

Voordeel: Doordat de vragenlijst maar uit drie vragen bestaat, is deze gemakkelijk te onthouden.

Nadeel: Door een beperkt aantal vragen worden veel facetten van spiritualiteit niet behandeld.

Bijzonderheden: Deze tool is ook in de Richtlijn als voorbeeld opgenomen

Snelheid afname: ongeveer 10 minuten

¹²⁷ {{160 Ellershaw, John.,Wilkinson, Susie., 2011;}}

Bijlage 2 Diagnostische Screeningsinstrumenten

SPIRIT, Maugans

S – Spiritual belief System

1. What is your formal religious affiliation?
2. Name or describe your spiritual belief system.

P – Personal spirituality

3. Describe the beliefs and practices of your religion or spiritual system that you personally accept.
4. Describe the beliefs or practices you do not accept.
5. Do you accept or believe..(specific tenet or practice)?
6. What does your spirituality/religion mean to you?
7. What is the importance of your spirituality/religion in daily life?

I – Integration with a spiritual community

8. Do you belong to any religious or spiritual groups or communities?
9. What is your position or role?
10. What importance does this group have to you?
11. Is it a source of support? In what ways?
12. Does or could this group provide help in dealing with health issues?

R – Ritualized practices and Restrictions

13. Are there specific practices that you carry out as part of your religion/spirituality (eg, prayer or meditation)?
14. Are there certain lifestyle activities or practices that your religion/spirituality encourage or forbids? Do you comply?
15. What significance do these practices and restrictions have to you?
16. Are there specific elements of medical care that you forbid on the basis of religious/spiritual grounds?

I – Implications for medical practice

17. What aspects of your religion/spirituality would you like me keep in mind as I care for you?
18. Would you like to discuss religious or spiritual implications of health care?
19. What knowledge or understanding would strengthen our relationship as physician and patient?
20. Are there any barriers to our relationship based on religious or spiritual issues?

T – Terminal events planning

21. As we plan for your are near the end of life, how does your faith impact on your decisions?
22. Are there particular aspects of care that you wish to forgot or have withheld because of you faith?

HOPE, Anandarajah

H – Sources of hope, meaning, comfort, strength, peace, love, and compassion:

1. We have discussing your support systems. What is there in your life that gives you internal support?
2. What are the sources of hope, strength, comfort, and peace?
3. What do you hold on to during difficult times?
4. What sustains you and keeps you going?
5. For some people their religious or spiritual beliefs act as a source of comfort and strength in dealing with lifes' ups and downs. Is this true for you?

If the answer is “ Yes”, go on to O and P questions.

If the answers is “ no”, consider asking “ Was it ever? If the answer is “ Yes”, ask “ What changed?”

O – Organised religion:

6. Do you consider yourself as part of an organized religion?
7. How important is that for you?
8. What aspects of your religion are helpful and not so helpful to you?
9. Are you part of a religious or spiritual community? Does it help you? How?

P – Personal spirituality/practices:

10. Do you have personal spiritual beliefs that are independent of organized religion? What are they?
11. Do you believe in God? (What is your sense of the divine?) What kind of relationship do you have with God/Allah/Buddha/Nature (as appropriate)?
12. What aspects of your spirituality or spiritual practices do you find most helpful to you personally? (e.g, prayer, meditation, reading scripture, attending religious services, listening to music, hiking, communing with nature?)

E – Effects on medical care and end-of-life issues:

13. Has being sick (or your current situation) affected your ability to do the things that usually help your spiritually? (Or affected your relationship with God?)
14. As a [professional nurse, doctor, social worker, chaplain, etc.], is there anything that I can do to help you access the resources that usually help you?

15. Are you worried about any conflicts between your beliefs and your medical situation/care decisions?
16. Would it be helpful for you to speak to a clinical chaplain/community spiritual leader?
17. Are there any specific practices or restrictions I should know about in providing your medical care?(e.g, dietary restrictions, use of blood products, self-purity concerns)
18. If the patient is dying; How do you beliefs affect the kind of medical care you would like to be provided over the next few days/weeks/months?

FACT-Spiritual history tool , LaRocca-Pitts

F – Faith (or Beliefs):

1. What is your **Faith** or belief?
2. Do you consider yourself a person of **Faith** or a spiritual person?
3. What things do you believe that give your life meaning and purpose?

A – Active (or Available, Accessible, Applicable):

4. Are you currently **Active** in your faith community?
5. Are you part of a religious or spiritual community?
6. Is support for your faith **Available** to you?
7. Do you have **Access** to what you need to **Apply** your faith (or your beliefs)?
8. Is there a person or a group whose presence and support you value at a time like this?

C – Coping (or Comfort); Conflicts (or Concerns):

9. How are you **Coping** with your medical situation?
10. Is your faith (your beliefs) helping you **Cope**?
11. How is your faith (your beliefs) providing **Comfort** in light of your diagnosis?
12. Do any of your religious beliefs or spiritual practices **Conflict** with medical treatment?
13. Are there any particular **Concerns** you have for us as your medical team?

T – Treatment plan: If patient is coping well, then either support and encourage or reassess at a later date as patient's situation changes. If patient is coping poorly, then

- 1) depending on relationship and similarity in faith/beliefs, provide direct intervention: spiritual counseling, prayer, Sacred Scripture, etc.,
- 2) encourage patient to address these concerns with their own faith leader, or
- 3) make a referral to the hospital chaplain for further assessment.

Five dimensional model for assessment of spirituality, Skalla

Voorbeeldvragen

Dimension	Leading questions	Follow-up questions
Moral Authority	<ul style="list-style-type: none"> - Where does your sense of what to do come from? - What principles of right and wrong guide you? 	<ul style="list-style-type: none"> - Have particular moral struggles challenged or strengthened you? - Are there people you need to forgive? - Do you need to be forgiven? Are there things you've felt you needed to do? - Do you have someone you talk to for [spiritual or religious] guidance [matters]?
Vocational	<ul style="list-style-type: none"> - What gives your life meaning? Has it changed for you? - What kind of work has been important to you? 	<ul style="list-style-type: none"> - What have you been good at? - What has given you satisfaction? - How have you contributed to the wider world and the needs of others? - What were the challenges and rewards of your "calling"?
Aesthetic	<ul style="list-style-type: none"> - What things do you enjoy doing? - Are you doing them now? 	<ul style="list-style-type: none"> - Has being sick affected your ability to do things that usually bring you joy or pleasure?
Social	<ul style="list-style-type: none"> - Are you part of a religious or spiritual community? - Are there any other groups or people you enjoy spending time with? 	<ul style="list-style-type: none"> - Is it a source of support? - In what ways? - Does this group provide help in dealing with health issues?
Transcendent	<ul style="list-style-type: none"> - What sustains you during difficult times? - Who is in control? 	<ul style="list-style-type: none"> - What do you hope for? - Is religion or spirituality important to you? Has it been important at other times in your life? - What aspects of your spirituality or spiritual practices are most helpful to you? - How is your relationship with God?

