

Zie, de hele mens!

Zingeving en levensbeschouwing in de anamnese



'Body and Soul' door Candace Charlton

Ter afsluiting van de Master Geestelijke Verzorging
Juni, 2019

C.M. Hiwat
3249948
Faculteit Godgeleerdheid en Godsdienstwetenschap
Rijks Universiteit Groningen (RUG)

1^e Begeleider: Prof. Dr. Christoph Jedan
2^e Begeleider: Dr. Mechteld Derksen-de Wolde

*Er zijn dingen die alleen het oppervlak beroeren,
daaronder blijft de ziel gelijk en blinkt,
zoals een vijver waarop blaadren varen,
of als een kinderoog onder verwaaide haren.
Men zingt en luistert hoe het klinkt.*

*Maar er zijn soorten van verdriet,
die iets veranderen aan het lied.
Men wordt bespannen met heel andre snaren
en wie het niet ervoer, die weet het niet.*

*O kindje met je zachte witte vingren
en met de blauwe aadren aan je kleine slaap,
die zich als heilige rivieren slingren.
Slaap mijn kindje, slaap.¹*

M. Vasalis

¹ Margaretha Vasalis, "Zonder titel," in *Parken en woestijnen, De vogel Phoenix, Vergezichten en gezichten* (Amsterdam: G.A. van Oorscot, 1997), 72.

Voorwoord

Bij aanvang van mijn masterstudie geestelijke verzorging was ik ervan uitgegaan dat het doen van een stage tot één van mijn vrijstellingen zou behoren. Op de leeftijd van 66 jaar, met in totaal zo'n 49 jaar professionele zorgervaring, leek me dit voor de hand te liggen. Met een zo op de praktijk gerichte achtergrond leek mij een verantwoorde scriptie schrijven een veel zinvoller leerproces. Toch moest de stage ervan komen, want tenslotte is werken als geestelijk verzorger niet hetzelfde als het bieden van welke andere vorm van professionele zorg dan ook.

Mijn keuze voor een stageplek viel op het ziekenhuis, maar dan wel op een afdeling die mij onbekend was, zodat ik mijn leerproces kon optimaliseren. Het werd het Beatrix Kinderziekenhuis (BKZ) in Groningen waar ik november 2017 mijn stage aanving.

Ik zal nooit helemaal onder woorden kunnen brengen wat mijn tijd daar voor me heeft betekend en hoe rijk mijn leerproces is geweest. Nu, een jaar na het beëindigen van mijn stage, werkt wat ik daar geleerd heb nog steeds in mij door.

Terugkijkend kan ik zeggen dat ik gelijk heb gekregen met het idee dat kinderen een bijzonder vermogen hebben om te kunnen gaan met ziekte, pijn en lijden. Dat vermogen is uniek en volwassenen kunnen daar veel van leren. Daarnaast heb ik mogen ervaren wat ouders in hun macht hebben als het om de gezondheid van hun kinderen gaat. Ik heb kennis mogen maken met de enorme toewijding en kunde van de artsen, verpleegkundigen en andere betrokken zorgverleners. Deze scriptie moet dan ook gelezen worden tegen de achtergrond van mijn respect voor hen.

Mijn speciale dank gaat uit naar:

Christoph, voor je enthousiaste betrokkenheid bij het onderwerp en het me voor ogen houden dat ik de lezer mag overtuigen van wat ik te melden heb, omdat het tenslotte mijn onderzoek en mijn scriptie is.

Mechteld, voor je intentie om mij scherp te houden en bij te sturen als ik weer eens uit het oog verloor wat wetenschappelijk verantwoord schrijven van me vraagt.

Lies, voor het ruimhartig delen van je kennis en ervaring.

Adri, voor het mij in de gelegenheid stellen mijn stage in het BKZ te kunnen doen.

De primaire zorgverleners van het BKZ, voor de ruimte die zij me boden in het kunnen doen van mijn onderzoek.

Mijn ouders, voor jullie levensbeschouwing waarin een mens nooit te oud is om te leren.

Candace, voor je altijd liefdevolle aanwezigheid en je onwankelbare vertrouwen in me.

Corrie Hiwat
Adorp, juni 2019

Samenvatting

Het woord anamnese betekent herinnering en het vertegenwoordigd in ziekenhuisverband het proces waarin de patiënt zijn ziektegeschiedenis vertelt aan de verpleegkundige en de arts en waarin deze vragen stellen aan de patiënt om zo te komen tot een diagnose waarna, op basis daarvan, een zorg en behandelplan kan worden vastgesteld. Vanwege de algehele strekking van mijn scriptie en ten behoeve van de onderzoeksvraag, spreek ik bij voorkeur van een *anamnesegegesprek*.

Een anamnesegegesprek dient, bijzondere omstandigheden daargelaten, aandacht te besteden aan de zingeving en levensbeschouwing van de patiënt. Het anamnesegegesprek staat in dienst van het algehele welzijn van de patiënt en daarbij past het aandacht te hebben voor de vier dimensies van de mens: lichamelijk, psychologisch, sociaal en spiritueel.

In de praktijk in het Beatrix Kinderziekenhuis ontdekte ik dat de zorg in de vier dimensies regelmatig haperde. Dit was met name het geval als het ging om de spirituele dimensie van de patiënt. Dit vond ik opvallend, gezien het feit dat het om ernstig zieke kinderen ging, waarin het regelmatig voorkwam dat dit kind, de ouders, het gehele gezin te maken kreeg met niet alleen een dreigend of feitelijk sterven, maar ook met belangrijke zingeving- en levensbeschouwelijke thema's. Immers een ernstige ziekte van je kind, kan je hele wereld op de kop zetten.

De doelstelling van mijn onderzoek stond dan ook in dienst van het verbeteren van deze situatie. Mijn belangrijkste vraag daarin was hoe ervoor gezorgd kan worden dat de onderwerpen levensbeschouwing en zingeving in het anamnesegegesprek structureel en op een adequate manier naar voren kunnen komen, zodat deze als krachtbron meegenomen kunnen worden in de algehele zorg en behandeling van de patiënt.

De methoden die ik heb gebruikt bestonden uit het doen van literatuuronderzoek, met betrekking tot het onderwerp 'zorg voor zingeving en levensbeschouwing van de patiënt in de anamnese' en een empirisch onderzoek wat deels binnen en deels buiten het Beatrix Kinderziekenhuis heeft plaats gevonden. Daarnaast heb ik tevens gebruik gemaakt van een klein interventieonderzoek, door de primaire zorgverlener uit te nodigen tijdens de anamnese gebruik te maken van de volgende basisvragen:

1. Wat moeten wij beslist van u weten, zodat we u goed kunnen begrijpen en begeleiden in deze periode?
2. Wat geeft u gewoonlijk kracht in moeilijke tijden?
3. Is er op dit moment iets wat ik voor u kan doen om u te steunen?

Voor het empirische onderzoek heb ik achttien semigestructureerde interviews gehouden met de doelgroepen patiënten, primaire zorgverleners en geestelijk verzorgers. De doelgroep patiënten bestond uit respondenten die van buiten het Beatrix Kinderziekenhuis kwamen. Deze keuze was noodgedwongen vanwege de beperkte tijd die ik beschikbaar had voor mijn onderzoek, wat niet goed samenging met de tijd die nodig zou zijn om dat deel van mijn empirisch onderzoek geaccrediteerd te krijgen door de ethische commissie van het ziekenhuis.

Uit het literatuuronderzoek kwam naar voren dat zorg voor de patiënt doorgaans op de lichamelijke dimensie gericht is. Dat er onvoldoende tegemoet gekomen wordt aan de spirituele zorgvragen en zorgwensen van de patiënt, ondanks het feit dat

aandacht voor de spirituele dimensie van de patiënt bevorderlijk is voor zijn herstel, zijn algehele welzijn en zijn vermogen om met ziekte of overlijden om te gaan. Dat het aandacht hebben voor de spirituele dimensie van de patiënt behoort tot de taakomschrijving van de primaire zorgverlener (arts en verpleegkundige.), maar dat deze vorm van patiëntenzorg desondanks regelmatig ontbreekt.

Dit hangt er in de ogen van de zorgverlener, onder andere, mee samen dat zij zich onvoldoende vertrouwd voelen met deze dimensie van zorg. Er is ook te weinig bewustzijn bij hen over het belang ervan en men denkt vaak dat het altijd om religie of zware en moeilijke onderwerpen gaat. Bovendien blijkt de zorgverlener doorgaans onvoldoende bekwaam in het kunnen verlenen van deze zorg en heeft daarin training. Ook het literatuuronderzoek toonde aan dat door training van de primaire zorgverlener de meeste belemmeringen om deze zorg te kunnen bieden, verdwijnen.

Uit het empirisch onderzoek komt naar voren dat de patiënt de wens heeft zorg te ontvangen die zijn hele mens-zijn in ogenschouw neemt. De spirituele dimensie vormt daar een onderdeel van en is er onlosmakelijk mee verbonden. Hij heeft het gevoel dat het in het ziekenhuis vooral om het weghalen van symptomen gaat, zonder dat er goed gekeken wordt naar wat er aan de klacht of ziekte ten grondslag ligt. Hij ervaart aandacht voor zijn spirituele (zorg)vragen als versterkend in het kunnen omgaan met zijn ziekte.

Het digitale patiëntendossier (EPD), het elektronisch systeem waarin de zorgprofessionals gegevens van patiënten opslaan en verwerken, is onvoldoende geschikt voor de opslag van informatie die te maken heeft met het spirituele gedachtegoed van de patiënt. Het blijkt dat er zelden informatie in terug te vinden is over de zorg voor de patiënt in relatie tot de spirituele dimensie. Dit alles werkt belemmerend, in de opvatting van de primaire zorgverlener, op de aandacht voor deze dimensie in de anamnese, en soms ook verderop in de zorg.

Aanvankelijk kwam er uit het empirisch onderzoek naar voren dat de zorgverleners er de voorkeur aan gaven de gesprekken met patiënten over de spirituele dimensie door een vaste zorgverlener te laten verzorgen. Dit antwoord kon mogelijk ingegeven zijn door het feit dat hij door mij, geestelijk verzorging in opleiding, gesteld werd, alhoewel dit voor mij niet vanzelfsprekend lag. Sterker nog, de tip om deze vraag toe te voegen, kwam van een verpleegkundige.

Door de inbreng van drie basale voorbeeldvragen als hulpmiddel voor het anamnesegesprek, gebaseerd op een wat bredere, meer dagelijkse benadering van spirituele zorg, werd die voorkeur minder uitgesproken. Aandacht voor de spirituele dimensie bleek haalbaar en de zorgverleners besloten in de anamnese gebruik te maken van de vragen. Desalniettemin bleek de uitvoering toch weerbarstig, ondanks de goede voornemens.

Uit het interventieonderzoek dat ik als onderdeel van het empirisch onderzoek heb uitgevoerd, komt overtuigend naar voren dat de voorbeeldvragen leiden tot een gesprek waarin de patiënt uitdrukking kan geven aan datgene wat hem innerlijk bezig houdt. Mijn eindconclusie is daarom dat de primaire zorgverlener, vanaf de start van die zorg, dus al in de anamnese, aandacht dient te schenken aan deze dimensie van de patiënt.

Om dit mogelijk te maken moet die aandacht niet alleen uitgaan naar het geloof of de religie van de patiënt, of naar vragen omtrent een levenseinde, maar ook het brede(re) gebied beslaan van zingeving, levensbeschouwing en de hulpbronnen die de

patiënt op dat moment in het leven ter beschikking heeft. Wanneer blijkt dat er specifieke zorgvragen op dit gebied leven, wordt er doorverwezen naar de geestelijk verzorger. Teneinde dit proces goed te doen verlopen en kans van slagen te geven, is het volgende nodig:

- training van de primaire zorgverleners in hoe aandacht te hebben voor de spirituele dimensie van de patiënt en het, indien nodig of wenselijk, kunnen doorverwijzen;
- de invoering van drie basisvragen voor in de anamnese;
- aanpassing van het EPD op deze drie basisvragen.

Om reden van het bovenstaande wijd ik een hoofdstuk (4) aan verbetervoorstellen waarin deze voorwaarden vertaald zijn.

Leeswijzer

Hoofdstuk 1 beschrijft het kwalitatieve onderzoek dat heeft plaatsgevonden binnen het Beatrix Kinderziekenhuis, als zelfstandig unit van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG).

Hoofdstuk 2 bevat het theoretisch kader met betrekking tot spiritualiteit en de vierdimensionale zorg. Tevens worden in dit hoofdstuk de theoretische concepten met betrekking tot de anamnese als instrument in de zorg voor de spirituele dimensie, behandeld. Definities worden besproken, er wordt gekeken naar wat de positie is van de patiënt in de anamnese (ziektegeschiedenis) en wat de rol daarin is van de primaire zorgverlener, wanneer het gaat om de zorg voor de spirituele dimensie van de patiënt. Vervolgens wordt gekeken naar hoe de primaire zorgverlener te trainen in het aandacht kunnen hebben voor de spirituele dimensie van de patiënt.

Hoofdstuk 3 heeft als inhoud het empirisch onderzoek, waarin een samenvatting van de informatie uit de interviews en de analyse van de antwoorden die naar voren zijn gekomen, op de vragen uit de interviews. Daarvoor wordt onder andere gebruik gemaakt van representatieve citaten.

Hoofdstuk 4 behandelt de verbetervoorstellen op het gebied van training van zorgverleners, de verankering van de patiëntenzorg met betrekking tot de spirituele dimensie in het elektronisch patiënten dossier (EPD) en hoe de zorg voor de spirituele dimensie, op een eenvoudige en toegankelijke manier, in de praktijk van de anamnese bevorderd kan worden.

Hoofdstuk 5, tenslotte, behandelt de conclusies op basis van het theoretische en empirisch onderzoek. Ik sluit dit hoofdstuk af met de bespreking van de voor- en nadelen van de conclusies en laat ruimte voor discussie.

Inhoudsopgave	8
Voorwoord	3
Samenvatting	4
Leeswijzer	7
Hoofdstuk 1 – Onderzoeksopzet	11
1.1. Inleiding	11
1.2. Probleemstelling	12
1.3. Doelstelling	13
1.4. Vraagstelling en deelvragen	13
1.5. Ontwerp en methoden van onderzoek	14
1.5.1. Semigestructureerde interviews	14
1.5.2. Interventieonderzoek	15
1.5.3. Literatuuronderzoek	16
1.5.4. Praktijkonderzoek	17
1.5.5. Beoogde resultaten	18
Hoofdstuk 2 – Literatuuronderzoek	19
2.1. Inleiding	19
2.2. Definities van spiritualiteit	20
2.3. Spirituele zorg binnen de vier dimensies van zorg	22
2.4. De anamnese	23
2.5. Richtlijnen voor de anamnese	24
2.6. De functie van de anamnese binnen het vierdimensionale zorgmodel	25
2.7. De positie van de patiënt in de anamnese	25
	8

2.8.	Spirituele dimensie een normatieve vereiste: het model van Katharine Kolcaba	26
2.9.	Spiritualiteit in de anamnese: praktische invulling	29
2.9.1.	Het model van Marjory Gordon	30
2.9.2.	Spiritualiteit binnen de Nederlandse situatie	32
2.9.3.	Het ABC model	33
2.10.	De rol van de primaire zorgverleners in de anamnese: Joep van de Geer	36
2.11.	Belemmeringen	38
2.12.	Training van de primaire zorgverlener	39
 Hoofdstuk 3 – Empirisch onderzoek		 41
3.1.	Inleiding	41
3.2.	Analyse van de resultaten	41
3.2.1.	Start zorgproces	41
3.2.2.	Goede zorg	42
3.2.3.	Focus	44
3.2.4.	Levensbeschouwing in de anamnese	44
3.2.5.	Belemmeringen	45
3.2.6.	Eén vaste persoon?	46
3.2.7.	Verankering	47
3.2.8.	Het elektronisch dossier	48
3.2.9.	Bevindingen empirisch onderzoek	49
 Hoofdstuk 4 – Verbetervoorstellen		 50
4.1.	Inleiding	50
4.2.	Persoonlijke ervaring	50
4.3.	Voorbeeldvragen	51
4.4.	Na het interventieonderzoek	52
4.5.	Verslag van het interventieonderzoek	52
		9

4.6.	Uitgangspunten bij de voorstellen	56
4.7.	Structurele verbeteringen	56
4.8.	Een korte vragenlijst	57
4.9.	De vragenlijst in het EPD	59
4.10.	Training van de professionals	60
 Hoofdstuk 5 - Conclusies en discussie		 62
5.1.	Inleiding	62
5.2.	Conclusies	63
5.3.	Analyse van de deelvragen	64
5.4.	Voordelen	66
5.5.	Nadelen	66
5.6.	Discussie	67
 Literatuurlijst		 68
 Bijlagen		 73
I.	De vragen en het verslag van de interviews met de primaire zorgverleners	74
II.	De vragen en het verslag van de interviews met de patiënten	86
III.	De vragen en het verslag van de interviews met de geestelijk verzorgers	91
IV.	De anamnese en de 11 functionele gezondheidspatronen van Gordon	96
V.	Een notitie schrijven	103

Hoofdstuk 1 – Onderzoeksopzet

1.1. Inleiding

Tijdens mijn zes maanden durende stageperiode als geestelijk verzorger in opleiding heb ik een kort onderzoek uitgevoerd in het Beatrix Kinderziekenhuis. (BKZ.) Het BKZ is een zelfstandig functionerend onderdeel van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) en bestaat uit vier afdelingen, waaronder twee verpleegafdelingen (VA), de afdeling neonatologie (nieuwgeborenen) en de kinder-IC (Intensive Care). Het BKZ is een ziekenhuis voor complexe zorg, waarin kinderen tussen de nul en achttien jaar behandeld worden.

In deze gespecialiseerde zorgomgeving verwonderde ik me over het feit dat er de afgelopen jaren nauwelijks vraag was geweest naar geestelijke verzorging. De verwondering kwam voort vanuit de gedachte dat, als er iets is wat je bestaan op haar grondvesten kan doen schudden, dat het (dreigende) verlies is van je kind. Deze verwondering leidde ertoe dat ik geïnspireerd raakte me te verdiepen in hoe dit kon.

Een kinderziekenhuis is een unieke zorgomgeving. Door de symbiotische relatie tussen ouders en kind zijn zij één in het ziek-zijn. *“Wanneer je kind ziek is, ben je eigenlijk zelf ook ziek en het liefst zou je hun ziekte overnemen”*, vertelde een vader mij. Die gedeelde zorg voor elkaar riep ook de vraag bij mij op hoe zij dit alles konden (ver)dragen, waar haalden zij hun kracht vandaan, welke bronnen hadden ze ter beschikking en op wat of wie konden zij terugvallen, als het even niet meer ging? Hoe bespraken de zorgverleners deze onderwerpen met de kinderen én hun ouders als zij hen voor het eerst ontmoetten voor de opname in het ziekenhuis?

Het antwoord van een verpleegkundige op mijn vraag hierover was: *“Meestal niet. Natuurlijk komt dit wel aan bod tijdens de momenten van zorg aan het bed. Maar ook daar is het voor ons soms moeilijk de overgang te maken van, helemaal op genezing en herstel ingesteld zijn en alles daarvoor uit de kast moeten trekken, naar het erkennen dat het soms niet gaat lukken. Dit geldt voor zowel ons als voor de ouders. Om dan de overgang te kunnen maken naar praten over een naderende dood van een kind, dat is bijna niet te doen en dit wordt soms te lang uitgesteld.”*

Dit antwoord hielp mij om beter te begrijpen waarom geestelijke verzorging de laatste jaren matig gefunctioneerd had in het BKZ. Verpleegkundigen gingen er wellicht van uit dat geestelijke verzorging alleen of vooral nodig is als genezen niet meer kan, dus aan het eind van (de mogelijkheden) van het zorgproces in het ziekenhuis. Dit leek me een misvatting, want zowel mijn persoonlijke ervaring als mijn ervaring in het ziekenhuis laten zien dat zingeving en levensbeschouwing aan de orde zijn in *alle* fasen van het ziek zijn en dus in *alle* fasen van het zorgproces, vanaf het eerste begin tot aan het eind.

De wens om met de kinderen en hun ouders het gesprek aan te kunnen gaan over wat hen bezig hield met betrekking tot hun (gezondheid)situatie, en wat dit voor hun leven en eventuele levensbeschouwing betekende, bleef in mij aanwezig. Op wat voor manier en op welk moment zou dit dan wel kunnen plaatsvinden, zonder dat dit vooraf al zou leiden tot een afwijzing, omdat men dacht dat het dan altijd en alleen over religie of de dood zou gaan? Hoe kon ik ervoor zorgen dat de naam ‘geestelijk verzorger’ niet een belemmering daarin zou betekenen en waarom is de zingeving en

levensbeschouwing niet überhaupt een vanzelfsprekend onderdeel van het algemene anamnesegegesprek?

Om verbetering in deze situatie te kunnen brengen richtte mijn aandacht zich (opnieuw) op de anamnese, zijnde het moment waarop niet alleen met de fysieke zorg een begin gemaakt kan worden, maar ook met de geestelijke zorg. Sterker nog: ik vermoedde dat een anamnese waarin ook levensbeschouwelijke of zingevingsonderwerpen opgenomen zouden zijn, een goede basis zou bieden voor de geestelijke verzorging tijdens de ziekte en in de fase van het vertrek of het aanstaande overlijden van een patiënt. Het leek mij dat het bieden van geestelijke verzorging daardoor meer voor de hand zou liggen en gemakkelijker aangeboden zou worden en dat zou een hele verbetering zijn.

Alhoewel mijn ervaring in het kinderziekenhuis de aanleiding is geweest voor mijn onderzoek, betreft mijn onderzoek niet uitsluitend het kinderziekenhuis. De focus van mijn onderwerp ligt op de zorg voor de spirituele dimensie van de patiënt in de anamnese, ongeacht in welke zorgomgeving dit zich afspeelt. Literatuur daarover ontbrak veelal en om deze redenen heb ik op een innovatieve manier literatuur moeten combineren. Daarvoor heb ik in de literatuur gezocht naar wat, theoretisch gezien, een anamnese zou moeten inhouden, als het gaat om het bieden van een goede zorg voor de gehele mens. Daarvoor heb ik geen onderscheid gemaakt tussen volwassenen en kinderen. De (spirituele) zorg voor kinderen, tenzij ze wat ouder zijn, verloopt doorgaans via de spirituele dimensie van de ouders. Het voor een belangrijk deel als een unit beschouwen leek mij dan ook acceptabel.

Het accent wat ik leg op de noodzaak van spirituele zorg vanaf de anamnese, wordt mogelijk nog pregnanter wanneer die zorg zich uitstrekt over niet alleen het kind, maar ook over de ouders en het hele gezin. Zij zijn de bedding van waaruit het kind de zorg voor zijn spirituele dimensie al dan niet kan ontvangen.

In het empirische deel van mijn onderzoek heb ik gekeken naar hoe dit zich in de praktijk laat aanzien. Mijn speciale focus daarbinnen was wat de factoren zijn, die de zorg in de anamnese voor zingeving en levensbeschouwing belemmeren, waar de belemmeringen mee samenhangen en welke oplossingen er mogelijk zijn.

1.2. Probleemstelling

Een ziekenhuisopname is doorgaans een stressvolle situatie. Voor de patiënt omdat de opname vaak gepaard gaat met gevoelens van angst, onzekerheid, bezorgdheid en pijn.

Voor de arts en verpleegkundige omdat er de taak ligt de patiënt goed te bevragen en te informeren over zijn situatie, behandelplannen en mogelijkheden te bespreken, en een diagnose te stellen. Het is doorgaans een eerste (wederzijdse) kennismaking, waar voor de patiënt veel van af hangt.

Gebleken is, uit zowel mijn stageonderzoek² als mijn scriptieonderzoek, dat de levensbeschouwelijke dimensie van de patiënt tijdens het anamnesegegesprek niet of nauwelijks aan bod komt. De anamnese betreft doorgaans voor de arts het doel een diagnose te kunnen stellen, met daarbinnen het helder krijgen van de hulpvraag van de patiënt. Wanneer er buiten deze dimensie andere dimensies worden betrokken, beperkt

² Corrie Hiwat, "Verslag Stageonderzoek Beatrix Kinderziekenhuis", (mei 2018), Privébezit.

zich dit tot psychosociale factoren.³ Voor de verpleegkundige betreft het de verpleegkundige diagnostiek en wat daarin aan zorginterventies nodig is.

De spirituele dimensie wordt in de anamnese niet structureel meegenomen. In die zin sluit de praktijk van de anamnese onvoldoende aan bij actuele inzichten en visies op het gebied van zorg en gezondheid, zoals bijvoorbeeld te lezen is in 'The forgotten dimension in health education research'.⁴ Als gevolg hiervan ontbreekt relevante informatie hierover in het dossier van de patiënt.

Het anamnesegesprek krijgt door zijn vanzelfsprekende gerichtheid op het fysieke een zekere eenzijdigheid. Daarnaast is het moment van opname vaak een moment waarin de zorgverleners scherp moeten varen op hun professionele vakkundigheid wat betreft de lichamelijke aspecten van de gezondheid van de patiënt. Gebrek aan tijd is daarnaast een veel genoemde oorzaak, maar ook dat men zich niet voldoende vertrouwd voelt met de spirituele dimensie van de zorg. Deze factoren met elkaar bepalen sterk de richting van het gesprek en zo ook de ruimte die de patiënt kan innemen voor de eigen vragen. Vanaf het begin beleeft de patiënt zorg daardoor als iets dat vooral gericht is op zijn lichamelijke gezondheid.

1.3. Doelstelling

Het onderzoek heeft tot doel om inzicht te krijgen in wat er nodig is om in het anamnesegesprek aandacht te hebben voor de levensbeschouwelijke en zingevingsvragen van de patiënt. Daarnaast heeft het onderzoek tot doel om inzicht te krijgen in hoe de informatie, die naar voren komt met betrekking tot de levensbeschouwing en zingevingsvragen van de patiënt, verankerd kan worden in het elektronisch patiënten dossier (EPD), zodat de patiënt en zorgverleners daar, indien nodig, op terug kunnen vallen. Het overkoepelende doel is ervoor te zorgen dat de levensbeschouwelijke en zingevingsdimensie van de patiënt een volwaardige plek krijgt binnen de zorg voor hem, in dienst van zijn algehele welzijn.

1.4. Vraagstelling en deelvragen

Hoe kan ervoor gezorgd worden dat de onderwerpen levensbeschouwing en zingeving in het anamnesegesprek structureel en op een adequate manier naar voren kunnen komen?

Daaruit zijn de volgende deelvragen naar voren gekomen:

- *Welke factoren werken belemmerend op het aandacht kunnen hebben voor levensbeschouwelijke en zingevingsonderwerpen in de anamnese?*

³ T.O.H. de Jongh, "Het afnemen van een anamnese," J.M. van Baalen et al. (Red.), *Leerboek anamnese, Kernboek* (Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2013), 58-67.

⁴ Steven R. Hawks et al, "The forgotten dimension in health Education Research," *Health Education Research* 23, no. 2 (April 2008): 319-324, <https://doi.org/10.1093/her/cym035>.

- *Hoe kan het anamnesegegesprek beter worden opgebouwd, om ervoor te zorgen dat de patiënt de ruimte en tijd krijgt om kenbaar te maken wat belangrijke levensbeschouwelijke en/of zingevingaspecten in zijn of haar leven zijn?*
- *Welk hulpmiddel is geschikt om aandacht voor onderwerpen op het gebied van levensbeschouwing en zingeving een structurele plaats te geven in de anamnese?*
- *Hoe kan het EPD zo worden vormgegeven dat de levensbeschouwelijke en zingevingvragen van de patiënt daarin verankerd worden?*

1.5. Ontwerp en methoden van onderzoek

Om te onderzoeken hoe de zorg voor de spirituele dimensie van de patiënt in de anamnese bevordert en geïmplementeerd kan worden, is er voor een kwalitatief onderzoekontwerp gekozen, waarbinnen ik het Beatrix Kinderziekenhuis heb gebruikt als onderzoeksveld om het gesignaleerde probleem te beschrijven. Als onderzoeksmethoden heb ik gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews; een beperkt interventieonderzoek; een literatuurstudie en een praktijkonderzoek.⁵

1.5.1. Semigestructureerde interviews

Dit deel van het onderzoek omvatte 18 semigestructureerde interviews. De respondenten bestonden uit 3 groepen. Groep een bestond uit 6 patiënten, waarvan 3 kinderen in de leeftijd tussen 8 en 14 jaar, en twee moeders en een vader. Groep twee bestond uit 9 primaire zorgverleners, waarvan er 6 verpleegkundige waren en 3 arts. Groep drie bestond uit 3 geestelijk verzorgers. Op deze manier heb ik ernaar gestreefd alle belanghebbenden aan het woord te laten.

Alle interviews, behalve die met de patiënten, hebben plaats gevonden op de locatie van het Beatrix Kinderziekenhuis. De groep patiënten heb ik in hun huis bezocht. Als criteria voor inclusie heb ik gekozen voor die groepen die betrokkenen zijn bij de anamnese, en voor de zorgdisciplines die het meest te maken krijgen met de zorg voor de spirituele dimensie. Criteria voor exclusie waren die zorgdisciplines, die geen directe betrokkenheid hadden met de anamnese of met de spirituele dimensie van de zorg.

Bij de interviews zijn als hulpmiddel drie verschillende vragenlijsten gebruikt, passend bij en relevant voor de drie doelgroepen. De reden daarvoor was dat ik enerzijds antwoord wilde krijgen op specifieke vragen, anderzijds de respondenten de vrijheid wilde bieden om op eigen wijze hun antwoorden te formuleren en ruimte wilde geven voor aanvullingen en/of opmerkingen. De vragen voor de primaire zorgverleners waren uitgebreider omdat zij ook vragen kregen over het specifieke terrein van hun professie en over de anamnese bij de opname, terwijl dit voor de andere doelgroepen niet, of op een andere manier relevant was.

De doelgroep primaire zorgverleners heb ik als één groep benaderd, ondanks de verschillende rollen en functies. Beide groepen nemen de anamnese af en ontvangen training in hoe dit te doen. Zij hebben negen semigestructureerde vragen voorgelegd gekregen. (Bijlage I.)

⁵ Alan Bryman, *Social Research Methods*, 4th edition (Oxford: Oxford University Press, 2012), 46-66.

Voor de doelgroep patiënten zijn er ouders met kinderen uit mijn eigen woonomgeving geïnterviewd. Voor deze vorm is gekozen vanuit de gedachte dat elk mens, of een potentiële patiënt is, of een ervaring heeft als patiënt. Dit bleek ook in de praktijk het geval te zijn. Deze populatie is gekozen om zoveel mogelijk overeenstemming te bereiken met het BKZ, ook al ging het daarbij niet om patiënten van het BKZ.

Allen zijn geïnformeerd over het doel en inhoud van het onderzoek en hebben zelf (of de ouders) toestemming daarvoor gegeven. Zij hebben zeven semigestructureerde vragen voorgelegd gekregen. Met de twee jongste kinderen heb ik een gesprek gehad, zonder me precies aan de vragen te houden. (Bijlage II.) De doelgroep geestelijk verzorgers kreeg eveneens 7 semigestructureerde vragen voorgelegd. (Bijlage III.) Alle betrokkenen zijn in het onderzoek en in de verslaglegging geanonimiseerd.

1.5.2. Interventieonderzoek

Dit deel van het onderzoek omvatte een interventieonderzoek waarin ik de primaire zorgverleners heb gevraagd of zij tijdens de anamnese gebruik wilden maken van drie voorbeeldvragen. Ondanks de zeer beperkte schaal van dit deel van het onderzoek, voelde ik toch de noodzaak om de verkregen informatie uit de interviews op een of andere manier te testen. Gezien de beschikbare tijd was het niet mogelijk om daadwerkelijk verbetervoorstellen uit te proberen. Wel kon ik aftasten bij verschillende betrokkenen wat zij ervan zouden vinden, als de anamnese en de vastlegging daarvan in het EPD in de toekomst op een iets andere manier zou gaan.

Concreet heb ik als vorm daarvoor enkele vragen geformuleerd waarvan ik meende dat die geschikt waren om te stellen aan de patiënt in de anamnese. Die vragen waren:

1. Wat moeten wij beslist van u weten, zodat we u goed kunnen begrijpen en begeleiden in deze periode?
2. Wat geeft u gewoonlijk kracht in moeilijke tijden?
3. Is er op dit moment iets wat ik voor u kan doen om u te steunen?

Aan de patiënten is gevraagd hoe zij het gevonden zouden hebben om tijdens hun opname deze vragen gesteld te krijgen. Aan de artsen en verpleegkundigen is gevraagd hoe zij het zouden vinden deze vragen aan de patiënt te stellen tijdens de anamnese. Vervolgens heb ik aan deze laatste groep gevraagd of zij bereid zijn dit in de praktijk te toetsen. Vijf respondenten stemden daarmee in en zij hebben hun ervaringen met mij gedeeld. Deze zijn te vinden in het hoofdstuk dat gaat over verbetervoorstellen.

Ondanks dat er vanuit de wetenschap die zich bezig houdt met het geestelijke domein van de mens, en de vragen die ons daarvoor in het gesprek met de patiënt ter beschikking staan, heb ik gemeend mijn eigen vragen te moeten formuleren. De belangrijkste reden daarvoor was dat mijn vragen met name bedoeld zijn, voor gebruik binnen de algemene anamnese, aan de start van het zorgproces. Daarnaast was het belangrijk dat zij bruikbaar waren voor de primaire zorgverlener omdat zij het zijn die bij opname het anamnesegebesprek hebben met de patiënt. De vragen moeten hen in staat stellen om de spirituele dimensie met de patiënt te kunnen betreden. Zou dit gesprek

door een andere zorgverlener gehouden worden, zou ook voor hem gelden dat de vragen hem in staat moeten stellen om binnen een anamnesegebesprek aandacht te hebben voor de spirituele dimensie van de patiënt.

Binnen bestaande literatuur zijn er verschillende vragenmodellen beschikbaar voor het gesprek over de spirituele dimensie. Zoals bijvoorbeeld het 7x 7 model van Fitchett,⁶ of de zogenaamde 'FICA' vragen (Faith, Importance, Community, Address in Care),⁷

Er zijn echter een aantal redenen waarom ik niet voor deze vragen heb gekozen. Ze zijn tot stand gekomen vanuit de Amerikaanse (zorg)cultuur en niet vanzelfsprekend overdraagbaar naar die van Nederland. Zij laten een sterkere religieuze gerichtheid zien dan wenselijk is voor de gemiddelde Nederlandse patiënt, voor wie religieus getinte vragen zelfs op weerstand kunnen stuiten. De spirituele dimensie van de patiënt kent meer schakeringen dan een religieuze en de vragen die daarvoor geschikt zijn behoren dan ook dat bredere spectrum te reflecteren.

