

‘Luisterende handen’

Hoe verzorgenden omgaan met levensvragen



Afstudeeronderzoek Lammie Klaver

Mei 2013

Module ENTH-INT12, studentnummer S1022946
Hogeschool Windesheim, HBO Godsdienst-Pastoraal Werk

Begeleidend docent: Drs. H. Zegwaart Tweede beoordelaar: J. Karsten MA

Je zei niets

je keek me aan
je gezicht leefde mee
Je was gericht op mij
je was een en al aandacht
je hield mijn hand zacht vast
je streelde even de muis van mijn hand
je bewaarde ook afstand
je zei niets
je ogen zeiden alles
je was een luisterende hand
je bood mij houvast
je zei niets
je zei genoeg

Marinus van den Berg

Voorwoord

Aan het eind van de studie waaraan ik met heel veel enthousiasme ben begonnen, kijk ik met voldoening maar ook met wat gemengde gevoelens terug op de afgelopen jaren. Het was heerlijk om naast een drukke baan en onrustige privéomstandigheden weer naar school te gaan en me te storten op een opleiding die ik al heel lang wilde doen. Daarvan kreeg ik energie! Maar aan het eind doemde het afstudeeronderzoek op en dat leek een hele grote berg. Toch wist ik al vanaf het begin van mijn studie waar dit onderzoek in grote lijnen over zou moeten gaan. De kiem hiervoor lag in mijn werk als verpleegkundige. Daarin ontdekte ik steeds meer dat de zorg vooral gericht is op de lichamelijke en psychosociale dimensie en dat het voor veel zorgverleners moeilijk is om om te gaan met levens- en zingevingsvragen. Daar wilde ik graag meer van weten. Daarom ook had ik gekozen voor het profiel 'Zin en Zorg' en stage gelopen in drie verschillende verpleeghuizen. Dat versterkte mijn wens en daarom ben ik heel blij dat ik de gelegenheid kreeg om een onderzoek te mogen doen onder verzorgenden in het verpleeghuis waar ik het vierde jaar mijn stage had gedaan.

De titel van deze scriptie is misschien wat cryptisch maar na ettelijke titels te hebben 'geproefd' is het toch 'Luisterende handen' geworden. Deze titel staat voor mij symbool voor de verzorgende als 'spirituele doener' waarbij haar bezige handen levensvragen tevoorschijn kunnen luisteren. Maar door verschillende factoren lukt dat niet altijd, daar heeft ze dus competenties en voorwaarden voor nodig. Dat is de kern van dit onderzoek.

In een voorwoord horen natuurlijk dankwoorden en daar wil ik heel graag aan voldoen.

In de eerste plaats wil ik mijn studiegenoten bedanken voor alles wat ik van hen heb geleerd, vooral tijdens de intervisie en supervisie waarin we deelgenoot werden van elkaars moeiten en successen. In dit laatste jaar zonder colleges heb ik de gesprekken met jullie wel gemist. De docenten wil ik heel hartelijk bedanken voor hun geduld en vertrouwen en voor de vele uren die ik aan hun lippen heb gehangen tijdens de interessante lessen. Ik voelde me soms een spons en genoot. Mijn onderzoeksbegeleider drs. Huib Zegwaart ben ik zeer erkentelijk voor zijn begeleiding en gedegen commentaar op de uitgebreide stukken tekst die ik hem mocht toesturen de afgelopen tijd.

En natuurlijk is mijn dank groot voor de zes verzorgenden met wie ik in maart 2013 zulke mooie interviews heb mogen houden. Jullie openheid en eerlijkheid maar ook jullie enthousiasme voor je vak en de warme betrokkenheid bij de bewoners die aan jullie zorg zijn toevertrouwd, was hartverwarmend. Ik heb er van genoten en wens jullie heel veel succes voor de toekomst. Naast de verzorgenden wil ik ook mijn vakcoach ds. Marion Boelhauer bedanken voor de gelegenheid die ze me gaf om het onderzoek in 'haar' verpleeghuis uit te voeren. Dank je wel!