FAITH, Neely

sample questions for taking a spiritual history

Faith / spiritual beliefs

- 1 Do you have any particular faith, religious or spiritual beliefs?
- 2 What gives your life meaning?
- 3 What helps you cope in times of stress or illness?

Application

- 4 In what ways do you apply your faith in your daily life?
- 5 Do you belong to a particular church or community?
- 6 Is prayer or meditation important to you?

Influence / Importance of faith in life, in this illness and on health care decisions.

- 7 How do your faith and spiritual beliefs influence your life?
- 8 Are they important to you?
- 9 How do your faith and spiritual beliefs influence you in this illness?
- 10 Have they altered your attitude or behaviour?
- 11 Has this illness influenced your faith?
- 12 Do your beliefs influence or affect your health care decisions that would be helpful for me to know about?

Talk / Terminal events planning

- 13 Do you have anyone you can trust to talk to about spiritual or religious issues?
- 14 Do you have any specific requests if you were to become terminally ill? (E.g. terminal care options, living will or end of life requests.)

Help

- 15 Is there any way I or another member of the health care team can help you? Do you require assistance or help with prayer? (E.g. facilities or accompaniment)
- 16 Would you like to speak to a chaplain?
- 17 Would you like to discuss spiritual issues or your beliefs with your doctor?

The Spiritual Needs Assessment for Patients (SNAP), Sharma

Please take a few moments to fill out the following questionnaire. Please write or circle your responses. All answers are confidential. Thank you for your time.

I.

1. Date of birth: ____/____/____ (month) (day) (year)
2. What is your sex? Male = 1 Female = 2
3. Zip code: _____
4. Which of these ethnic and racial groups best describes you? White (non-Hispanic) = 1
Asian = 6
Hispanic (White) = 2 Multiracial = 7
Hispanic (non-White) = 3 Other (_____) = 8
African American or Black of U.S. origin = 4
Black, not of U.S. origin = 5
5. What is your marital status? Single = 1
Married = 2
Partnered = 3
Divorced = 4
Separated = 5
Widowed = 6
6. Number of living children? _____
7. Do you live alone? Yes = 1
No = 2
8. What is the highest education level that you completed?
Less than grade school = 1 Grade school = 2 High school = 3
College = 4 Graduate/Professional school = 5
9. What is your cancer or blood problem?
(Please circle the item that best describes the main problem for which you are being seen at the cancer center.)
Low blood counts (white blood cells, red blood cells, or platelets) = 1
Bleeding problems = 2
Clotting problems = 3
Blood cancer (leukemia, lymphoma, multiple myeloma) = 4
Breast cancer = 5
Colon cancer = 6
Lung cancer = 7
Prostate cancer = 8
Ovarian cancer = 9
Other (_____) = 10
10. In what month and year were you diagnosed? _____
11. How long have you been treated at Maimonides Cancer Center?
Less than 6 months = 1
Between 6 months and 1 year = 2
Between 1 and 2 years = 3
Between 2 and 3 years = 4
More than 3 years = 5
12. Do you have any other chronic medical conditions?
Yes = 1
No = 2
If your answer is yes, what chronic medical conditions do you have?
(Circle all that apply.)
Diabetes = 1
High blood pressure = 2
Emphysema or chronic bronchitis = 3
Heart disease = 4
Kidney problems = 5
HIV/AIDS = 6
Arthritis = 7
Other (_____) = 8
13. What is your primary insurance?

1 = Private insurance

(e.g., Blue Cross/Blue Shield, HIP, Aetna, Cigna, G.H.I., United Health Care, Oxford, 1199, 32 BJ, Humana, Beach St., etc.)

2 = Medicare

3 = Medicaid or Medicaid HMO

(e.g., Americhoice, Health Plus, Health First, Fidelis, HIP Medicaid HMO, Affinity, Neighborhood, etc.)

4 = No insurance

II. Please check the box that best describes your level of need regarding how you are dealing with your illness. You may have needs right now. Or, you may have needs later. Please answer about any needs you have right now or think you may have later. If you think you won't ever have the need, please check, "Not at all."

How much would you like help with:

Very much Some what very much Not at all

1. Getting in touch with other patients with similar illnesses?
2. Relaxation or stress management?
3. Learning to cope with feelings of sadness?
4. Sharing your thoughts and feelings with people close to you?
5. Worries you have about your family?
6. Finding meaning in your experience of illness?
7. Finding hope?
8. Overcoming fears?
9. Personal meditation or prayer practices?
10. Your relationship with God or something beyond yourself?
11. Becoming closer to a community that shares your spiritual beliefs?
12. Coping with any suffering you may be experiencing?

Remember: please answer about any needs you have right now or think you may have later.

How much would you like to talk to someone about:

Very much Some what very much Not at all

13. The meaning and purpose of human life?
14. Dying and death?
15. Finding peace of mind?
16. Resolving old disputes, hurts, or resentments among family or friends?
17. Finding forgiveness?
18. Making decisions about your medical treatment that are in keeping with your spiritual or religious beliefs?

How much would the following be of benefit to you?

Very much Some what Not very much Not at all

19. Visits from clergy of your own faith community?
20. Visits from a hospital chaplain?
21. Visits from fellow members of your faith community?
22. Religious rituals such as chant, prayer, lighting candles or incense, anointing, communion?
23. Someone to bring you spiritual texts such as the Torah, Qu'ran (Koran), Bible, Analects of Confucius, or Tibetan Book of the Dead?

How much would it help you to speak about your spiritual concerns with the following persons

Very much Some what Not very much Not at all

- 24 a. chaplain
 b. your own clergyman or spiritual guide

- c. a social worker
- d. your nurse
- e. your doctor
- f. your family

Remember: please answer about any needs you have right now or think you may have later.