Daarnaast zijn de vragen uit de Amerikaanse modellen ook meer gericht op het assessmentgesprek, (beoordelen van *wat* er nodig is aan spirituele zorg). De vragen zijn mede daardoor onvoldoende behulpzaam voor in de algemene anamnese, die toch vooral op een eerste screening (inschatting van *of* er spirituele zorg nodig is) gericht moet zijn.

Een andere reden voor mij om geen gebruik te hebben willen maken van de bestaande vragen heeft te maken met mijn eigen ervaring in de gezondheidszorg. Daarin heb ik ruim dertig jaar, vrijwel zonder uitzondering, gebruik gemaakt van deze vragen binnen elk eerste consult (is het equivalent van de anamnese) dat ik met mijn patiënten had. Ook in de vervolggconsulten bleken deze vragen, om te komen tot een gesprek over wat mensen op spiritueel en levensbeschouwelijk gebied bezig houdt, keer op keer goed bruikbaar te zijn.

Door ook tijdens mijn stage in het BKZ gebruik te maken van deze vragen, kan ik stellen dat ik de geschiktheid van de vragen vanuit twee posities heb kunnen vaststellen. De positie van zowel primaire zorgverlener als die van geestelijk verzorger.

De keuze voor een interventieonderzoek⁸ als onderdeel van mijn empirisch onderzoek, komt voort uit de wens te testen of het gebruik van de vragen er voor zouden zorgen dat de belemmering, om binnen de anamnese aandacht te besteden aan de spirituele dimensie van de patiënt, inderdaad de drempel om dit te doen zou verlagen of wegnemen. Binnen het verband van een anamnesegebesprek is het vragen naar de spirituele dimensie van de patiënt bovendien in overeenstemming met de zorg zoals hij geacht wordt geboden te worden.

1.5.3. Literatuuronderzoek

⁶ George Fitchett, "Assessing Spiritual Needs in a Clinical Setting: The 7 x 7 Model for Spiritual Assessment," 1993, http://www.ecrsh.eu/mm/Fitchett_-_Keynote_ECRSH14.pdf, 12.

⁷ Christina M. Puchalski & Anna.L Romer, "Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully," *J Pall Med* 3, (Spring 2000): 129-137, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15859737>.

⁸ Ben Baarda, *Dit is onderzoek* (Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers 2014), 52-57.

Met betrekking tot de hoofd- en deelvragen heb ik literatuur bestudeerd en gebruik gemaakt van zowel wetenschappelijke als van professionele praktijkbronnen. De wetenschappelijke bronnen hadden betrekking op de functie, betekenis en inhoud van het anamnesegeprek in het algemeen en specifiek in relatie tot de spirituele dimensie.

Verder heb ik gebruik gemaakt van literatuur met betrekking tot het ziekenhuis en de zorg voor de spirituele dimensie van de mens; literatuur met betrekking tot de zorg voor de gehele mens en de zorgvisie die daarbij aansluit; literatuur met betrekking tot de spirituele zorg voor kinderen en literatuur met betrekking op de vereiste competentie(s) van de primaire zorgverlener in het aandacht kunnen hebben voor spirituele (zorg)vragen van de patiënt. Voor het vinden van bovengenoemde literatuur heb ik gebruik gemaakt van de databases: Smartcat, Google Scholar, Pubmed en Scopus, en de zoektermen:

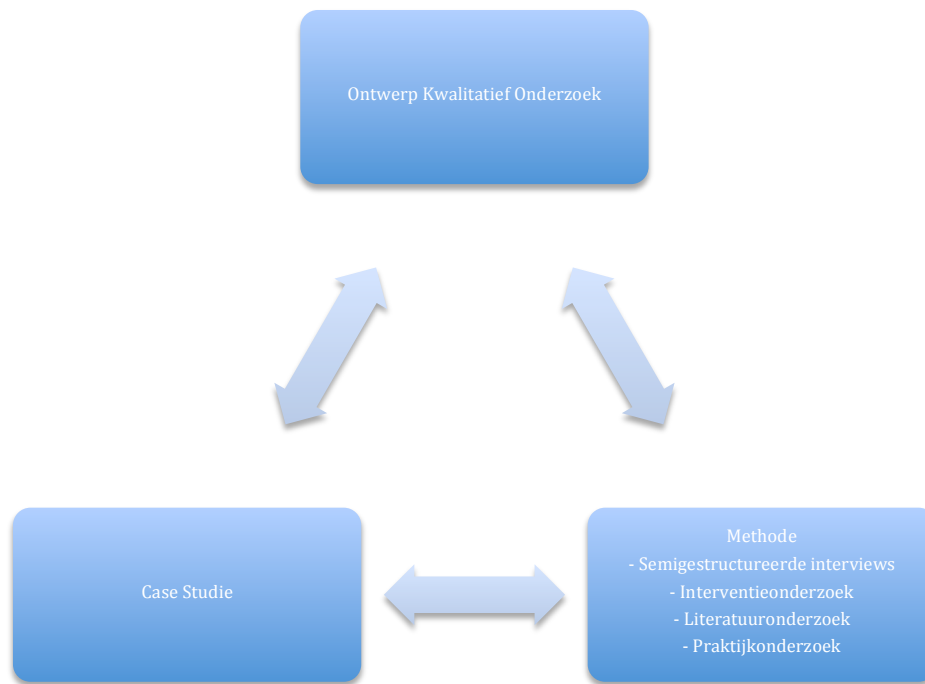
- Anamnese en geestelijke verzorging
- Anamnesis AND spiritual care
- Spirituele zorg in de anamnese
- Spiritual care OR children
- Geestelijke zorg en kinderziekenhuis
- Intakegesprek en geestelijke verzorging

1.5.4. Praktijkonderzoek

Voor het praktijkonderzoek heb ik gekeken naar de zorgvisie van het Universitair Medisch Centrum Groningen en de plek die zorg voor spiritualiteit en levensbeschouwing daarin heeft; ik heb de curricula van de opleiding van verpleegkundigen en artsen onderzocht, om zicht te krijgen op wat er van hen gevraagd wordt als het gaat over zorg dragen voor de spirituele dimensie van de mens.

Ik heb gebruik gemaakt van de pilotstudie die heeft plaats gevonden in het UMCG. Dit betrof de training van verpleegkundigen, werkend binnen de afdeling A1VA, gericht op het ontwikkelen van competenties in het kunnen verlenen van spirituele zorg.

Het in het BKZ gebruikte elektronische patiënten dossier is onder de loep genomen, met speciale aandacht voor de mogelijkheid om verslaggeving te kunnen doen over de spirituele dimensie van de patiënt. Dit onderwerp heb ik alleen besproken met de primaire zorgverleners en de geestelijk verzorgers.



Figuur 1. Visuele representatie van de opbouw van het onderzoek.

1.5.5. Beoogde resultaten

Bij de start van het onderzoek had ik voor ogen dat het tenminste als resultaat zou hebben dat mijn onderzoek inzicht zou geven in de factoren die een rol spelen in het, al dan niet, aandacht hebben voor zingeving en levensbeschouwing in de anamnese. Daarnaast hoopte ik dat het onderzoek inzicht zou geven in de mogelijkheden en voorwaarden voor verbetering van de anamnese, zodanig dat goede, complete zorg al vanaf de anamnese vorm zou kunnen krijgen.

Alhoewel het empirische deel van mijn onderzoek zich heeft afgespeeld binnen de context van het Beatrix Kinderziekenhuis, het is vooral mijn wens geweest om een algemene bijdrage te willen leveren aan de discussie die de zorg voor de spirituele dimensie van de patiënt tot onderwerp heeft. Mijn specifiek bijdrage daarbinnen ligt in de toevoeging anamnese.

Hoofdstuk 2 – Literatuuronderzoek

2.1. Inleiding

Dit hoofdstuk behandelt de theorie die ten grondslag ligt aan wat er onder goede zorg verstaan wordt, benaderd vanuit het uitgangspunt dat alle vier de dimensies van de mens onderdeel moeten uitmaken van die zorg. Het heeft als doel helder te maken waar er op dit gebied een spanningsveld bestaat tussen de theorie en de praktijk van zorg en hoe daartussen een brug geslagen kan worden. De anamnese, als fundamenteel onderdeel van de vierdimensionale zorg, krijgt binnen dit geheel een eigen plek en vormt het centrale onderwerp. Achtereenvolgens komen de volgende onderwerpen aan bod:

- Definities van spiritualiteit
- Spirituele zorg binnen de vier dimensies van zorg
- De anamnese
- Richtlijnen voor het anamnese
- De functie van de anamnese binnen het vierdimensionale zorgmodel
- De positie van de patiënt in de anamnese

Deze onderwerpen worden opgevolgd met de bespreking van de literatuur die de norm voor de zorg voor de spirituele dimensie van de patiënt als centrale focus heeft. Daarbinnen is gekeken naar hoe die norm, in de praktische toepassing ervan, tot zijn recht kan komen. Ik ga in op het verschil tussen de Nederlandse en Amerikaanse zorgcultuur en de invloed daarvan op de keuze voor mijn drie interventievragen. Ik bespreek de rol van de primaire zorgverlener in het verlenen van zorg voor de spirituele dimensie van de patiënt en de belemmeringen die daarbij naar voren komen. Tot slot bespreek ik de training van de primaire zorgverlener.

- Spirituele dimensie een normatieve vereiste: het model van Katharine Kolcaba
- Spiritualiteit in de anamnese: praktische invulling
- Het model van Marjory Gordon
- Spiritualiteit binnen de Nederlandse zorg
- Het ABC model
- De rol van de primaire zorgverlener in de anamnese: Joep van de Geer
- Belemmeringen in de toepassing van de zorg voor de spirituele dimensie
- Training van de primaire zorgverlener

Waar mogelijk is theorie gebruikt die specifiek van toepassing is op ziekenhuiszorg. Daarnaast is theorie gebruikt die uit andere sectoren van de zorg afkomstig is, zoals de sector Verzorging, Verpleging en Thuiszorg (VVT). De relatie tussen deze verschillende sectoren waarin zorg geboden wordt, ligt in het feit dat zij alle te maken hebben met de anamnese, de verslaggeving ervan in een patiëntendossier en de zorg voor het spirituele welzijn van de patiënt.

2.2. Definities van spiritualiteit

In 'Psychology, Religion and Spirituality' van James Nelson lezen we dat het begrip spiritualiteit de laatste decennia onderdeel is gaan worden van de gangbare taal en staat voor de zoektocht naar het transcendente.⁹ Voorheen was het vooral een begrip dat gebruikt werd om het onderscheid duidelijk te maken tussen het kerkelijke en religieuze leven en het wereldse en materialistische leven. Vandaag de dag heeft het overlappende én verschillende betekenissen die we terug kunnen vinden in zowel de populaire definities van het wereldwijdeweb, als in wetenschappelijke kringen.

Om spiritualiteit te definiëren wordt er bijvoorbeeld onderscheid gemaakt tussen religie en spiritualiteit. Nelson verwijst daarbij naar Sinnott.¹⁰ Sinnott meent dat spiritualiteit de relatie beschrijft van de mens tot het heilige, terwijl religie verwijst naar een specifieke geloofsovertuiging en het naleven daarvan in gedrag en handelingen.¹¹

De beperking van deze definitie is dat hij een enigszins kunstmatige scheiding aanbrengt tussen spiritualiteit en religie. Voor een diep religieus mens zal de geloofsovertuiging en de handelingen die daaruit voortkomen een directe uitdrukking zijn van de relatie die hij tot, of met god heeft. Een begrip hanteren als heilig heeft het bovendien in zich verschillende associaties op te roepen, wat niet bevorderlijk is als het gaat om het geven van een definitie. Wat als heilig gezien of ervaren wordt kan voor mensen verschillend liggen. Het is dan ook, hoe betekenisvol op zichzelf, een beperkt bruikbaar begrip om in de dagelijkse praktijk mee te kunnen werken.

Aan de andere kant zijn er theologen die liever een minder sterk accent leggen op het onderscheid tussen spiritualiteit en religie. In hun ogen is spiritualiteit het domein waarbinnen religie zijn uitdrukking vindt, als mogelijk aspect ervan.¹² Spiritualiteit als domein, religie als dimensie. Deze definitie komt dichterbij mijn idee over waar het om gaat als, naast religie, zingeving en levensbeschouwing ook tot dezelfde dimensie behoren.

Begrippen als domeinen en dimensies worden overigens vaak door elkaar gebruikt. Theoretisch zijn ze wellicht te onderscheiden, praktisch gezien ligt dit minder eenvoudig. Totdat ik beter weet, vertegenwoordigt het domein voor mij het gebied waarbinnen een dimensie zich manifesteert.

In zijn boek 'Antwoord geven op het leven zelf'¹³ gebruikt Smit het begrip spiritualiteit weer anders. Hij maakt gebruik van de term levensbeschouwing in plaats van spiritualiteit en plaatst dit binnen het domein van zingeving. Spiritualiteit omschrijft hij met het begrip 'inschrijfbaar', waarmee hij bedoelt dat het op verschillende manieren gebruikt kan worden, afhankelijk van het discours waarin het gebruikt wordt. Hij stelt dat levensbeschouwing als een werkwoord opgevat kan worden, omdat het gaat om het beschouwen van het menselijke leven in de wereld. Bij hem zien we dezelfde indeling tussen domein en dimensie, met zingeving als het domein waarbinnen levensbeschouwing (dimensie) de uitdrukking van die zingeving is. Deze omschrijving

⁹ James M. Nelson, *Psychology, Religion and Spirituality* (New York: Springer, 2009), 8.

¹⁰ Nelson, *Psychology, Religion and Spirituality*, 9.

¹¹ Jan D. Sinnott, "Introduction: Special Issue on Spirituality and Adult Development, Part I," *Journal of Adult Development* 8, no. 4 (October 2001): 199-200, <https://doi.org/10.1023/A:1011353527010>.

¹² Nelson, *Psychology, Religion and Spirituality*, 8.

¹³ Job Smit, *Antwoord geven op het leven zelf: Een onderzoek naar de basismethodiek van de geestelijke verzorging* (Delft: Eburon, 2015), 78.

sluit mogelijk beter aan bij de mens die moeite heeft met de term spiritualiteit, wat zeker niet onbelangrijk is voor de geestelijk verzorger die hier direct mee te maken heeft. Toch blijft het wat op haarkloverij lijken.

De definitie van spiritualiteit van de Vereniging voor Geestelijk VerZorgers, (VGVZ) is gestoeld op het uitgangspunt van een definitie die vooral *praktisch* bruikbaar moet zijn. Voor hen vertegenwoordigen de begrippen spiritualiteit en geestelijke verzorging twee kanten van één medaille, die onderling uitwisselbaar zijn.¹⁴ Definitie en toepassing gaan samen en dat klinkt aannemelijk, maar de vraag blijft hoe dit dan precies in zijn werk gaat.

Tenslotte wil ik de definitie benoemen die naar mijn mening de meeste ruimte laat voor een spiritualiteit die zowel seculier als religieus beleefd kan worden. Dit is belangrijk voor mij, gezien mijn ervaring van alledag, werkend in het BKZ en gezien de inhoud van mijn scriptie. Daarin ligt het accent op het mogelijk maken om spirituele zorg te kunnen bieden aan mensen die zichzelf vaak helemaal niet herkennen als spiritueel.

In zijn Engelstalig proefschrift definieert Joep van de Geer spiritualiteit als volgt: “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, the self, to others, to nature, to the significant and/or the sacred”. “The spiritual field encompasses:

- existential questions (concerning, for example, 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 (that is, the things most important to a 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, one’s relationship with God and the ultimate).”¹⁵

Deze definitie spreekt mij aan vanwege de genuanceerdheid, de gelaagdheid en de veelzijdigheid. Het is een definitie waarin spiritualiteit het domein is waarbinnen de dimensies zingeving en levensbeschouwing, al dan niet religieus gekleurd, zich zowel *impliciet* als *expliciet* kunnen tonen. De definitie biedt ruimte aan alle facetten van het leven. Juist vanwege het impliciete aspect ervan kon ik met patiënten over diepe spirituele kwesties spreken, die dit anders mogelijk niet zouden hebben gedaan. Dit kon zonder dat woorden als religie of spiritualiteit genoemd werden. Deze mate van vrijheid in het gesprek met de ander, heb ik als vruchtbaar ervaren en passend bij een zorgbenadering die aan alle patiënten recht doet.

Samengevat kan ik zeggen dat ik in het vervolg van het onderzoek gekozen heb voor de definitie van Van de Geer, omdat deze naar mijn mening maximaal aansluit bij

¹⁴ De Vereniging van Geestelijk VerZorgers (VGVZ) spreekt in het ‘Document ter onderbouwing van de noodzaak van geestelijke verzorging in de palliatieve fase bij mensen thuis’, zowel van spirituele als geestelijke zorg en beschrijft daarin ook het gebruik van beide begrippen: “De term ‘spiritualiteit’ is moeilijk te definiëren. De definitie van palliatieve zorg volgens de WHO (2002) spreekt over “*spiritual care*” naast de aandacht voor lichamelijke en psychosociale problemen”.

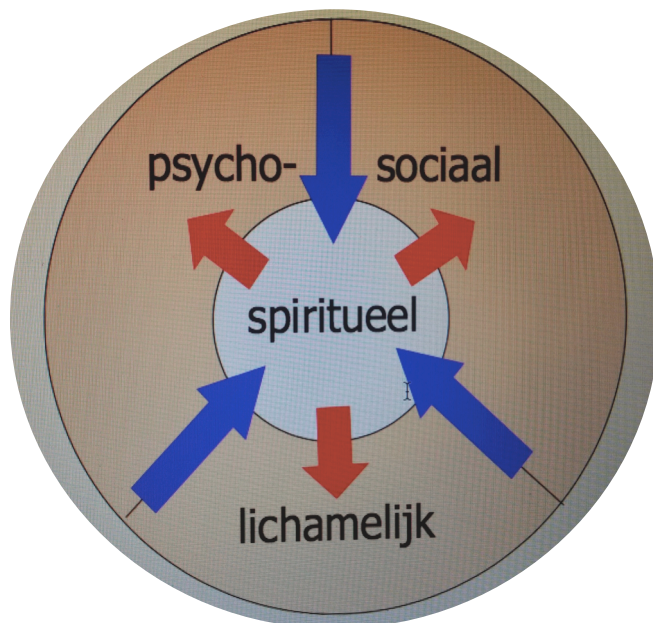
¹⁵ Joep van de Geer, *Learning spiritual care in Dutch hospitals: The impact on healthcare of patients in palliative trajectories* (Ede: GVO, 2017), 19.

een inhoud die voor zowel gelovigen, als niet-gelovigen herkenbaar en toegankelijk is. Binnen deze definitie kan er gesproken worden over geloof en religie én over wat voor niet-gelovigen belangrijk is in het leven en hoe zij daaraan, in ruime zin, betekenis willen geven. Beide visies kunnen op deze manier tot uitdrukking komen in de dimensies die deel uitmaken van het spirituele domein.

2.3. Spirituele zorg binnen de vier dimensies van zorg

Geestelijke verzorging voor de mens, gezond of ziek, is zo oud als dat er zorg voor de mens bestaat. In het verleden werd deze zorg ambtelijk ingevuld en behoorde tot het domein van de kerk.¹⁶ In Nederland ontstond hernieuwde aandacht voor de spirituele zorg voor de mens nadat, mede door de secularisatie sinds de jaren 50-60 van de vorige eeuw, de kerken waren leeggestroomd en velen meenden dat God dood was en religie obsoleet. De opbloeiende spirituele zorg was in eerste instantie het duidelijkst waarneembaar binnen de palliatieve zorg.¹⁷

Aan het aanvankelijke biomedische model van de zorg, was nu weliswaar de component psychosociaal toegevoegd, maar de specifiek spirituele dimensie van de mens bleef daarin ontbreken.¹⁸ Uiteindelijk is de beroepsgroep gekomen tot een vierdimensionaal zorgmodel, gebaseerd op de vier dimensies van het menselijk leven. Onderstaande afbeelding toont de spirituele dimensie als het fundament *onder* en de verbinding *tussen* alle dimensies van het mens-zijn.



Figuur 2. De nieuwe richtlijn spirituele zorg 2011. Bron: Agora werkgroep 'Ethiek en Spirituele zorg'.

De invloed op het welzijn van de mens die zorg ontvangt in al zijn dimensies, wordt inmiddels breed onderkend. Zo heeft onderzoek met betrekking tot het vermogen

¹⁶ Jaap Doolaard, ed. *Nieuw handboek geestelijke verzorging*. 3^e druk. Utrecht: Kok, 2015.

¹⁷ Carlo Leget, *Ruimte om te sterven* (Lanoo: Tiel, 2003), 81.

¹⁸ Van de Geer, *Learning spiritual care in Dutch hospitals*, 43.

van de mens om te kunnen gaan met ziekte, een positieve relatie laten zien tussen spiritualiteit en gezondheid, en is gebleken dat de verschillende dimensies een samenhang tonen en van invloed zijn op elkaars functioneren.¹⁹ Als zodanig kunnen zij de kansen op herstel positief of negatief beïnvloeden. Daarnaast is gebleken dat deze dimensies van invloed zijn op de kwaliteit van leven en de kwaliteit van sterven.²⁰

Het wettelijk recht op geestelijke verzorging, wanneer men langer dan 24 uur in een zorginstituut moet verblijven, is gebaseerd op de vrijheid op godsdienst.²¹ De erkenning van het belang van een zorg voor de spirituele dimensie van de patiënt in algemene zin, heeft er mede toe geleid dat deze vorm van zorg uitgebreid is geworden naar alle patiënten, ongeacht hun spirituele 'kleur'. De aandacht voor de spirituele dimensie binnen de palliatieve zorg heeft zich vertaald naar de huidige 'Guidelines for Spiritual Care in Palliative Care'.²² Deze guidelines zijn tot stand gekomen in overeenstemming met de Europese guidelines, en zowel op politiek als op professioneel niveau erkend en aangenomen als standaard voor goede zorg.

Alhoewel binnen deze guidelines de nadruk op palliatieve zorg ligt, zijn ze niet exclusief voor dit terrein van de zorg. Joep van de Geer zegt hierover dat de zorg voor het spirituele domein ook van belang is voor acute zorg, chronische zorg en de zorg die leidt tot genezing.²³ Dit sluit aan bij mijn uitgangspunt dat de zorg met betrekking tot de spirituele dimensie van de patiënt niet verbonden mag worden aan de aard of ernst van de benodigde zorg. Het is immers kenmerkend voor de spirituele dimensie dat deze zich manifesteert in alle lagen van de mens en bij alle gebeurtenissen die hem overkomen.

Het is daarom niet aan de 'buitenstaander' om te beoordelen of de spirituele dimensie wel of geen plaats heeft in de zorg, maar aan degene die daar 'van binnen' bij betrokken is. Het belang ervan en de mate waarin aandacht voor het spirituele nodig is, moet met de patiënt geëxploreerd worden.

Op basis van dit alles mag gesteld worden dat spirituele zorg een fundamenteel onderdeel is van de algehele zorg voor de zieke mens. Dit blijkt ook als we de aandacht speciaal richten op de anamnese.

2.4. De anamnese

De term anamnese stamt uit het prille begin van de professionele (medische) zorg en wordt ook wel het intakegesprek genoemd. Het betekent letterlijk 'herinnering'

¹⁹ Harold G. Koenig, "Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications," *ISRN Psychiatry* Article ID 278730 (December 2012): 33 pages, <https://doi.org/10.5402/2012/278730>.

²⁰ Komatra Chuengsatiansup, "Spirituality and health: An initial proposal to incorporate spiritual health in health impact assessment," *Environmental Impact Assessment Review* 23, no. 1 (2003): 3 – 15, <https://www.who.int/hia/examples/overview/whohia203/en/>.

²¹ In "artikel 6 van de Grondwet" is het recht op vrijheid van godsdienst en levensovertuiging vastgelegd. Daaruit vloeit voort het recht op vrije toegang tot geestelijke zorg. Dat is ook de grondslag voor de verplichte beschikbaarheid van geestelijke verzorging in zorginstellingen, in de krijgsmacht en in penitentiaire inrichtingen. "Grondwet," Overheid, geraadpleegd 13 januari 2019, <http://wetten.overheid.nl/BWBR0001840/2017-11-17>.

²² Deze herziende richtlijn 'zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase', is bedoeld om elke zorgprofessional die betrokken is bij de zorg aan mensen in de palliatieve fase een leidraad te geven, geraadpleegd 13 januari 2019, <https://www.ikn.nl/palliatieve-zorg/kwaliteitskader-palliatieve-zorg>.

²³ Van de Geer, Learning spiritual care in Dutch hospitals, 28.

en het markeert de start van de zorg. In het ziekenhuis wordt dit door de primaire zorgverleners gedaan (arts en verpleegkundige). Het doel van de anamnese is een medische diagnose te kunnen stellen en een verpleegkundige diagnose. De anamnese bestaat doorgaans uit een deel gesprek, een lichamelijk onderzoek en eventueel aanvullend onderzoek. De verslaglegging van de anamnese gebeurt in het UMCG, waaronder het BKZ, sinds 2018 rechtsreeks in het Elektronisch Patiënten Dossier. In het algemeen wordt daarin het volgende vastgelegd:

- de inhoud van het medisch handelen;
- gegevens die een rol spelen bij het onderhouden van de continuïteit van de zorg;
- gegevens die voor een patiënt ook bij de volgende behandeling of een volgend onderzoek relevant zijn;
- schriftelijke wilsverklaringen van de patiënt.²⁴

2.5. Richtlijnen voor de anamnese

Voor de anamnese worden verschillende richtlijnen gegeven, afhankelijk van situatie en doel. Ook met betrekking tot de spirituele anamnese bestaan er richtlijnen, maar ontbreken er wettelijke kaders.²⁵ De richtlijnen voor de zogenaamde 'algemene anamnese' gelden voor alle patiënten die opgenomen worden in een zorginstituut.

De richtlijnen voor de spirituele anamnese, zoals bijvoorbeeld die van Fitchett, 'FICA' en 'De lastmeter'²⁶ staan niet speciaal in dienst van het algemene anamnesegebesprek, waarin het met name om een eerste inschatting (screening) gaat en niet om een beoordeling (assessment) van wat de spirituele zorg moet inhouden.

De anamnese binnen een kinderziekenhuis heeft eigen kenmerken vanwege het feit dat de patiënt vaak niet zelf het gesprek kan voeren, maar dat de ouder(s) of zorgverlener dat voor- en namens hen doet. Dit wordt aangeduid met de term heteroanamnese. Elke specifieke zorgomgeving zal haar eigen specifieke zorgvragen met zich meebrengen. De overeenkomst tussen de verschillende zorgsituaties is dat er altijd sprake zal zijn van een anamnesegebesprek en dat de spirituele dimensie onderdeel moet uitmaken van dat anamnesegebesprek.

De feitelijke inhoud van de anamnese, wordt bepaald door het gesprek tussen de patiënt en de zorgverlener. Daarin vertelt de patiënt over de (voor)geschiedenis van zijn ziekte of het ontstaan ervan en de arts of verpleegkundige vraagt naar de gegevens die hen helpen om tot een diagnose te komen en een behandelplan op te stellen. Ondanks

²⁴ "Omgaan met medische gegevens," van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij Geneeskunde (KNMG-richtlijn), geraadpleegd januari 16, 2019, <https://www.knmg.nl>.

²⁵ De beroepsgroep voor zorgprofessionals (V&VN) heeft richtlijnen opgesteld ten aanzien van verpleegkundige en verzorgende verslaglegging. Daarbinnen zijn ook de wettelijke kaders gegeven, geraadpleegd februari 18, 2019, <https://www.venvn.nl/Portals/30/Thema/Verpleegkundige%20Indicatiestelling/20111129%20Richtlijn%20verslaglegging%208%20sept%202011.pdf>.

²⁶ De lastmeter is een instrument waarmee ingeschat en beoordeeld kan worden wat er aan psychosociale zorg nodig is. Met betrekking tot spirituele zorg, voldoet hij op dit moment nog niet helemaal.

het feit dat zowel de patiënt als de primaire zorgverlener hetzelfde doel hebben, kan er in dit proces verschil ontstaan over het idee hoe dit doel het best te dienen.

2.6. De functie van de anamnese binnen het vierdimensionale zorgmodel

Het onderwerp spiritualiteit, als onderdeel van de vier dimensies van de mens, werd in eerste instantie vooral besproken in relatie met palliatieve zorg.²⁷ Ongeneeslijk ziek zijn of geconfronteerd worden met de eindigheid van het leven, laat duidelijk zien dat er bij de mens die in deze fase verkeert nood bestaat aan een vorm van zorg die aandacht geeft aan hun spirituele (zorg)vragen.

De invloed op het welzijn van de mens die zorg ontvangt voor zijn spirituele dimensies wordt onderkend binnen zowel de algemene als de gespecialiseerde zorg. Een anamnese die ruimte biedt aan die dimensie drukt de intentie uit gedurende het gehele zorgverleningsproces zorg te willen bieden waarbij de gehele mens in beeld is. De anamnese legt immers de basis voor elke fase van het zorgproces, waaronder de fase van behandeling, vertrek of overlijden. Die intentie mag dan niet afhankelijk zijn van de persoonlijke goede wil, maar moet getuigen van een professionele inzet die als fundament een normatief karakter heeft.

Dit is ook gebleken binnen de palliatieve zorg. Die behoefte bestaat niet alleen als het om ernstige en levensbedreigende situaties gaat, ook in de algemene zorg is er behoefte aan een zorg die de spirituele dimensie bij die zorg betreft.

2.7. De positie van de patiënt in de anamnese

Omdat de anamnese de eerste confrontatie is van de patiënt met zijn zorgafhankelijkheid, is het van essentieel belang dat die ontmoeting een *gesprek* is en niet een vragenlijst die wordt afgewerkt. Naast een eerste confrontatie met zijn zorgafhankelijkheid, is het ook het eerste moment voor de patiënt waarin hij uitdrukking kan geven aan wat zijn ziek-zijn voor hem als mens betekent. De opvatting over wat een optimale behandeling zou moeten inhouden kan dan ook tussen zorgverlener en patiënt verschillend liggen. Een optimale behandeling wordt in de ogen van de patiënt, blijkt, mede bepaald door hoe die behandeling door hem wordt ervaren. Dat laatste is afhankelijk van hoe de patiënt bejegend wenst te worden. *“Ondanks dat ik op mijn vraag van de ene arts een duidelijk antwoord kreeg en de andere arts minder concreet was, had ik door zijn prettige bejegening het gevoel dat ik door hem beter begrepen en geholpen was.”* Dit vertelde een zorgverlener mij als antwoord op de vraag wat voor hem goede zorg is.

Alleen in een gesprek kunnen alle betrokken gesprekspartners tot hun recht komen. Wat echter blijkt uit literatuuronderzoek is dat, ondanks de brede erkenning van de centrale positie van de patiënt in de zorg, de zorgverlener doorgaans bepaalt wat er in het anamnesegeprek vooral aan bod komt.²⁸ J.A.M. Schouten schrijft in zijn boek

²⁷ “Kwaliteitskader palliatieve zorg NL,” Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL), geraadpleegd 18 februari 2019, <https://www.iknl.nl/palliatieve-zorg/kwaliteitskader-palliatieve-zorg>.

²⁸ J.A.M. Schouten, *Anamnese en Advies: Nieuwe richtlijnen voor de informatie-uitwisseling tussen arts en patiënt* (Alphen a/d Rijn/Brussel: Samson Stafleu, 1986), 38.

over de anamnese dat onderzoeken hebben aangetoond dat in het consult bij de arts de opvattingen van de patiënt over wat er met hem aan de hand is, vaak worden veronachtzaamd.²⁹ *“Als er vragen vanuit een soort van automatisme aan me gesteld worden, zonder echte belangstelling, heb ik liever geen vragen over mijn manier van in het leven staan, maar anders, ja graag!”*, vertelde een patiënt mij.

Zelfs binnen de palliatieve zorg is de juiste aandacht voor de spirituele dimensie lastig en is de plaats van de patiënt vaak te klein.³⁰ Het domein van waaruit eventuele vragen gesteld worden, bepaalt vaak het domein van waaruit de antwoorden komen.

In het ‘visiedocument voor spirituele zorg’ lezen we dat aandacht voor de spirituele dimensie in de palliatieve zorg het lijden zo kan verlichten, dat het totale zorgproces soepeler verloopt. Het existentiële belang voor de patiënt zou niet alleen een integraal, maar ook een integrerend onderdeel van de zorg moeten zijn, dat doorwerkt in de andere aspecten van de zorg.³¹

Ik heb gekeken naar wat het betekent voor het anamnesegegesprek, wanneer de richtlijn om de spirituele dimensie van de patiënt in de anamnese te betrekken wordt toegepast. Wat betekent dit bijvoorbeeld voor de positie van de patiënt die zorg ontvangt en wat betekent dit voor de rol van zorgverlener die deze zorg biedt?

Daartoe heb ik onder andere de literatuur bestudeerd die de medische en verpleegkundige anamnese als onderwerp heeft. Daarin is de ‘comfort theory’ van Katharine Kolcaba voor mij een belangrijke leidraad geweest.³² Zij stelt het comfort kunnen bieden in de zorg als normatieve eis omdat het een fundamenteel aspect is van goede zorg. Naast de ‘comfort theory’ van Kolcaba heb ik gebruik gemaakt van het werk van Marjory Gordon³³ over hoe het anamnesegegesprek gehouden dient te worden en het promotieonderzoek van Joep van de Geer, waarin hij zich richt op de competenties van de primaire zorgverlener in het aandacht kunnen hebben voor de spirituele dimensie van de patiënt en de belemmeringen die daarin een rol spelen.³⁴

2.8. Spirituele dimensie een normatieve vereiste: het model van Katharine Kolcaba

In het werk van Katharine Kolcaba is aandacht hebben voor de spiritualiteit van de patiënt een essentieel onderdeel van haar ‘comfort theory’. Deze definieert zij als: “Comfort is the immediate experience of being strengthened by having needs for relief, ease, and transcendence met in four contexts (physical, psychospiritual, social and

²⁹ J.A.M. Schouten, *Anamnese en Advies: Nieuwe richtlijnen voor de informatie-uitwisseling tussen arts en patiënt*, 40.

³⁰ Van de Geer, *Learning spiritual care in Dutch hospitals*, stelling 3. uit stellingen behorende bij het proefschrift.