Mijn familie, vriendinnen en vrienden die zo met me mee geleefd hebben wil ik met mijn hele hart bedanken voor hun belangstelling en ondersteunende support! Zonder jullie weet ik niet of ik het had gehaald. De komende tijd hoop ik alle achterstand in de contacten met jullie weer in te halen.

Lammie Klaver

mei 2013

Inhoudsopgave

Samenvatting	6
DEEL 1	ONDERZOEK, ACHTERGROND, CONTEXT EN THEORETISCH KADER
Inleiding	7
Hoofdstuk 1: Het onderzoek	9
1.1. Aanleiding en directe context	9
1.2. Doelstelling van het onderzoek	9
1.3. Doelstelling in het onderzoek	10
1.4. Vraagstelling	10
1.5. Relevantie	
1.6. Ontwerp	
1.6.1 Onderzoeksopzet	10
1.6.2 Onderzoeksmethode	10
1.7. Opbouw van het verslag	11
Hoofdstuk 2: Theoretisch kader	12
2.1 Inleiding op de literatuurstudie	12
2.2 Integrale zorg	12
2.2.1 Biopsychosociaalspiritueel model	12
2.2.2 Vraaggestuurde zorg	13
2.2.3 Mentaal welbevinden	14
2.3 Spirituele zorg	15
2.3.1 Wat is spiritualiteit	15
2.3.2 Visie op spirituele zorg	15
2.3.3 Twee benaderingen van spirituele zorg	16
2.4 Levensvragen in de zorg	17
2.4.1 Visie op zorg	17
2.4.2 Wat zijn levensvragen	19
2.4.3 Aandacht voor levensvragen in de zorg	19
2.5 De praktijk van de verzorgende	22
2.5.1 Spirituele zorg door verzorgenden	22
2.5.2 Beroepscompetenties van verzorgenden	23
2.5.3 Spirituele competenties van verzorgenden	24
2.6 Uitkomsten van het literatuuronderzoek	26

DEEL II PRAKTIJKONDERZOEK

Hoofdstuk 3	Dataverzameling en verwerking	28
3.1	Opzet en uitvoering van het onderzoek	28
3.1.1	Werkwijze	28
3.1.2	Verantwoording proces	29
3.1.3	Onderzoeksveld en respondenten	30
3.2	Participerende observatie	30
3.2.1	Impressie	31
3.2.2	Waarnemingen	32
3.3	Interviews	33
3.3.1	Uitwerking interviewgegevens	33
3.3.2	Korte samenvattende conclusie	42

DEEL III CONCLUSIES, AANBEVELINGEN EN REFLECTIES

Hoofdstuk 4	Beantwoording van de onderzoeksvraag, conclusies en aanbevelingen	43
4.1	Beantwoording onderzoeksvraag en deelvragen	43
4.2	Vergelijking uitkomsten praktijkonderzoek en literatuur	46
4.3	Samenvatting van de conclusies	50
4.4	Aanbevelingen	50
4.4.1	Aanbevelingen t.b.v. goede zorg voor de cliënt	50
4.4.2	Aanbevelingen t.b.v. motivatie verzorgenden	51

Hoofdstuk 5	Verantwoording en reflecties	53
5.1	Reflectie op de methodiek	53
5.2	Zelfreflectie op de competenties	54
5.3	Theologische reflectie op het hermeneutisch criterium	56

Literatuur	57
------------	----

Bijlagen	Zie werkboek
----------	--------------

Samenvatting

Deze scriptie is het resultaat van een onderzoek dat gehouden is onder een zestal verzorgenden in een verpleeghuis in het oosten van het land. Hierbij stond de volgende vraag centraal:

‘In hoeverre hebben verzorgenden in een verpleeghuis oog voor levensvragen (spirituele vragen) bij bewoners en hoe gaan ze er in de huidige praktijk mee om?’