How much would you like direct assistance with the following specific needs?	Very much	Some what	Not very much	Not at all
25. a. Transportation b. Shopping c. Cooking d. Observing dietary laws e. housekeeping f. Cothing g. Housing h. Financial help for food, medicine, or housing				

How much more helpful would it be to you if the specific needs listed above were met by the following persons or groups?	Very much	Some what	Not very much	Not at all
26. a. Members of your own spiritual or religious community b. Members of any spiritual or religious community of your own tradition c. Members of any spiritual or faith-based community d. Members of any private charitable group e. Members of a government agency f. Members of your family				

III.

1. With what religion are you most closely associated? Buddhism = 1
Other = 7
Catholicism = 2 (specify type) _____ Hinduism = 3 None = 8
Islam = 4
Judaism = 5
Protestantism = 6
(specify type) _____
2. Do you consider yourself spiritual but not religious?
Yes = 1
No = 2
3. When you are feeling well, how often do you attend religious services? Never = 1
Weekly = 4
Two or three times per year = 2 More than once per week = 5
Monthly = 3

IV

1. Do you feel your spiritual needs are being met?
Yes = 1
No = 2
2. Do you need help in getting your spiritual needs met?

Yes = 1

No = 2

3. If you do need help with your spiritual needs, what type of help do you need?

.....

.....

.....

.....

Stoll Guidelines for spiritual assessment/Spiritual History guidem, Stoll

Concept of God

- Is religion or God significant to you? If yes, can you describe how?
- Is prayer helpful to you? What happens when you pray?
- Does a God or deity function in your personal life? If yes, can you describe how?
- How would you describe your God or what you worship?

Sources of hope and strength

- Who is the most important person to you?
- To whom do you turn when you need help? Are they available?
- What is your source of strength and hope?
- Who helps you the most when you feel afraid or need special help?

Religious practices

- Do you feel your faith (or religion) is helpful to you? If yes, would you tell me how?
- Are there any religious practices that are important to you?
- Has being sick made any difference in your practice of praying? Your religion practices?
- What religious books or symbols are helpful to you?

Relation between spiritual beliefs and health

- What has bothered you most about being sick (or in what is happening to you)?
- What do you think is going to happen to you?
- Has being sick (or what has happened to you) made any difference in your feelings about God or the practice of your faith?
- Is there anything that is especially frightening or meaningful to you now?

Spiritual Needs Inventory, Hermann

	Column B Please rate the items in the column below. For every item in Column A that you answer 2,3,4 or 5, please answer YES or NO in Columns C & D	Column C Do you consider the activity to be a SPIRITUAL need?	Column D Is the need being met in your life now?
In order to live my life fully I need to:	Never Rarely Some- Fre- Always times quently		
Keep much of my life the same even though I am sick	1 2 3 4 5	Yes NO	Yes NO
Have information about my care	1 2 3 4 5	Yes NO	Yes NO
Sing/listen to inspiration music	1 2 3 4 5	Yes NO	Yes NO
Laugh	1 2 3 4 5	Yes NO	Yes NO
Think back over my life	1 2 3 4 5	Yes NO	Yes NO
Read a religious text (for example: Bible, Koran, Old Testament)	1 2 3 4 5	Yes NO	Yes NO
Be with family	1 2 3 4 5	Yes NO	Yes NO
Be with friends	1 2 3 4 5	Yes NO	Yes NO
Talk with someone about spiritual issues	1 2 3 4 5	Yes NO	Yes NO
Have information about family and friends	1 2 3 4 5	Yes NO	Yes NO
Do as much for myself as possible	1 2 3 4 5	Yes NO	Yes NO
Read inspirational materials	1 2 3 4 5	Yes NO	Yes NO
Use inspirational materials (for example: repeating or living by phrases or poems)	1 2 3 4 5	Yes NO	Yes NO
Take one day at a time	1 2 3 4 5	Yes NO	Yes NO
Help care for others	1 2 3 4 5	Yes NO	Yes NO
Finish life tasks (for example: accomplish goals set for self)	1 2 3 4 5	Yes NO	Yes NO
Be around children (own or others' children)	1 2 3 4 5	Yes NO	Yes NO

Fitchet 7x7 model

Geloof en zingeving

1. Welke (geloofs-) overtuigingen geven betekenis en doel in iemands leven?
2. Welke symbolen drukken zin uit voor deze persoon?
3. Wat is iemands levensverhaal?
4. Wat betekent zijn levensovertuiging in het licht van de huidige problemen en andersom?
5. Rekent / rekende hij zich tot een institutionele geloofsgemeenschap?

Levensdoel en verantwoordelijkheden

6. Vertelt over de levensopdracht, de gevoelde plichten en verantwoordelijkheden, het levensdoel van iemand.
7. Vormen de huidige problemen waarin een tekort ervaren wordt ten opzichte van de levensopdracht aanleiding om de levensbalans op te maken?
8. Wordt ziekte gezien als (levens-) opgave?

Ervaringen en emoties

9. Verwijst naar existentiële en religieuze ervaringen die iemand in de loop van zijn leven meegemaakt heeft en meemaakt, en die van blijvende invloed zijn, zoals verlies, bijna- doodervaring, betekenisvolle relaties.
10. Welke emoties roepen deze ervaringen op?

Moed, hoop en groei

11. De wijze waarop iemand zich verhoudt tot nieuwe levenservaringen, en over de mogelijkheid of bereidheid daarin te willen groeien.
12. Kan iemand door zijn ziekte heen op een andere, nieuwe wijze gaan geloven / leven?

Rituelen en gebruiken

13. (Religieuze) uitdrukingsvormen (Bijbellezen, sacramenten, bidden, mediteren, etc.).
Veranderen deze door wat iemand nu meemaakt of verandert de beleving ervan?

Matthews Spiritual History SHA Mathews

1. Is religion or spirituality *important* to you?
2. Do your religious or spiritual beliefs *influence* the way you think about your medical problems and the way you think about your health?
3. Would you like me to address your spiritual beliefs and practices with you?

Patient/care spirituality questions, Catterall

Outcome

1. Have you been made aware of the availability of a priest, chaplain or other religious leaders to meet your needs?
2. Are you aware of the chapel/prayer room?
3. Are the spiritual care plans in accordance with your wishes?
4. Since admission, have you had concerns about such things as your beliefs, values and the meaning of life for you?
5. Have we been able to help you with your spiritual concerns?
6. Did you want any help with these concerns?