³¹ “Spirituele zorg, verbindende schakel in de palliatieve zorg,” Agora, geraadpleegd 17 januari 2019, https://viaa.nl/content/uploads/110629VisiedocumentSpiritueleZorg.ashx_.pdf.

³² Katharine Kolcaba heeft de ‘Theory of Comfort’ ontwikkeld, waarin zij het belang van een zorg voor het comfort van de patiënt aantoont, in dienst van een goede zorg voor alle dimensies van het mens-zijn.

³³ Marjory Gordon heeft een systeem van standaardisering ontwikkeld voor de verpleegkundige zorg, welke zij de 11 functionele gezondheidspatronen noemt. Daarin beschrijft zij wat de verpleegkundige dient te vragen aan de patiënt tijdens het anamnesegegesprek.

³⁴ Van de Geer, *Learning spiritual care in Dutch hospitals*.

environmental).”³⁵ In relatie tot de spirituele dimensie van de zorg spreekt zij van ‘psychospiritual comfort’ als één geheel.³⁶ Haar concept van ‘comfort’ geldt met betrekking tot *alle* aspecten van de zorg en in *alle* fasen daarvan. Wanneer ik in mijn scriptie het accent leg op de fase van de anamnese, is dit om de eenvoudige reden dat het met name die fase is, waarin de zorg voor de spirituele dimensie doorgaans ontbreekt. Dit heeft verschillende redenen en oorzaken, welke ik in het onderdeel ‘belemmeringen’ onder de aandacht van de lezer zal brengen.

Voor haar ‘Comfort Theory’ grijpt zij onder andere als inspiratiebron terug op het beeld van de verpleegkundige, zoals we dat hebben leren kennen van Florence Nightingale.³⁷ Nightingale claimde, zo schrijft Kolcaba in haar boek, dat de patiënt die zich comfortabel voelt een betere kans heeft op herstel.³⁸ In een tijd, waarin heel veel medische mogelijkheden die ons nu ter beschikking staan nog niet bestonden, was het vermogen ‘comfort’ en ‘troost’ te bieden aan de patiënt van enorm belang. Dit geldt, volgens Kolcaba, in onze tijd nog steeds.

Ondanks de technologische vooruitgang, zijn het ook vaak de technologische ontwikkelingen die voor vervreemding zorgen en die het collectieve en culturele verlangen van de mens naar comfort en troost juist versterken.³⁹

Haar werk toont aan dat comfort bieden een helende werking heeft. Dit is het duidelijkst herkenbaar wanneer we kijken naar hoe pijn het herstel kan belemmeren. Een van de indicaties voor een toegenomen gevoel van comfort blijkt uit het verbeteren van de slaap. Een goede slaap bevordert het herstel. Spirituele pijn is een niet te onderschatten spelbreker als het gaat om het kunnen herstellen van een ziekte en het kunnen bevorderen van de slaap. Twee aspecten van ziekte en/of gezondheid die zowel de ‘materiële’ als ‘immateriële’ kant van dit proces laten zien.

Noemenswaardig aan haar werk is dat zij het concept van comfort niet alleen als verpleegkundige taak ziet, maar het daaraan voorbij tilt, naar het niveau van de verpleegkundige deugd. Zij spreekt van een deugdethiek, naast een ethiek van verplichting voor het vak van verpleegkunde en dit valt onder, wat zij noemt, algemeen aanvaarde moraliteit. Zij becommentarieert dat de omschrijving van het vak van verpleegkundige, zoals door de ‘International Council of Nurses’ gegeven, geen regelgeving bevat met betrekking tot de benodigde kwaliteiten van de verpleegkundige, zoals compassie en welwillendheid. Zo stelt zij dat goedheid van karakter bijvoorbeeld als voorwaarde niet wordt genoemd.⁴⁰

De zorg voor het comfort van de patiënt gaat volgens haar voorbij het niveau van plicht.⁴¹ Zij verbindt in haar holistische zorgvisie lichamelijke, psychisch-spirituele,

³⁵ Katharine Kolcaba, *Comfort Theory and Practice: A vision for Holistic Health Care and Research* (New York: Springer, 2003), 14.

³⁶ Kolcaba, *Comfort Theory and Practice*, 159.

³⁷ Florence Nightingale, (1820-1910), was een Brits verpleegkundige, sociaal hervormer, statistica en mystica. Deze veelzijdige vrouw is bekend geworden als de grondlegger van de moderne verpleegkunde, maar haar belangrijkste bijdragen leverde ze achter de schermen, geraadpleegd februari 18, 2019, https://nl.wikipedia.org/wiki/Florence_Nightingale.

³⁸ Kolcaba, *Comfort Theory and Practice*, 22.

³⁹ Kolcaba, *Comfort Theory and Practice*, 89.

⁴⁰ Kolcaba, *Comfort Theory and Practice*, 132.

⁴¹ Kolcaba, *Comfort Theory and Practice*, 131-133.

(waarbinnen het transcendentale), omgeving en socioculturele aspecten.⁴² Zij plaatst deze in een zorgmodel waarin comfort kunnen bieden binnen al deze dimensies, naast de professionele *competentie*, een professionele *deugd* is.

In haar theorie beschrijft zij drie soorten van comfort, verdeeld over vier gebieden van comfort. Deze spelen allemaal een essentiële rol in haar 'comfort theory'. Een acute lichamelijke behoefte gaat natuurlijk soms boven het comfort van één van de andere dimensies, desondanks moeten *alle* dimensies aandacht krijgen, omdat dit vaak een meer gezonde en holistische reactie zal brengen, juist ook binnen dat fysieke domein.⁴³

Over het belang van de zorg voor comfort voor de patiënt stelt zij dat het humaan, versterkend, individueel, doelgericht en opbouwend is voor het zorginstituut dat deze vorm van zorg wil bevorderen. Het zorgdragen voor het comfort van de patiënt is eenvoudig te leren en op een intuïtieve manier toe te passen, ongeacht onze culturele achtergrond, omdat we er als mens vanuit onze eigen behoeften vertrouwd mee zijn.⁴⁴

De gedachtesprong die zij hier maakt is verrassend omdat zij daarmee iedereen herinnert aan zijn eigen menselijke kant. Zij slaat de mens als ervaringsdeskundige hoog aan. In feite maakt zij hem tot comfort expert. Dit is iets wat weinig terug te vinden is in wetenschappelijke literatuur en eerder als bekentenisverhaal tot ons komt, zoals in het boek 'De dokter is ziek'.⁴⁵

Haar stellingname dat het zorgdragen voor het comfort van de patiënt eenvoudig te leren is en op intuïtieve manier toegepast kan worden, heeft een kritische noot. De professionele toepassing van 'comfort' binnen de biomedische dimensie van de zorg voor de patiënt krijgt binnen de opleiding van de primaire zorgverlener, met name die van verpleegkunde, grote aandacht. De aandacht voor de spirituele dimensie van de zorg valt daarbij in het niet. Het onderscheid kunnen maken tussen de vraag die gaat over het lichamelijke comfort, en dezelfde vraag die gesteld wordt vanuit een psychospirituele comfort behoefte, vereist een geheel eigen expertise. Om die reden is de norm die zij stelt niet los te koppelen van de competentie die de primaire zorgverlener moet verwerven om dit onderscheid te kunnen maken. Zonder dit vermogen zullen de comfort behoefte van de patiënt al snel vertaald worden naar bijvoorbeeld de biomedische dimensie. Zonder training zal het ontwikkelen van de vereiste competenties op professioneel niveau, onvoldoende tot stand komen en daarom niet aan de gestelde norm voldoen. Dat, om dit leerproces te doen slagen, ook een beroep gedaan moet worden op de intuïtieve en menselijke kant van de primaire zorgverlener, is van cruciaal belang.

⁴² Een holistische zorgvisie gaat ervan uit dat de mens meer is dan de som van zijn delen en dat zorg altijd op al zijn dimensies gericht moet zijn, wil het goede zorg zijn, Kolcaba, *Comfort Theory and Practice*, 64.

⁴³ Kolcaba, *Comfort Theory and Practice*, 133.

⁴⁴ Kolcaba, *Comfort Theory and Practice*, 133.

⁴⁵ Gonny Ten Haaft, *De dokter is ziek: Als patiënt zie je hoe zorg beter kan* (Amsterdam/Antwerpen: Contact, 2010).

Taxonomic Structure of Comfort Needs Applied

	Relief	Ease	Transcendence
Physical	Abdominal pain, diarrhea, N/V, lack of mobility	Comfortable resting position (sleep and relaxation), PCA	Pt resumes his ADLS with side effects controlled
Psychospiritual	Anxiety, depression, social stigma	Deep breathing, coaching/role models, reassurance	Pt feels spiritually and emotionally at ease
Environmental	Double-patient rooms, female nurses, temperature, bright lights	Male nurses, single room, low lighting, quiet, privacy provided	Pt feels comfortable changing colostomy bag
Sociocultural	Family not present, financial concerns	Visitors, phone calls, learns more about financial implications	Pt has a supportive network in place, financial issues have been addressed

Figuur 3. De taxonomische comfortstructuur zoals toegepast bij een mannelijke patiënt. Bron: 'Comfort Theory and Practice, A vision for holistic health care and practice'.

Met haar 'comfort theory' heeft zij *onder* de zorg een norm neergelegd. Daarmee een zorginhoud neerzettend die niet gebonden is aan ras, sekse, cultuur of geloofsoopvattingen maar die als fundament de zorg heeft voor de *hele mens*.

De *vorm* die deze zorginhoud krijgt kan altijd aangepast worden als dit nodig blijkt, zolang de inhoud blijft staan. De verbinding die zij legt tussen 'comfort', 'troost' en het welzijn van de patiënt, plaatst zij binnen een holistische zorgvisie.

Dit geheel betreft naar mijn mening niet alleen de persoon die de zorg ontvangt, maar ook de persoon die de zorg geeft. In dit verband is haar kritiek op het ontbreken van een deugd van karakter als criterium voor de primaire zorgverlener relevant. Interessant is de vraag hoe die 'deugd' van karakter tot stand komt?

2.9. Spiritualiteit in de anamnese: praktische invulling

Hier laat ik aan de hand van het werk van Marjory Gordon en Joep van de Geer zien, hoe de praktijk van de zorg voor de spirituele dimensie van de patiënt, tot de taak van de primaire zorgverlener behoort.

Marjory Gordon, omdat zij, aan de hand van 11 functionele gezondheidspatronen, de spirituele anamnese als onderdeel van de algemene anamnese beschrijft. Joep van de Geer, omdat hij de competentie en training van de primaire zorgverlener, in het aandacht kunnen hebben voor de spirituele dimensie van de patiënt, als onderwerp

voor zijn promotieonderzoek heeft gekozen. Zij passen binnen het onderwerp van mijn scriptie, omdat zij aandacht vragen voor een zorg die de spirituele dimensie van de patiënt meeneemt, vanaf de start van die zorg en in elke fase ervan.

De drie besproken auteurs schetsen niet alleen het ideaal van de zorg, zij bieden ook het normatieve kader. Zonder het hanteren van dit kader kunnen we niet spreken van een vierdimensionale zorg. Het belang van hun werk ligt in het feit dat zij actuele en relevante kennis, over wat de zorg voor de patiënt in *al* zijn dimensies in theoretische, praktische en ethische zin moet inhouden, voor het voetlicht brengen.

Tevens besteed ik aandacht aan het verschil tussen de Nederlandse en Amerikaanse zorg-cultuur. Dit is van belang omdat veel wetenschappelijke literatuur op de Amerikaanse situatie is afgestemd of daaruit is voortgekomen. Ik beschrijf hoe mijn eigen praktijkervaring van ruim dertig jaar als primaire zorgverlener in een consultatieve praktijk, me geleerd heeft welke vragen de spirituele dimensie van de Nederlandse patiënt toegankelijk maken en hoe deze zich, al dan niet, verhouden tot de reeds bestaande levensbeschouwelijke en zingevingsvragen.

2.9.1. Het model van Marjory Gordon

Met betrekking tot de anamnese schrijft Marjory Gordon in haar boek over de verpleegkundige theorie en methodiek dat er van elke zorgverlener wordt gevraagd, passend binnen de eigen professie, de patiënt centraal te stellen⁴⁶. De eerste taak binnen het raamwerk van de anamnese is de *gezondheid* van de patiënt beoordelen.⁴⁷ Zij stelt dat het anamnesegesprek wel gestuurd, maar niet gedomineerd mag worden door de verpleegkundige. De patiënt vult 80% van de tijd en de verpleegkundige 20%. Het gaat erom de behoefte van de patiënt centraal te stellen en niet de te verrichte taak van de verpleegkundige. Het is niet de bedoeling dat de anamnese vanaf het begin probleemgericht is. Eerst is het nodig dat de gezondheidstoestand van de patiënt onderzocht wordt via de door haar ontwikkelde 11 functionele gezondheidspatronen. (Bijlage IV.)

De 11 functionele gezondheidspatronen van Gordon

- | | |
|--|----------------------------------|
| 1. Gezondheidsbeleving en instandhouding | 8. Zelfbeleving |
| 2. Voeding en stofwisseling | 9. Rol en relatie |
| 3. Uitscheiding | 10. Stressverwerking |
| 4. Activiteiten | 11. Waarden en levensovertuiging |
| 5. Slaap en rust | |
| 6. Waarneming en cognitie | |
| 7. Seksualiteit en voortplanting | |

⁴⁶ Marjory Gordon, *Verpleegkundige diagnostiek: Proces en toepassing* (Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2000), 188 – 189.

⁴⁷ Gordon, *Verpleegkundige diagnostiek*, 188-189.

Daarmee zet zij de patiënt en niet de ziekte centraal en focust zij op wat er gezond is in de patiënt. Dit impliceert dat wat voor de ene patiënt ziek zijn betekent, dit niet automatisch hetzelfde hoeft te zijn voor de andere patiënt. De achterliggende gedachte is dat kennis van de individuele patiënt relevant is, omdat de eigen gezondheidspatronen de patiënt tot hulp zullen zijn om van de ziekte te kunnen herstellen.

Wanneer individualisering van de patiënt in de praktijk moeilijk is, kan dit tot gevolg hebben dat, tijdens het anamnesegeprek, de eigen inbreng van de patiënt gereduceerd wordt tot het uitsluitend antwoord geven op gestelde vragen, terwijl bijvoorbeeld juist het eigene van het spirituele aspect van de mens behulpzaam kan zijn in het herstel. De anamnese dient, onder andere, om daar inzicht in te verkrijgen en is gebaat bij een ontvangende en open vragenstructuur.

De waarde van Gordon's benadering is dat het voorkomt dat de patiënt op zijn ziekte beoordeeld wordt. Bovendien helpt het in het vinden van de krachtbronnen van de patiënt. Om daar optimaal gebruik van te kunnen maken is aandacht voor het levensbeschouwelijke gedachtegoed van de patiënt onontbeerlijk. In de vragen hieronder die behoren bij de waarden en overtuigingspatronen wordt zichtbaar hoe zij ruimte biedt aan deze krachtbronnen. Deze dimensie in de anamnese achterwege laten is een gemiste kans om van dit functionele gezondheidspatroon, vanaf het begin van de zorg, gebruik te kunnen maken.

Gezondheidspatroon 11

Waarden/overtuigingspatroon:

Het waarden/overtuigingspatroon omvat de waarden, normen doelstellingen en overtuigingen (ook geestelijke) waarop iemand zijn keuzes en beslissingen maakt. Dus wat iemand belangrijk acht in het leven en of bepaalde normen, overtuigingen of verwachtingen ten aanzien van de gezondheid in zijn beleving botsen.

Aandachtsgebieden

- Geestelijke nood
- Zingevingsvragen

Mogelijke vragen en aandachtspunten bij Gezondheidspatroon 11 (Anamnese).

1. Biedt het leven over het algemeen datgene wat u zoekt?
2. Belangrijke plannen voor de toekomst?
3. Is godsdienst belangrijk voor u, zo ja put u er steun uit in moeilijke tijden?
4. Indien relevant, bemoeilijkt uw opname hier u in bepaalde religieuze gebruiken?

Ondanks het feit dat de bovenstaande vragen voor het 11^e gezondheidspatroon laten zien dat er ruimte is voor meer dan alleen het religieuze aspect van spiritualiteit, zien we aan de aandachtsgebieden dat de vragen toch voornamelijk een religieus perspectief hebben en op eventuele problemen daarbinnen gericht zijn. Daarmee onderscheiden zij zich van de drie vragen die ik heb gebruikt binnen het interventieonderzoek, waarin het er juist om ging het waarden en overtuigingspatroon van de patiënt te leren kennen zonder de gerichtheid op religie of geestelijke nood,

tenzij de patiënt dit zelf aangeeft. Dit is een van de redenen waarom Gordon's vragen niet direct overdraagbaar zijn naar de Nederlandse situatie. Bovendien ligt haar focus op het onderzoeken van de gezondheidspatronen van de patiënt, waardoor de vragen ook een ander kader hebben. In haar model krijgt de spirituele dimensie wel een eigen en volwaardige positie.

In de onderstaande paragraaf zal ik nader ingaan op waarom mijn voorbeeldvragen beter aansluiten bij de Nederlandse patiënt en de verwachtingen en wensen die deze heeft ten aanzien van de zorg voor de spirituele dimensie.

2.9.2. Spiritualiteit binnen de Nederlandse zorg

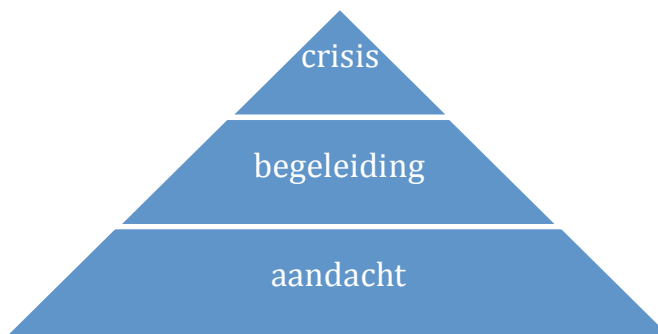
In de sterk gesecculariseerde Nederlandse maatschappij, waarin veel patiënten zeggen 'niets met het geloof te hebben' komt het nauw hoe die spirituele dimensie benaderd wordt. Dat hij er altijd is en dat er behoefte is bij de patiënt om deze dimensie te betrekken bij de zorg voor hem, heb ik mogen ervaren tijdens zowel mijn stageperiode in het BKZ als in mijn eigen praktijk.

Zoals gezegd zijn veel geboden spirituele zorgmodellen gebaseerd op de Amerikaanse zorgsituatie, waarin de Christelijke traditie nog altijd een sterk fundament is. De vragen die ons van daar ter beschikking staan laten dit ook zien.⁴⁸ Dit is een belangrijke reden geweest voor mij om gebruik te willen maken van anamnesevragen, waarvan ik uit ervaring wist dat zij beter zouden aansluiten bij de gemiddelde Nederlandse patiënt. In feite gaat het dan om vragen die de *mogelijkheid tot* in zich dragen, zonder dat er een onderliggende *tendens* in besloten ligt. De reactie van de patiënt zal daarin richtingbepalend zijn.

Een voorbeeld van een model wat wel meer afgestemd is op de Nederlandse situatie is het zogenaamde ABC-model. Dit piramidemodel toont drie niveaus van spirituele zorg, waarin alle zorgprofessionals die bij de zorg van een patiënt betrokken kunnen zijn, een eigen rol en functie hebben. Desondanks heb ik ook, om verschillende redenen, niet van dat model gebruik willen maken.

⁴⁸ De vragen uit het FICA-model: F--Faith and Belief "Do you consider yourself spiritual or religious?" or "Do you have spiritual beliefs that help you cope with stress?"
I--Importance "What importance does your faith or belief have in our life? Have your beliefs influenced how you take care of yourself in this illness?"
C--Community "Are you part of a spiritual or religious community? Is this of support to you and how?"
A--Address in Care "How would you like me, your healthcare provider, to address these issues in your healthcare?"

2.9.3. Het ABC-model



Figuur 4. Het ABC model van de nieuwe richtlijn spirituele zorg 2011. Bron: Agora werkgroep 'Ethiek en Spirituele zorg'.

De piramide staat inhoudelijk voor:

A = aandacht: De eerste trap, van onderaf gezien, bestaat uit signalering en ondersteuning.

Signaleren:

- Welke zorgen heeft u?
- Wat gaf u vroeger kracht?
- Met wie zou u willen praten?

Ondersteunen:

- Er zijn (presentie)
- Aandachtig luisteren
- Jezelf blijven

B = begeleiding: De tweede trap bestaat uit begeleiding.

Ontstaan en beloop worsteling:

- Zinverlies
- Rouwproces
- Zinervaring

Uiteenlopen van de rollen:

- Arts/verpleegkundige: signaleren, latende modus, doorverwijzen; maar ook eigen wijze van begeleiden
- Geestelijk verzorger en psycholoog: begeleiden (niet behandelen)

C = crisis: De derde trap bestaat uit crisisinterventie.

Ontstaan en beloop:

- Zinverlies
- Rouwproces -> stagnatie
- (.....Zinervaring)

Patiëntgebonden factoren:

- Voorgeschiedenis met depressie of trauma
- Angst of hoog streefniveau

Omgevingsfactoren:

- Aantasting in waardigheid
- Geen sociale steun

Waarom, ondanks de beschikbaarheid van dit model, heb ik toch de voorkeur gegeven aan mijn eigen onderstaande vragen?

1. Wat moeten wij beslist van u weten, zodat we u goed kunnen begrijpen en begeleiden in deze periode?
2. Wat geeft u gewoonlijk kracht in moeilijke tijden?
3. Is er op dit moment iets wat ik voor u kan doen om u te steunen?

Een belangrijk reden is dat mijn vragen toch nog meer openheid in zich hebben. Een openheid die ik passender vind voor het anamnesegesprek, vanwege minimale suggesties van de kant van de vragensteller. Ik heb opzettelijk ruimte willen laten voor *alle* dimensies, inclusief de spirituele.

Hoe paradoxaal dit moge klinken, ruimte laten voor *alle* dimensies is in wezen een zorg voor de spirituele dimensie. Je drukt er mee uit dat alles wat de patiënt bezig houdt, vanuit welke dimensie dan ook, naar voren mag komen. Daarmee kom je tegemoet aan het uitgangspunt dat de spirituele dimensie de onderliggende dimensie is die alle andere dimensies met elkaar verbindt. (figuur 2.) Daardoor hoeft een vraag niet per se gericht te zijn op spiritualiteit, met bovendien het risico van weerstand en afsluiting, zolang hij maar de mogelijkheid in zich heeft om toegang te verlenen tot die dimensie. Die kwaliteit is in mijn ervaring belangrijk gebleken om de patiënt, die zichzelf zelden als spiritueel omschrijft, vrijuit over de dingen te laten praten die deel uitmaken van zijn spirituele dimensie.

Een andere reden is dat ik wilde dat de vragen tot de categorie van *mogelijke* vragen zouden behoren. Om die reden zijn ze aan de primaire zorgverleners aangeboden als *voorbeeldvragen*. Dit, zodat niet alleen de vragen zelf een optimale openheid zouden hebben, maar dat ook ik, als uitnodiger van de primaire zorgverlener om deze vragen te gebruiken, een maximale open houding zou hebben. Men kon ze aanpassen, zodat de patiënt en de zorgverlener zich op zijn gemak zou voelen bij de vraag. De vragen zijn immers middel tot en geen doel op zich. Ik wilde de kans dat ze daadwerkelijk gebruikt zouden worden optimaliseren.

De A-vragen uit het ABC-model tonen nog teveel een bepaalde tendens. Door bijvoorbeeld te vragen naar 'zorgen' of waaraan men 'vroeger' kracht ontleende, is er al een bepaalde toonzetting. Men wil ermee 'ergens naar toe'. Het is gebleken dat het 'veld' van waaruit vragen worden gesteld, van invloed is op de formulering van de vraag.

Het verschil tussen de 'velden' heb ik persoonlijk mogen ervaren in mijn rol van zowel primaire zorgverlener, als geestelijk verzorger. De eerste rol neigt naar geslotenheid als het om de biomedische dimensie van de zorg gaat, en toont doorgaans meer openheid als het om de andere dimensies gaat. Voor de tweede rol geldt het omgekeerde. Het gebrek aan openheid speelt trouwens ook, bij nader inzien, voor één van mijn eigen vragen, als ik vraag naar 'moeilijke' tijden. Zo lastig blijken open vragen te zijn!

Mogelijk nog belangrijker is dat de vragen in dienst staan van een dynamisch proces, waarbinnen de primaire zorgverlener, samen met de patiënt zijn eigen weg kan en mag vinden. Dat die eigen weg speciale training vereist, is een onderwerp wat ik in het verdere verloop van mijn scriptie zal bespreken.

Naast mijn persoonlijke ervaring dat de vragensteller geneigd is de weg naar het antwoord te plaveien, blijkt ook uit de literatuur dat er de neiging bestaat om vragen vanuit een bepaalde optiek en een bepaalde probleemgerichtheid te stellen.⁴⁹ Gordon geeft aan dat dit juist niet de bedoeling is bij een algemene anamnese en dat het gesprek voor 80% door de patiënt geleid moet worden. Van de Geer geeft aan dat de vragen van de primaire zorgverlener vaak niet aansluiten bij wat de patiënt zelf aan vragen heeft. Dit heb ik zoveel mogelijk willen voorkomen met mijn vragen. Alleen door een zo'n open mogelijke vraagstelling schep je de voorwaarden voor de patiënt om zijn eigen vragen of wensen naar voren te kunnen brengen. Een open vraag heeft ook de mogelijkheid in zich dat het bij de patiënt iets kan oproepen waarvan hij zichzelf mogelijk eerder niet bewust was terwijl het wel een vraag is die in hem leeft. Juist het spirituele domein heeft een verborgen kwaliteit en manifesteert zich daardoor niet makkelijk zegt Leget.⁵⁰ Dat het hierin ook gaat, om goede hermeneutische vaardigheden is van ontegenzeggelijk belang.

Het onderdeel 'ondersteunen' van het A-niveau binnen het ABC-model vereist, naast adequate hermeneutische vaardigheden, het vermogen tot 'presentie', echte aandacht kunnen hebben voor de ander en jezelf kunnen zijn in het contact. Dat deze vaardigheden voorwaarden zijn om het volledige ABC-model in de praktijk goed te kunnen laten functioneren kan niet genoeg benadrukt worden.

Het zijn echter niet alleen de vaardigheden die een rol spelen in het aandacht kunnen geven aan de spirituele dimensie van de patiënt. Opvattingen over de spirituele dimensie zijn van invloed op het, al dan niet, er voor open kunnen staan. Ook als het bijvoorbeeld lastig is om open te staan voor de spirituele dimensie, kan de primaire zorgverlener toch nog in staat zijn, vanuit zijn vaardigheden als zorg-professional binnen zijn *eigen* domein, de voorbeeldvragen te stellen. Soms laten verschillen in cultuur en achtergrond meer of minder gemak zien in het bespreekbaar maken van de spirituele dimensie. Zelfs geografische verschillen binnen Nederland spelen een rol. Zo is

⁴⁹ J.A.M. Schouten, *Anamnese en Advies: Nieuwe richtlijnen voor de informatie-uitwisseling tussen arts en patiënt*, 38.

⁵⁰ "Richtlijn Zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase," VGVZ, geraadpleegd 18 februari 2019, <https://vgvz.nl/wp-content/uploads/2018/10/Richtlijn-Zingeving-en-spiritualiteit-DEF-20181025.pdf>.

het van invloed of de primaire zorgverlener zijn opleiding heeft genoten in het meer katholieke Zuiden of in het doorgaans meer geseclariseerde Noorden van het land.

Voor de Nederlandse patiënt is het bespreken van zijn levensovertuigingen vaak een privéaangelegenheid. Voor de Moslimpatiënt is het een welkom en vanzelfsprekend gespreksonderwerp. (Persoonlijke mededelingen.) Dit alles moet meegenomen worden als we kijken naar de rol van de primaire zorgverlener in de anamnese.

2.10. De rol van de primaire zorgverlener in de anamnese: Joep van de Geer

Wat maakt het lastig om al in de anamnese zorg te dragen voor de spirituele dimensie van de patiënt? Joep van de Geer refereert aan een onderzoek dat gedaan is door Drijfhout en Baldry in 2007,⁵¹ waaruit naar voren kwam dat de drie belangrijkste redenen voor de lage score, als het om het signaleren van een spirituele zorgvraag gaat, te maken heeft met een gebrek aan tijd, het gebrek aan kennis over wat spiritualiteit inhoudt en ambivalentie over wiens taak het is de spirituele zorgbehoefte van de patiënt te signaleren.⁵² Ook beschrijft Van de Geer dat jonge dokters, ongetraind in het bespreken van de spirituele dimensie van de patiënt, het lastig vinden om te communiceren met de patiënt en de familie.⁵³

Uit mijn eigen empirisch onderzoek kwam naar voren dat aandacht voor de spirituele dimensie afhankelijk is van de persoon van de zorgverlener en dat met name de jonge verpleegkundigen er moeite mee hebben. Zij voelen zich onzeker over hoe verder te gaan na een eventuele reactie van de patiënt. Dit kan duiden op een gebrek aan kennis of training, maar ook op een rol- of taakverwarring ten opzichte van wat er doorgaans van hen gevraagd wordt.

Het onderzoek van Sabine Crooijmans ten behoeve van haar masterscriptie laat zien dat tijdens het dagelijkse werk de verpleegkundige over veel meer (impliciete) competentie beschikt in het bespreekbaar maken van spirituele zorgvragen, dan zij zichzelf toekent.⁵⁴ Dit duidt mogelijk op een discrepantie tussen het idee van wat spirituele zorg is en de praktijk ervan.

Hoe verhouden deze ogenschijnlijk tegenstrijdige gegevens zich tot het domein van de spirituele zorg en nog specifieker, tot de anamnese? Hoe vertaalt dit alles zich in de praktijk van alle dag in de betrekkelijke intimiteit van de kamer waarin de arts of verpleegkundige het gesprek aangaat met de patiënt die opgenomen wordt in het ziekenhuis, genezen weer naar huis gaat, chronisch ziek blijkt te zijn, overgeplaatst zal worden naar een verzorgingshuis, een revalidatie-unit of naar een centrum voor palliatieve zorg, om daar het levenseinde af te wachten? Hoe biedt de zorgverlener in al deze situaties aandacht aan de spirituele dimensie van de patiënt en hoe verwerft hij daartoe de competentie?

Deze vragen zijn uitermate actueel voor de patiënt die in deze situatie is komen te verkeren en van wie we doorgaans niet weten hoe hij denkt het nieuwe

⁵¹ M. Drijfhout en C. Baldry, "Spiritual care: Making it happen," *European Journal Palliative Care*, 14, nr. 5 (2007): 191-193.

⁵² Van de Geer, *Learning spiritual care in Dutch hospitals*, 84.

⁵³ Van de Geer, *Learning spiritual care in Dutch hospitals*, 160.

⁵⁴ Sabine Crooijmans, "Zin in het Kinderziekenhuis", (Masterscriptie, Radboud UMC, 2015), 62. <http://hdl.handle.net/11439/434>.

gezondheidsideaal vorm te geven. Het ziekenhuis is de plek waar de opname zo kort mogelijk moet duren, maar waar voor de patiënt de buitenwereld vaak klein is geworden en de ziekenhuiswereld groot.

Goede gezondheidszorg kent een benadering van de patiënt waarin hij gesteund wordt om zich optimaal te kunnen of te leren verhouden tot zijn klacht, ziekte of een mogelijk levenseinde. Het gaat dan om een zorgmodel dat, naast genezing, (cure) ook gericht is op optimale zorghandelingen (care). Het houdt rekening met de psychosociale en spirituele aspecten van de mens waarin 'comfort' en 'transcendence' een rol spelen.⁵⁵ De huidige geneeskunde- en verpleegkundeopleidingen zijn inmiddels volledig afgestemd op bovenstaand zorgmodel.⁵⁶

Carlo Leget vertelt ons dat de spirituele dimensie in de menselijke natuur wel als verborgen geduid wordt, omdat zij zich achter een lichamelijke, psychische en sociale dimensie kan bevinden en niet altijd direct zichtbaar, toegankelijk of bespreekbaar is.⁵⁷ Deze verborgenheid is zeker herkenbaar en ik zou willen benadrukken dat een dimensie, die zich van natura in het verborgene bevindt, extra het risico loopt om aan de aandacht te ontsnappen. Een zorgelijk punt gezien het belang van die dimensie voor het welzijn van de mens.

Wat is de rol van de primaire zorgverlener, als het gaat om een bijdrage te leveren in de zorg voor de spirituele dimensie van de patiënt?

Kolcaba, Gordon en Van de Geer stellen nadrukkelijk dat spirituele zorg tot de taak van de arts en de verpleegkundige behoort. Dat die taak desondanks veronachtzaamd kan worden, roept op tot het nemen van stappen die deze situatie kan verbeteren.

Deze stappen worden gezet door Joep van de Geer met zijn promotieonderzoek uit 2017, waarin de training van de primaire zorgverlener in het kunnen verlenen van spirituele zorg het onderwerp is. Met zijn onderzoek maakt hij inzichtelijk wat de belemmerende factoren zijn die het voor de primaire zorgverlener moeilijk maakt aan deze normatieve eis te voldoen. Van de Geer stelt dat het trainen van de zorgverlener daarop het antwoord is. Zo wordt ook, indirect, dit trainen een normatieve eis. Immers men kan niet vragen van een professional ergens toe in staat te zijn, als het leren van de vaardigheid daartoe niet aangeboden wordt.

De betekenis van het stellen van een normatieve eis, als het gaat om zorg voor de spirituele dimensie van de patiënt, heeft verstrekkende gevolgen. Zo heeft dit als consequentie dat deze zorg niet overgelaten kan worden aan de individuele keuze of invulling van de primaire zorgverlener. Uit mijn eigen onderzoek blijkt dat dit regelmatig wel het geval is, ondanks het feit dat de primaire zorgverlener het belang van aandacht voor deze dimensie van de patiënt onderkent.

Wat betekent dit voor de patiënt die zich in een zorgafhankelijke situatie bevindt? Dat het niet voldoende is dit te constateren en erop te reflecteren. De zorg voor de spirituele dimensie moet toegepast en gehandhaafd worden. Daarvoor is het nodig dat, net als voor andere zorgprotocollen, de implementatie geformaliseerd wordt.

⁵⁵ Kolcaba, *Comfort Theory and Practice*, 107.

⁵⁶ "Bachelor of Nursing 2020: Een toekomstbestendig opleidingsprofiel," Vereniging Hogescholen, geraadpleegd 19 februari 2019,

https://www.vereniginghogescholen.nl/system/profiles/documents/000/000/180/original/Bachelor_of_Nursing_2020_-_Toekomstbestendig_opleidingsprofiel_4.0.pdf.