De doelstelling van het onderzoek luidde:

‘Het doen van aanbevelingen die gericht zijn op het verbeteren van de integrale zorg aan bewoners en daarnaast als indirect doel het verhogen van de arbeidsmotivatie doordat verzorgenden levensvragen herkennen en signaleren en er adequaat mee om kunnen gaan.’

Het onderzoek bestaat uit twee delen nl. een literatuurstudie en een praktisch onderzoek.

In de literatuurstudie worden de centrale begrippen uit de onderzoeksvraag en de doelstelling uitgewerkt. Deze begrippen zijn: integrale zorg, spirituele zorg, levensvragen en de praktijk van de verzorgende. Het doel van dit theoretisch onderzoek is om gegevens uit de literatuur te vergelijken met de uitkomsten van het praktijkonderzoek en zo tot conclusies en aanbevelingen te kunnen komen.

Het tweede deel is een praktijkgericht kwalitatief onderzoek waarin -door het houden van halfgestructureerde interviews- data werden verzameld om inzicht te krijgen in de manier waarop verzorgenden oog hebben vóór en omgaan mét levensvragen bij cliënten.¹

De resultaten van het onderzoek wijzen uit dat verzorgenden in hun cruciale rol van directe zorgverlener een spilfunctie hebben in de communicatie met bewoners. De geïnterviewde verzorgenden zijn vrouwen met een ‘groot hart’. Het zijn spirituele doeners die, zoals uit de interviews blijkt, werken en luisteren met hart en handen. Ze hebben blijk gegeven van een grote betrokkenheid op- en verantwoordelijkheid vóór de aan hun zorg toevertrouwde cliënt en ze proberen aandacht te hebben voor de totale zorg die in hun aller visie breder is dan alleen de lichamelijke zorg. Hoe ze met die niet-lichamelijke aspecten van de zorg omgaan is divers en heeft te maken met organisatorische- en persoonlijke factoren zoals zorgzwaarte en soort afdeling, opleiding en achtergrond. De verzorgenden benoemen stimulerende factoren maar ook belemmerende factoren die van invloed zijn op de wijze waarop ze ‘goede zorg’ willen verlenen aan hun cliënten. Dat dat niet altijd lukt roept bij hen zelf ook gevoelens van frustratie en machteloosheid op. Daarom zijn de aanbevelingen niet alleen gericht op de vraag wat de cliënten nodig hebben op het gebied van integrale zorg, maar ook in belangrijke mate op wat de verzorgende nodig heeft om meer competent te worden in het omgaan met spiritualiteit en levensvragen. Dat is in het belang van de cliënt maar zeker ook in het belang van de zorgverlener zelf. Want naast de vraag hoe de cliënt ‘mens blijft’ in deze niet zelfgekozen omgeving, staat ook de vraag hoe de verzorgende ‘er mens bij blijft’ en kan omgaan met haar eigen levensvragen in dit zware beroep.²

¹ Waar cliënt staat kan ook bewoner worden gelezen en omgekeerd. Beide aanduidingen bedoelen het zelfde

² In verband met de leesbaarheid is in de tekst gekozen voor ‘zij’ bij aanduiding van de verzorgende en ‘hij’ bij aanduiding van de cliënt of bewoner. Vanzelfsprekend wordt hiermee bedoeld verzorgende m/v en cliënt m/v.

Inleiding

Een opname in een verpleeghuis- of verzorgingshuis betekent voor veel mensen een crisis in het bestaan. Het vertrouwde van de eigen omgeving is weg en er is meestal geen weg meer terug. Men wordt in deze situatie geconfronteerd met toenemende afhankelijkheid en met ervaringen van verlies: verlies van materiële zaken, gezondheid, zelfstandigheid, privacy en de mogelijkheid om zelf de regie te voeren. Deze veranderingen en verlieservaringen hebben invloed op het geestelijk welbevinden. Er dringen zich vragen op: levensvragen, bestaansvragen, geloofsvragen, zingevingsvragen.