Structure

7. Is an experienced spiritual care resource person (usually a chaplain) available?
8. Are details of how to contact leaders/helpers of various faiths available?
9. Is there documentary evidence of education of the team in both communication and spiritual care?
10. Is there a room for religious observance (e.g. chapel)?
11. Is there a room set aside for counselling and quiet reflection?
12. Is there a place set aside for those who have recently died to be visited?

Process

13. Is there documentary evidence of assessment of the spiritual health and needs of the patient by the team?
14. Does the care plan include a plan for spiritual care?
15. Does the documentation include monitoring and reviewing of spiritual care plans?

Kuhn's Spiritual Inventory , Kuhn

1. What things do you believe in or have faith in?
2. Has this illness influenced your faith?
3. How do you exercise your faith in your life?
4. How had your faith influenced your behavior during this illness?
5. What role does your faith play in regaining your health?

American College of Physicians (ACP) Spiritual History , Lo Quill

1. Is faith (religion, spiritual) important to you in this illness?
2. Has faith (religion, spirituality) been important to you at other times in your life?
3. Do you have someone to talk to about religious matters?
4. Would you like to explore religious matters with someone?

FICA Tool	
F – Faith, Belief, Meaning	<p>Religious/Religiosity – Pertains to one’s beliefs, behaviors, values, rules for conduct, and rituals associated with a specific religious tradition or denomination (O’Brien, 1999).</p> <p>Spirituality – Generally, an “individual’s attitude and beliefs related to transcendence (God) or to the nonmaterial forces of life and of nature...the dimension of a person that is concerned with ultimate ends and values” and meaning (O’Brien, 1982, p. 88; Taylor, 2006).</p>
Do you consider yourself spiritual or religious?	
Do you have spiritual beliefs that help you cope with stress?	
What gives your life meaning?	
I – Importance and Influence	
What importance does your faith or belief have in your life?	
On a scale of 0 (not important) to 5 (very important), how would you rate the importance of faith/belief in your life?	
Have your beliefs influenced you in how you handle stress?	
What role do your beliefs play in your health care decision making?	
C – Community	
Are you a part of a spiritual or religious community?	
Is this of support to you and how?	

Is there a group of people you really love or who are important to you?	
A – Address in Care	We have talked a lot about your spirituality and/or religious beliefs and how they may or may not be of help to you during your illness. How can your health care providers best support your spirituality?
How would you like your health care provider to use this information about your spirituality as they care for you?	

Questions to elicit spiritual history, McEvoy

Belief system

Does your family belong to a religious group?

What is the extent of your involvement in this group?

Is your child an active participant in this group?

Ethics or values

Are certain ethics or values important in your family life?

What are these ethics or values?

Which ones are important in raising your child/children?

Lifestyle

Does your family observe any dietary restrictions?

Does your family say prayers or meditate together?

Do you practice any rituals at mealtime? Bedtime?

Is your family's prayer/meditation private?

Involvement in a spiritual community

Is your family involved in community activities?

Does your family belong to any spiritual or support groups?

Is anyone in your family involved in social service activities?

Education

Does your child/children attend a religious school?

Does anyone in your family receive religious instruction?

Does either parent belong to a parent's group?

What do you want your child/children to know about your beliefs?

How should we incorporate these spiritual beliefs into your child's health care?

Future events

Dietary restrictions

Immunization

Birth control

Abortion

Blood transfusions

Death

Qualitative questions for spiritual assessment, Hodge

Initial Narrative Framework

1. Describe the religious/spiritual tradition you grew up in. How did your family express its spiritual beliefs? How important was spirituality to your family? Extended family?
2. What sort of personal experiences (practices) stand out to you during your years at home? What made these experiences special? How have they informed your later life?
3. How have you changed or matured from those experiences? How would you describe your current spiritual or religious orientation? Is your spirituality a personal strength? If so, how

Interpretive Anthropological Framework

1. Affect: What aspects of your spiritual life give you pleasure? What role does your spirituality play in handling life's sorrows? Enhancing life's joys? Coping with life's pain? How does your spirituality give you hope for the future? What do you wish to accomplish in the future?
2. Behavior: Are there particular spiritual rituals or practices that help you deal with life's obstacles? What is your level of involvement in faith-based communities? How are they supportive? Are there spiritually encouraging individuals that you maintain contact with?
3. Cognition: What are your current religious/spiritual beliefs? What are they based upon? What beliefs do you find particularly meaningful? What does your faith say about personal trials? How does this belief help you overcome obstacles? How do your beliefs affect your health practices?
4. Communion: Describe your relationship to the Ultimate. What has been your experience of the Ultimate? How does the Ultimate communicate with you? How have these experiences encouraged you? Have there been times of deep spiritual intimacy? How does your relationship help you face life challenges? How would the Ultimate describe you?
5. Conscience: How do you determine right and wrong? What are your key values? How does your spirituality help you deal with guilt (sin)? What role does forgiveness play in your life?
6. Intuition: To what extent do you experience intuitive hunches (flashes of creative insight, premonitions, spiritual insights)? Have these insights been a strength in your life? If so, how?

CSI-MEMO, Koenig

CS – Do your religious/spiritual beliefs provide Comfort, or are they a **source of Stress**?

I – Do you have spiritual beliefs that might **Influence** your medical decisions?

MEM – Are you a **MEMber** of a religious or spiritual community, and is it supportive to you?

O – Do you have any **Other** spiritual needs that you'd like someone to address?

E.T.N.I.C.S. (Kobylarz et al, 2002)

Explanation: Why do you think you have this?

Treatment: What have you tried for this?

Healers: Have you sought help for this?

Negotiate: How best do you think I can help?

Intervention: This is what could be done

Collaborate: How can we work together on this?

Spirituality: What role does faith/religion/spirituality play in helping you?

Brief assessment model-JCAH, Hodge

1. I was wondering if you consider spirituality or religion to be a personal strength?
2. In what ways does your spirituality help you cope with the difficulties you encounter?
3. Are there certain spiritual beliefs and practices that you find particularly helpful in dealing with problems?
4. I was also wondering if you attend a church or some other type of spiritual community?
5. Do resources exist in your faith community that might be helpful to you?