⁵⁷ "Richtlijn Zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase," VGVZ, geraadpleegd 18 februari 2019,

<https://vgvz.nl/wp-content/uploads/2018/10/Richtlijn-Zingeving-en-spiritualiteit-DEF-20181025.pdf>.

Van de Geer stelt verder dat van de primaire zorgverlener verwacht mag worden dat hij de spirituele zorgbehoeften van de patiënt, of van hen die de patiënt het meest nabij zijn, aftast, onderzoekt, navraagt, opvolgt en hen, indien nodig, doorverwijst.⁵⁸ In zijn boek 'Learning Spiritual Care in Dutch Hospitals', beschrijft hij de stand van zaken met betrekking tot de spirituele zorg voor de patiënt in de palliatieve fase van zijn bestaan. Hij heeft onderzocht waaraan de hermeneutische scholing moet voldoen van primaire zorgverleners, om hen in staat te stellen gebruik te maken van diagnostische instrumenten ten behoeve van multidisciplinaire spirituele zorg.

Het sleutelwoord waar ik bij Van de Geer vooral op aansluit is het woord 'scholing'. Adequate scholing van de zorgverleners lijkt mij een onmisbare voorwaarde om ervoor te zorgen dat de patiënt die opgenomen wordt in een ziekenhuis, toegang heeft tot spirituele zorg, vanaf het eerste moment dat voor hem de zorg begint - de anamnese. De noodzaak om de primaire zorgverlener te trainen in hoe zorg te dragen voor de spirituele dimensie van de patiënt lijkt evident. Wat die training zou moeten inhouden en wat daarin van de primaire zorgverlener gevraagd wordt, mag onderwerp van discussie zijn, maar kan niet goed beantwoord worden als niet ook gekeken is naar welke factoren een belemmerende rol blijken te spelen als het gaat om het aandacht kunnen hebben voor de spirituele dimensie van de patiënt.

2.11. Belemmeringen

Om inzicht te krijgen over wat er nodig is voor de primaire zorgverlener om aandacht te kunnen hebben voor de spirituele dimensie van de patiënt, en welke belemmeringen daarin eventueel een rol spelen heb ik, naast mijn eigen empirische onderzoek, met name gebruik gemaakt van het onderzoek van Joep van de Geer. Ik wilde inzicht verwerven in de dynamiek die een rol speelt voor zowel de patiënt als de zorgverlener, als het gaat om de zorg voor de spirituele dimensie.

Van de Geer bespreekt weliswaar de belemmeringen die een rol spelen in het aandacht kunnen hebben voor het spirituele domein van de patiënt, maar die hebben niet direct betrekking op de anamnese.

De belangrijkste belemmeringen die naar voren kwamen zijn het gebrek aan kennis van het domein, onzekerheid omtrent het domein, teveel of juist te weinig afstand bewaren in het contact met de patiënt, en de overtuiging dat het een lastig domein is om met de patiënt, de familie van de patiënt en met de collega's over te communiceren.⁵⁹

Deze uitkomst komt ten dele overeen met mijn eigen bevindingen uit het empirisch onderzoek. Ik ben ook tegengekomen dat er gebrek aan kennis is en handelingsverlegenheid. Ook heb ik gezien dat er twijfel bestaat over de vraag wiens taak het is om dit domein te betreden. ("Daar zijn toch al professionals voor?!")

In het kader van zijn promotieonderzoek bood Van de Geer een training aan. Deze training ging vooral over het kunnen beoordelen (niveau A) van de (onuitgesproken) spirituele zorgvragen van de patiënt, het begeleiden (niveau B) van de patiënt daarbij, (passend bij de eigen professionele rol) en het doorverwijzen van de patiënt naar de geestelijk verzorger in geval van crisis (niveau C).

⁵⁸ Van de Geer, *Learning spiritual care in Dutch hospitals*, 22.

⁵⁹ Van de Geer, *Learning spiritual care in Dutch hospitals*, 157.

Het ABC-model geeft helder weer hoe de *beoordeling*, voor de primaire zorgverlener voornamelijk uit de onderste trap van de piramide bestaat. Voor gebruik binnen de anamnese is de onderste trap dan ook de best passende. Voor het B en C-niveau zijn uitgebreidere vaardigheden nodig. Omdat het B-niveau over begeleiding gaat, is het van belang te weten wat daar voor en door de verschillende zorgdisciplines onder verstaan wordt. Hoe nu verwerven de verschillende zorgverleners de competenties die zij nodig hebben om dit model goed toe te kunnen passen?

2.12. Training van de primaire zorgverlener

Omdat het anamnesegebesprek doorgaans door de primaire zorgverleners wordt gevoerd, is het gewenst dat zij beschikken over de (bewuste) vaardigheid om in het gesprek aandacht te kunnen schenken aan de spirituele dimensie van de mens. Ook is het nodig dat zij daarbij over de juiste hulpmiddelen beschikken, zoals een digitaal formulier waarin de spirituele dimensie een plaats heeft en een zorgplan en/of een elektronisch patiënten dossier (EPD) waarin daarvoor ook doelbewust ruimte is gemaakt.

Alhoewel onderzoek met betrekking tot training zelden expliciet de anamnese als onderwerp heeft, is te verwachten dat training ervoor zal zorgen dat de aandacht van de zorgverlener zich ook tot dat terrein uitbreidt. Uit andere wetenschappelijke literatuur weten we dat training nodig is, wil spirituele zorg voor de mens goed toegepast worden door de primaire zorgverlener.⁶⁰ In het UMCG is recentelijk een pilot afgerond, waarin training is aangeboden aan verpleegkundigen. Ook daaruit bleek dat het trainen van primaire zorgverleners effectief is en leidt tot meer aandacht voor de spirituele dimensie van de patiënt.

Van de Geer zijn onderzoek laat zien dat er meerdere factoren zijn die maken dat de toepassing van spirituele zorg hapert en het ontbreken van goede training is daar een van. Omgekeerd: door training blijken volgens Van de Geer voorheen bestaande belemmeringen minder te worden of te worden weggenomen en de aandacht voor de spirituele dimensie breidt zich uit. De bekendheid binnen het multidisciplinaire team met het werk van de geestelijk verzorger neemt toe, het onderling begrip voor elkaars werk groeit en de eigen spirituele dimensie verdiept zich. Van de Geer schrijft ook dat onbekendheid van de kant van de geestelijk verzorger met het domein van de arts een mogelijke oorzaak is voor een beperkter positief resultaat van de training voor de deelnemende artsen. Er is een wederzijdse onbekendheid met elkaars terrein.⁶¹

Een belangrijk onderdeel van de conclusie uit Van de Geer's onderzoek is, dat in een betrekkelijk korte tijd de training van primaire zorgverleners zijn vruchten afwerpt, met in mindere mate bij de artsen, die een te grote afstand bleven houden tot het onderwerp van de training.⁶²

⁶⁰ "Balboni et al concluded that the rarity of SC may be primarily due to the frequent lack of SC training", Van de Geer, *Learning spiritual care in Dutch hospitals*, 67.

⁶¹ "The different results for nurses and physicians might be explained by the fact that nurses spend more time with patients; therefore, the impact of the training might be stronger. Another explanation could be that the chaplains were less familiar with the practice of the physicians." Van de Geer, *Learning spiritual care in Dutch hospitals*, 161.

⁶² Van de Geer, *Learning spiritual care in Dutch hospitals*, 160.

De normatieve eis die Van de Geer stelt aan de professionele vaardigheid in het kunnen bieden van spirituele zorg is, gezien tegen de achtergrond van palliatieve zorgverlening, begrijpelijk. Een normatieve eis binnen het kader van de anamnese kan gericht zijn op het eerste niveau van 'aandacht hebben voor' en op bewustwording van wat de primaire zorgverlener al wél biedt aan spirituele zorg. Dit kan helpen het domein in de breedte te leren (her)kennen en verder toegankelijk te maken.

Het door training en samenwerking ontstane toegenomen inzicht in de ruimte die het domein heeft, en juist hoe menselijk en gewoon het kan zijn, kan de primaire zorgverlener verder op weg helpen om zich daar zekerder in te gaan voelen. Het zal ook duidelijker maken wanneer de taak ingevuld kan worden door de primaire zorgverlener en wanneer die overgenomen moet worden door een andere professional.

Hoofdstuk 3 - Het empirisch onderzoek

3.1. Inleiding

In dit hoofdstuk geef ik een overzicht van hetgeen dat naar voren is gekomen uit de gesprekken die ik heb gehad met de verschillende doelgroepen. Daarvoor zoom ik in op enkele deelonderwerpen die aansluiten bij de semigestructureerde vragen. Door gebruik te maken van representatieve citaten fungeren deze als onderbouwing van hetgeen wat in het overzicht naar voren is gebracht en wat is aangevuld met mijn analyse van de inhoud ervan. De citaten zijn in eerste instantie tot stand gekomen via het proces van codering, vergelijking en labeling.⁶³ In tweede instantie heb ik ze in een verhaallijn met elkaar verbonden, teneinde recht te doen aan het kwalitatieve karakter van mijn onderzoek. In de analyse van de resultaten wordt de theorie verbonden met de empirie. Vanuit elke doelgroep zijn citaten geselecteerd.

De vragen die ik heb gebruikt tijdens mijn interview met de verschillende doelgroepen zijn te vinden in de bijlagen I, II en III. Voor de twee jongste kinderen uit de doelgroep patiënten heb ik het gesprek aangepast zodat het zou passen bij hun leeftijd en bevattingsvermogen.

3.2. Analyse van de resultaten

3.2.1 Start zorgproces

Voor alle respondenten begint de zorg voor de patiënt bij het moment van binnenkomst in het ziekenhuis. Om zoveel mogelijk rust te scheppen en een eerste beeld te krijgen van de situatie, bieden de zorgverleners de mensen meestal iets te drinken aan. Tegelijkertijd komen er direct vragen bij hen op. De belangrijkste daarvan is: wat moet ik doen, nu direct en later? *“Op het moment dat de patiënt op de afdeling komt. Waarom komt deze patiënt op dit moment met deze klacht bij mij? Wat is de hulpvraag?”* (Arts 3.) Het kijken, luisteren en inschatten begint direct en het gaat vaak in hoog tempo. *“Vanaf het begin van binnenkomst. Hoe oogt de patiënt, hoe staat iedereen ervoor, wat is de situatie, wat voor patiënt is het, wat heeft hij/zij nodig? Is het de eerste keer dat hij/zij komt, of weer terugkeert? Is er sprake van een acute opname of is hij/zij gekomen via de poli, na een doorverwijzing van de specialist? Er moet rust zijn, bij zowel de ouders als het kind. De zorg voor dat moment houdt ook in dat er goede informatie gegeven moet worden en dat er goede begeleiding is van het kind en de ouders. Verder is het belangrijk dat er een goede beschrijving is van wat er op een dag gebeurt. Dit alles speelt mee in het inschatten van de zorgvraag om passende zorg te kunnen bieden.”* (Verpleegkundige 1.)

Tegelijkertijd komt het onderzoek op gang dat nodig is om een diagnose te kunnen stellen. Meestal gebeurt dit in de vorm van gesprek, gecombineerd met lichamelijk onderzoek en eventueel aanvullend onderzoek over bijvoorbeeld medicatie, eerdere behandelingen en erfelijke aandoeningen. Het is niet standaard dat er tijdens de anamnese bij de patiënt navraag wordt gedaan wat er voor hem belangrijk is als het gaat

⁶³ Ben Baarda, *Dit is onderzoek* (Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers, 2014) 156 – 163.

om zaken die te maken hebben met zingeving of levensbeschouwing. Het kan per situatie verschillen: *“Het ligt eraan. Als er een beperkte levensverwachting is, dan is dat belangrijker. Het ligt ook aan de ouders en het kind zelf. Er is geen standaardprocedure. Als taak voor de arts kan het als er al een vertrouwensband is, maar als de arts dat te moeilijk vindt, kun je kijken naar wie een vertrouwenspersoon is.”* (Arts 2.) En: *“In verschillende situaties is het essentieel en dan zal er ook voor gezorgd worden, maar niet per se tijdens de anamnese.”* (Arts 2.) Wat blijkt is dus dat krachtbronnen zelden en zeker niet standaard tijdens de anamnese worden onderzocht.

Theoretisch is het zo dat men zou moeten vragen naar factoren die het herstel belemmeren of bevorderen of naar de verwachtingen van de patiënt. De spirituele dimensie, ook in ‘wereldlijke taal’, zou in die zin deel uit moeten maken van de anamnese, maar uit de interviews bleek niet dat dit gebeurde. Praktisch gezien lijkt het vooral af te hangen van de individuele zorgverlener en zo’n individuele invulling van een normatief gesteld zorgmodel, zou voor andere specialismen, een reden voor alarm zijn. Zo is het standaard om, als er informatie naar voren komt in de anamnese die mogelijk duidt op een probleem wat op het gebied van een ander specialisme ligt, dat dit vermeld wordt en ook consequenties heeft voor verder onderzoek op dat gebied, via bijvoorbeeld een verwijzing naar een collega. Doordat er in de anamnese doorgaans niet onderzocht wordt of er op het gebied van spirituele zorg dingen zijn die om aandacht vragen, wordt het niet vermeld in het dossier en vindt er ook geen verwijzing plaats.

3.2.2. Goede zorg

De patiënt die net binnenkomt heeft vooral veel vragen. Wat is er met me aan de hand en wat voor behandeling zal ik gaan krijgen? Wat zal de mogelijke impact ervan zijn, hoelang moet ik blijven, hoeveel pijn gaat het doen, wat zijn mijn herstelkansen en komt het allemaal wel goed? De kinderen vragen zich af waarom er niet rechtstreeks met hen gesproken wordt en waarom alles via mama en papa gaat. *“Ze moeten ook aan ons vragen wat wij willen en of we nog iets willen vragen en niet alleen met mijn moeder of vader praten.”* (Kind 2 en 3, 7 en 10 jaar.) Hierbij moet aangemerkt worden dat het in dit geval niet per se om kinderen gaat die in het BKZ behandeld of verpleegd zijn.

Er gebeurt van alles tegelijk, je praat, krijgt dingen te horen, hebt vragen. Het is spannend, je voelt je beroerd. Meestal vertelt men je maar een stukje, in plaats van dat het een samenhangend geheel is. Of je krijgt juist zoveel informatie tegelijk dat je het niet kunt onthouden. Jij bent de leek en op onbekend terrein. Dat is heel frustrerend. Het geeft je het gevoel dat je de controle over je eigen leven kwijt bent, terwijl je toch het liefst de regie zelf in handen houdt. Je wilt serieus genomen worden, wat betreft de kennis die je hebt over jezelf en wat je ervaart. *“Ik vind het wel belangrijk dat de eigen kennis en inzichten die je als patiënt hebt serieus genomen worden.”* (Patiënt 3.) Je hebt behoefte aan zorg die jou benadert als een heel mens en niet als voornamelijk de ziekte.

Het is niet vanzelfsprekend dat de patiënt serieus genomen wordt wat betreft zijn inzicht in de eigen medische situatie. Er wordt niet altijd gedacht aan de mogelijkheid dat er bij de patiënt kennis aanwezig is over wat de mogelijke oorzaak is van zijn klacht of ziekte. Een patiënt verwoordde dat zo: *“Het verwijderen van de symptomen, zonder echt te kijken naar de oorzaak. Zolang de symptomen weg zijn is het klaar en dan stopt ook het onderzoek naar de oorzaak of er ook nog andere mogelijkheden een rol spelen, (terwijl*

zij daar zelf dan wel een idee of een gevoel over hebben). Ook ontbreekt vaak de uitleg over het soort van onderzoeken, zodat zij daarin niet kunnen meedenken.” (Patiënt 1.) Is daar wel oog voor, dan kan de zorgverlener prima toegang tot die kennis krijgen, als hij weet hoe te luisteren naar waaruit die kennis bestaat. De spirituele dimensie van de patiënt is daar een niet onbelangrijk factor in. Als de vragen niet alleen vanuit de medische hoek komen, is het vaak verrassend om te horen wat de patiënt zelf als emotionele, psychische of spirituele oorzaak van zijn klacht ziet.

De patiënten vertelden me dat ze in de anamnese geen vragen hebben gekregen die gaan over levensbeschouwing, zingeving of spiritualiteit, al zouden ze dit wel erg op prijs hebben gesteld. *“Ik vind wel dat er gevraagd moet worden of je een eigen vangnet hebt, familie o.i.d. iemand waarmee je kunt praten.” (Patiënt 4.) “Ik heb dit soort vragen nog nooit gekregen tijdens mijn opname.” (Patiënt 1, 4 en 5.)* Tegelijk kan een vraag, als die door de dokter wordt gesteld wel angst oproepen. Dit hangt direct samen met het beeld van de patiënt over wat tot het domein van respectievelijk de arts, de verpleegkundige en de geestelijk verzorger behoort. *“Misschien zou ik dat wel eng vinden, ik zou gelijk denken dat ik doodziek was als een dokter me dat vroeg. Toch is het wel goed dat het gevraagd wordt. (Patiënt 4.) Het hangt wel af van wat voor soort vragen het zijn en vooral ook hoe die vragen gesteld worden. Als het een soort routinevraag is, zonder dat het de ander echt interesseert, hoeft het voor mij niet.” (Patiënt 1.)* Het komt er dus erg op aan welke vragen gesteld worden en hoe ze gesteld worden.

Duidelijk is dat de patiënten als mens gezien willen worden en niet alleen als zieke. Zij hebben misschien iets, maar zij zijn meer dan de aandoening waarmee ze binnenkomen. *“Dat ze begrijpen dat mensen meer zijn dan alleen hun ziekte. Het kost misschien iets meer tijd, maar het is belonend voor zowel de patiënt als de dokter.” (Patiënt 4.)* Daarover willen ze zelf ook de complete informatie, zodat ze zelf de situatie kunnen overzien en hun eigen ‘diagnose’ kunnen stellen. *“Ik heb behoefte aan het totaalplaatje, daar gaat het om. Het hele verhaal en iets ondersteunend daarbij. Het is frustrerend om maar een deel te horen. Ik weet dan niet wat er allemaal aan de hand is en kan het niet overzien. Ik ben niet meer in controle en heb geen overzicht van de procedures.” (Patiënt 1.)* Zij willen zelf beslissingen kunnen nemen. Daarnaast willen zij dat er aandacht is voor de mensen in hun omgeving, met wie zij samen het ziekteproces en de behandeling doorlopen. *“Alle symptomen moeten ook meegenomen worden en niet alleen de lichamelijke, maar ook de emotionele en psychische symptomen zijn belangrijk. Er moet ook aandacht zijn voor de partner, of die het wel redt, want die heeft het vaak nog zwaarder.” (Patiënt 2.)*

Uit literatuurstudie is gebleken dat de ruimte die de patiënt kan innemen voor zijn zorgvragen in de huidige situatie grotendeels bepaald wordt door de zorgverlener en dat vragen vanuit de vierdimensionale zorgbenadering niet standaard zijn. De spirituele dimensie komt doorgaans het minst aan bod. Ook in het geval van een langduriger zorgproces ontbreekt nog regelmatig de zorg voor de spirituele dimensie van de patiënt, alhoewel minder vaak dan in de anamnese. Ernstige en levensbedreigende zorgsituaties brengen deze dimensie vanzelf onder de aandacht. Maar omdat het niet altijd om ernstige situaties gaat, blijft de minder uitgesproken zorgbehoefte, waar desondanks wel behoefte aan is, onbeantwoord. De zorgverlener die beschikt over de vereiste competenties als het gaat om spirituele zorgverlening, heeft vaak ook de verfijnde middelen tot zijn beschikking die een vroege signalering mogelijk maken.

3.2.3. Focus

Het is ook uit de interviews duidelijk geworden dat er een zeker gemis wordt ervaren. *“De nadruk ligt meestal op het medisch-technische. Met name op de IC en dat is dan ook wel een enorme verarming. Vroeger was er toch wel meer aandacht voor het spirituele domein.”* (Arts 2.) *“Het accent ligt toch vooral op het medische probleem. Nu wordt er soms alleen gevraagd naar wat het geloof is en het beroep, het hebben van kinderen en dat soort vragen.”* (Verpleegkundige 5.) Ook bleek er een zekere consensus te bestaan over wat goede zorg inhoudt. Iedereen erkent dat de vier dimensies van zorg belangrijk zijn, dat zij een kenmerk zijn van kwalitatief goede zorg.

Uit de reacties blijkt dat de vertechnisering van de zorg, naast wat het allemaal aan goeds brengt, ook ervaren wordt als een verarming van de menselijke kant van de zorg. Ook Kolcaba spreekt daarvan in haar boek. Bij Van de Geer komt de te grote nabijheid of de te grote afstand in het contact met de patiënt als belemmering in goede spirituele zorg verlenen, naar voren. Dit toonde zich met name bij jonge dokters. De mogelijkheid dat de in toenemende mate gespecialiseerde opleiding van de primaire zorgverlener het lastiger maakt om, naast de beroepsmatige houding, ook een medemenselijke te kunnen tonen, moet onderkent worden.

De persoonlijke mededeling door één van de artsen, dat hij met het ouder worden, en vooral ook sinds hij zelf kinderen heeft, zich daarin echt ontwikkeld heeft en ook veel beter is gaan begrijpen wat het voor de ouders betekent als hun kind ziek wordt, geeft aan dat innovaties op technisch gebied niet het enige antwoord is op hoe de zorg te optimaliseren.

3.2.4. Levensbeschouwing in de anamnese

Vanaf het begin is duidelijk dat de verpleegkundige en de arts een eigen rol hebben in dit alles. Zij doen dit traject (meestal) niet samen. Ieder van hen blijkt tijdens de interviews te vinden dat het wel een verarming is dat de aandacht alleen of vooral uitgaat naar de fysieke hulpvraag. Net als patiënten vinden zij het eigenlijk heel belangrijk dat alle dimensies worden meegenomen, ook geestelijke en sociale. *“Het is belangrijk en ook een blijk van interesse. Er zit een persoon tegenover je. Op sommige momenten is het wel belangrijker dan op andere.”* (Arts 3.) Tegelijkertijd vragen de artsen zich af of het wel kan en of deze taak niet bij iemand anders zou moeten liggen. *“Ik vind het belangrijk dat de patiënten niet alleen met een arts praten. We zijn er steeds meer door de tijd toe gedwongen om vooral het technische te doen en dan zijn andere professionals onontbeerlijk.”* (Arts 3.) En: *“Het zou wel mooi zijn als de geestelijk verzorger, naast de arts en de verpleegkundige, hiermee in de anamnese aan de slag zou gaan. Zo blijven wij er ook goed feeling mee houden en krijgt de patiënt optimale zorg.”* (Arts 2.)

Ook verpleegkundigen vinden het belangrijk. Zij signaleren zowel hun eigen onvermogen om er goed vorm aan te geven, als andersoortige belemmeringen. *“Als de verpleegkundige of de arts zelf weinig affiniteit met het spirituele heeft, vinden ze het ook niet zo belangrijk ernaar te vragen of denken er niet aan.”* (Verpleegkundige 6.) Dat geldt zowel voor de anamnese, als voor de zorg die in andere fasen van het traject wordt geboden. En er is niets in de anamnese fase dat uitnodigt of vereist om dit soort dingen te bespreken.

De geestelijk verzorger is eigenlijk nooit bij dit proces of in deze fase betrokken, tenzij er sprake is van een spirituele crisissituatie, of wanneer de patiënt daar zelf om vraagt, maar dat gebeurt zelden. In die zin wordt het model van de piramide onbewust wel gevolgd: de geestelijk verzorger krijgt een rol in de zorg als er specialistische kennis nodig is.

Voor geestelijk verzorgers is het domein spiritualiteit een stuk herkenbaarder, ook al geeft ieder van hen er, binnen het vakgebied, een persoonlijke inkleuring aan. *“Mijn ervaring met een gezin met een totaal andere achtergrond dan ik. Mijn ervaring is dat het altijd om mensen gaat. Elkaar steunen en kunnen begeleiden op het menselijke vlak. We zagen elkaars uiterlijke verschillen, toch konden we elkaar bereiken. De behoefte aan het gesprek en elkaar ontmoeten was zo sterk dat het religieuze overstegen werd. Dit terwijl de arts er met hen helemaal niet over gesproken had, maar het ging om het levenseinde van hun kind.”* (Geestelijk verzorger 3.)

3.2.5. Belemmeringen

Belemmeringen om met de patiënt over onderwerpen te praten die met zingeving of levensovertuiging te maken hebben, hangen vooral samen met het feit dat de primaire zorgverlener het gevoel heeft geen tijd daarvoor te hebben, zich niet vertrouwd te voelen met dit domein, of zich onvoldoende bekwaam te voelen om dat gesprek te voeren. Bijvoorbeeld als men denkt dat spiritualiteit hetzelfde is als religieus zijn en men zelf niet religieus is: *“Ik ben zelf niet religieus en ben dan bang dat ik het verkeerde zal vragen of zeggen. Als de patiënt het zelf aangeeft, wordt het meestal wel opgepakt en vindt er doorgaans een verwijzing naar de geestelijk verzorger plaats. Uit mezelf ermee beginnen vind ik wel lastiger, hoe doe je dat?”* (Verpleegkundige 2.). Op grond van het gevoel dat de bekwaamheid ontbreekt, vragen zorgverleners zich soms wel af of dit wel tot hun taak behoort. Men heeft doorgaans het idee dat het spirituele domein vooral een zwaar onderwerp is en altijd over problemen gaat. Tegelijkertijd geven zij aan dat deze zorg wel tot hun professionele verantwoordelijkheid behoort, maar zij neigen er toch toe dit ‘soort’ van gesprekken op het bordje te leggen van de geestelijk verzorger. *“Zolang het maar niet betekent dat het als zorgtaak van ons helemaal verdwijnt, want dat zou ik echt als een verarming ervaren.”* (Verpleegkundige 5.)

Het lastige met bekwaamheid is het ‘oorzaak-gevolg’ verband, waarbij oorzaak en gevolg inwisselbaar zijn, zoals bijvoorbeeld het gebrek aan vertrouwdheid met het domein, of het gebrek aan bepaalde communicatieve vaardigheden. Wanneer iets niet geleerd, geoefend en toegepast wordt in de praktijk, is het niet mogelijk daarin vaardigheid te ontwikkelen. Dan zal men dat gebied links laten liggen, wat weer tot gevolg heeft dat de nog bestaande vertrouwdheid en vaardigheden verder afnemen.

Een andere vorm van gebrek aan ‘vertrouwdheid’ is het ontbreken van een vertrouwensband tussen zorgverlener en patiënt. Die band tussen een zorgverlener en een patiënt is geen statisch gegeven, maar een dynamisch proces. Een vertrouwensband bouw je op. Door (vrije) aandacht te hebben voor de gehele mens en door passende communicatietechnieken toe te passen, ontstaat er vertrouwen, in elkaar en in het behandeltraject. Zowel de pilotstudie binnen het UMCG, als het onderzoek van Van de Geer, tonen aan dat door de toepassing van spirituele zorg niet alleen de bekwaamheid

in het kunnen omgaan met dit domein toeneemt, maar dat het domein ook meer vertrouwd raakt. Hermeneutische vaardigheden spelen daarbinnen een belangrijke rol. Doordat het vertrouwen groeit wordt het communiceren gemakkelijker. Het lijkt mij dan ook redelijk om te stellen dat het initiatief om dit proces aan te gaan, primair moet uitgaan van de zorgverlener.

Er werden ook praktische belemmeringen genoemd, waarbij tijd als factor het vaakst genoemd werd. *“We moeten steeds meer doen en er is niet altijd ruimte voor. Ook al wil je als zorgverlener die zorg bieden, er is ook een grens aan. Wat er mogelijk is, gezien al de taken die je hebt en de tijd die daarvoor beschikbaar is.”* (Arts 1.) Het lijkt op het eerste oog bij de factor tijd te gaan om een objectief, kwantitatief gegeven, maar de kwalitatieve kant ervan wordt in grote mate bepaald door het vermogen aanwezig en beschikbaar te zijn in het moment van het contact. Soms is het dus een kwestie van worstelen met de tijd: *“Ik weiger om geen tijd te hebben voor deze dingen als blijkt dat het voor de patiënt belangrijk is.”* (Verpleegkundige 6.)

Belemmeringen die in mijn empirisch onderzoek niet expliciet naar voren zijn gekomen, terwijl dit wel in het onderzoek bij Van de Geer het geval was, hadden te maken met de communicatieve vaardigheden van de primaire zorgverlener. Deze bleek geneigd te zijn, of een te grote nabijheid te tonen, of juist een te grote afstand te houden tot zowel de patiënt zelf, als de familie van de patiënt. Opvallend ook bij Van de Geer was, dat als er wel aandacht werd gegeven aan de spirituele dimensie van de patiënt, deze vaak niet aansloot bij de vraag van de patiënt. Dit is een belangrijke uitkomst, omdat het wijst op het belang van een gedegen kennis van wat goed communiceren vraagt van de zorgverlener.

3.2.6. Eén vaste persoon?

Bij navraag hoe de primaire zorgverlener zou aankijken tegen een vaste persoon, hetzij zorgverlener of geestelijk verzorger, die de taak heeft zorg te dragen voor de spirituele anamnese, gaf men aan dit een aantrekkelijke mogelijkheid te vinden. *“Het zou er voor zorgen dat dit deel van de zorg in elke geval gebeurde. Er zit ook iets in als je het vanuit een pragmatisch argument bekijkt.”* (Geestelijk verzorger 3.)

Het feit dat deze vraag door mij, geestelijk verzorger in spe, werd gesteld, kleurde mogelijk de reactie die sterk overhelde naar de gedachte dat dit aspect van de zorg dan vanzelfsprekend tot de taak van de geestelijk verzorger zou gaan behoren. Toch hoefde dit niet per se het geval te zijn. *“Het maakt me niet uit wie het doet, als het maar gebeurt en als het maar goed gebeurt. Als al door een vast iemand, dan moet het wel een sleutelfiguur zijn in de zorg.”* (Geestelijk verzorger 1.)

Er werden zowel voor- als nadelen gesignaleerd als het ging over een rol van de geestelijk verzorger in de anamnese: *“Enerzijds is het idee van nog weer iemand extra aan het bed van de patiënt bezwaarlijk, ze zien al zoveel mensen, anderzijds zou het mooi zijn. De mensen krijgen dan echte zorg en aandacht op dat gebied en dat ontbreekt nu vaak.”* (Verpleegkundige 1.)

De eventuele nadelen wegen echter niet op tegen de voordelen: *“Het zou ook goed werken tussen ons en de geestelijk verzorger, doordat het meer standaard wordt en je er dan zelf ook steeds vertrouwd mee raakt.”* (Verpleegkundige 2.) Dit sloot ook aan bij de misschien wel meest aantrekkelijke mogelijkheid, namelijk een structuur die het mogelijk zou maken om een en/of situatie te realiseren in plaats van een of/of. *Als zij*

dan ook nog door een geestelijk verzorger gezien zouden worden, zou dit echt een aanvulling zijn.” (Arts 2.)

De wens om er daadwerkelijk voor te zorgen dat de patiënt de zorg ontvangt waar hij recht op heeft, ook als het gaat om spirituele zorg, blijkt te overheersen. Wie die zorg dan zou moeten bieden, blijft vanuit de primaire zorgverleners alsnog de vraag. De voorkeur lijkt uit te gaan naar de geestelijk verzorger als vaste persoon voor deze taak. Dit brengt echter het risico met zich mee dat de aandacht voor de spirituele zorg van de patiënt nog verder naar de achtergrond zal verdwijnen en gaat bovendien voorbij aan de normatieve eis die hierin gesteld is aan de primaire zorgverlener. Bovendien is het niet logisch de geestelijk verzorger te plaatsen op een plek waar het voldoende adequaat is deze door de primaire zorgverlener te laten bezetten. De kans dat het anamnese-gesprek tot een zorginterventie zal leiden, wanneer dit door een geestelijk verzorger gedaan wordt, is niet onwaarschijnlijk. Voor in de anamnese zou dit niet passend zijn en een onevenwichtige zorgsituatie opleveren.

3.2.7. Verankering

Verankering is het proces dat ertoe moet leiden dat de aandacht voor de spirituele zorg een vaste, structurele plaats krijgt in het zorgproces tijdens de anamnese. Verankering in de deskundigheid van de zorgverleners, in het beleid van de organisatie of in de vaste hulpmiddelen waar de zorgverleners mee werken. Wat betreft het beleid zegt een geestelijk verzorger dat de aandacht voor het spirituele “... *niet officieel ter sprake wordt gebracht ...*”.

Een verpleegkundige verwoordt het zo: *“Ik ben me er van bewust dat het belangrijk is, maar soms ook lastig. Ik vertel wel altijd, en meer en meer de laatste tijd, dat er GV op de afdeling is. Of later als ze bij maatschappelijk werk geweest zijn, wijs ik hen erop dat een gesprek met een GV andere dingen inhoudt. Het hoeft helemaal niet over religie te gaan of dat zij gelovig moeten zijn, maar dat het een aanvulling is op de zorg. Het brengt andere facetten naar voren.”* (Verpleegkundige 4.) Het is niet altijd gemakkelijk te weten wat er moet gebeuren en tegelijkertijd voortdurend goede kwaliteit te willen bieden. Zie deze verzuchting van een arts: *“Ik heb het gevoel dat we heel veel nog niet zien, signaleren. Er moet zoveel gebeuren altijd. De praktijk is vaak rauw, ondanks de goede zorg die je wilt bieden. Er is de tijd voor het consult en de tijd voor het gehele traject. Er is een kwantiteits- en een kwaliteitsfactor. Dat geheel bepaalt de anamnese.”* (Arts 3.)

Er is nog veel te doen en verankering van de spirituele zorg kan pas goed plaats vinden als de implementatie van de normatieve eis daartoe een feit is. Daarvoor is ook nodig dat er bewustwording tot stand komt. Mijn scriptie beoogt deel uit te kunnen maken van dat proces.

“Het is belangrijk dat de zorgverleners er weet van hebben, niet alleen op cognitief niveau, maar ook op het niveau van ervaring met de spirituele dimensie. Scholing en bewustzijn is nodig. Dat er een goed beeld is van wat spirituele zorg kan zijn. Dat de geestelijk verzorger bereikbaar en zichtbaar aanwezig is.” (Geestelijk verzorger 2.) *“Wat ook nodig is, is een infrastructuur die het mogelijk maakt. Dat er in het systeem ruimte is, dat het dossier er ruimte voor biedt.”* (Geestelijk verzorger 1.). Ook aan scholing en aan het EPD wordt er inmiddels gewerkt.