Needs:	Questions:
Meaning and purpose	<ol style="list-style-type: none">1. What gives you a sense of meaning and purpose?2. Is there anything especially meaningful to you now?3. Does the patient make any sense of illness/suffering?4. Does the patient show any sense of meaning and purpose?
Sources of strength and hope	<ol style="list-style-type: none">5. Who is the most important person to you?6. To whom would you turn to when you need help? Is there anyone we can contact?7. In what ways do they help?8. What is your source of strength and hope?9. What helps you the most when you feel afraid or need special help?
Love and relatedness	<ol style="list-style-type: none">10. How does patient relate to: Family and relatives; friends; others; surrounding?11. Does patient appear peaceful?12. What gives patient peace?
Self-esteem	<ol style="list-style-type: none">13. Describe the state of patient self-esteem.14. How does the patient feel about self?
Fear and anxiety	<ol style="list-style-type: none">15. Is patient fearful/anxious about anything?16. Is there anything that alleviates fear/anxiety?
Anger	<ol style="list-style-type: none">17. Is patient angry about anything?18. How does patient cope with anger?19. How does patient control this
Relation between spiritual beliefs and health	<ol style="list-style-type: none">20. What had bothered you most being sick (or in what is happening to you?)21. What do you think is going to happen to you?

Setting the scene

What is your life all about?

Is there anything that gives you a sense of meaning or purpose?

The past

Emotional stress is often caused by a loss, or the threat of loss. Have you had any major losses or bereavements? How has this affected you and how have you coped?

The present

Do you feel that you belong and that you are valued?

Do you feel safe and respected? Are you and other people able to communicate clearly and freely?

Do you feel that there is a spiritual aspect to your current problem?

Would it help to involve a chaplain, or someone from your faith community?

What do I need to understand about your religious background?

The future

What do the next few weeks hold for you? What about the next few months or years?

Are you worried about death and dying, or about the possibility of an afterlife? Would you want to discuss this more?

What are your main fears about the future?

Do you feel the need for forgiveness about anything?

What, if anything, gives you hope?

Remedies

What kind of support would help you? How could you get it?

Have you thought about self-help?

Structure of the Spiritual Needs Model and the Spiritual Distress Assessment Tool

SPIRITUAL NEEDS MODEL		SPIRITUAL DISTRESS ASSESSMENT TOOL (SDAT)		
		PATIENT INTERVIEW	INTERVIEW ANALYSIS	
Spiritual dimension	Need associated with the spiritual dimension	Set of questions for patient interview	Questions for analysing the interview and identifying unmet spiritual need	Scoring of unmet spiritual need (range from 0 to 3*)
MEANING Overall life balance	NEED FOR LIFE BALANCE - need to maintain and/or rebuild an overall life balance - need to learn to “live with” an illness or disability	Does your hospitalisation have any repercussions on the way you live usually? Is your overall life balance disturbed by what is happening to you now (hospitalisation, illness)? Are you having difficulties coping with what is happening to you now (hospitalisation, illness)?	How does the patient speak about his or her need for life balance? Is the overall life balance of this patient disturbed?	To what degree does the <i>Need for Life Balance</i> remain unmet? <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

<p>TRANSCENDENCE</p> <p>Anchor point exterior to the person</p>	<p>NEED FOR CONNECTION</p> <p>- need for Beauty</p> <p>- need to be connected with the personal existential anchor</p>	<p>Do you have a religion, a particular faith or spirituality?</p> <p>Does what is happening to you now change your relationship to God /or to your spirituality? (closer to God, more distant, no change)</p> <p>Is your religion / spirituality / faith challenged by what is happening to you now?</p> <p>Does what is happening to you now change or disturb the way you live or express your faith / spirituality / religion?</p>	<p>How does the patient speak about his or her need for connection?</p> <p>Is his or her need for connection disturbed?</p>	<p>To what degree does the <i>Need for Connection</i> remain unmet?</p> <p><input type="checkbox"/> 0</p> <p><input type="checkbox"/> 1</p> <p><input type="checkbox"/> 2</p> <p><input type="checkbox"/> 3</p>
--	---	--	---	---

VALUES System of values that determine goodness and trueness for the person; the system is made apparent in the person's actions and life choices	NEED FOR VALUES ACKNOWLEDGEMENT - need that caregivers understand what has value and significance in his or her life	Do you think that the health professionals caring for you know you well enough?	How does the patient speak of his or her need that caregivers understand what has value and significance in his or her life?	To what degree does the <i>Need for Values Acknowledgement</i> remain unmet? <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
	NEED TO MAINTAIN CONTROL - need to understand and be involved in caregivers' decisions and actions	Do you have enough information about your health problem, and on the goals of your hospitalisation and treatment? Do you feel that you are participating in the decisions made about your care? How would you describe your relationship with the doctors and other health professionals?	How does the patient speak of his or her need to understand and be involved in caregivers' decisions and actions?	To what degree does the <i>Need to Maintain Control</i> remain unmet? <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

<p>PSYCHO-SOCIAL IDENTITY</p> <p>The environment (society, caregivers, family, close relations) that maintain the person's particular identity.</p>	<p>NEED TO MAINTAIN IDENTITY</p> <ul style="list-style-type: none"> - need to be loved, to be recognised - need to be listened to - need to be in contact (in particular with the person's faith community and other people) - need to have a positive self-image - need to feel forgiven, to be reconciled 	<p>Do you have any worries or difficulties regarding your family or other persons close to you?</p> <p>How do people close to behave with you now? Does it correspond with what you expected from them?</p> <p>Do you feel lonely?</p> <p>Could you tell me about the image you have of yourself in your current situation (illness, hospitalisation)?</p> <p>Do you have any links with your faith community?</p>	<p>How does the patient speak of his or her need to maintain identity?</p>	<p>To what degree does the <i>Need to Maintain Identity</i> remain unmet?</p> <p><input type="checkbox"/> 0</p> <p><input type="checkbox"/> 1</p> <p><input type="checkbox"/> 2</p> <p><input type="checkbox"/> 3</p>
--	---	--	--	---

<u>Spiritual Integrity</u>	<u>Spiritual Distress</u>
1. Assessment	
Look: (signs of meaning, relationships, hope and joy)	
Presence of...	Absence of...
_____ Family, friends, visitors, wedding ring, photographs	_____
_____ Cards, letters, phone calls, flowers, pets	_____
_____ Attention to personal care and appearance	_____
_____ Work, projects, hobbies, music, books, tapes	_____
_____ Newspapers, magazines, television, radio	_____
_____ Special dress, prayer cap, head scarf, cross	_____
_____ Articles of faith, pictures, statues, rosary, star	_____
_____ Books of faith, Bible, Koran, Torah prayers	_____
_____ Smiles, motivation, coping skills, healthy life style	_____
Use these observations to begin your spiritual assessment. The use of an indirect statement conveys concern and interest, without the pressure of being asked a direct question.	
Acknowledge and inquire about photographs, cards, flowers, visitors Acknowledge and inquire about hobbies, books, television/newspaper content Acknowledge strengths and inquire about profession Acknowledge and inquire about articles of faith & religious preference Acknowledge and inquire about mood (physical and psychological)	
With your client as your guide, and after a sense of trust and connectedness have been established, continue with the assessment. Phrase your questions and indirect statement in ways that convey your genuineness, style, and comfort.	
I would like to hear more about your life and/or your family. When you return home, will there be someone available to help you? What brings you joy, makes you happy, or makes you laugh? What has brought you the greatest sense of pride and accomplishment to date? What is your next goal? What gives you such strength? Who do you turn to in tough times? Would you like me to pray for you or with you?	
Listen: (actively listen for signs of meaning, relationships, hope, and joy)	
_____ Verbalizes... Sense of purpose and meaning	_____ Verbalizes... My life has no meaning
_____ Source of pride & accomplishments	_____ Guilt, if only... I should have
_____ Source of joy & happiness	_____ Sense of sadness & despair
_____ Future goals & desires	_____ lack of motivation
_____ Hope & courage	_____ Hopelessness "What is the use?"
_____ Interest in world & concern for others	_____ Lack of concern for others
_____ Personal strengths	_____ Powerlessness I am useless.
_____ Connection to others	_____ Loneliness and isolation
_____ Connection to a higher source	_____ Helplessness, anxiety, fear
_____ Religious affiliation	_____ "This is not fair. Why me?"
_____ Requests for special diets, clergy	_____ "Why am I being punished?"
_____ Appreciation for nature	_____ Apathy
_____ Ability to adapt to changes	_____ Inflexibility

2. Nursing Diagnosis: Analyze the data, and if appropriate, select one of the following nursing diagnoses.

- Potential for Enhanced Spiritual Well-Being
- Spiritual Distress
- Hopelessness
- Other _____

3. Plan: Develop a short-term goal and a long-term goal for your client.

ST Goal: The client will _____

LT Goal: The client will _____

4. Interventions: Identify the specific nursing interventions you will use with your client.

- Be present.
- Establish a therapeutic relationship conveying respect, warmth, empathy and genuineness.
- Active listening.
- Assist client to identify strengths, supports, and interconnections.
- Instill hope.
- Use of touch, if client is comfortable with closeness.
- Provide an environment conducive to reflection, prayer, and spiritual growth.
- Provide an environment conducive to client's beliefs (food, ceremonies.)
- Provide religious articles as requested.
- Support client in search for meaning and purpose in life, illness, and death
- Support client in search for a relationship with others.
- Support client in search for a relationship with a higher power.
- Pray with the client.
- Pray for the client.
- Promote private time with people who are significant in client's life.
- Be available and approachable to assist client with assessing and meeting spiritual needs, and making spiritual choices.
- Collaborate with chaplain or spiritual leader.

Others _____

5. Evaluation: Evaluate the client's progress towards the goals. (Note: Each person's spirituality is highly variable, individual, and ever changing!)

Short-term Goal _____

Long-term Goal _____

Identification Code _____

Date _____

Use mother's maiden name and your day of birth.

Example: Mother's maiden name = **smith**; Your birthdate day = 2/15/83; ID Code = **smith15**

**Spiritual Assessment Interview (SCRC. Spritual Competency Resource Center: verkregen via:
<http://www.spiritualcompetency.com/recovery/lesson7.html>)**

A. RELIGIOUS BACKGROUND AND BELIEFS

1. What religion did your family practice when you were growing up?
2. How religious were your parents?
3. Do you practice a religion currently?
4. Do you believe in God or a higher power?
5. What have been important experiences and thoughts about God/Higher Power?
6. How would you describe God/Higher Power? personal or impersonal? loving or stern?

B. SPIRITUAL MEANING AND VALUES

1. Do you follow any spiritual path or practice (e.g., meditation, yoga, chanting)?
2. What significant spiritual experiences have you had (e.g., mystical experience, near-death experience, 12-step spirituality, drug-induced, dreams)?

C. PRAYER EXPERIENCES

1. Do you pray? When? In what way(s)?
2. How has prayer worked in your life?
3. Have your prayers been answered?

Section A Demographic Data Address:

Hospital Record Number:

Name:

Age: Sex:

Marital Status: Job Description:

Job Status (e.g. manager): Ethnic Origin

Who is at home with you at present? (record detail of other residents/family members):

Research ID Number:

Telephone:

Employed/ Unemployed

Spouse's Job:

Country of Birth:

Section B

Clinician's Assessment of Patient's Condition at Time of Admission

Non-acute []

Moderate []

Serious [] i.e. potentially life threatening

Very Serious [] i.e. life-threatening now

Section C

Introduction by interviewer:

Thank you for agreeing to be interviewed. We are trying to understand whether a person's beliefs affects what happens to them. I am going to ask you some questions about your beliefs. In using the word *religion*, we are meaning the actual practice of a faith, e.g. going to church or synagogue. Some people don't follow a specific religion but do have *spiritual* beliefs (for example, they believe that there is some other power or force outside themselves which might influence their life). Some people make sense of what happens to them in life without a belief in a God or any outside power. This could be called their *philosophy* of life. (Interviewer may need to amplify this statement to make sure the patient understands.)

1. In the way I've just described, would you say you have a *religious* or *spiritual* or some other *philosophical* understanding of your life? YES / NO If NO, go to Question 3

2. If YES, can you explain briefly what form this has taken?

3. In respect to belief or non-belief where would you place yourself, at present, on this scale? (Interviewer show scale).