3.2.8. Het elektronisch dossier

Op basis van, onder andere, het anamnese-gesprek wordt het elektronisch patiëntendossier (EPD) ingevuld of bijgewerkt. Daarvoor gebruiken zowel de arts als de verpleegkundige een mobiele computer. Zij moeten daarbij balanceren tussen het gesprek, dat de kwaliteit moet hebben van een ontmoeting met de patiënt, en een adequate anamnese. Het EPD werkt daarbij niet altijd mee. Sociaalpsychologische of spirituele informatie kan men er maar heel beperkt in kwijt. De anamnese eindigt in een (bij voorkeur voorlopige) diagnose en ook die wordt geregistreerd in het dossier van de patiënt.

Van belang is dat informatie die voortkomt uit de anamnese vertrouwelijk wordt behandeld. De informatie valt onder de wet- en regelgeving op het gebied van privacy die geldt voor de zorg. Soms besluit een arts daarom bepaalde informatie niet in het dossier op te nemen. *“De anamnese kan soms zulke vertrouwelijke informatie bevatten dat het niet in het dossier mag komen. Je hebt een dossier zoals het gearchiveerd is en je hebt een dossier zoals het in je hoofd is.”* (Arts 3.)

Het belangrijkste doel van het EPD lijkt te zijn om feitelijke informatie te verzamelen die de basis kan vormen voor het behandel- en het zorgplan. *“Spiritueel is persoonlijk en niet objectief meer. Het gaat meer om feiten in het dossier. Als het om een nieuwe opname gaat wordt er wel altijd naar de anamnese in het EPD gekeken, maar niet zozeer naar het spirituele.”* (Verpleegkundige 3.) Het is dus zaak dat ook de spirituele informatie benaderd wordt als een objectieve uitkomst van het onderzoek en dat de zorgverleners die informatie vastleggen, zoveel mogelijk in feitelijke en objectieve bewoordingen, zonder van het gesprek direct een persoonlijke interpretatie te geven. Daarnaast is het nodig dat de patiënt een belangrijke stem heeft in wat er in het dossier wordt vastgelegd en hoe dat gebeurt.

Tijdens de interviews bleken alle zorgverleners te mopperen over het EPD. Ze vinden het in de huidige vorm niet geschikt voor het goed verwerken van informatie over de spirituele dimensie. *“Het psychosociale en spirituele deel ontbreekt meestal. Het gaat vooral om objectieve informatie in het EPD.”* (Verpleegkundige 3.) Behalve dat informatie daarover meestal ontbreekt, is het vaak, als het er wel is, moeilijk te vinden. Je moet er echt naar zoeken. *“Het terugvinden van informatie op het gebied van bepaalde onderwerpen is een drama. Het is vaak niet terug te vinden. Ook de informatie van collega's is soms moeilijk terug te vinden.”* (Arts 2.) Via een notitie kun je het tegenkomen, maar door de veelheid van andere notities zakt die notitie heel snel naar de onderkant van het blad en is dan in feite verdwenen. *“Vroeger, toen je nog gewoon alles opschreef, had je een hele pagina voor je waarin een overzicht van alle belangrijke gegevens, ook dat wat ging over zingeving en levensbeschouwing. Dan zag je dat in één oogopslag. Nu ben je vaak bezig met het systeem van de computer en het invullen van de vakken voor de verschillende onderdelen.”* (Verpleegkundige 4.) Dit moet dus beter kunnen, vindt men, en wel zo dat het deel zingeving en levensbeschouwing direct zichtbaar is en zichtbaar blijft, zodat het niet over het hoofd gezien kan worden.

De vertrouwelijkheid van het dossier in het algemeen is een onderwerp van discussie. Dit heeft zekere ook met de huidige tijd te maken, waarin gebruik en opslag van privégegevens steeds gevoeliger is geworden.

Er liggen verschillen tussen de primaire zorgverleners onderling, waarbij de één zegt dat het dossier helemaal aan de patiënt behoort en dat die bepaalt wat er wel of niet

in mag worden opgenomen, en een ander stelt dat niet alles wat er wél in is opgenomen, zichtbaar moet zijn voor de patiënt.

Over het privacy-onderwerp is en wordt veel gepubliceerd, bijvoorbeeld met betrekking tot elektronische gezondheidszorg en medische consulten. Dit is echter een onderwerp wat buiten het kader van mijn scriptie valt.

3.2.9. Bevindingen empirisch onderzoek

Mijn belangrijkste bevinding op basis van het empirisch onderzoek is dat de normatieve eis die gesteld wordt aan de zorg voor de spirituele dimensie van de patiënt niet wordt gehandhaafd, noch binnen de anamnese, noch binnen de algehele dagelijkse zorg voor de patiënt.

Wanneer het gaat om de zorg voor het spirituele domein, blijkt het dat de individuele visie van de zorgverlener ten aanzien van deze dimensie een invloedrijke rol speelt in het al dan niet vormgeven aan de zorg daarvoor.

De zorg voor de spirituele dimensie is vooral gericht op probleemsituaties, waardoor de eerste trap van de piramide weinig betreden wordt.

De zorg voor de spirituele dimensie van de patiënt in de anamnese wordt bij voorkeur, maar niet uitsluitend, in de handen gelegd van de geestelijk verzorger.

Mijn eerste vraag is of er op het niveau van infrastructuur en beleid de bereidheid is vanuit de verschillende afdelingen om er voor te zorgen dat de spirituele dimensie een volwaardig onderdeel wordt van de algehele zorg voor de patiënt?

Mijn tweede vraag is hoe gaan de primaire zorgverlener en de geestelijk verzorger gestalte geven aan het implementeren van de zorg voor de spirituele dimensie in de anamnese?

Mijn derde vraag is of het EPD zo aangepast zal gaan worden dat er een overzichtelijke en werkbare ruimte komt voor verslaggeving van de spirituele dimensie van de patiënt?

Hoofdstuk 4 – Verbetervoorstellen

“We cannot solve our problems with the same thinking we used when we created them.”
– *Albert Einstein.*

4.1. Inleiding

Streven naar goede zorg voor de patiënt is slechts de helft van goede gezondheidszorg. Goede zorg ontvangen als patiënt hangt nauw samen met de zorg die de zorgverlener, in de uitoefening van zijn beroep, ontvangt. Goed zorgen voor een patiënt gebeurt niet fundamenteel anders dan goed zorgen voor de zorgverlener. De patiënt is immers een potentiële zorgverlener en de zorgverlener een potentiële patiënt. Het bieden van goede zorg wordt bijvoorbeeld moeilijker als je zelf onvoldoende goede zorg ontvangt. Daarom is het nodig om ervoor te zorgen dat de zorgverlener in staat wordt gesteld de taken uit te voeren, waarvan we zeggen dat die tot hun verantwoordelijkheid behoren.

4.2. Persoonlijke ervaring

De persoonlijke opvatting over het belang van zorg voor de spirituele dimensie is beïnvloed door de persoonlijke ervaringen van de zorgverleners met ziek zijn en opgenomen worden in een ziekenhuis. In de interviews die ik met hen had is hier expliciet naar gevraagd en over gesproken. Daarin kwam naar voren dat alle zorgverleners aan den lijve hebben ervaren, op het moment dat zij zelf zorg behoeften, hoe belangrijk ‘comfort’ (troost) is, om het lijden dat het ziek-zijn met zich meebrengt te kunnen verdragen en verzachten. Zij kennen daardoor heel goed het belang van een zorg die aandacht heeft voor alle dimensies.

Mijn motivatie om in de interviews naar persoonlijke ervaringen te vragen kwam voort uit de wens er voor te zorgen dat er in mijn ontmoeting met hen aandacht zou zijn voor hun spirituele dimensie.

Sommige van de ervaringen gingen erover hoe belangrijk het is dat de zorgverleners onbevooroordeeld zijn, dat zij vrije aandacht hebben zonder een oordeel te vellen. Zoals: *“Dat degene die je tegenover je hebt geen mening of oordeel heeft. Gewoon belangstelling heeft voor wie je bent en waar je eventueel mee zit. Zo had ik een botte huisarts waarvan ik aanvankelijk dacht dat dit OK was, tot ik een nieuwe huisarts kreeg die kon luisteren. Toen merkte ik dat dit toch veel prettiger was. Het is heel basaal. Ziek zijn is toch heel kwetsbaar.”* (Geestelijk verzorger 1.)

Andere reacties gingen in op het belang van het contact van mens-tot-mens. Of over gewoon wat menselijk meeleven en invoelingsvermogen. Ook al vragen zij zich dan soms af of het hier nog gaat over spirituele zorg, het is duidelijk wat hun behoefte was. *“Als je als arts ziek bent, gaat men er vanuit dat je jezelf wel kunt redden, maar wat zou ik geholpen zijn geweest met het krijgen van goeie informatie over de gang van zaken, of met een vriendelijk woord en een hand op mijn schouder.”* (Arts 1.) *“Het ging om het verschil tussen hoe er om werd gegaan met het innerlijke dilemma van een patiënt. Door de ene arts werd er een technische oplossing voor het dilemma aangeboden. Door de andere arts*

werd gezocht naar een procesmatige benadering, waarin de patiënt in kwestie de eigen kennis en levenservaring kon gebruiken en de tijd kreeg om naar een oplossing toe te groeien.” (Arts 3.) “Dat mensen me herkenden en wisten waar het om ging. Dat je als patiënt geen nummer bent.” (Verpleegkundige 5.) Naar aanleiding van de vraag naar de eigen ervaringen gaf een geestelijk verzorger aan dat zij van de artsen wel hoopte dat ze brede aandacht zouden hebben, maar dat zij het van hen eigenlijk geen spirituele zorg verwachtte: “Ik heb veel ervaring met ziek-zijn en gemist dat er iemand was die mijn hele situatie in ogenschouw nam. Niet alleen maar pillen voor de kwaal. Geen vragen zoals waar leef je voor, waar zet je op in. Had ik wel fijn gevonden als iemand me dat gevraagd had. Geen geestelijk verzorger gezien. Aandacht hebben voor het hele verhaal. Je bent afhankelijk van allerlei dokters. De juist menselijke ervaring in de zorg!” (Geestelijk verzorger 3.)

Een taak hebben in de zorg voor de spirituele dimensie van een patiënt moet, net als voor alle andere taken, getraind en onderhouden worden én...tijd gegund worden.

In dit hoofdstuk zal ik terugkomen op het interventieonderzoek en de manier waarop dat nu na-ebt in het ziekenhuis. Aansluitend zal ik mogelijke oplossingen aandragen voor het algemene tekort aan aandacht voor de spirituele dimensie in het anamnesegeprek. Dit gebeurt in de vorm van concrete voorstellen voor verbetering. Geen van de professionals in het ziekenhuis is gebaat bij lastenverzwaring en verandering maakt dan ook alleen kans als deze eenvoudig, bruikbaar en gemakkelijk inpasbaar is. De verandering moet bovendien passen bij de kerntaak van het ziekenhuis, bij de doelstelling van het anamnesegeprek, bij de beschikbare tijd en middelen en bij de kennis van de professionals die het anamnesegeprek uitvoeren.

4.3. Voorbeeldvragen

Op de vraag hoe het zou zijn voor de patiënt als hij onderstaande drie vragen zou krijgen tijdens de anamnese, of aan de primaire zorgverlener hoe het zou zijn voor hen om deze vragen tijdens de anamnese te stellen, werd overwegend positief gereageerd.

- Wat moeten wij beslist van u weten, zodat we u goed kunnen begrijpen en begeleiden in deze periode?
- Wat geeft u gewoonlijk kracht in moeilijke tijden?
- Is er op dit moment iets wat ik voor u kan doen om u te steunen?

“Het zou fijn zijn om deze vragen te krijgen. Als het niet aangeboden wordt dan weten de mensen ook niet dat het mogelijk is.” (Verpleegkundige 6). “Soms vragen we iets in de trant van de vragen die je hebt. Het zou zeker niet raar zijn, maar we doen het niet standaard. Ik wil ze nu wel mee.” (Arts 1.) “Ik wil de vragen wel gebruiken.” (Arts 3.). “Het is niet beledigend of storend. Ik waardeer het. Toen ik in het ziekenhuis was voor de bevalling, was ik zo bang en boos. Als ik deze vragen gekregen zou hebben zou ik het fijn gevonden hebben. Ik voelde me zo alleen.” (Patiënt 4.) “Het zou wel erg aanspreken, omdat je daar soms zelf op dat moment niet bewust van bent en dan wel gaat nadenken daarover, wat je nodig hebt.” (Patiënt 1.) Een enkele patiënt reageerde kritisch en bracht de nodige nuance aan: “Vraag A. gaat me iets te ver. Hij is te persoonlijk. Vraag B. vind ik heel normaal. Als eerste zou ik dan mijn vrouw noemen. Vraag C. vind ik wel een goeie vraag. Je

zoekt in eerste instantie steun bij de verpleegkundige. Zij is praktisch alle dagen bij je en dat heeft iets meer persoonlijks.” (Patiënt 5.)

De reacties van de patiënten en de zorgverleners wijzen erop dat het stellen van de vragen bekwaamheid vereist, flexibiliteit in het hanteren van de vragen en het vermogen tot aanpassing aan de situatie en de patiënt. Het is nodig daarbij in te kunnen schatten wat de gevoeligheden van de patiënt zijn. Dit is overigens een algemene professionele basisvaardigheid die ook op andere momenten van het zorgproces van belang is en bekend bij de primaire zorgverlener. De toepassing ervan als het gaat om de spirituele dimensie is daarom niet fundamenteel anders, als men zich maar vertrouwd heeft gemaakt met de specifieke kenmerken ervan.

4.4. Na het interventieonderzoek

In het kader van het kleinschalige interventieonderzoek hebben vijf primaire zorgverleners gedurende de maanden waarin ik mijn scriptie schreef, gebruik gemaakt van de eerder genoemde voorbeeldvragen tijdens de anamnese. Ik wilde zien of mijn idee klopte dat het voldoende is om enkele eenvoudige vragen tot je beschikking te hebben die kunnen zorgen voor een toegang naar de spirituele dimensie van de patiënt, zonder dat de vragen al vooraf op weerstand zouden stuiten, vanwege de overwegende religieuze gerichtheid ervan.

Helemaal onbeslagen ten ijs kwam ik niet met dit interventieonderzoek, want niet alleen, zoals eerder tijdens mijn stageperiode, heb ik ervaren dat open en eenvoudige vragen die potentie hebben, ook mijn jarenlange ervaring als zorgverlener in een consultatieve praktijk hebben me geleerd dat deze vragen die mogelijkheid in zich dragen. Wat ik niet wist was of dit ook zou gelden, wanneer de vragen door de primaire zorgverlener gesteld zouden worden.

Het resultaat was verrassend. Twijfelde men aanvankelijk over de haalbaarheid ervan in de anamnese, in de loop van het interventieonderzoek werd het beeld daarvan positief. Na het gebruik van de vragen was het de zorgverleners duidelijk geworden dat het domein spiritualiteit veel ‘gewoner’ ingevuld kon worden. Men bleek de vragen goed te kunnen gebruiken in de praktijk. Men werd er enthousiast over en het idee, dat dit deel van de zorg vooral door de geestelijk verzorger zou moeten worden gedaan, verdween naar de achtergrond. Men zag de mogelijkheden om deze taak toch zelf vorm te geven. Het laat zich daarom aanzien dat het interventieonderzoek wel iets in gang heeft gezet en dat de drie vragen wellicht een nieuw en interessant hulpmiddel worden.

Daardoor rest eigenlijk alleen de vraag op welke manier ervoor gezorgd kan worden dat aandacht voor het spirituele niet een toevalstreffer is en niet meer afhangt van de individuele zorgverlener. Niet onbelangrijk bij het beantwoorden van deze vraag is het feit dat het bewustzijn bij de zorgverleners door de interviews en het interventieonderzoek is toegenomen.

4.5. Verslag van het interventieonderzoek

Van de vijf zorgverleners (drie artsen en twee verpleegkundigen) die aangaven de voorbeeldvragen te willen gebruiken tijdens het anamnesegeprek, heeft één arts aangegeven geen gebruik te hebben gemaakt van de vragen, vanwege tijdgebrek. Alle

vijf de respondenten hebben aangegeven de vragen nog steeds bij zich te dragen en er zeker gebruik van te willen (blijven) maken. Twee artsen en twee verpleegkundigen hebben de vragen gebruikt en zij vertellen in schriftelijke en mondelinge reacties over hun ervaring ermee. Een van hen stelt: *“Ik heb ze gebruikt als het zo voor komt in het gesprek. Ze bieden een opening om met mensen in gesprek te gaan over wat voor hun belangrijk is in het leven en hoe zij tegen zaken aankijken. Ik heb gemerkt dat niet iedereen hiervoor open staat. Zelf ben ik iemand die altijd al in gesprekken informeert naar de achtergronden van ouders, maar met deze vragen is er eventueel ruimte om er iets dieper op in te gaan. Het is niet zo dat ik nu vaker contact op neem met de geestelijk verzorger. Ik zie nu wel meer terug in de verslaggeving dat er met de patiënt gesproken is over onderwerpen die te maken hadden met hun zingeving en levensbeschouwing.”* (Arts 2.) Over het gebruik van de vragen zegt de andere arts het volgende: *“De vragen zijn regelmatig door me gebruikt en ze werken goed als een opening voor het gesprek. Soms paste ik de vragen wat aan, maar meestal lagen ze in de strekking van: ‘wat ben ik vergeten te vragen om jullie en jullie kind beter te leren kennen?’, of, ‘wat is er nodig om jullie goed te leren kennen?’ Zowel vanuit religie als niet religie gekleurd kwamen daar antwoorden op. De mensen reageerden niet vreemd-verrast als ik het vroeg.”* *“De non-verbale communicatie is ook belangrijk. Zo had ik pas een echtpaar waarvan de moeder meer extravert was en de vader meer introvert. Dat zie je dan aan hun houding: voorover leunen of juist achterover gaan zitten.”* (Arts 3.)

De twee verpleegkundigen hebben allebei de vragen gebruikt, zowel in het anamnesegesprek als later in de zorg. Zij delen hun ervaring als volgt: *“De vragen zijn heel behulpzaam en bieden een goede ingang om het gesprek met de patiënt aan te kunnen gaan met betrekking tot de zorg voor het spirituele domein, ook al heeft het die naamgeving niet.”* (Verpleegkundige 4.) *“Voor mij was vooral de eerste vraag heel geschikt en die werkte ook het best.”* (Verpleegkundige 6.)

Verpleegkundige Nel (niet haar echte naam) ziet me op de afdeling en komt vol enthousiasme naar me toe om te vertellen dat ze de vragen gebruikt heeft en hoe het daarmee ging. Zij heeft de vragen in haar uniformzakje met een hartje erop geplakt. Ze laat het me zien. "Van hart tot hart" zegt ze. Zij vertelt me dat, bij het navragen aan de patiënt wat ze nu voor haar kan doen om haar tot steun te zijn, antwoordt de patiënt met voorbeelden die vooral in dienst van haar kind staan. Bij doorvragen "Maar wat heeft u nodig?", komt naar voren dat de algehele levenssituatie voor mevrouw heel zwaar is. Zij zit midden in een scheiding en als gevolg daarvan in een verhuizing. Zij heeft thuis nog meer kinderen die ook nog speciale zorg nodig hebben.

Nel begrijpt uiteindelijk dat wat zij nodig heeft is vooral even te kunnen rusten, slapen. Nel wil een bed voor haar regelen op de kamer waar haar kind ligt, zodat zij naast haar kind even kan rusten. Ze vertelt me dat het nogal wat voeten in de aarde heeft om vanuit de afdeling een bed te regelen en zegt: "Dat vind ik dan jammer!" Ze kijkt me aan en zegt dan op een wat vragende toon: "Dit is toch niet speciaal spirituele zorg?" We raken in gesprek daarover. "Waar was je zorg op gericht?", vroeg ik. "Op dat zij ook aan bod kon komen, ik zag aan haar dat ze het moeilijk had." De vraag is dus: is het (ook) spirituele zorg als je de ander in zijn nood ziet, daar op ingaat en, binnen jouw functie en mogelijkheden, ervoor zorgt dat diegene krijgt wat hij op dat moment nodig heeft?

Ik vraag Nel hoe het voor haar was om dit zo te doen? "Ik vond het goed om te doen, het gaf me een goed gevoel en het feit dat ik die vragen had, hielp me daarbij. Ik vraag haar vervolgens hoe zij inschat wat het voor de patiënt zou kunnen betekenen. "Dat was helemaal goed!", antwoordt ze me. Ik krijg nog een kopje koffie van haar en zij gaat er vandoor, op naar haar volgende taak.

In mijn ogen is dit spirituele zorg, zoals het zich kan tonen vanaf de onderste trap van de piramide en zoals Kolcaba het beschrijft op het niveau van 'psycho-spiritual comfort'. In haar holistische zorgvisie zijn de vier dimensies van de mens altijd met elkaar verbonden en als zodanig beïnvloeden zij elkaar. Hierbinnen kan de lichamelijke of psychische zorg die geboden wordt leiden tot spiritueel welzijn.

Typerend voor het moment waarin we nu verkeren ten aanzien van spirituele zorg, is het verdiepende gesprek dat ik had met een arts. Daarom ga ik daar iets gedetailleerder op in. Hij vertelt zorgvuldig formulerend en hij geeft er blijk van te beseffen dat het om een onderwerp gaat dat groot belang kan hebben in het leven van de patiënt en in dat van een zorgverlener. *"Het gebeurt ook dat de kinderen het met je over dit soort dingen willen hebben, zonder dat de ouders erbij zijn."* *"Deze vragen zijn voor mij een investering. Ik heb pas een kindje gezien waarvan ik nu al weet dat ik daar de komende achttien jaar mee in contact zal blijven. Maar het is ook belangrijk in het eenmalige contact heb ik gemerkt, mede ook vanuit diagnostisch belang."*

Als het gaat over de vraag wiens taak het is te praten met de patiënt over zingeving en levensbeschouwing en aandacht te schenken aan de spirituele dimensie zegt hij: *"Deze taak ligt in mijn ogen bij alle zorgverleners."* Hij legt zijn hand op tafel en overlapt die deels met zijn andere hand, verschuift dan zijn hand en overlapt steeds een ander deel van zijn hand. *"Alle zorgverleners dragen een deel van die (spirituele) zorgverantwoordelijkheid. We moeten het samen doen."*

Ook vraag ik hem hoe hij denkt over het trainen van de primaire zorgverleners in het aandacht hebben voor de spirituele dimensie. Hij benadrukt in zijn antwoord dat niet iedereen baat zal hebben bij training. *"Het leren stellen van bijzondere vragen is wel*

zinnig, maar het is toch ook sterk individueel afhankelijk. Als het er niet inziet, komt het er ook niet uit, en dan ook bij de patiënt niet.” Toch geeft hij aan dat je er als zorgverlener in kunt groeien en dat levenservaring daarbij kan helpen, bijvoorbeeld als je zelf kinderen hebt. Dan zou je het beter kunnen invoelen.

Terecht stelt de arts ook de vraag wat patiënten ervan vinden. Hij vindt het van belang daar meer over te weten, voordat er besloten wordt op dit pad verder te gaan. Ik vertel hem wat de patiënten mij daarover verteld hebben. Dat het er voor hen toe doet en dat zij het belangrijk vinden over deze dingen te kunnen praten. Maar ik stel ook een wedervraag: “Zou je die individuele benadering ook accepteren als het om bijvoorbeeld medisch-technische zaken zou gaan?” Hij blijft stil en lijkt erover na te denken.

Uiteindelijk heeft of geeft hij hier geen antwoord op. “Is het niet verwonderlijk dat we kennelijk, als het gaat om vaardigheden met betrekking tot de spirituele dimensie, andere criteria stellen?” Vraag ik hem dan. Het blijft dan nog steeds stil, totdat hij zegt:

“Het zou ook wel een mooi project zijn als er met de ouders van overleden kinderen gesproken zou worden over hoe zij alles hebben ervaren.” Ik vertel dan over de jaarlijkse herdenkingsbijeenkomsten voor deze groep van ouders in het UMCG en dat die bijeenkomsten druk bezocht en erg gewaardeerd worden. “Dat wist ik niet,” zegt hij tot slot. Als ik bij het afscheid het gedicht voorlees van Vasalis, wat ik in mijn scriptie gebruik, maakt hij een foto van dat gedicht.

Het gaat er, naar het zich laat aanzien, niet om of de zorgverlener wel spirituele zorg wil verlenen. Hij is zich echter niet altijd bewust van het onmiskenbare bestaan van een spirituele dimensie in de patiënt, tenzij die zich toont in de vorm van problemen. Net als de zorgverlener is de patiënt zich deze dimensie ook niet altijd bewust, tenzij daartoe uitgenodigd. De geestelijk verzorger kan als professionele spirituele zorgverlener hierin een belangrijke verbindende rol vervullen.

Een paar resultaten zijn bereikt: het bewustzijn over wat spiritualiteit allemaal kan inhouden is bij de zorgverleners toegenomen, hun visie op wat zij als spirituele zorg kunnen bieden is meer herkenbaar geworden en een eventueel gevoel van onbekwaamheid of het idee dat dit niet tot hun terrein behoort, is afgenomen.

Het werk van de geestelijk verzorger behoort tot een ander type professie dan dat van de dokter of de verpleegkundige. In de ogen van de patiënt vertegenwoordigen zij ook een ander domein en zal de patiënt in het gesprek met de dokter of de verpleegkundige doorgaans andere zaken met betrekking tot zijn zorg (willen) bespreken dan de geestelijk verzorger. Zie ter illustratie onderstaand voorbeeld waarin duidelijk zichtbaar is dat het antwoord dat de ‘patiënt’ aan de geestelijk verzorger geeft, een antwoord is dat zij hoogstwaarschijnlijk niet aan de dokter zou hebben gegeven.

Ik denk aan de uit het buitenland afkomstige moeder, die verbijsterd en verloren op de gang zat, direct na het ernstige ongeluk van haar dochter, terwijl iedereen druk met de zorg van haar dochter bezig was. Toen ik naar haar toe liep en me voorstelde als geestelijk verzorger, was het eerste wat ze tegen me zei: “I believe in God, but God doesn’t believe in me.” Tijdens de heteroanamnese die haar was afgenomen, was er geen enkele vraag gekomen over wat zij op dit moment nodig had. Toen ik haar dat vroeg, vroeg ze mij met haar te bidden. Toen ik voor het eerst kennis maakte met haar dochter, die na weken uit haar coma kwam, stelde zij me voor met de volgende woorden: “This is the lady who took care of me, when mommy was so upset after your accident.”

Zorgverlener en geestelijk verzorger kunnen, in dienst van de gewenste vierdimensionale zorg, van elkaar 'lenen'. Omdat het in dit geval om het spirituele domein gaat, zal het vooral de primaire zorgverlener zijn die komt 'lenen' bij de geestelijk verzorger. Beide groepen blijken bovendien een voorkeur voor dat soort uitwisseling te hebben. In de directe samenwerking kan zichtbaar worden dat spirituele zorg om hele 'gewone' dingen kan gaan, zoals bijvoorbeeld wat je belangrijk vindt om je kinderen mee te geven in het leven, of wat belangrijk is om je zorgtaken goed te kunnen uitvoeren. Op deze manier groeit het bewustzijn van de primaire zorgverlener over wat spirituele zorg is op het niveau van de derde trap van de piramide. De patiënt krijgt de zorg waar hij recht op heeft en de geestelijk verzorger is aanwezig om een eventuele eerste en tweede trap van de piramide toegewezen te krijgen. Een directe vormgeving van multidisciplinair werken is het resultaat.

4.6. Uitgangspunten bij de voorstellen

Op grond van de probleemstelling, de theorie en de onderzoekservaringen, zijn er enkele uitgangspunten te noemen die met elkaar de achtergrond vormen van de verbetervoorstellen. Het gaat dan om de volgende uitgangspunten:

- In het anamnesegegesprek kan als basis op eenvoudige en voor iedereen acceptabele manier aandacht geschonken worden aan geestelijke zorg.
- Het is wenselijk om dat te doen, want deze basis is een voorwaarde om ook in latere fasen van het zorgproces adequaat geestelijke zorg te kunnen verlenen.
- In het reguliere anamnesegegesprek geldt in het UMC en het BKZ het adagium: "De mens voorop". Dit impliceert dat er ook in het anamnesegegesprek aandacht is voor het geestelijk welzijn van de patiënt en de naasten.
- Die aandacht kan gegeven worden door de primaire zorgverlener als onderdeel van de aandacht die zij schenken aan de patiënt als geheel.
- Bij zorgproblemen kan direct doorverwezen worden naar de geestelijk verzorger.
- In het geval van een speciaal aangewezen zorgverlener voor geestelijke zorg is er infrastructuur nodig die de voortgang en de afstemming van dit proces goed kan laten verlopen.
- Er kan wel verschil zijn tussen de anamnese in spoed- of crisissituaties en de reguliere anamnese. Bij spoed of crisis staan de medische aspecten voorop. Bij spoed of crisis kunnen we beter spreken van een anamneseproces: er is sprake van verschillende stappen of fasen.
- Bij spoed of crisis kan het anamneseproces bestaan uit een medische anamnese en aansluitend, wellicht op een ander moment (maar zo snel mogelijk) of met andere betrokkenen, een anamnesegegesprek waarin het geestelijk domein het onderwerp is.

4.7. Structurele verbeteringen

Een structurele verbetering is een verbetering die door alle betrokkenen en in principe als blijvend wordt geaccepteerd en toegepast. Die acceptatie en toepassing zal

alleen plaatsvinden, als de verbetering op verschillende plaatsen in de organisatie ‘verankerd’ is, bijvoorbeeld in de hulpmiddelen, in de kennis van de professionals, in het taalgebruik, in de cultuur van een afdeling of in het beleid dat aangeeft hoeveel tijd en aandacht er beschikbaar is voor de spirituele dimensie in het anamnesegesprek.

Om tot duurzame verbetering te komen, is het nodig op al deze plaatsen ‘door te breken’. Dat is omdat ze invloed hebben op elkaar. Het is bijvoorbeeld niet voldoende alleen de hulpmiddelen te verbeteren. Als de inzichten en het gedrag van de professionals niet mee veranderen, zal het nieuwe hulpmiddel niet of niet juist gebruikt worden. Omgekeerd geldt hetzelfde: als er in principe nieuw gedrag mogelijk is, maar de hulpmiddelen zijn niet veranderd, dan wordt de gedragsverandering onvoldoende ondersteund en zullen de professionals terugvallen op ‘oud’ gedrag.

Toch heb ik er in het kader van de scriptie voor gekozen om op deze plek vooral in te gaan op de twee eerste punten: de hulpmiddelen en de professionals. De reden daarvoor is dat invoering van de spirituele dimensie op deze twee plaatsen tenminste nodig is om ook maar een begin te kunnen maken met de gewenste veranderingen elders. Daarnaast kan er een olievlekwerking van uitgaan: als de hulpmiddelen goed werken en de professionals goed zijn toegerust, zal er eerder neiging zijn om ook op andere plaatsen ruimte te maken voor de spirituele dimensie.

De zogenaamde ‘Doorbraakmethode’⁶⁴ heeft als inspiratiebron geholpen om te komen tot de verbetervoorstellen. Alhoewel deze methode doorgaans toegepast wordt bij meer grootschalige gewenste veranderingen binnen zorginstellingen via een projectmatige aanpak, heeft het speerpunten die ook toepasbaar zijn voor het initiëren van kleine veranderingen die samenhangen met het onderwerp van deze scriptie, zoals:

- Er is een kloof tussen de dagelijkse praktijk (wat men doet) en de aanwezige kennis (wat men weet).
- Er zijn, naast evidence, concrete voorbeelden van goede zorg aanwezig.
- Resultaten zijn potentieel haalbaar binnen acht-twaalf maanden.
- Er zijn drie-zes personen beschikbaar met een grote mate van deskundigheid over het onderwerp die bereid zijn om als expert/trekker een vooraanstaande rol te vervullen in de aanpak.

Ten aanzien van het onderwerp dient een ‘sense of urgency’ te bestaan. Dat wil zeggen dat de ervaren knelpunten (vier-dimensionele zorg) veel aandacht krijgen in de samenleving en/of bij een specifieke groep van patiënten en betrokken zorgverleners.⁶⁵

Als nieuwe hulpmiddelen stel ik een korte vragenlijst voor en een toevoeging aan het EPD. Voor de toerusting en bewustwording van de professionals stel ik een training voor. Hieronder worden deze voorstellen beschreven.

4.8. Een korte vragenlijst

In de huidige situatie zijn de zorgverleners vrij om te besluiten of zij in het anamnesegesprek vragen stellen die betrekking hebben op de spirituele dimensie van de patiënt. Zij worden daar voor, tijdens of na het anamnesegesprek niet op een of

⁶⁴ Loes Schouten, et al, *Doorbreken met resultaten in de gezondheidszorg*, 2^e uitgave (Assen: Van Gorcum, 2007).

⁶⁵ Loes Schouten, *Doorbreken met resultaten in de gezondheidszorg*, 12.

andere manier aan herinnerd. Er is geen protocol of hulpmiddel dat daartoe uitnodigt, ook niet het elektronisch patiëntendossier. Om te bevorderen dat er wel min of meer structureel aandacht voor is, lijkt het mij zinvol de zorgverleners een hulpmiddel ter beschikking te stellen dat bestaat uit een korte lijst met speciaal geformuleerde vragen. Die vragenlijst zou ik bewust graag klein, herkenbaar, uitvoerbaar en voor alle betrokkenen acceptabel willen houden. De 'geestelijke' anamnese mag niet of nauwelijks lastenverzwaring inhouden en dit deel van het gesprek moet goed te doen zijn. De inhoud moet de patiënt uitnodigen te vertellen wat voor hem of haar belangrijk is, zeker in het licht van de periode die komen gaat. De vragenlijst die ik als hulpmiddel aan de huidige anamnesepraktijk zou willen toevoegen ziet er (voorlopig) als volgt uit:

1. Wat moeten wij beslist van u weten, zodat we u goed kunnen begrijpen en begeleiden in deze periode?
2. Wat geeft u gewoonlijk kracht in moeilijke tijden?
3. Is er op dit moment iets wat ik voor u kan doen om u te steunen?