Interviewer: If the subject expresses (in Q2) a *religious* understanding, continue with Question 4.
 If the subject expresses a *spiritual* understanding *without* religious observance, go to Question 9.
 If the subject expresses a *philosophical* understanding in the absence of any

religious or spiritual understanding, continue with Question 14.
If subject expresses no belief at all, go to question 1

Religious Understanding

4. What religion do you observe?
5. If Christian, which denomination?
If other, orthodox or liberal?
6. How important to you is the actual practice of your faith? (Interviewer show scale)
7. What form does this take:
private prayer worship attendance reading about my faith sharing with others
one to one contact with religious leader observing religious rituals (e.g. diet) other (specify)
8. How often do you practice your faith, in any form?
At least daily / weekly / monthly / yearly / less

- Now continue with question

9-

Spiritual Belief

9. You said that you believe in a power or force outside of yourself. How much does this *influence* what happens to you in your life?
(i.e. can this affect your day-to-day life, e.g. chance meetings, accidents, illness or unexpected opportunities?).

(Interviewer show scale)

10. How much can this power affect how you respond to things that happen to you? i.e. How much does it help you to *cope* when you are affected personally by change or other events in your life?

(Interviewer to make sure patients understand the focus is on the personal nature of life events) (Interviewer show scale)

11. How much does this power help you to *understand* why things happen in the world, *outside* of your day-to-day activities? e.g. political events, wars, accidents?

(Interviewer show scale)

12. What about natural disasters, like earthquakes, floods? (Interviewer show scale)

13. Do you communicate in any way with this power? Yes / No / Unsure
If yes, describe form of communication (e.g. prayer, contact through a medium)

Philosophical Understanding

14. Can you tell me about your philosophical approach to life? Does it have a specific

name? (Interviewer may add: existentialism (man is free and responsible for his own acts), atheism (belief that there is no God), humanism (belief in human effort rather than religion), free thinkers (sceptic who forms his own opinions).)

15. How much does this philosophy influence how you respond to day-to-day events?
i.e. How much does it help you to *cope* with things that happen to you?
(Interview to make sure patients understand the focus is on the personal nature of life events)

(Interviewer show scale)

16. How much does this philosophy help you to *understand* why things happen in the world, *outside* of your day-to-day activities? e.g. political events, wars, accidents? (Interviewer show scale)

17. What about natural disasters, like earthquakes, floods? (Interviewer show scale)

18. How much have your beliefs helped you during this illness?

(Interviewer show scale)

ALL SUBJECTS TO ANSWER THE REMAINDER

19. I should now like to ask you what you think about views people sometimes express about illness. a. Do you feel illness is a punishment for wrong doing?

(Interviewer show scale)

b. Do you feel illness is predetermined/duel to fate? (Interviewer show scale)

c. Do you feel illness is sent to test/try us? (Interviewer show scale)

d. Do you feel that illness is a consequence of lifestyle (e.g. smoking, drinking, sex)?

(Interviewer show scale)

20. With these thoughts in mind, would you think there is any link/association between YOUR illness and YOUR religious/spiritual/philosophical approach to life?

(Interviewer show scale)

Spiritual Assessment in Aging, Nelson-Becker

Prefatory Questions

1. Is spirituality, religion, or faith important in your life?

2. What terms do you prefer? Please explain.

Affiliation

3. Do you belong to any spiritual group(s)?
4. What does membership in this group(s) signify to you?
5. Do you express your spirituality outside of participation in religious or spiritual support group?

Spiritual Beliefs

6. What religious or spiritual beliefs give you comfort or hope? Describe.
7. What religious or spiritual beliefs upset you? Describe.
8. Do you believe in God, A Transcendent Power, or Sacred Source of Meaning?
9. Describe your vision of who God or this Transcendent Power is?
10. Do you believe in an afterlife? What does this mean for you now?

Spiritual Behaviors

11. What religious or spiritual behaviors do you engage in?
12. How often do you engage in these religious or spiritual behaviors?
13. What about these behaviors do you find nourishing or undermine?

Emotions

14. Have you recently experienced an emotion such as anger, sadness, guilt, or joy in the context of religious or spiritual experience?
15. What significance if any did this have for you? Or if a client is describing an experience, one can ask,
16. What feelings did you have in response? (To better clarify the meaning of the experience for this person.)

Spiritual Experiences

17. Have you had any spiritual experiences that communicate special meaning to you? If so, please describe.

Values

18. What are the guiding moral principles and values in your life?
19. How do these principles guide the way you live life?

Spiritual History

20. Were you raised in a spiritual or religious tradition? Do you now practice in the tradition in which you were raised? Describe early experience and parental involvement.
21. In what decades of your life were you involved in spiritual practices? Would you rate your involvement as low, medium, or high for each? Were there any change points?
22. What events in your life were especially significant in shaping your spirituality?
23. Who encouraged your spiritual or religious practices?

Therapeutic Change

24. What might be an object or image that symbolizes/represents your spiritual strengths?
25. Could you tell me a story of how spirituality helped you cope with difficulties in the recent past?
26. How do you see this particular spiritual strength as being able to help you in your current problems?

Spiritual Assessment

27. What spiritually-based strategies, rituals, or actions have helped you to cope with times of difficulty or to experience healing or growth?

Social Support

28. When you have religious/spiritual concerns and problems, who do you talk to?
29. In the past, what types of supports have you received from these people that you have just described?
30. If you belong to a religious or spiritual group, what types of support do you receive or provide to them? To what extent are you satisfied? Explain.

Well-Being

31. How worthwhile do you find living your current life? Can you tell me more about it? How does this relate to your spirituality?
32. How does your spirituality help you to find meaning in your life?
33. How strongly do you feel connected to God/Higher Power? Spirit? Universe?

Extrinsic/Intrinsic Spiritual Propensity

34. Do you find the teachings and values of your spiritual groups similar or different from your own?
Please explain.
35. How integrated are your spiritual practices with your daily life apart from spiritual group participation?

Spiritual Assessment Protocol, Ortiz

1. When talking with others, what common beliefs do you share with them that bring you a sense of comfort and belonging?
2. Can you identify a spiritual force that brings you a sense of comfort and belonging? Explain.
3. Do you have family or friends that you depend upon to give you strength for living and energy to overcome obstacles? If so, what is it about this relationship that give you this strength or energy?
4. Can you identify spiritual resources from which you gain strength and energy to overcome life's obstacles? Explain.
5. Do you have a belief system that helps give your life meaning or purpose? Can you give examples of how this meaning or purpose is reinforced in your life?
6. Privately, what rituals or practices do you engage in that are renewing or comforting?

SPIR, Frick

S: Would you describe yourself – in the broadest sense of the term – as a believing/spiritual/religious person?

P: What is the place of spirituality in your life? How important is it in the context of your illness?

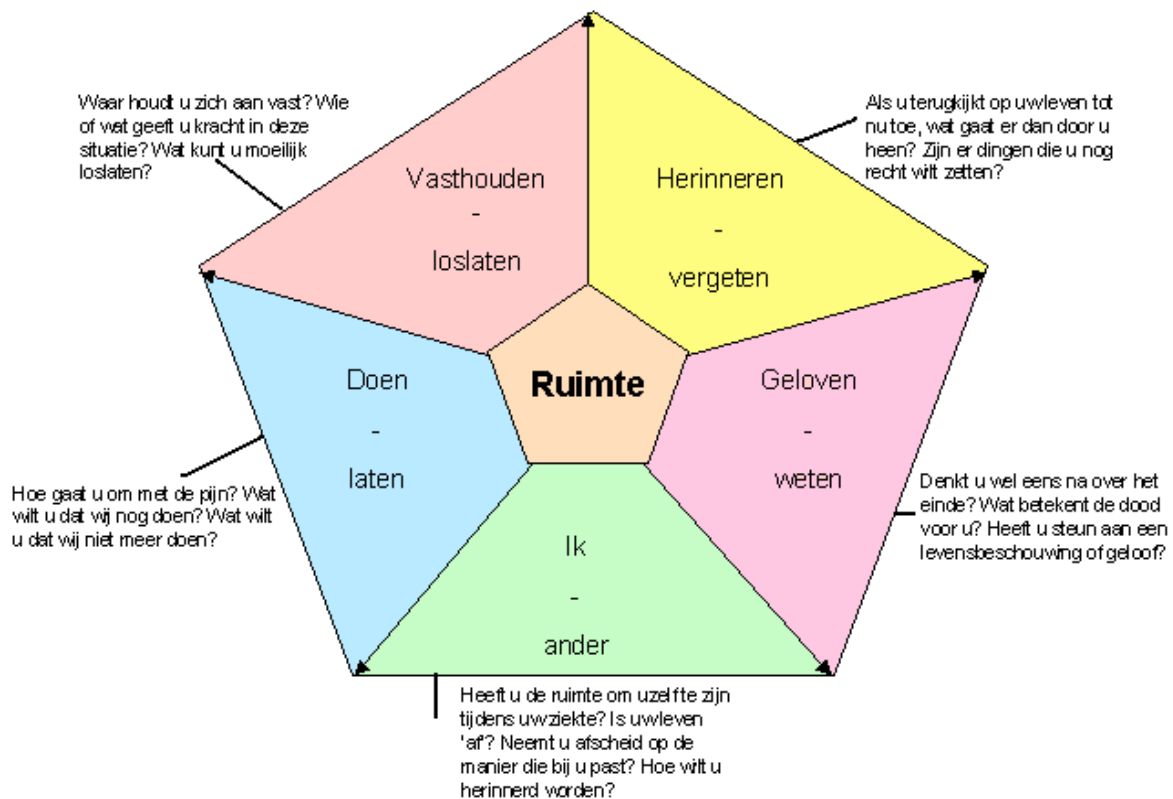
I: Are you integrated in a spiritual community?

R: What role would you like to assign to your doctor, nurse or therapist in the domain of spirituality?

1. How do you make sense of what is happening to you?
2. What sources of strength do you look to when life is difficult?
3. Would you find it helpful to talk to someone who could help you explore the issues of spirituality/faith?

Ars morendie model, Leget

Spanningsvelden die elkaar beïnvloeden



Bijlage 3 Checklist Ars Moriendi model

Adressogram	 UNIVERSITAIRE ZIEKENHUIZEN LEUVEN	
Spirituele Checklist		

Week van / / tot / /

Naam	Datum	Pat. Fam.	Spirituele gegevens	Spa. *	Int. **
<u>Spiritueel proces PATIENT:</u>					
<u>Spiritueel proces familie:</u>					

* **Spanningsveld:** A/Ik en de ander - B/Doen en laten ten aanzien van het naderende levenseinde - C/Vasthouden en loslaten van het geleefde leven - D/Vergeten en vergeven - E/Weten en geloven ten aanzien van wat na de dood gaat komen

** **Interventies:** 1/Observeren en signaleren - 2/Begeleiden - 3/Informeren en adviseren - 4/Coördineren en bespreken

Bijlage 4 Luisterraster

Spanningsvelden

Ik en de ander

- Verhouding van de ik figuur tot zichzelf, tot de ander, tot de wereld, tot de maatschappij.
- Hoe wordt er omgegaan met nieuwe afhankelijkheid, met nabijheid?
- Met zijn plaats in het eigen levensverhaal?
- Met basisvertrouwen, met verbondenheid, met de palliatieve situatie?
- Hoe wordt omgegaan met de instelling, met de opname op de palliatieve eenheid?

Doen en laten ten aanzien van het naderende levenseinde

- Wat is het verlangen, is er een verlangen om te leven, om te sterven?
- Welke perspectieven heeft men?
- Waarover wil men controle houden? Controle over de tijd die rest, over het sterven, of over wat na de dood komt?

Vasthouden en loslaten van het geleefde leven

- Hoe wordt er omgegaan met waarden, met wie of wat waardevol is?
- Wil men de tijd die rest, verder leven zoals de tijd voor de palliatieve situatie?
- Wil men vasthouden aan het leven van voordien? Aan lichtpuntjes? Aan personen, aan materiële zorgen?
- Of kan men loslaten en laat men de confrontatie met het palliatief-zijn toe?

Vergeeten en vergeven

- Kan men verzoend sterven? Met zichzelf, met naasten, met God?
- Hoe gaat men om met de overschouwing van het leven, met de levensbalans?
- Hoe gaat men om met schuld, conflicten, verzoening?

Weten en geloven ten aanzien van wat na de dood komt

- Wat gelooft men, hoopt men, of weet men over de tijd na de dood? Over het voortbestaan? Over het definitieve einde? Over de verbinding met anderen? Over God of het overstijgende?
- Hoe gaat men om met gebed of met andere niet-religieuze rituelen?