Uit mijn onderzoek is gebleken dat deze vragen ertoe deden. De zorgverlener kan de vraag flexibel gebruiken en erop variëren. De patiënt kan elk antwoord geven dat bij hem of haar past: van levensbeschouwing tot een niet-reanimeren-wens, van een dichtbundel tot een gesprek met de dominee, van muziek tot bezoek van bepaalde goede vrienden. De vragen zijn op geen enkele manier sturend of beperkend. Ze gaan er niet van uit dat de patiënt op dit gebied een probleem of een 'vraag' heeft. Ze bekrachtigen de patiënt en ze geven er blijk van dat hij of zij centraal staat. De vragen hoeven ook niet allemaal gesteld te worden. Gebleken is dat ze zodanig zijn geformuleerd, dat een enkele vraag soms al voldoende is. De toonzetting is dat de professionals alles willen doen dat kan helpen bij de genezing of bij de verbetering van de kwaliteit van leven van de patiënt. Uit de reactie over het gebruik ervan is naar voren gekomen dat de vragen voor de zorgverlener een lage drempel vormen en hen niet meer het gevoel geven dat het domein hen niet vertrouwd is. De vragen zijn bovendien niet alleen geschikt voor gebruik in het anamnesegesprek. Ze zijn zo basaal, dat ze herhaalbaar zijn in elke fase van de behandeling of begeleiding. Ze kunnen regelmatig opnieuw gesteld worden, niet alleen door verpleegkundigen en artsen, maar ook door verzorgenden of familieleden.

Hebben we het hier dan nog over geestelijke zorg? Ja, zeker, want de vragen richten zich op het geestelijk en spiritueel welzijn van de patiënt. Ze maken het mogelijk te praten over zingeving of betekenisvol leven, gewoon van mens tot mens. Ze maken het mogelijk samen na te denken over de kwaliteit van leven tijdens een behandeling of in een ziekteproces en hoe die te optimaliseren is. Het bijzondere is dat dit gebeurt in hele dagelijkse termen, concreet en dicht bij de patiënt. De specialistische geestelijk verzorger hoeft hier strikt genomen niet aan te pas te komen, tenzij daarvoor de keuze gemaakt wordt of anders alleen op verzoek, in crisissituaties en/of ter ondersteuning van de professionals. (Zie figuur 4, de piramide.)

De implementatie van de vragenlijst hoeft niet op grote belemmeringen te stuiten. Het lijstje is maar kort. Als de wens is er een handzaam hulpmiddel van te maken, dan is het eenvoudig de lijst vorm te geven, te plastificeren en op wat handige plaatsen op te hangen, zodanig dat iedereen er gemakkelijk aan herinnerd wordt. Bijvoorbeeld door ze te bevestigen aan de computers die gebruikt worden bij de

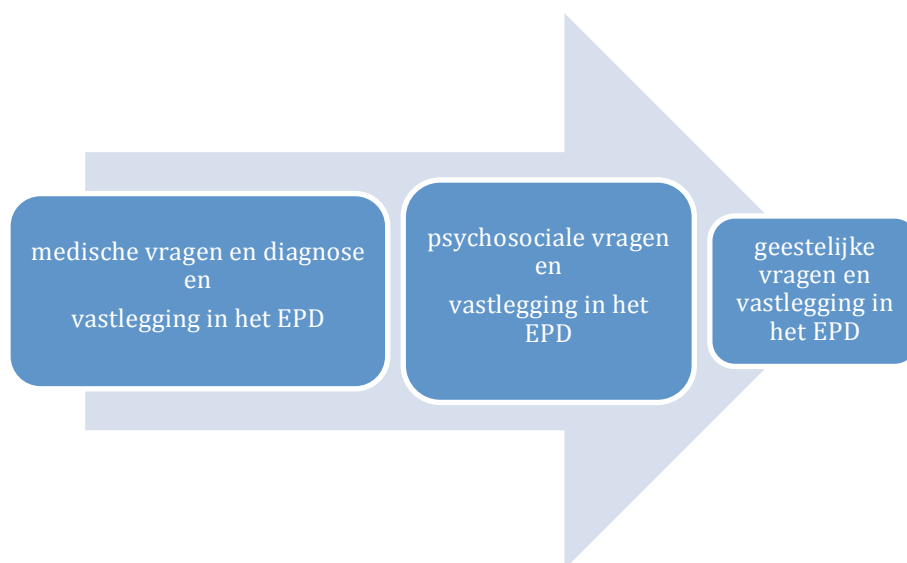
anamnese. De vragen kunnen desgewenst in korte tijd in een training ingeoeft worden.

4.9. De vragenlijst in het EPD

Een ander idee is de drie vragen mee te nemen in de aanpassing van het EPD, zodat ze in ieder geval altijd onder de aandacht komen van de zorgverleners. Dit heeft mijn voorkeur, omdat er meer sturing van uitgaat dan van een losse lijst met vragen. De vragen worden sterker verankerd in de manier van werken als de zorgverleners er bij elke anamnesegebesprek automatisch mee worden geconfronteerd. Vastlegging in het EPD doet bovendien meer recht aan wat hierover naar voren is gekomen in het empirische onderzoek.

In de huidige praktijk is het anamnesegebesprek bovenal een medische anamnese. Dat is terug te zien aan de indeling van het patiëntendossier. De fysieke gezondheid van de patiënt wordt doorgelicht en dat gebeurt door, met behulp van de computer, vragen te stellen. In het onderzoek bleek dat met name het EPD de leidraad vormt voor de opbouw van het gesprek. Als de situatie van de patiënt niet dringend een andere aanpak vereist, worden de vragen die in het dossier beantwoord moeten worden, doorgenomen in de volgorde die het EPD aangeeft. De anamnese is mede daardoor vooral een vraaggesprek of interview.

In de gewenste situatie is de anamnese geen interview, maar een gesprek. De opbouw van het gesprek kan er dan bijvoorbeeld als volgt uitzien:



Figuur 5: Een vierdimensionale structuur voor het anamnesegebesprek.

In ziekenhuisverband is het begrijpelijk dat de medische anamnese centraal staat en dat de psychosociale en/of geestelijke anamnese daaraan ondersteunend is. De volgorde in het gesprek kan dat laten zien. Afhankelijk van de situatie kan die volgorde gewijzigd worden, zoals ook de omvang van het deel over de spirituele dimensie aangepast kan worden aan de situatie en aan de patiënt.

4.10. Training van de professionals

Geen training is opgewassen tegen weerstand. Getraind worden in het verwerven van kwaliteiten, behorende bij een discipline die als 'niet vertrouwd' ervaren wordt, maakt dit extra lastig. Vooral als er al zoveel moet. Het vraagt de innerlijke bereidheid om te veranderen en dat aspect van de zorg toe te voegen aan de eigen beroepsopvatting. Dat zorg voor de spirituele dimensie ook eigen is aan het beroep van primaire zorgverlener blijkt wel, maar hoe kan dat eigene ook als vertrouwd ervaren worden?

Het trainen van de primaire zorgverlener in het verwerven van competenties daarin, lijkt echter maar ten dele het antwoord. Het is ook van belang om rekening te houden met gradaties van deskundigheid die aanwezig zijn en die vanuit de situatie vereist zijn. De piramide laat zien dat we daar verschillende niveaus in kunnen aanbrenge.

Tot nu toe is het gangbaar dat geestelijk verzorgers de trainers zijn van hen die getraind worden in hoe om te gaan met de spirituele dimensie van de patiënt. Duidelijk mag zijn dat de verpleegkundige noch de arts, een geestelijk verzorger in spe hoeft te worden, maar bekwaam moet zijn geestelijke zorg te bieden, binnen de eigen discipline en op het eigen niveau in de piramide. Het is juist binnen het *anamnese* gesprek dat er op een betrekkelijk eenvoudige wijze zorg voor de mens op het vlak van zingeving en levensbeschouwing geboden kan worden.

Uit een persoonlijke mededeling van een van de trainers in een pilotstudie in het UMCG bleek dat, als aan de brede basis van de piramide tegemoet gekomen werd, de tweede en derde trap van de piramide vaak niet nodig waren. De geestelijk dimensie van de patiënt is heel toegankelijk, mits je je openstelt voor de patiënt en diens situatie. In de piramide heeft dan ook het niveau van 'aandacht' de breedste basis. Enerzijds zegt dit iets over de reikwijdte van de spirituele dimensie, anderzijds maakt het duidelijk dat het voor veel mensen een toegankelijk gebied is. Pas wanneer zich daarin specifieke vragen en of echte problemen gaan voordoen, wordt de piramide smaller.

In mijn beeld zou de training van professionals gericht moeten zijn op het onderste, brede niveau in de piramide: dat van aandacht geven aan de spirituele dimensie in het contact met de patiënt. Dit geldt met name voor het anamnese gesprek. Het zou ervoor kunnen zorgen dat aandacht voor de spirituele dimensie daadwerkelijk geboden gaat worden. De richting en toonzetting van die aandacht zou heel goed bepaald kunnen worden door het gebruik van de drie vragen. De vragen zijn bedoeld voor alle zorgverleners in de contacten die zij hebben vanuit hun primaire taak: anamnese afnemen of zorg verlenen. De vragen zijn niet ontworpen voor gebruik in langduriger begeleiding of in crisissituaties waar gespecialiseerde geestelijk verzorgers hun taak hebben. Dan kan men er wel prima op doorgaan, maar dan is verdieping nodig.

De training voor de zorgverlener kan dan ook kort en krachtig zijn. Het doel ervan is allereerst de zorgverleners zodanig toe te rusten dat zij in staat zijn de drie vragen te hanteren en ze te kunnen toepassen als middel om het gesprek met de patiënt aan te gaan over wat hem op geestelijk gebied beroert in de brede zin van het woord.

De training heeft dus vooral tot doel de vaardigheid te verbeteren. Dat vraagt dat er veel in wordt geoefend en dat er ervaringsgericht gewerkt wordt, aan de hand van cases en beroepssituaties. Omdat het onderwerp beperkt is en duidelijk afgebakend, zou een dergelijke training misschien het beste de vorm kunnen krijgen van een workshop.

Een workshop lijkt aantrekkelijker dan een training, omdat de naam 'training' geassocieerd wordt met een langdurige en zwaar programma en een workshop met een activiteit van een tot twee uur. In het kader van het jaarlijkse trainingsaanbod voor de zorgverleners zou de workshop als vast onderdeel een paar keer aangeboden kunnen worden.

De onderstaande afbeelding is een schematische weergave van de verbetervoorstellen. Het wijst de belangrijkste factoren aan die daarin een belemmerende rol spelen en geeft de weg aan, via de verbetervoorstellen, die zal leiden naar het beoogde resultaat. De verbetervoorstellen vormen de brug tussen de theorie en de praktijk van de vierdimensionale zorg.



Hoofdstuk 5 - Conclusies en discussie

5.1. Inleiding

In de vorige hoofdstukken heb ik beschreven wat de uitkomsten waren van de verschillende onderdelen van het literatuuronderzoek en het empirisch onderzoek.

Ik heb daarin gemotiveerd waarom ik gekozen heb voor de drie voorbeeldvragen en waarom zij behoren bij de onderste trap van de piramide van het ABC-model.

In dit laatste hoofdstuk presenteer ik mijn conclusies, de analyse van de deelvragen en de beantwoording van de hoofdvraag. Na het beantwoorden van de hoofdvraag bespreek ik de voor- en nadelen van mijn conclusie en ik zal tot slot enkele discussiepunten aandragen.

5.2. Conclusies

Op basis van het literatuuronderzoek is de conclusie dat de primaire zorgverlener de taak heeft om de spirituele dimensie van de patiënt in de *anamnese* op het niveau van de eerste trap van de piramide aandacht te geven. Zonder deze stap kan hij niet beoordelen of er op het moment van opname extra zorg nodig is, noch heeft hij informatie over of en hoe de spirituele dimensie voor de patiënt van belang is en hoe de patiënt dit als krachtbron kan inzetten. Dit proces effectueren is vierdimensionale zorg verlenen. Dit is een normatieve eis, behorende bij de verantwoordelijkheid van de primaire zorgverlener en mag niet afhankelijk zijn van zijn persoonlijke voorkeur.

Om in het anamnesegeprek te kunnen beoordelen of er eventuele zorgvragen of zorgproblemen bij de patiënt leven, moet de primaire zorgverlener de beschikking hebben over goede hermeneutische vaardigheden. Hij moet in staat zijn om te gaan met de mogelijke reacties en antwoorden die een patiënt hem kan geven. Dit vereist de competentie die hem in staat stelt zichzelf te zijn in het contact met de patiënt en daarin aandachtig en 'present' te zijn.

Het is gebleken uit onderzoek dat door het trainen van de primaire zorgverlener in het ontwikkelen van de genoemde competenties de belemmeringen, om aandacht te hebben voor de spirituele dimensie van de patiënt, weggenomen kunnen worden.

Met het implementeren van het trainen van de primaire zorgverlener, geeft het zorg-verlenend instituut te kennen dat de vierdimensionale zorg-norm ook de norm is van het zorg-verlenende instituut.

De implementatie van de zorg voor het spirituele domein door het gehele zorgtraject heen, vanaf het moment van de anamnese, zal ook logischerwijze de implementatie van de verslaggeving van die zorg in het elektronische patiëntendossier inhouden.

Op basis van het empirisch onderzoek is de conclusie dat de primaire zorgverlener er het meest voor voelt wanneer de spirituele anamnese gedaan wordt door de geestelijk verzorger. Ook het vervolgtraject van spirituele zorg legt hij bij

voorkeur in handen van de geestelijk verzorger. Dit mag in zijn ogen echter niet betekenen dat die taak bij hem wegvalt.

Deze voorkeur is gebaseerd op het idee dat het domein voor hem zelf te vreemd of onbekend is, dat hij er geen tijd voor heeft, dat het niet voor elke patiënt of elk eerste patiëntcontact nodig is en dat hij zich afvraagt of hij binnen zijn specialisme wel de aangewezen persoon is die de taak moet uitvoeren.

Het is gebleken dat de drie voorbeeldvragen door hun maximale openheid, het feit dat zij niet, a priori, gericht zijn op problemen of een religieuze tendens hebben, geschikt zijn om te stellen in het anamnesegegesprek. Voor de primaire zorgverlener optimaliseren zij op betrekkelijk eenvoudige wijze de mogelijkheid om met de patiënt in gesprek te komen over onderwerpen die behoren tot zijn spirituele dimensie.

Door gebruik te maken van de vragen, heeft de primaire zorgverlener het idee gekregen dat de spirituele dimensie hem minder vreemd is dan hij aanvankelijk meende en dat het daarin niet altijd over problemen hoeft te gaan. Hierdoor blijkt het in de ogen van de primaire zorgverlener wel tot zijn zorgterrein te kunnen behoren. Dit laat zien dat de vragen een nuttig hulpmiddel zijn en dat het spirituele domein dichterbij komt door er gebruik van te maken. Als gevolg daarvan is het minder problematisch geworden om daar aandacht aan te kunnen besteden. Dit maakt de voorbeeldvragen aantrekkelijk om te gebruiken en tevens goed toepasbaar voor verslaggeving in het EPD.

Bij een regelmatig gebruik van deze vragen, naast de vereiste training, is te verwachten dat dit zal leiden tot een betere inschatting van de situatie van de patiënt en van de behoefte die de patiënt heeft aan zorg, al dan niet in de spirituele dimensie. Uiteindelijk zal dit de zorg voor de patiënt ten goede komen en meer welzijn opleveren voor alle betrokkenen: de patiënt, de naasten en de zorgprofessionals.

Omdat het trainen van de vereiste competenties zo'n fundamenteel onderdeel is voor de toepassing van spirituele zorg door de primaire zorgverlener, is het essentieel dat er niet alleen de wil is deze zorg te implementeren, ook moet er tijd voor vrij gemaakt worden. Op basis van mijn empirische onderzoek meen ik te mogen concluderen dat de wil daartoe aanwezig is, mits in staat gesteld door een passende infrastructuur en een trainingsinhoud die afgestemd is op het 'zorg-veld' van de primaire zorgverlener. Concreet zal een korte en ervaringsgerichte training het meest realistische scenario zijn. Het positieve effect daarvan is gebleken uit de pilotstudie binnen het UMCG, welke eerder is genoemd.

Van belang is dat de training aangeboden wordt door een geestelijk verzorger met een gedegen kennis van de primaire zorgverlening. Niet alleen mijn eigen ervaring heeft me dit doen inzien, dit komt ook naar voren in het proefschrift van Van de Geer. Gebrek aan kennis van het domein van de primaire zorgverlener bij de trainer, werkt belemmerend op het positieve effect van de training.

De vraag die ik mezelf stel is hoe realistisch de conclusies van mijn onderzoek zijn en hoe groot de kans is dat de spirituele dimensie in de anamnese daadwerkelijk en structureel een plek zal krijgen? Veel zal blijken af te hangen van de respons op de vragen als ze metterdaad gesteld worden. Bemerken dat voor veel patiënten de vragen welkom zijn, zal de primaire zorgverlener motiveren ze vaker te stellen. Wanneer blijkt dat de antwoorden die gegeven worden op de vragen een diagnostische waarde hebben, zal ook dit motiveren de vragen te stellen. Veel zal afhangen van de erkenning van de normatieve zorg-eis voor de spirituele dimensie. Veel ook zal afhangen of het EPD

aangepast wordt en zo de primaire zorgverlener zal blijven attenderen op het onderwerp spirituele dimensie.

Het empirische deel van mijn onderzoek speelde zich af binnen de context van het Beatrix Kinderziekenhuis, maar beperkte zich daar niet alleen toe. Ik heb een algemene bijdrage willen leveren met betrekking tot het gekozen onderwerp.

Mijn onderzoek heeft me geleerd dat, wanneer we theorie en praktijk verbinden, de mens die dit aangaat daar baat bij heeft. De competenties die in dienst staan van de zorg voor de spirituele dimensie, zijn in geen geval nadelig voor de andere dimensies van het mens-zijn. Sterker nog, zij dragen er toe bij.

Mijn eindconclusie is dat de primaire zorgverlener de eerste aangewezen persoon is om in de anamnese de spirituele dimensie van de patiënt in kaart te brengen. Een eenvoudig hulpmiddel zijn de drie voorbeeldvragen.

De primaire zorgverlener is ook de eerst aangewezen persoon om ervoor te zorgen dat de informatie met betrekking tot de spirituele dimensie van de patiënt verwerkt wordt in het dossier van de patiënt. Om dit te kunnen implementeren in het dossier van de patiënt, zal het EPD aangepast moeten worden, zo dat het in het gebruik ervan verwijst naar deze informatie.

Op de geestelijk verzorger kan het beroep gedaan worden voor een anamnese, die verder gaat dan een allereerste screening en aanleiding geeft voor een specialistische zorg voor het spirituele domein van de patiënt. Dit proces is vergelijkbaar met een eerste screening in de anamnese, waarbij er navraag gedaan wordt over andere domeinen dan die welke alleen tot het specialisme behoort van de betreffende zorgverlener. Wanneer nodig wordt dan vervolgens doorverwezen naar de daartoe aangewezen specialist.

Voor de vereiste (na)scholing en training, zodat het eigen specialisme goed uitgeoefend kan blijven worden, bestaat er nascholingsverplichting. Het spirituele domein van de zorg mag daarop geen uitzondering vormen.

5.3. Analyse van de deelvragen

1. Welke factoren werken belemmerend op het aandacht kunnen hebben voor levensbeschouwelijke en zingevingsonderwerpen in de anamnese?

Zowel vanuit de theorie als de praktijk is duidelijk geworden dat de belangrijkste belemmeringen gelegen zijn in het feit dat de primaire zorgverlener onvoldoende bekend is met de reikwijdte van het spirituele domein; dat hij spirituele zorg onvoldoende toepast om er zich in diverse zorgsituaties voldoende vertrouwd mee te voelen; dat hij onvoldoende bewustzijn heeft over het belang ervan voor het welzijn van de patiënt en onvoldoende training ontvangt om zich in spirituele zorg te kunnen bekwamen.

2. Hoe kan het anamnesegeprek beter worden opgebouwd, om ervoor te zorgen dat de patiënt de ruimte en tijd krijgt om kenbaar te maken wat belangrijke levensbeschouwelijke en/of zingevingsaspecten in zijn of haar leven zijn?

Belangrijk voor verbetering van de samenstelling en de opbouw van het anamnesegegesprek, is de intentie zorg te willen bieden die ruimte heeft voor zingeving en levensbeschouwing. Uit het onderzoek is gebleken dat die intentie er voldoende is, dus bij de voorstellen voor verbetering is dit meegenomen als uitgangspunt.

Vervolgens is het nodig afspraken te maken over wat er in de anamnese minimaal aan bod moet komen en in welke omvang. Daarbij kunnen we enerzijds gebruik maken van de uitkomsten van dit onderzoek, anderzijds kunnen we gebruik maken van het (bekende) vierdimensionale zorgmodel, omdat het automatisch al leidt tot een betere samenstelling van het anamnesegegesprek.

Aansluitend zijn er afspraken te maken over de volgorde en de timing van de onderwerpen, al dan niet met het oog op de mate waarin er sprake is van een crisissituatie. Hierover is op zich nog weinig gezegd, al waren de ervaringen met de volgorde van de drie vragen in het onderzoek overwegend positief. Anamnesevragen met betrekking tot de spirituele dimensie van de patiënt zijn volop voorhanden. Intentie zal moeten leiden tot willen toepassen en willen toepassen tot bereidheid samen te werken en te trainen.

3. Welk hulpmiddel is geschikt om aandacht voor onderwerpen op het gebied van levensbeschouwing en zingeving een structurele plaats te geven in de anamnese?

Het is gebleken uit de reacties van de respondenten dat als hulpmiddel een kort standaardlijstje van enkele, zorgvuldig gekozen en geformuleerde vragen voldoende kan zijn. Zeker als het gaat om het eerste niveau van aandacht hebben voor het spirituele domein.

Bij het maken van dit hulpmiddel is bedacht dat het gemakkelijk ingebed moest kunnen worden in een formulier of in een EPD. Daarnaast is bedacht dat een vragenlijstje op zich niet voldoende is, maar dat er ergens ook ruimte nodig is voor rapportage.

Het hulpmiddel dat in deze scriptie wordt voorgesteld heeft nog tijd nodig om te rijpen, bij voorkeur op basis van de praktijk. Door er consequent mee te werken zal er inzicht ontstaan in hoeverre het hulpmiddel inhoudelijk, maar ook qua vorm, plaats en omvang, uiteindelijk geschikt is voor het beoogde doel. Ook kan dan bekeken worden of het wenselijk is de vragen te zien als noodzakelijk, dus onmisbaar, in het begin van het zorgproces. Desgewenst kan die noodzaak benadrukt worden, bijvoorbeeld in de vorm van een signaal van het EPD.

4. Hoe kan het EPD zo worden vormgegeven dat de levensbeschouwelijke en zingevingsvragen van de patiënt daarin verankerd worden?

Dit vraagt allereerst om de bereidheid het huidige model aan te passen en meer geschikt te maken voor medisch-menselijke doeleinden. Het blijkt dat het EPD zoals het nu is, het lastig maakt voor de zorgverlener om adequaat verslag te doen van zorg die het gehele zorgdomein beslaat. Een model voor verslaggeving dat daar niet helder en overzichtelijk in voorziet, is in feite ongeschikt voor de functie die het heeft.

Dit alles brengt mij tot het antwoord op de hoofdvraag:

'Hoe kan ervoor gezorgd worden dat de onderwerpen levensbeschouwing en zingeving in het anamnesegegesprek structureel en op een adequate manier naar voren kunnen komen?'

- Door de primaire zorgverlener de beschikking te geven over een goed hulpmiddel, zoals het lijstje van de drie basisvragen.
- Door in het EPD de vragen en antwoorden rondom spiritualiteit vast te leggen en op te nemen in de behandelplannen.
- Door via training de primaire zorgverleners voldoende toe te rusten voor hun taak in het spirituele domein, ook in de anamnese.

Dit antwoord draagt oplossingen in zich, maar zoals altijd kleven daar zowel voor- als nadelen aan.

5.4. Voordelen

Een belangrijk voordeel van de conclusie is dat de kans dat de patiënt deze zorg in het anamnesegegesprek daadwerkelijk aangeboden krijgt, aanmerkelijk zal toenemen. Een ander voordeel is dat de primaire zorgverlener op deze manier systematisch ervaring kan opdoen met betrekking tot dit domein van de zorg, bijvoorbeeld om meer zicht te krijgen op de vraag hoe de kracht van de spirituele dimensie van de patiënt ingezet kan worden in het genezings- of aanvaardingsproces. Er is tot nu toe relatief weinig informatie hierover beschikbaar, met name als het gaat om een kinderziekenhuis. Bijkomend lijkt het van belang dat hierdoor de afstand tussen theorie en praktijk kleiner wordt als het gaat om spiritualiteit in de zorg.

5.5. Nadelen

Een nadeel van deze conclusie kan zijn dat het EPD, door zijn algemene en functionele 'lijstjes'-structuur mogelijk lastig geschikt is te maken voor een goede verslaglegging van de spirituele dimensie van de patiënt. Een ander nadeel is dat er waarschijnlijk nog veel behoefte bestaat aan discussie, of liever dialoog, over dit onderwerp. Het is nog niet in alle geledingen van de organisatie voldoende besproken en er zijn zeker nog vragen te stellen op basis van dit onderzoek. Voor een breed draagvlak is dit gesprek van belang.

5.6. Discussie

Sommige aspecten van dit onderzoek en van de conclusies kunnen aanleiding geven tot discussie. Zo is er geen kwantitatief onderzoek geweest dat iets laat zien van de omvang van het probleem en van de kansen op succes van de oplossingen. Het onderzoek is alleen kwalitatief van aard en de responsgroep is beperkt. Ervaringen spelen er een belangrijke rol in.

Omdat het onderzoek klein van opzet was maakt dit het lastig conclusies te veralgemeniseren. Daarvoor zal vervolgonderzoek, met een bredere onderzoeksopzet, nodig zijn. Ook zal dit onderzoek een meer algemene en/of juist anderszins specialistische zorg moeten betreffen. Het feit dat het onderwerp van mijn scriptie over spirituele zorg binnen de anamnese gaat, geeft het tot op zekere hoogte een algemeen

karakter. Spirituele zorg en het anamnesegegesprek spelen immers een rol binnen elke zorginstantie. Verschillende zorggebieden kunnen echter grote onderlinge verschillen laten zien in de uitkomst van een onderzoek.

Daarnaast kun je stellen dat er wel oplossingen worden aangedragen, maar dat deze nog niet op grote schaal zijn uitgetoet. Of ze werkelijk tot verbetering leiden is vooralsnog een veronderstelling, gebaseerd op de uitspraken van de verschillende betrokkenen. Ook dat vraagt om verder onderzoek.

Een ander discussiepunt kan liggen in de kwaliteit van de voorbeeldvragen als het gaat om specifiek het spirituele domein. De vragen kunnen ook beantwoord worden vanuit het psychische en sociale domein, wat er voor kan zorgen dat de patiënt alsnog geen toegang krijgt tot het spirituele domein van de zorg, bijvoorbeeld vanwege een verkeerde inschatting van de hulpvraag, met als gevolg een doorverwijzing naar het verkeerde domein. Dit risico is reëel omdat het psychische en sociale domein vaak eerder herkenbaar is voor de primaire zorgverlener dan het spirituele domein. Hoe zij zich van elkaar onderscheiden is voor de professional in deze verschillende disciplines al niet eenvoudig. Het onderscheid kunnen maken tussen disciplines die zo in elkaars verlengde kunnen liggen is daarom nodig voor een adequate doorverwijzing. Het is van belang dat hij *vertrouwd is* met de voorbeeldvragen en *bekend* met het ABC-model, zodat een beroep gedaan kan worden op de juiste specialist als het gaat om de tweede en derde trap van de piramide. Dit feit onderscheidt zich niet van andere multidisciplinaire zorgsituaties.

Maken deze discussiepunten mijn onderzoek irrelevant? Ik meen van niet. Kwalitatieve gegevens zijn lastig te kwantificeren, maar dit hoeft geen afbreuk te doen aan hun waarde. Het kwalitatieve karakter van dit onderzoek heeft mij juist aangetrokken, bovendien kan dit onderzoek inspireren of uitnodigen tot verder onderzoek, hetzij kwalitatief, hetzij kwantitatief.

Kwaliteit van zorg was en is voor mij nog steeds een uiterst relevant onderwerp. Wat in deze scriptie verdedigd wordt, is de conclusie dat spirituele zorg in de anamnese niet optioneel is en dat daarom de primaire zorgverlener zijn professionele verantwoordelijkheid zal moeten uitbreiden naar ook die dimensie van de zorg. Bovendien zal het zorg-verlenende instituut dit proces moeten faciliteren. Dat dit tijd zal gaan kosten is evident, maar tijd is hier geenszins een te hoge 'prijs' om te betalen. Hoe die tijd besteed wordt en met wat, mag een belangrijk criterium zijn.

Wat als belangrijk gezien wordt is uiteraard altijd cultureel afhankelijk en aan verandering onderhevig. Binnen de (professionele) zorg voor de (mede)mens is echter door de geschiedenis heen gebleken, dat de noodzaak van een zorg die oog heeft voor de spirituele dimensie van de mens een universele is.

Ieder mens, ongeacht uit welke cultuur, van welke leeftijd, van welk geslacht, rang of stand, hoeft zich maar één keer af te vragen wat de zorg is die hij voor zichzelf of voor zijn geliefde, voor zijn vader of moeder, voor zijn broeder of zuster, of zijn kind wenst. Het antwoord op die vraag zal niet lang op zich laten wachten. Dan wenst hij zichzelf en zijn dierbaren een zorg toe die te allen tijde en in elke fase van die zorg rekening houdt met alle dimensies van zijn mens-zijn.

Literatuurlijst

- Agora. "Agora Ethiek en spirituele zorg." "Spirituele zorg, verbindende schakel in de palliatieve zorg." Geraadpleegd 19 januari 2019. <http://www.agora.nl/>.
- Baarda, Ben. *Dit is onderzoek: Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. 2e druk. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers, 2014.
- Best, M., P. Butow & I. Olver. "Spiritual needs of patients and the role of doctors in meeting them." *Psycho-Oncology* 22, suppl.3 (2013): 120-121. https://www.researchgate.net/publication/296047534_Spiritual_Needs_of_Patients_and_the_Role_of_Doctors_in_Meeting_Them.
- Bryman, Alan. *Social research methods*. 4th edition. Oxford: Oxford University Press, 2012.
- Chuengsatiansup, Komatra. "Spirituality and health: An initial proposal to incorporate spiritual health in health impact assessment." *Environmental Impact Assessment Review* 23, no. 1 (2003): 3 – 15. <https://www.who.int/hia/examples/overview/whohia203/en/>.
- Cockell, N. & W. McSherry. "Spiritual care in nursing: An overview of published international research." *J Nurs Manag* 20, no.8 (Dec 2012): 958-969. <https://doi:10.1111/j.1365-2834.2012.01450.x>.
- Coördinatieplatform Zorgstandaarden en het Kwaliteitsinstituut, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. "Zorgmodule Palliatieve Zorg 1.0." Oktober 2013. <https://www.iknl.nl/docs/default-source/downloadbaar-open/zorgmodulepalliatievezorgversie1-0.pdf?sfvrsn=2>.
- Crooijmans, Sabine. "Zin in het Kinderziekenhuis." Masterscriptie, Radboud UMC, 2015. <http://hdl.handle.net/11439/434>.
- Cuypers, Mady. *Zorgen als beroep: Over macht en onmacht van verpleegkundigen en andere zorgdragers*. Heverlee-Leuven: Lannoo campus, 2007.
- Dito, J.C., T. Stavast & D.E. Zwart. *Basiszorg: Boek I*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2008.
- Doolaard, Jaap, ed. *Nieuw handbook geestelijke verzorging*. 3^e druk. Utrecht: Kok, 2015.
- Drijfhout, M. & C. Baldry. "Spiritual care: Making it happen." *European Journal Palliative Care* 14, no. 5 (2007): 191-193. https://www.researchgate.net/publication/289103146_Spiritual_care_Making_it_happen.
- Engel, G.L. "The clinical application of the biopsychosocial model." *Am J Psychiatry* 137,

- no.5 (May 1980): 535-544. <https://doi:10.1176/ajp.137.5.535>.
- Engel, G.L. "The need for a new medical model: A challenge for biomedicine." *Science* 196, no.4286 (April 1977): 129-136.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/847460>.
- Es, Alexander van. *Anatomie van het gevoel: Dagboek van een Co-assistent*. 2^e druk. Westbroek: Harlekijn, 1979.
- Fitchett, George. "Assessing Spiritual Needs in a Clinical Setting." 1993.
http://www.ecrsh.eu/mm/Fitchett_-_Keynote_ECRSH14.pdf.
- Geer, Joep van de. *Learning spiritual care in Dutch hospitals: The impact on healthcare of patients in palliative trajectories*. Ede: GVO, 2017.
- Geurden, Bart & Lieve Van Hemel. *De verpleegkundige als organisator van zorg*. 6^e geactualiseerde en uitgebreide druk. Antwerpen/Apeldoorn: Garant, 2012.
- Gordon, Marjory. *Verpleegkundige diagnostiek: Proces en toepassing*. 1^e ongewijzigde druk, 5^e oplage. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2000.
- Grol, Richard & Michel Wensing. *Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. 5^e druk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2015.
- Have, H.A.M.J. ten, R.H.J. ter Meulen & E. van Leeuwen. *Medische ethiek*. 2^e herziene druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2003.
- Hawks, Steven R., TeriSue Smith, Heather G. Thomas, Hillarie S. Christley, Noelle Meinzer & Abbi Pyne. "The forgotten dimensions in health education research." *Health Education Research* 23, no. 2 (April 2008): 319-324.
<https://doi.org/10.1093/her/cym035>.
- Heijst, Annelies van. *Menslievende zorg: Een ethische kijk op professionaliteit*. 2^e druk. Kampen: Klement, 2006.
- Integraal Kankercentrum Nederland. IKNL. Geraadpleegd 13 januari 2019.
<https://www.iknl.nl/palliatieve-zorg/kwaliteitskader-palliatieve-zorg>.
- Jong, Jan de & Cees Salentijn met bijdragen van Peter Aggleton, Helen Chalmers et al. *Verpleegkunde in perspectief: Theorievorming en onderzoek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 1993.
- Jongh, T.O.H. de. "Het afnemen van een anamnese." *Leerboek anamnese*, eds. J.M. van Baalen et al, 58-67. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2013.
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij Geneeskunde. "Omgaan met medische gegevens: KNMG-richtlijn." Geraadpleegd 16 januari 2019. <https://www.knmg.nl>.

- Koenig, Harold G. "Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications." *International Scholarly Research Network ISRN Psychiatry* Article ID 278730 (December 2012): 1-33. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>.
- Kolcaba, Katharine. *Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research*. New York: Springer, 2003.
- Lange, Frits de. *In andermans handen: Over flow en grenzen in de zorg*. Zoetermeer: Meinema, 2011.
- Leeuwen, Renatus Ronaldus van. "Towards Nursing Competencies in Spiritual Care." PhD thesis, University of Groningen, 2008. <http://hdl.handle.net/11370/4e556c37-6639-4b36-9065-f37a63dbeb87>.
- Leeuwen, R. van, L.J. Tiesinga, B. Middel, D. Post & H. Jochemsen. "The effectiveness of an educational programme for nursing students on developing competence in the provision of spiritual care." *J.Clin Nurs* 17, no.20 (October 2008): 2768-2781. [https://doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02366.x](https://doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02366.x).
- Leget, Carlo. *Ruimte om te sterven: Een weg voor zieken, naasten en zorgverleners*. Tiel: Lannoo, 2003.
- Meredith, P., J. Murray, G. Mitchell & R. Hutch. "Can spirituality be taught to health care professionals?" *J Relig Health* 51, no.3 (September 2012): 879-889. [https://doi: 10.1007/s10943-010-9399-7](https://doi:10.1007/s10943-010-9399-7).
- Nash, Paul, Kathryn Darby & Sally Nash. *Spiritual care with sick children and young people: A handbook for chaplains, paediatric health professionals, arts therapists and youth workers*. London: Jessica Kingsley, 2015.
- Nelson, James M. *Psychology, Religion and Spirituality*. New York: Springer, 2009.
- Overheid. "Grondwet." Geraadpleegd 13 januari 2019. <http://wetten.overheid.nl/BWBR0001840/2017-11-17>.
- Plant, Thomas, G. & Carl E. Thoresen. eds. *Spirit, science and health: How the spiritual mind fuels physical wellness*. Westport: Praeger, 2007.
- Psychoanalytisch woordenboek. "Archetypen." Geraadpleegd 18 februari 2019. <https://www.psychoanalytischwoordenboek.nl/redactie/hs/page/165/>.
- Puchalski, C.M., A.L. Romer. "Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully." *J Palliat Med* 3, 1 (Spring 2000): 129-137. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15859737>.
- Puchalski, C.M., R. Vitillo, S.K. Hull & N. Reller. "Improving the spiritual dimension of

- whole person care: Reaching national and international consensus." *J Palliat Med* 17, no. 6 (June 2014): 642-656. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.9427>.
- Saane, Joke van. *Religie is zo gek nog niet: Een introductie in de godsdienstpsychologie*. 2^e druk. Utrecht: Ten Have, 2011.
- Schouten, J.A.M. en medewerkers van de afdeling medische psychologie van het academische ziekenhuis bij de Universiteit van Amsterdam. *Anamnese en Advies: Nieuwe richtlijnen voor de informatieuitwisseling tussen arts en patient*. 2^e herziene druk. Alphen aan den Rijn/Brussel: Samsom Stafleu, 1986.
- Schouten, Loes, Mirella Minkman, Jacob de Moel & Jannes van Everdingen, eds. *Doorbreken met resultaten in de gezondheidszorg*. Assen: Koninklijke Van Gorcum, 2007.
- Schrojenstein Lantman, dr. Ren van. *Levensverhalen in het ziekteproces: Over geestelijke verzorging en interdisciplinaire samenwerking*. Dwingeloo: Kavanah, 2007.
- Sinnot, Jan D. "Introduction: Special Issue on Spirituality and Adult Development, Part I." *Journal of Adult Development* 8, no. 4 (October 2001): 199-200. <https://doi.org/10.1023/A:1011353527010>.
- Smeets, W. *Spiritual care in a hospital setting: An empirical-theological exploration*. Leiden: Brill, 2006.
- Smit, Job. *Antwoord geven op het leven zelf: Een onderzoek naar de basismethodiek van de geestelijke verzorging*. Delft: Eburon, 2015.
- Smith, Robert C. *The patient's story: Integrated patient-doctor interviewing*. Boston: Little, Brown and Company, 1996.
- Sulmasy, D.P. "A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life." *Gerontologist* 42, Spec no. 3 (October 2002): 24-33. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12415130>.
- Ten Haaft, Gonny. *Dokter is ziek: Als patiënt zie je hoe zorg beter kan*. Antwerpen/Amsterdam: Contact, 2010.
- Verberk, Frans & André Merks. *Verpleegkunde volgens het Neuman systems model: Vertaling en bewerking voor de Nederlandse praktijk*. 6^e herziene druk. Assen: Koninklijke Van Gorkum, 2016.
- Vereniging Hogescholen. "Bachelor of Nursing 2020: Een toekomstbestendig opleidingsprofiel." Geraadpleegd 19 februari 2019. https://www.vereniginghogescholen.nl/system/profiles/documents/000/000/180/original/Bachelor_of_Nursing_2020_-_Toekomstbestendig_opleidingsprofiel_4.0.pdf.

Vereniging van Geestelijk VerZorgers. VGVZ. "Richtlijn Zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase." Geraadpleegd 19 januari 2019. <https://vgvz.nl/wp-content/uploads/2018/10/Richtlijn-Zingeving-en-spiritualiteit-DEF-20181025.pdf>.

Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. V&VN. "Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging." Geraadpleegd 16 februari 2019. <https://www.venvn.nl/Portals/30/Thema/Verpleegkundige%20Indicatiestelling/20111129%20Richtlijn%20verslaglegging%208%20sept%202011.pdf>.

Wikipedia. "Florence Nightingale." Geraadpleegd 18 februari 2019. https://nl.wikipedia.org/wiki/Florence_Nightingale.

World Health Organization. "Definition of Palliative Care." Geraadpleegd 19 januari 2019. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.

Yardley, S.J., C.E. Walshe & A. Parr. "Improving training in spiritual care: A qualitative study exploring patient perceptions of professional educational requirements." *Palliat Med* 23, no. 7 (October 2009): 601-607. <https://doi:10.1177/0269216309105726>.

Bijlagen

- I. De vragen en het verslag van de interviews met de primaire zorgverleners**
- II. De vragen en het verslag van de interviews met de patiënten**
- III. De vragen en het verslag van de interviews met de geestelijk verzorgers**
- IV. De anamnese en de 11 functionele gezondheidspatronen van Gordon**
- V. Een instructievoorbeeld van een notitie**

Bijlage I. De vragen voor de primaire zorgverleners

1. Wanneer, zou u zeggen, begint de start van het zorgproces voor de patiënt?
 2. Als we kijken naar de anamnese, op welke van de vier dimensies van zorg die er zijn (deze benoemen) ligt doorgaans het zwaartepunt en welk domein komt het minst aan bod?
 3. Hoe kijkt u aan tegen het in de anamnese bespreken van bepaalde onderwerpen die te maken hebben met de zingeving of levensbeschouwing van de patiënt? (Vindt u bijvoorbeeld dat het wel of niet tot de taak van de verpleegkundige of de arts behoort?)
 4. Wat zijn volgens u eventuele belemmerende factoren daarin?
 5. Hoe komt aandacht voor het levensbeschouwelijke domein eventueel later alsnog tot uitdrukking, als dit niet via de anamnese is gebeurd?
 6. In hoeverre wordt er voor de behandel en zorginterventies teruggegrepen op de informatie uit de anamnese?
 7. Hoe kijkt u aan tegen het idee dat de levensbeschouwelijke anamnese door een vast, daarin getraind, iemand zou worden afgenomen? Zou u het dan wel of niet als een geïntegreerd onderdeel van de anamnese willen zien?
 8. Heeft u een persoonlijke ervaring met een anamnese in een ziekenhuis of met zorg in het algemeen, die van invloed is geweest op uw visie van wat goede zorg behoort te bieden?
 9. Zou u bereid zijn tijdens de anamnese (1 van) de onderstaande vragen te stellen en mij uw ervaring daarmee te laten weten?
- A. Wat moeten wij beslist van u weten, zodat we u goed kunnen begrijpen en begeleiden in deze periode?
- B. Wat geeft u gewoonlijk kracht in moeilijke tijden?
- C. Is er op dit moment iets wat ik voor u kan doen om u te steunen?

I. Het verslag van de interviews met de primaire zorgverleners

Verpleegkundige 1.

1. Rust bij ouders/kinderen. Goeie informatie en begeleiding. Op de medische en verpleegkundige handelingen die goed uitvoeren. Goede beschrijving van de dag.
2. Overgang van papier naar EPD. Wennen en moeilijk te zeggen of dat in de loop der tijd beter zal gaan. Het zakelijk in kaart moeten brengen van de belangrijkste dingen. Vroeger meer andere items, zoals de achtergrond van ouders. Hoe het met hen gaat. Veel is er nu uitgefilterd en dus komt dat niet in het EPD. Het is heel belangrijk, maar dat kun nu moeilijker kwijt in het EPD. Ik onthoud het zelf. Het is allemaal wat zakelijker geworden.
3. Het is belangrijk dat het een gesprek is met de mensen, niet zomaar botweg vragen. Het psychosociale deel kun je kwijt via notities, maar die gaan dan naar de achtergrond. Het gaat vooral om objectieve info in het EPD. Spiritueel is persoonlijk en niet objectief meer. Het gaat meer om feiten in het dossier. Je moet voor het spirituele een stuk van je eigen persoonlijkheid meenemen, maar dat kan niet in de anamnese. Verpleegkunde-technisch is het niet echt nodig en daar moet toch de prioriteit liggen. Het is zo afhankelijk van wie de verpleegkundige is. Ik denk niet dat het opgenomen gaat worden in de anamnese.
4. Ons vak is iets wat feiten weergeeft. De rest komt er extra bij. Alleen toevoegen als he om feiten gaat. Het gaat dan naar regie bijvoorbeeld. De achtergrond van de verpleegkundige speelt ook een belangrijke rol. Als zij zelf weinig affiniteit met het spirituele hebben vinden ze het ook niet zo belangrijk er naar te vragen of denken er niet aan.
5. Later in het gesprek met de ouders en in het contact met hen. Ook weer afhankelijk van dat contact en waar je open voor staat. In dit vak is het steeds een heleboel leren. Je blijft lerend bezig. Je wordt zelf gevormd door de ouders en de kinderen die hier komen.
6. Als het een nieuwe opname is, kijk je altijd naar de anamnese. Het is de basis en komt steeds terug in het gesprek. We gaan ook steeds meer bezig met het zorgplan. Als een kind er langer is moet je dingen weten, niet steeds opnieuw gaan vragen.
7. Als eerste verpleegkundige wil je bij de basis en stabiel zijn. Het is aan de ene kant een positief idee. Dat er één persoon is. We moeten heel veel doen, en alles verschuift steeds. Er vindt een verschuiving van zorgkwaliteiten plaats en dat is jammer. De eerste opvang is heel belangrijk. Als ik er maar ruimte voor heb. Voor de kinderen en de ouders. We moeten steeds meer, plannen, praten.

8. Nee geen uitgesproken persoonlijke ervaring. Je moet je belofte van zorg nakomen, lukt het niet dan moet je dat kenbaar maken. Ik loop er niet voor weg.
9. Vraag 9 is niet gesteld omdat op dat moment dit nog geen deel uitmaakte van mijn onderzoek.

Verpleegkundige 2.

1. De zorg begint vanaf de eerste dag. Elke afdeling heeft wel zo haar eigen wijze van werken, ook met betrekking tot de anamnese maar in grote lijnen komt het wel overeen. Op de afdeling chirurgie gaat het bijvoorbeeld anders, soms wordt de anamnese al poliklinische afgenomen (bij volwassenen alleen, hoe het met kinderen gaat weet ik niet).
2. De verpleegkundige die de zorg voor de patiënt heeft doet ook de anamnese, maar bij drukte kan soms een andere gevraagd worden. Soms, als je iemand vraagt die niet de zorg zelf heeft, kun je een betere anamnese krijgen. Dan komt ook vaak de psychosociale kant meer tot zijn recht. Dit kan komen omdat die persoon dan niet weggepiept kan worden. Soms geven we ook het advies de pieper weg te leggen, zodat er meer rust en tijd is voor een gesprek. Toch schiet dat er wel vaak bij in.
3. Ik vind wel dat die onderwerpen besproken moeten worden, of het altijd in de anamnese lukt, dat hangt dan van verschillende omstandigheden en factoren af. Het is wel een taak van de verpleegkundige en ook van de arts. In het BKZ verloopt het proces vaak minder standaard dan op andere afdelingen.
4. Door de tijdsdruk ontstaat er regelmatig te weinig diepgang. De bejegening en de waardeoordelen spelen ook een rol. Een belemmerende factor is ook kennis en kunde bij de verpleegkundige. Als ze wel getraind zijn via hun opleiding, gaan ze ondanks dat, zodra ze in het ZH zijn, toch vaak mee met het bestaande patroon daar.
5. We hebben als verpleegkundige en arts wel soms samen gesprekken met de patiënt, maar doen eigenlijk nooit samen de anamnese. Dus dan weet je dat ook niet van elkaar.
6. Als er problemen zijn komen ze meestal wel terug in de zorg-fase. Dat komt dan meestal niet uit de informatie van de anamnese. Wij hebben in het BKZ niet zo vaak een zorgplan.
7. Dat zou wel een goeie vraag zijn voor het multidisciplinaire team. Daar inbrengen hoe de arts en verpleegkundige het zouden vinden als het bijvoorbeeld door een ander dan de zorggever gedaan zou worden? Dus niet alleen in de anamnese, maar ook verder in de zorg.

8. Toen ik voor mijn schoonouders in het ziekenhuis moest zijn en vragen had met betrekking tot hun behandeling, kreeg ik van de ene zorgverlener een duidelijk antwoord. De andere zorgverlener was een minder concreet, maar door zijn prettige bejegening had ik het gevoel dat ik door hem beter geholpen was. Die eerste riep vanaf zijn kamer naar me over de gang om te vragen wat ik wilde. Dat vond ik zo onbehoorlijk.
9. Vraag 9 is niet gesteld omdat op dat moment dit nog geen deel uitmaakte van mijn onderzoek.

(Ik krijg nog een tip voor een boek mee: 'Vanavond om 8 uur' van Annemei Thé.)

Verpleegkundige 3.

1. Bij de opname als de patiënt op de afdeling komt.
2. Er spelen zoveel factoren mee in de zorg die een rol spelen als je de anamnese afneemt.
Is er spoed, zijn de ouders er beide, zijn er andere kinderen bij, is er een aparte ruimte waar je rustig kunt zitten, lopen er mensen langs etc..
Als het vooraf gepland staat (of zoals vroeger de opname via de poli verliep) gaat het al anders en is er meestal meer tijd. Toch ontbreekt vaak het psychosociale deel bij de opname. Je vraagt soms wel naar een bepaald dieet als je ziet dat iemand bijvoorbeeld vanuit een andere cultuur komt, maar meestal ligt het accent op het medische deel.
3. Vroeger, en/of in andere ziekenhuizen, ging dat vaak wat vanzelfsprekender. Als je toen bijvoorbeeld in het EPD werkte, kon je pas verder naar een andere onderdeel als het eerdere onderdeel ingevuld was. Nu is dat niet zo, je kunt wel verder, dus dat betekent dat je onderdelen kunt laten liggen voor later of ze overslaan.
Het gebeurt ook wel dat je in een later stadium een verpleegkundige vraagt de ontbrekende dingen alsnog in te vullen. Het gebeurt ook dat als je bijvoorbeeld een kind opneemt die van een andere afdeling komt je er van uitgaat dat de anamnese daar al gebeurd is, terwijl dat niet altijd zo is. Het hoort natuurlijk wel bij ons werk.
4. Dat is ook afhankelijk van wie het vraagt, aan wie het gevraagd wordt en op wat voor manier. Jonge verpleegkundigen zijn er niet altijd op bedacht. Oudere verpleegkundigen zie je vaak wel meer aandacht ervoor hebben.
5. Het UMCG is een ziekenhuis voor complexe zorg en dat houdt vaak intensieve zorg in, waarbij we werken met vaste medewerkers voor bepaalde patiënten. Iedereen kan dus een opname doen en de anamnese, waarbij meestal diezelfde persoon de verder zorg toegewezen krijgt. Er zijn bepaalde items verplicht, als er

extra info nodig blijkt die ontbreekt, dan vraag je de verpleegkundige die de zorg heeft dit alsnog na te gaan en toe te voegen.

6. Als er eenmaal een anamnese afgenomen is, wordt daar meestal niet naar terug gegaan voor de bepaling van verdere interventies.
Wanneer er een zorgplan opgesteld wordt, komen daar vaak uitgebreidere anamnese gegevens uit voort en wordt daar dan de specifieke benodigde behandeling op gebaseerd. Het kan ook gevoelig liggen welke informatie je opneemt in het dossier, omdat de pat. daar toegang tot heeft en soms geeft dat problemen. (Zoals een kind wat na opname niet meer terug kan naar huis vanwege problemen en waarmee een ouder het helemaal niet eens is.)
De situatie in Amerika is heel anders. Sowieso de positie van de verpleegkundige is daar een geheel andere en wanneer een kind opgenomen (gaat) worden krijgt die een boekje met alle informatie en foto's van welke dokter/verpleegkundige zij te maken krijgen.
7. We zouden wel willen dat er (uiteindelijk) een complete anamnese beschikbaar was. Misschien moet er iemand daarvoor speciaal aangesteld worden, maar ja dat geeft dan weer andere beperkingen.
8. Nee, niet echt een persoonlijke ervaring, maar als moeder van kinderen zou je het soms wel anders willen. Tegelijk zie ik dat iedereen heel erg zijn best doet en we ook roeien met de riemen die er zijn. We werken wel steeds aan verbeteringen. Ik ben zelf erg voor het family care systeem.
9. Ik heb zelf niet zo vaak meer met de anamnese te maken vanuit mijn functie nu, maar het zijn wel goeie en bruikbare vragen.

Verpleegkundige 4.

1. Dat het kind de juiste zorg krijgt waarvoor hij is opgenomen. Zowel de medische kant als de gezinskant. Dat er goed naar hen geluisterd wordt. Dat beide partijen tevreden zijn.
2. Dat alle tests gedaan zijn, vaccinaties, het papierwerk etc. Niet de hele anamnese zoals het vroeger was, vóór het EPD. Het was toen overzichtelijker, soms denk je, dit wil ik kwijt, waar wil ik het kwijt? Eventueel via een plaknotitie?
3. Vroeger werkte we met het boek, was meer een gesprekssituatie, nu meer als je het merkt aan de ouders dan komt het wel aan bod, maar niet per se via de anamnese. Het hoort wel bij ons werk.
4. Er is niet echt een belemmering, maar het moet wel klikken of kunnen in die situatie. Het behoort vaak niet tot de belangrijke dingen van de anamnese, later verwerken we het eventueel in de rapportage. We laten het niet links liggen, soms gebeurt het ook via de pedagogische medewerkers.

5. Het komt nu veel slechter tot zijn recht dan vroeger op papier. Gebeurt niet zozeer vanuit de anamnese. Door het EPD systeem is het allemaal wat compacter en simpeler geworden.
6. Niet zo vaak. Het zou wel een completer beeld geven. Dan zorgt het er ook voor dat je er naar kijkt en dat er niet weer aan de ouders of patiënt naar gevraagd wordt, zodat het lijkt alsof je niet goed op de hoogte bent, of geen belangstelling hebt voor wie ze zijn.
7. Aan de ene kant zou dat goed zijn, want dan zou de patiënt tenminste die zorg krijgen, maar ik zou het ook jammer vinden als dit bij ons zou weggaan.
8. Een persoonlijke ervaring op psychiatrie, dat mensen me herkenden en wisten waar het om ging. Dat je als patiënt geen nummer bent.
9. Het zijn heel zinvolle vragen. Ik wil ze wel gaan gebruiken. Ik vraag ook wel eens of er dingen zijn gebeurd die heftig voor de patiënt waren en waar we nu rekening mee moeten houden.

Verpleegkundige 5.

1. Bij binnenkomst als iemand de afdeling oploopt. Hoe wordt je ontvangen? Eigenlijk gebeurt de anamnese vaak ook al op de poli, of het kind komt uit een ander ziekenhuis en van een andere afdeling en dan ga je er vanuit dat het al gebeurd is. Op de afdeling begint hier voor ons de zorg.
2. Waar het kind voor komt, kan van alles zijn. Welke zorg het nodig heeft buiten de eigen vertrouwde sfeer. Soms ook in de loop der tijd, bijvoorbeeld als er andere dingen naar voren komen. Een andere problematiek. Dat toont zich dan pas later. B.V. een kind komt vanuit een ander ZH en dan blijkt er een heel sociaal deel achter te zitten. De anamnese ontwikkelt zich. Soms is er ook weinig tijd en dan kijk je alleen naar speerpunten. Als acuut bijvoorbeeld en dan komt dat andere deel later niet meer aan de orde.
3. Ik ben me er van bewust dat het belangrijk is, maar soms ook lastig. Ik vertel wel altijd, en meer en meer de laatste tijd, dat er GV op de afdeling is. Of later als ze bij maatschappelijk werk geweest zijn, wijs ik hen erop dat een gesprek met een GV andere dingen inhoudt. Het hoeft helemaal niet over religie te gaan of dat zij gelovig moeten zijn, maar dat het een aanvulling is op de zorg. Het brengt andere facetten naar voren.
4. Tijd. Ouders zitten vaak ook erg vol en er moet heel veel gebeuren. Als je een goeie anamnese doet kun je er heel veel winst uithalen. Soms voel je dat er een band is met de pat. en dan is het makkelijker naar voren brengen. Ik vind het ook jammer dat de GV er maar 1x per week is.

5. Als ik voor iemand zorg en ik zie dat het speelt. Ik raak haar aan, zorg voor koffie en ruimte voor een gesprek. Ik doe dat natuurlijk niet als een geestelijk verzorger.
6. Ik weet het niet. het hangt heel erg van de persoon af. Met het EPD werkt niet zo snel. Ik mis het dat ik niet een papierenblad naast me heb. De info zit ook op verschillende plekken verstopt. Ik kan er dan niet snel mee werken. Soms zeg ik tegen de pat. dat ik het gewoon als een gesprek doe en later invul. Dan zit ik niet achter de computer terwijl je bij de pat. bent.
7. Lijkt me niet zo goed één vaste persoon. Weer iemand erbij die iets doet en uitlegt. Er komen teveel mensen langs. het is teveel van het goede. In de jaren 90 had je een eerste en vaste eindverantwoordelijke verpleegkundige. Het nadeel daarvan was dat die soms te dichtbij kwam. Maar er was wel veel beter zicht op wat er gebeurde. We wisselen nu zo vaak van pat. Er is veel meer verloop in de contacten. Steeds meer parttimers. De pat. zegt regelmatig: ik weet niet meer hoeveel ik er al heb gezien.
8. Mijn visie is nu dat ik beter bij het dossier moet kunnen. Veel te lang. Ik kan niet op een knop drukken en direct alles overzien. Het zou veel compacter moeten. Bijvoorbeeld het medische deel splitsen van het sociale en spirituele, een aparte bladzijde daarvoor hebben. Vroeger kon ik in één klap dat soort informatie overzien. Nu vind ik het niet, is het er niet of moet je langs allerlei vakken en handelingen doen.
9. Vraag A. zou je al in het begin moeten doen. Soms doe je de anamnese in delen. De vragen zouden moeten oplichten in de computer! Zodat het aangegeven wordt in het systeem als het nog niet ingevuld is. Het hangt ook af van de ouders, met bepaalde ouders gaat het misschien makkelijker dan met andere.
Vraag B. Is een vraag die ik zelf eerder zou stellen als ik aan het bed kom. Het zou echter wel een mooie aanvulling zijn. Ook dat het in het EPD zou komen. Vraag C. Is ook heel geschikt. Ik ga wel met deze vragen aan de slag!

Verpleegkundige 6.

1. Bij een geplande opname is het vanaf het eerste moment dat de patiënt in het ZH komt. Hoe zij binnen komt(en) vertelt al heel veel. Hoe ze eruit zien, hoe ze je aanspreken etc.. De volgorde in dat proces is verschillend. Soms van HA naar specialist en dan naar de poli, daar is dan al een anamnese gedaan. Bij de beslissing voor een opname komen ze dan bij ons op de afdeling. Maar kan ook vanuit ander ZK, andere afdeling of het kan een spoedopname zijn. Maar voor mij begint het vanaf het moment van de eerste kennismaking.
2. In eerste instantie toch vooral het lichamelijke, waarvoor ze komen, maar we moeten ook echt weten hoe en wie het kind is. Je past je zorg aan bij het kind. Wat is de beleving? Je neemt de psychische kant mee. Zodra je een hand geeft stem je

je af. Het spirituele vind ik wel wat lastiger. Ik ben persoonlijk niet gelovig en dan vind ik het ook moeilijk om daar over te vragen. Het psychosociale is wat makkelijker. Maar ik probeer er wel altijd naar te vragen.

3. Het is juist wel een taak! Wij hebben het meeste contact met de pat. Je geeft op het kind gerichte zorg. Hun geloof vraag ik naar, waar moeten we rekening mee houden? Waar moet ik me aanpassen etc.?
4. Kennis erover. Ik weet niet zoveel van de verschillende geloven en wil de mensen niet kwetsen. Geen tijd hebben wordt er wel gezegd, maar dat vind ik een stom excuus. Je weet dat het belangrijk is, dus hoort het erbij.
5. Ligt eraan. Als er sprake is van een duidelijk religieuze achtergrond, je ziet bijvoorbeeld een bijbel liggen, dan moet en doe ik er iets mee. In andere gevallen wordt het wel snel vergeten, pas als het slecht gaat of als er speciale steun nodig blijkt te zijn doe je er iets mee.
6. Nee, het is in de anamnese maar een heel klein kopje. Je moet het speciaal ervoor openen anders vindt je het niet. Het staat ook helemaal onderin. Pas als er een geestelijk verzorger of maatschappelijk werker erbij betrokken is geweest, dan lees ik het wel.
7. Wel een mooi idee. Voor de mensen die er niets mee hebben is het dan klaar, maar voor hen die er wel iets mee hebben is het juist goed er aandacht aan te geven. Ik zou er zelf ook daarnaast nog naar vragen, maar op die manier krijgt het de extra aandacht die het verdient. Ook voor ons is dat fijn omdat het dan extra handvatten geeft voor de zorg.
8. Persoonlijk geen ervaring met een opname, maar als een pat. uit een andere ziekenhuis komt en die heeft daar wat dat betreft te weinig zorg gekregen dan wil ik daar extra aandacht aan besteden. Extra praten en luisteren vooral. Ik word er dan weer aan herinnerd, via hen, dat dit echt belangrijk is.
9. Ja, Ik wil graag de vragen mee!

Arts 1.

1. Direct als de pat. bij je komt en het contact start. Het hangt ervan af. Als de klacht eenvoudig is, dan vaak maar één gesprek, maar het kan ook een proces van jaren zijn. Dan is er een vraag en een reden waar je extra zorg aan besteedt.
2. Het ligt aan de klacht. In het eerste consult wil ik graag wel alles weten. De beleving van de pat. wat er sociaal speelt. Hoe houdt hij/zij het vol? Dat gaat wel mee in de anamnese. Maar als het simpel is, dan hoeft dat niet. Het verschilt per patiënt en ook vanuit de arts.

3. Het ligt eraan. Als er een beperkte levensverwachting is, dan is dat belangrijker. Het ligt ook aan de ouders en het kind zelf. Er wordt ook vaak hulp ingeroepen van anderen professionals zoals GV of kinderpsycholoog, fysio, maatschappelijk werk. Of iemand anders die makkelijk ingang heeft naar het kind. Er is geen standaardprocedure. Als taak voor de arts kan het als er al een vertrouwensband is, maar als te moeilijk kijken naar wie een vertrouwenspersoon is. Ik leg wel altijd uit dat er GV is en dat het daarbij niet direct om religie gaat.
4. Tijd, relevantie, als er vraag naar is. Bijvoorbeeld als mensen zeggen ik kom er niet uit!. We hebben in het BKZ een 'Kindercomfortteam'. Daar zitten alle professionals in = multidisciplinair.
5. Toch als je ziet dat het kind een beperkte levensverwachting heeft of als het specifiek aan de orde komt via het kind of de ouders. Of als er sprake is van hevig lijden.
6. Ja, kijken we vaak naar terug. Als arts kijk je regelmatig in elkaars dossier. Wat spiritualiteit betreft, het is moeilijk te vinden. Het zou eigenlijk in de basis van het dossier moeten.
7. Weet ik niet, dan komt er weer een apart iemand. Het is fijn als het iemand is die ze al kennen. Mensen geven vaak aan dat er al zoveel verschillende mensen aan het bed komen. Het hangt er van af. Het is wel fijn als iemand een speciale expertise heeft.
8. Ja, als je zelf iets hebt en dan behandeld wordt als een dokter in plaats van een patiënt. Je moet je maar redden. Er is dan niets persoonlijks, je krijgt weinig feedback. Je moet maar gewoon doen. Even een hand op de schouder zou dan wel fijn geweest zijn.
Soms vragen we iets in de trant van de vragen die jij nu hebt. Het zou zeker net raar zijn, maar we doen het niet standaard. Ik wil ze nu wel mee.

Arts 2.

1. Al op de afdeling verloskunde. Een deel v.d. ouders ontmoet ik al voordat hun kind geboren is. He gaat vaak om twee type gesprekken: 1. Voortijdige bevalling of vroeggeboorte, 2. Extreem te vroeg geboren en of ernstige afwijkingen. Het gaat dan altijd om moeilijke gesprekken, want er zijn keuzes te maken. Het is daarom belangrijk voor mij om te horen hoe zij in het leven staan, wat zij voor hun kind willen. Als ik u zo hoor dan lijkt me... Ik geef dan ook vaak na goed luisteren een advies. Vaak hebben de ouders die reikwijdte niet. Het kan gebeuren dat als ik vraag naar wat er voor hen belangrijk is, komt er vaak zo weinig op terug. Mensen weten het vak niet en dat hangt ook samen met de sociale klasse waar ze uit komen, moet ik helaas constateren. Vaak komt er meer uit een gesprek als er dan een religieuze achtergrond is van waaruit mensen hun leven beschouwen. Zowel ikzelf als andere collega's vragen wel duidelijk naar een eventuele godsdienstige achtergrond. Er is ook vaak rondom bepaalde situaties behoefte

aan rituelen, vooral maar zeker niet alleen als er een godsdienstige achtergrond is. Er is ook een verschil wat dit betreft tussen bijvoorbeeld het zuiden of het noorden van het land. Alsof mensen hier soms bijna niet meer voor hun geloofsovertuiging durven uit te komen.

2. Op de IC ligt het accent toch vooral op het medische probleem en dat is dan ook wel een enorme verarming. Zelf ben ik iemand die snel het sociale of spirituele domein erbij betrek. Ethische vraagstukken die spelen en hoe hou mensen het systeem op de been houden. We besteden ook makkelijk de verschillende domeinen uit aan andere professionals. Vroeger gebeurde dit toch wel meer. Nu wordt er soms alleen gevraagd naar wat het geloof is en het beroep, het hebben van kinderen en dat soort vragen.
3. Tijdgebrek en onbekendheid met het domein. Daardoor hebben mensen ook niet de skills ontwikkelt om ermee om te gaan. Ook het werken in een organisatie die daar minder voor open staat heeft invloed, waardoor het dus ook niet zo snel aangeboden wordt. Er moet ook steeds meer gedaan worden in dezelfde of minder tijd. Waardoor aandacht voor dit domein ook onder druk komt te staan. Je mist dan soms ook het contact met de ouders.
4. Dan *moet* je weten hoe ouders erin staan. Anders neem ik daar geen beslissingen in.
5. Bij een aantal patiënten niet. Bij ons wanneer er belangrijke beslissingen in het medisch beleid genomen moeten worden.
6. Info over maatschappelijk werk soms niet vanwege de privacy. Het EPD is een drama, notities zijn vaak niet goed terug te vinden. Ook soms de info van collega's. Het is een Amerikaans systeem en bovendien niet goed afgestemd op wat er vanuit de medische kant nodig is.
7. Zou wel bevorderlijk zijn. Iemand die de expertise heeft en het betekent niet dat de primaire zorgverlener daar dan niets meer in doet. Ik vind het belangrijk dat de patiënten niet alleen met een arts praten. We zijn er steeds meer door de tijd toe gedwongen om vooral het medische technische te doen en dan zijn andere professionals onontbeerlijk.
8. Ik heb zeker een goeie basis gehad in mijn opleiding. Veel gesprekken ook gevoerd met de pastoraal werker daar. Het heeft me gevormd, plus je eigen godsdienstige achtergrond. De opleidingen in de jaren 80 daarin hadden we filosofie en medische ethiek en moreel beraad.
9. Zij neemt de vragen mee, maar is de komende weken niet op de afdeling. Gaat het proberen. Ik spreek af haar te mailen voor de feedback.

Arts 3.

1. Op het moment dat de mensen klachten ervaren. Het begint vaak bij de ouders. Als algemeen en eerste expert zijn zij het, ik ben maar op een klein gebied de expert.
2. Het helder krijgen van de hulpvraag. Waarom deze patiënt op dit moment bij mij komt met deze klacht? Dat leerden we tijdens de opleiding en dat pas ik nog steeds toe. Het is nu anders geworden. Nu is het vaak de vertaling van wat de arts denkt. Niet wat de patiënt nodig heeft. Op de plek waar ik van mijn opleiding heb gekregen was dit anders. Het was ook een katholiek ziekenhuis. Ik stel regelmatig aan het eind de vraag: zijn er nog dingen die ik niet gevraagd heb en wat ik moet weten, vooral als ik het ingewikkeld vind. Dat doe ik niet altijd, het hangt er van af. Er is een verschil tussen een patiënt die je maar bijvoorbeeld één op de poli ziet of iemand waarvan je weet dat het een langduriger proces wordt. Dan wil ik de mensen leren kennen. Daar investeer ik wel in, maar het heeft ook een grens.
3. Het is belangrijk en ook een blijk van interesse. Er zit een persoon tegenover je. Sommige momenten is het ook belangrijker dan op andere. Ik heb dit vooral geleerd op neonatologie.
4. Tijd, de tijd voor het consult en de tijd voor het gehele traject. Er is een kwantiteits- en een kwaliteitsfactor. Dat geheel bepaalt de anamnese.
5. Komt zeker later nog aan bod.
6. Hangt er van af, De anamnese kan soms ook zo vertrouwelijk zijn dat het niet in het dossier mag komen. Daarom vind ik ook dat het dossier het eigendom van mensen moet zijn, zodat zij zelf kunnen beslissen wat er met je gedeeld wordt. Wij zijn er voor de mensen, de mensen zijn er niet voor ons. Vroeger hadden we een papieren dossier nu is alles digitaal en wordt er ook een selectie gemaakt. Je hebt een dossier zoals het gearchiveerd is en je hebt een dossier zoals in je hoofd. Je leert van de mensen wat belangrijk is, de sfeer en het gesprek. Dit alles speelt mee.
7. Ik heb het gevoel dat we heel veel nog niet zien, signaleren. Er moet zoveel gebeuren altijd. De praktijk is vaak rauw, ondanks de goede zorg die je wilt bieden. Het is goed dat er aandacht is voor zingeving en pedagogische aspecten, maar er is zoveel weg bezuinigd. We kunnen elkaar aanvullen. Iemand die b.v. veel weet over de schoolsituatie, dan wil ik graag van die kennis gebruik kunnen maken, zo ook op het spirituele gebied. Het is belangrijk om aan de wens van de patiënt tegemoet te komen.
8. De arts vertelt over een probleemsituatie waarin aan de ene arts zelf vooral zocht naar het vinden van een oplossing/antwoord, terwijl de andere arts inging op wat de mensen zelf aan oplossingen voorhanden hadden. Oplossingen die voortkwamen uit hun eigen kennis en ervaring en waardoor, door daar gebruik

van te maken, een meer procesmatige situatie ontstond. Mensen konden daardoor toegroeien naar een oplossing die zij zelf gekozen hadden. Dat was zo waardevol en heeft mij doen beseffen wat er in het kader van goede zorg nodig is. Het technische is dan secundair aan het menselijke.
De arts wil de vragen mee en feedback geven via een nieuwe afspraak.

Bijlage II. De vragen voor de patiënten

1. Wat zou u tegen de dokter of verpleegkundige willen/kunnen zeggen over wat voor u belangrijk is in de behandeling of in de zorg voor u? / Wat zou je tegen de dokter of verpleegkundige willen zeggen waar ze goed op moeten letten als ze jou verzorgen of behandelen?
2. Waar gaat voor uw gevoel in de zorg doorgaans de meeste aandacht naar toe? / Wat denk je dat ze in het ziekenhuis het meest belangrijk vinden om te doen als ze je behandelen of voor je zorgen?
3. Is er een bepaalde kant van de zorg die voor u belangrijk is en die u wel eens gemist heeft? / Heb je wel eens gedacht waarom doen ze eigenlijk nooit dit of dat, want dat zou ik wel graag willen?
4. Wat vindt u van het idee dat er tijdens een opname in het ziekenhuis of in een andere zorgsituatie, aandacht besteed wordt aan de dingen die op het gebied van levensvragen of overtuigingen belangrijk voor u zijn? / Hoe zou je het vinden als je in het ziekenhuis moet blijven en ze zouden je dan vragen naar bijvoorbeeld je vrienden, of naar wat je heel leuk vindt om te doen, of dat je wel eens bang bent en hoe het op school gaat en dat soort dingen?
5. In hoeverre heeft u gemerkt dat er aandacht was bij de arts of verpleegkundige als het ging om voor uw belangrijke levensvragen? / Heb je wel eens met de dokter of een verpleger gesproken over dit soort dingen?
6. Hoe zou de arts en verpleegkundige er voor kunnen zorgen dat zij aandacht hebben voor u, niet alleen als patiënt maar ook als mens? / Hoe kan de dokter en verpleegster er het best voor zorgen dat ze jou een beetje beter leren kennen, wat zouden ze dan moeten ze dan doen, vragen of zeggen volgens jou?
7. Hoe zou u het vinden als de dokter of verpleegkundige u de volgende vragen zou stellen? Hoe zou je het vinden als de dokter of verpleegkundige deze vragen aan je zouden stellen?
(U/Je hoeft daar nu geen antwoord op te geven, maar meer hoe u/je het zou vinden als het gevraagd werd?)
 - A. Wat moeten wij beslist van u weten, zodat we u goed kunnen begrijpen en begeleiden in deze periode?
 - B. Wat geeft u gewoonlijk kracht in moeilijke tijden?
 - C. Is er op dit moment iets wat ik voor u kan doen om u te steunen?

II. Het verslag van het interview met de patiënten

Patiënt 1

1. Dat ik ten eerste een helder beeld heb van het probleem en de behandeling. De tijdspanne die het neemt, welke impact het heeft, pijn, herstelkansen etc.. Mijn ervaring is dat je van iedereen een stukje hoort i.p.v. een samenhangend geheel. Soms zit er een week of een maand tussen en dan ben je bijna alles weer kwijt. Het totaalplaatje, daar gaat het om. Het hele verhaal en iets ondersteunend daarbij. Het is frustrerend om maar een deel te horen. Ik weet dan niet wat er allemaal aan de hand is en kan het niet overzien. Ik ben niet meer in controle en heb geen overzicht van de procedures.
2. Het verzamelen van data van de patiënt, en diagnostische onderzoeken.
3. Eén centraal aanspreekpunt, iemand die de behandeling coördineert. Niet dat je steeds met allerlei andere mensen moet overleggen. Ook op de lange termijn als je een kind hebt met een bepaalde klacht wat nu nog niet goed behandeld kan worden (eigen ervaring) en later komen er nieuwe ontwikkelingen waar jij niet van weet. Dat er contact met je over wordt opgenomen. Begeleiding daarin.
4. Ja. Ligt er aan waar je voor opgenomen wordt. De zwaarte van de behandeling. Dat er nagevraagd wordt of je een eigen vangnet hebt, familie o.i.d. iemand waarmee je kunt praten.
5. Nee, niet meegemaakt. Het is een extra steun in de rug. Het benoemen van fundamentele dingen die wel ok zijn. Alleen al het uitspreken ervan, dat kan al belangrijk zijn.
6. Hoe iets gevraagd wordt is belangrijk. Dat je probeert mensen te stimuleren en verder te kijken naar het grotere geheel. Dat ze meer zijn dan alleen hun ziekte. Het kost misschien iets meer tijd ,maar is meer belonend voor zowel patiënt als de arts.
7. Zou wel erg aanspreken, omdat je daar soms zelf op dat moment niet bewust van bent en dan wel gaat nadenken daarover. Wat je nodig hebt.

Patiënt 2 (7 jaar)

Hoe lang alles ging duren en dat ze me niet vertelden of ik bepaalde dingen wel of niet mocht doen. Dat ze aan je zouden vragen wat je zelf misschien nog iets wilt weten. Dat ze ineens een kapje op mijn mond deden en ik bijna stikte en dat ze dat van te voren niet gezegd hadden. Ook dat ik op een hele hoge stoel moest zitten, terwijl ik dat heel eng vond.

Patiënt 3 (10 jaar)

Toen ik in het buitenland een ongeluk kreeg en de dokters alleen maar met mijn ouders spraken en niets tegen mij zeiden. Dat je ouders niet bij je mogen blijven en dat je dan helemaal alleen bent daar en je ze niet kan verstaan.

Patiënt 4

1. Goed luisteren, goed kijken naar het geheel en niet alleen naar die ene klacht. Alles serieus nemen en een goede uitleg geven. Ook een beetje hoe het lichaam werkt. Mijn dochter had een pylorusstenose. Zij wisten het eerst niet en ik begreep hun vragen niet. Hoe ver ze wel of niet spuugde. Termen die ik niet kende zoals projectielbraken. Ik raakte ervan van slag. Er stond een onduidelijke situatie met een heel lange observatie periode, zonder dat ik wist waarom dat allemaal zo ging. Maar zodra het duidelijk was wat er aan de hand was, was er wel goede zorg, maar daarvoor niet. dat ze alle symptomen meenemen, niet allen de lichamelijke zijn belangrijk, maar ook de emotionele en psychische.
2. Het verwijderen van de symptomen, zonder echt te kijken naar de oorzaak. Zolang de symptomen weg zijn is het klaar en dan stopt ook het onderzoek naar de oorzaak of er ook nog andere mogelijkheden een rol spelen. Ook ontbreekt vaak de uitleg over het soort van onderzoeken.
3. De zorg is tot er geen klacht meer is, maar er is geen afronding. In mijn land behandelt de dokter je tot je zelf aangeeft dat het goed is of genoeg. Hij zoekt je ook op als hij dat nodig vindt. Hier is het je kijkt zelf maar of je terug komt. Alleen als je zelf een vraag hebt, maar dat is best moeilijk want als pat. mis je een bepaalde kennis. Hier moet je als pat. heel assertief zijn. In mijn land heeft de arts een soort idealisme en een standaard voor goede zorg en kan dan zeggen dat hij je nog niet wilt loslaten, omdat de zorg nog niet klaar is.
4. Interessante vraag. Weet ik eigenlijk niet. Als iemand dat zou vragen zou ik denken dat ik doodziek was. In mijn land als je wordt opgenomen komen mensen van de kerk naar je toe. Ik vind toch dat het wel gevraagd mag worden. Het is wel afhankelijk van wat voor soort vraag het dan is. Het is ook goed als je b.v. zelf de persoon niet kan opzoeken is het fijn om te weten dat er zorg voor die persoon is op dat gebied.
5. Mijn eigen ervaring is dat er nooit naar is gevraagd.
6. Dat ik kan vragen of ik met een pastoor of zo kan praten. In Indonesië is er altijd een plek waar je daarvoor rustig kunt zitten om met iemand te praten. Het kan standaard aangeboden worden als mogelijkheid. Wil iemand het niet dan is dat ook goed. Het mag, maar moet niet. Het kan ook gewoon over je levensstijl gaan, bijvoorbeeld als bepaald eten wel/niet kan.

7. Het zou fijn zijn om die vragen te krijgen. Als het niet aangeboden wordt dan weten de mensen ook niet dat het mogelijk is. Het is niet beledigend of storend. Ik waardeer het. Toen ik in het ziekenhuis was voor de bevalling, was ik zo bang en boos. Als ik dit gehad zou hebben zou ik het fijn gevonden hebben. Ik voelde me zo alleen.

Patiënt 5

1. De arts is de eerste aangesproken persoon waar je je mee bemoeit. Het varieert en hangt er ook van af wat er moet gebeuren. Dat in de onderzoeksfase alles gebeurt wat er nodig is. Dat er goed gecommuniceerd wordt en dat er een goede aandacht voor de patiënt is. Dat er ook aandacht is voor de partner, hoe zwaar die het vaak heeft met de situatie. Dat daar ook naar gekeken wordt.
2. Meestal vooral het medische deel. Ik heb niet gemerkt dat ze ook naar andere dingen vragen. Er is meestal een verpleegster die dingen regelt voor je.
3. Als er iets miste vroeg ik het wel na. Ik ben misschien daar te gemakkelijk in. Laat het soms liggen. Als het voor mij belangrijk is probeer ik het wel.
4. Ik zou er tegen aankijken als normaal en als een gewoon deel van het gesprek. Ik kijk daar heel nuchter tegenaan.
5. Nee, kwam ik zeer zeker niet tegen. Ik vind het wel belangrijk dat het gevraagd wordt. De ene arts voelt daarin toegankelijker dan de andere.
6. Het verschilt per arts. Mijn ervaring is dat je met de ene arts vertrouwelijker kunt zijn en de ander heeft meer afstand. De ene arts gaf toe dat er een fout was gemaakt en dat hielp me. Dat er dan ook serieus geluisterd wordt naar je. De ander zei dat het niet zo was, toen wij aangaven wat wij dachten dat de oorzaak was van mijn klacht. Er werd gewoon gezegd dat het niet kon, maar het was wel zo en had mijn leven kunnen kosten. We hebben het wel laten weten, maar er werd geen sorry gezegd.
7. Vraag A. gaat me iets te ver. Die is dan te persoonlijk.
Vraag B. Vind ik heel normaal. Als eerste zeg ik dan mijn vrouw.
Vraag C. Vind ik wel een goeie vraag. Je zoekt in eerste instantie steun bij de verpleegkundige. Zij is praktisch alle dagen bij je en dat heeft iets meer persoonlijks.

Patiënt 6 (18 jaar)

1. Dat er ook gevraagd met worden naar wat jouw behoeften zijn, wat voor jou belangrijk is. Dat er goed naar je geluisterd wordt.

2. Bij mij heel erg op psychische klachten. Ik kreeg een borstverkleining. Waarom ik dat wilde en wat het met me zou doen? Over mijn onzekerheid. Niet zozeer over het technische deel van de operatie. Ik heb één keer een uitleg gekregen.
3. De nacontrole. Ik heb die na mijn operatie helemaal niet gekregen, ook geen vervolgspraak. Toen waren ze ineens niet meer geïnteresseerd in mijn psyche.
4. Dat zou ik wel mooi hebben gevonden. Een luisterend oor. Juist i.v. m. mijn onzekerheid. Hoe bijvoorbeeld naar de toekomst toe, dat soort dingen?
5. Nee, er is nergens naar gevraagd. Alleen of ik allergisch was.
6. Ik zou dat zeker adviseren. Vragen of er behoefte aan is, ook al zouden ze niet gelovig zijn.
7. Fijn! Dat geeft je toch het gevoel dat je een luisterend oor krijgt. Niet alleen over de operatie. Er zijn dingen waar zij misschien niks van weten en waar ze dan wel wat mee zouden kunnen doen.

Bijlage III. De vragen voor de geestelijk verzorgers (GV)

1. Hoe kijkt u aan tegen het idee dat er tijdens de anamnese aandacht besteed wordt aan het zingevings- en levensbeschouwelijke domein van de patiënt ?
2. Als dit zou gebeuren, hoe en op welk moment zou dit dan volgens u het best aangeboden kunnen worden?
3. Wat zijn volgens u factoren die dit eventueel belemmeren?
4. Bent u als geestelijk verzorger ooit betrokken geweest bij de patiënt tijdens de opnameprocedure en zo ja, wat was de reden?
5. Wat is er volgens u nodig om er voor te zorgen dat het levensbeschouwelijke en zingevingsdomein van de patiënt een structureel onderdeel wordt van de algehele zorg voor de patiënt?
6. Hoe kijkt u aan tegen het idee om de levensbeschouwelijke anamnese door een vast iemand te laten doen?
7. Heeft u een persoonlijke ervaring die van invloed is geweest op uw visie van wat goede zorg is?

III. Het verslag van het interview met de geestelijk verzorgers

GV 1

1. Het is een noodzakelijk, en soms komt het niet helemaal uit. Het zorgproces voor het spirituele domein moet ergens beginnen en dat is vanaf dat de patiënt binnenkomt. Soms vanwege omstandigheden moet het uitgesteld worden, maar niet langer dan 1-2 dagen. Soms wordt het ook uitgesteld omdat mensen er dan geen ruimte voor hebben, bijvoorbeeld omdat ze in een overleveringsmode staan, maar toch is het juist dan ook nog belangrijk. Door zorg aan het domein te besteden kun je hier juist ook helpen. Het kan mensen weer bij hun krachtbronnen brengen, hetgeen ze dan juist nodig hebben.
2. Als eerste, aan het begin van het gesprek. Uitgaande van het uitgangspunt dat spiritualiteit het centrale domein is van de mens, dan ook daarmee beginnen. Daardoor krijgen ook de andere vragen die eventueel nog komen meer diepgang en kunnen een geplaatst worden tegen de achtergrond van de spiritualiteit van de patiënt.
Je laat zo als zorgverlener direct weten dat je belangrijk vindt en hen als mens wilt ontmoeten. Misschien zullen patiënten dit wel vreemd vinden overkomen, maar het kan geïntroduceerd worden. Dat de mens centraal staat in de zorg.

3. Dat de patiënt dit misschien niet verwacht, waarom stel je deze vraag? Bij de zorgverlener dat hij zich misschien niet comfortabel voelt met dit domein. De setting kan als belemmering functioneren: afleiding, drukte, acute situatie.
4. Nog nooit, behalve als er al een indicatie is, of dat mensen er zelf om vragen. Dat is wat anders dan als een nog open onderdeel van het anamnesegesprek, in het kader van goede zorg.
5. Bewustzijn. Dat het belangrijk is voor de mensen, Ook dat het voor de zorgverleners zelf een aandachtspunt is. Dat mensen in staat zijn over hun eigen muurtje te kijken. Dat er andere opvattingen zijn en niet alleen kijken vanuit hun eigen optiek of beschouwing. Dat men in staat is ook functioneel naar levensbeschouwing te kijken en niet alleen inhoudelijk – descriptief i.p.v. normatief. Jonge zorgverleners zijn vaak nog in de ontwikkeling van het vinden en formuleren van een eigen identiteit. In die levensfase zijn de eigen visies vaak sterk en laten minder ruimte over voor genuanceerdheid daarin. Het paradigma in hoe je naar de mens kunt kijken.
Wat ook nodig is, is een infrastructuur die het mogelijk maakt. (ICT) Dat er in het systeem ruimte is, dat het dossier er ruimte voor biedt.
6. Maakt me niet uit, als het maar gebeurt en als het maar goed gebeurt. Als al door een vast iemand, dan moet het een sleutelfiguur zijn in de zorg. De arts die de hoofdbehandelaar is, of de eerste verantwoordelijke verpleegkundige.
7. Dat degenen die je t.o. je hebt geen mening of oordeel heeft. Gewoon belangstelling heeft voor wie je bent en waar je eventueel mee zit. Zo had ik een botte huisarts waarvan ik aanvankelijk dacht dat dit OK was, tot ik een nieuwe huisarts kreeg die kon luisteren. Toen merkte ik dat dit toch veel prettiger was. Het is heel basaal. Ziek zijn is toch heel kwetsbaar.

Aanvulling:

Pragmatisch zijn. Wat werkt hier, hoe zit het hier? Het doel voor ogen houden. Nooit zeggen zo moet het, maar zo kan het. Best Practise ervaringen uitwisselen en niet moeilijker maken dan het is. Het is ook belangrijk dat de leiders van een groep (bijvoorbeeld het hoofd van een afdeling) een voorbeeldfunctie vervullen en ook die positie willen innemen. Die zet de norm. Het is wel belangrijk om je te realiseren dat levensbeschouwing iets dynamisch is wat altijd in ontwikkeling is. Het is een proces en aan verandering onderhevig. Daar moet je je van bewust zijn als het in het dossier komt en gebruikt wordt.

GV 2

1. Het is een behoefte van de mensen die achterblijft. Zoals het medisch handelen vind ik dat de geestelijke kant van de mens aandacht verdient. Net zoals het medische kan het geestelijke een grote rol spelen in het herstel.

2. Aan het begin, aangezien de korte opnametijd vaak. Ik weet niet hoe de niet-moslim hier naar kijkt. Voor de moslim is het wel heel belangrijk. Het is in het algemeen ook makkelijker bespreekbaar omdat hun levensovertuiging duidelijk is. Voor de niet-moslim is dat vaak veel onduidelijker, er zijn ook heel veel richtingen. Ik zie ook een groot verschil in de cultuur. De niet-moslim praat veel minder gemakkelijk over de levensovertuiging dan de moslim. Als moslim praat je graag over je geloof dat is juist iets goeds.
3. De individualisering. De betekenisgeving en de situatie waarin men verkeert wordt veel meer privé ervaren. Dat is ook zo voor de geestelijk verzorger. (zij komen uit dezelfde maatschappij. De neiging privé en werk apart te houden. Het ziekenhuis is een andere situatie dan thuis met vrienden. Misschien met hen wel deze dingen delen, maar niet met personeel. De medische kant weegt zwaarder dan de spirituele. Of het wordt onderschat, terwijl men privé wel ervaart hoe belangrijk dat is. Misschien is dat ook een typische aspect van een cultuur. In Turkije is de spirituele kant direct bespreekbaar. Hier kun je jarenlang met collega's omgaan, zonder dit ooit te bespreken.
4. Nee.
5. De erkenning van de GV, de waardering. Het wordt wel beleefd, maar niet officieel ter sprake gebracht. Dat het aandacht krijgt. Als wij opmerken dat er behoefte is aan GV, zou de zorgverlener dat ook in principe kunnen opmerken. Vaak weten moslim patiënten niet dat er hier een islamitische GVer is, terwijl het toch een taak is van de zorgverlener is om dit kenbaar te maken.
6. Zou ik een goed idee vinden, dan kan hij of zij zich ook verder ontwikkelen op dit terrein. De ervaring zullen hem bekwamer maken in zijn functie. Maar, verschillende mensen heeft ook voordelen, want voor iedereen is het anders. Mensen hebben andere ideeën die dan ook naar voren kunnen komen. Het is in elk geval belangrijk dat het gebeurt. Voor mij persoonlijk is het geen probleem omdat ik vaak vanuit de naam herken wie er moslim is. Soms zijn zij ook christen, maar dat is eerder een uitzondering. Buiten de islamitische patiënten is het wel heel belangrijk dat het gebeurt. De diversiteit in Nederland is zo groot.
7. Mijn ervaring met een Hindoe gezin. Zij hebben een totaal andere achtergrond dan ik, maar ik kwam daar als geroepen. Het was zo'n mooi gesprek. De arts kwam eraan, maar de ouders wilden het gesprek niet afbreken. Mijn ervaring was dat het altijd om mensen gaat. Elkaar steunen en kunnen begeleiden op het menselijke vlak. Er zijn belangrijkere dingen dan het uitvoeren van de rituelen. We zagen elkaars uiterlijke verschillen, toch konden we elkaar bereiken. De behoefte aan het gesprek en elkaar ontmoete was zo sterk dat het religieuze overstegen werd. Het initiatief tot het gesprek ging van mij uit, toch bleek het gesprek zo belangrijk voor hen. Dit terwijl de arts er met hen helemaal niet over gesproken had, maar het ging om het levenseinde van hun kind.

GV 3

1. Dat is een goeie zaak. Vanuit de spirituele dimensie van zorg gezien. Het hoort erbij en is daarom ook logisch vanaf de opname. Het is belangrijk om daarover iets te weten te komen van de patiënt. Het moet niet halverwege het zorgproces naar voren komen, omdat het een belangrijke rol speelt in het herstel van de patiënt. Het hoeft ook niet alleen in de problematische sfeer. Als je vraagt naar het aankleden en/of het eten van de patiënt is dat ook belangrijke algemene informatie en niet per se een probleem.
2. Niet zeker, hangt er van af. Niet b.v. aan het begin, eerst een aantal andere dingen. Het is belangrijk dat de patiënt eerst merkt dat er een oprechte interesse is. Het moet ook eerst geïntroduceerd worden of kijken wat mensen er zelf over ter sprake brengen, zodat je kunt aansluiten bij. De zorgverlener moet zelf ook weten hoe je dat kunt doen, wat het is en of het wel of niet gepast is.
3. Vooroordelen. Het gaat over geloof, het is zwaar, heftig, over dood en leven. Moet je de mensen daar dan nu mee lastig vallen? Ze zijn er zelf nog niet mee bezig en dan al zware levensvragen. Het gaat ook over gebrek aan deskundigheid. Het is niet het enige moment waar het ter sprake moet komen, maar ook in de loop van het verder zorgproces.
Misschien als mensen een reactie geven, dat de zorgverlener denkt, ben ik dan deskundig genoeg? Maar het is belangrijk dat ze weten dat ze het niet op hoeven te lossen. Dat ze in de latende modes kunnen blijven.
4. Ja, een enkele keer, nadat een pat. er zelf naar vroeg, vanwege een eerdere ervaring. Het is zelden voortgekomen uit het gesprek of de info uit de anamnese.
5. Het is belangrijk dat de zorgverleners er weet hebben (niet alleen op cognitief niveau), maar ook op het niveau van ervaring met de spirituele dimensie. Dat zij weten dat het een dimensie is die bij het mens-zijn hoort en dus ook bij de zorg. Scholing is nodig, bewustzijn is nodig. (Thijs zijn pilot). Een bewustwording, die latende modes mogen hebben. De pat. aan het woord laten, zij hoeven niet per se iets te doen. De nieuwe richtlijnen palliatieve zorg kunnen daar behulpzaam in zijn. Er moet ook plek voor gemaakt worden op beleidsniveau. Dat de GV er bereikbaar, aanklampbaar en zichtbaar aanwezig is. De vooroordelen die er nog zoveel bestaan. Dat er een goed beeld is van wat spirituele zorg kan zijn.
6. Zit iets in – eerder vanuit een pragmatisch argument. Zelfs na 20 jaar werken als GV is het nog moeilijk om de scholing van de grond te krijgen. Je moet er ruimte voor hebben om die vragen te kunnen ontvangen.
Aan de andere kant biedt het ook werkvreugde aan de zorgverlener. Er zijn ook verschillen tussen de afdelingen of het wel/niet van de grond komt. Ik vind ook dat alle zorgverleners principieel spirituele zorg moeten kunnen leveren. Het zou wel mooi zijn als het gebeurt met een vaste, dan is dat een duidelijke rol op een afdeling. Ik voel ook wel een verantwoordelijkheid om het te doen. Als het niet via een optimale of ideale weg kan dan zo, zolang het maar gebeurt. Daarom voel ik

er wel voor als het door een vast persoon gedaan zou worden. Op bepaalde afdelingen, zoals neurochirurgie, willen ze het niet vanuit het idee dat pat. er niet toe in staat zijn. Te moeten nadenken erover, de cognitieve kant ervan. Vooral in de acute fase. Moet je het juist dan wel/niet doen? Men neemt de mondigheid van de pat. weg. Het zou ook in overleg en via navraag kunnen bij de familie of een ander belangrijk iemand die de persoon goed kent.

7. Waarom heb je deze vraag? Ik heb veel ervaring met ziek-zijn en gemist dat er iemand was die mijn hele situatie in ogenschouw nam. Niet alleen maar pillen voor de kwaal. Geen vragen zoals waar leef je voor, waar zet je op in? Had ik wel fijn gevonden als iemand me dat gevraagd had. Geen GVer gezien. Aandacht voor het hele verhaal. Je bent afhankelijk van allerlei dokters. De juist menselijke ervaring in de zorg!

Wat betreft je onderzoek, gezien vanuit mijn eigen empirie ervaring, het zou interessant zijn om te weten of er mensen zijn die zeggen dat zij vóór spirituele zorg zijn en er toch zelf geen ervaring ermee hebben.



www.zomaakjeeenverpleegplan.noordhoff.nl

978-90-01-80496-1
© Noordhoff Uitgevers bv

Anamneseformulieren op basis van de gezondheidspatronen van Gordon

Inhoud

Patroon van gezondheidsbeleving en -instandhouding	2
Voedings- en stofwisselingspatroon.....	2
Uitscheidingspatroon	3
Activiteitenpatroon	3
Codes voor functieniveau	4
Slaap- en rustpatroon	4
Cognitie- en waarnemingspatroon	4
Zelfbelevingspatroon	5
Rollen- en relatiepatroon.....	5
Seksualiteit- en voortplantingspatroon	6
Stressverwerkingspatroon	6
Waarden en levensovertuigingspatroon	7

Het hier opgenomen formulier is een voorbeeld van een anamneseformulier op basis van de gezondheidspatronen van Gordon. Het is een voorbeeld uit de praktijk.

Opnamedatum/tijdstip:

Gegevens verzameld door:

Opnamegesprek afgenomen op:

Contactpersoon:

Reden van opname:

Allergie:

Medicijngebruik:

*Anamneseformulieren op basis van
de gezondheidspatronen van Gordon*

1



Patroon van gezondheidsbeleving en -instandhouding

- Hoe is je gezondheid in het algemeen?
- Ben je het afgelopen jaar verkouden geweest? Zo ja, heb je je toen ziek gemeld?
- Wat zijn de belangrijkste dingen die je doet om gezond te blijven? Denk je dat ze iets uitmaken?
- Rook je, gebruik je drugs? Wanneer heb je voor het laatst alcohol gedronken en hoeveel?
- Heb je ongevallen gehad (thuis, op school en/ of in het verkeer)?
- Volg je altijd de voorschriften van de huisarts op?
- Indien op jou van toepassing: wat is volgens jou de oorzaak van je ziekte? Wat heb je gedaan na de eerste klachten? Met welk resultaat?

Voedings- en stofwisselingspatroon

- Beschrijf je normale dagelijkse eten (soort en hoeveelheden). Vermeld ook de tussendoortjes.
- Hoeveel drink je onder normale omstandigheden dagelijks (soorten en hoeveelheden)?
- (Hoeveel) neemt je gewicht toe of af? Schommelt je gewicht?
- Is je lengte toegenomen en zo ja, hoeveel?
- Hoe groot is je eetlust?
- Heb je problemen met eten of voedsel?

*Anamneseformulieren op basis van
de gezondheidspatronen van Gordon*

2



-
- Heb je slikklachten?
 - Volg je een dieet?
 - Genezen wondjes goed of slecht?
 - Heb je huidproblemen?
 - Heb je problemen met je gebit?

Uitscheidingspatroon

- Beschrijf je ontlastingspatroon (frequentie, vorm, hoeveelheid, kleur, geur, pijn/ongemak).
- Beschrijf je urinepatroon (frequentie, geur, kleur, hoeveelheid).
- Heb je last van overmatige of sterke transpiratie?

Activiteitenpatroon

- Heb je voldoende energie voor vereiste en gewenste activiteiten?
- In welke mate zorg je voor lichaamsbeweging? Wat doe je? Hoe vaak doe je het?
- Beschrijf je vrijetijdsbesteding en de wijze waarop je zorgt voor ontspanning.



-
- Subjectief ervaren vermogen tot (gebruik onderstaande codes)
 - Eten ...
 - Wassen ...
 - Mobiliteit in bed ...
 - Kleden ...
 - Verzorging uiterlijk ...
 - Algemene mobiliteit ...
 - Koken ...
 - Huishouden ...
 - Boodschappen doen ...

Codes voor functieniveau

Niveau 0: volledig vermogen tot persoonlijke zorg

Niveau 1: heeft apparaten of hulpmiddelen nodig

Niveau 2: heeft hulp of begeleiding van anderen nodig

Niveau 3: heeft hulp van anderen (en apparatuur en hulpmiddelen) nodig

Niveau 4: is volledig van anderen afhankelijk

Slaap- en rustpatroon

- Ben je gewoonlijk goed uitgerust en klaar voor de dag na het ontwaken?

- Heb je problemen met in slaap komen? Droom je veel? Heb je last van nachtmerries?

- Ben je vroeg wakker?

- Heb je regelmatig perioden van rust en ontspanning?

Cognitie- en waarnemingspatroon

- Ben je slechthorend?

- Ben je slechtziend? Draag je een bril of contactlenzen? Wanneer vond de laatste controle van je ogen plaats?

- Constateer je veranderingen in je geheugen of concentratie?



-
- Heb je wel of geen moeite met het nemen van belangrijke beslissingen?
 - Wat is voor jou de gemakkelijkste manier om nieuwe dingen aan te leren?
 - Heb je problemen met leren?
 - Ben je op dit moment ergens gevoelig voor of heb je ergens pijn? Zo ja, wat doe je eraan?

Zelfbelevingspatroon

- Hoe zou je jezelf omschrijven? Ben je doorgaans tevreden of ontevreden met jezelf?
- Ondergaat je lichaam veranderingen? Zo ja, vind je dat een probleem?
- Zijn er veranderingen in de manier waarop je jezelf of je lichaam ziet?
- Ben je vaak: kwaad, geërgerd, angstig, ongerust, neerslachtig?
- Wat helpt in deze situaties?
- Verlies je wel eens de hoop? Verlies je wel eens de greep op je leven? Wat helpt dan?

Rollen- en relatiepatroon

- Hoe ziet je familie en/ of gezin eruit?
- Zijn er eventuele familie- en gezinsproblemen die je moeilijk vindt?
- Hoe gaat je familie/gezin normaal gesproken met problemen om?
- Zijn er mensen afhankelijk van jou voor bepaalde dingen?

*Anamneseformulieren op basis van
de gezondheidspatronen van Gordon*

5



-
- Ben je aangesloten bij een vereniging, club of andere sociale groep? Heb je goede vrienden?
 - Voel je je wel eens eenzaam (zo ja, hoe vaak)?
 - Gaat het goed op school? Is je zakgeld/bijverdienste voldoende om rond te komen?
 - Voel je je opgenomen of voel je je geïsoleerd in de buurt waar je woont?

Seksualiteit- en voortplantingspatroon

- Heb je bevredigende seksuele relaties? Veranderingen? Problemen?
- Voor vrouwen: gebruik je anticonceptiva? Ervaar je hierbij problemen?
- Voor vrouwen: wanneer ben je begonnen met menstrueren? Wanneer was je laatste menstruatie? Heb je problemen bij het menstrueren?

Stressverwerkingspatroon

- Heb je de afgelopen twee jaar grote veranderingen doorgemaakt in je leven? Heb je in deze periode een crisis meegemaakt?
- Met wie kun je het beste over moeilijkheden praten? Is die persoon nu ook beschikbaar? Ben je over het algemeen gespannen of ontspannen? Wat helpt het beste als je gespannen bent? Gebruik je bepaalde medicijnen, drugs of alcohol voor ontspanning?
- Op welke manier ga je grote problemen (van welke aard ook) te lijf, als die zich voordoen?
- Levert die manier meestal goede resultaten op?



Waarden en levensovertuigingspatroon

- Geef het leven over het algemeen genomen datgene wat je zoekt? Heb je belangrijke plannen voor de toekomst?
- Is godsdienst of een bepaalde levensovertuiging belangrijk voor je? Zo ja, put je hieruit steun in moeilijke situaties?

Bijlage V. Een notitie schrijven

Een paramedische notitie / psychosociale notitie / voeding notitie gebruik je voor het schrijven van je dagrapportages. Welke van deze notitietypes je gebruikt is afhankelijk van je discipline. Maatschappelijk werk zal gebruik gaan maken van het notitie type psychosociaal.

Notitie types:

Paramedisch type: gebruikt door fysio, ergo, logo, handtherapie, pmt etc.

Psychosociaal type: gebruikt door maatschappelijk werk, geestelijke verzorging, pedagogisch medewerkers etc.

Voeding type: gebruikt door diëtetiek en technisch voedingsteam.

Dieetlijst type: specifiek voor diëtetiek en alleen te gebruiken voor de dieetlijst, dus

Palliatieve zorg type: specifiek voor de palliatieve zorg. Deze notities verschijnen in (verpleegkundigen. Zij zullen een bladwijzer toevoegen om hun notities te onderscheiden.)

Verpleegkundige type: gebruikt door verpleegkundigen waaronder diabetes en wond

Het gebruik van al deze verschillende notitie types heeft als doel het makkelijker terugvinden van de betreffende informatie. De verschillende notitietypes hebben gelijknamige tabjes in de notitie activiteit.

Een nieuwe patiënt: Bij het eerste contact met een nieuwe patiënt wordt een paramedische notitie aangemaakt. In deze notitie worden de gegevens van de anamnese, de gestelde (werk) diagnose en het behandelplan genoteerd.