Het Sociaal Cultureel Planbureau [SCP] heeft recent een onderzoek gedaan naar de tevredenheid van bewoners in de langdurende zorg. Bijna de helft vindt dat er te weinig aandacht is voor levensvragen. Dat kan komen doordat er te weinig tijd is voor een gesprek over levensvragen, want 41% vindt dat de medewerkers vaak te gehaast hun werk moeten doen. Een andere verklaring is dat werknemers in de zorg niet altijd goed weten hoe ze om kunnen gaan met levensvragen.³

Levensbeschouwing, zingeving en religie was heel lang een belangrijk aandachtsgebied in de gezondheidszorg, maar in de hedendaagse praktijk lijkt dat niet meer zo vanzelfsprekend. Volgens Van Dijke (2008, p. 8) worstelen ouderen in verzorging- en verpleeghuizen vaak met ingrijpende levensvragen die niet gehoord worden. In haar onderzoek zegt ze hierover dat “zorgverleners een antenne missen om zingevinggerelateerde vragen te herkennen en hier adequaat op in te spelen.” Ook lijken ze volgens haar niet meer zo bekend met de steun die veel ouderen putten uit spiritualiteit en religie. Het ‘Expertisenetwerk Levensvragen’⁴ zegt dat verzorgenden het moeilijk vinden om met bewoners over levensbeschouwing en zingeving te praten omdat ze niet voldoende opgeleid zijn om de levensvragen te herkennen, er adequaat op in te gaan of om door te verwijzen.

Aandacht voor levensvragen wordt ook verbonden met een goede kwaliteit van zorg.⁵ Het kunnen omgaan met levensvragen van bewoners hoort daarom tot op zekere hoogte, bij de taak van elke zorgverlener. Dit wordt beschreven in het ‘Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg’ waarmee de verpleeghuiszorg sinds 2005 werkt. Het uitgangspunt hiervan is dat de zorg zich richt op de kwaliteit van leven van de cliënt. Daartoe worden kwaliteitsnormen genoemd voor verschillende levensgebieden, waarmee men duidelijk wil maken wat een bewoner aan zorg op die gebieden mag verwachten. Hierbij dient steeds aandacht te zijn voor totale zorg en dus ook voor de levensvragen die de bewoner mogelijk heeft. Dit vraagt om een integrale benadering van de zorg.⁶ Elke zorginstelling dient zich voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg [IGZ] te verantwoorden hoe ze omgaat met de genoemde normen in het Kwaliteitskader. De IGZ is verantwoordelijk voor toezicht op de geleverde kwaliteitsprestaties en daarmee op kwaliteit van zorg. Daartoe benut zij de informatie die organisaties leveren op basis van het hierboven genoemde ‘Kwaliteitskader Verantwoorde zorg’.

³ scp.nl, publicatie: Zorg in de laatste jaren. Ingezien 22-04-13

⁴ <http://www.netwerklevensvragen.nl/enl> Ingezien: 22-04-13.

⁵ Vilans.nl, *Kwaliteitskader Verantwoorde zorg. Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis*. Ingezien 22-04

⁶ Integrale zorg is zorg gericht op de individuele behoeften van de patiënt of cliënt, waarbij beroepskrachten hun activiteiten zo veel mogelijk op elkaar afstemmen zodat er een samenhangend aanbod rond de patiënt of cliënt is.

Bovengenoemde aspecten en onderzoeken zijn te bezien vanuit drie verschillende optieken nl. die van de oudere verpleeghuisbewoner, die van de verzorgenden en die van het management en de overheid.

Ouderen in een verpleeg- of verzorgingshuis, worden door hun achteruitgaande gezondheid en afhankelijkheid, met levensvragen geconfronteerd die hun geestelijk welbevinden negatief beïnvloeden. Zij ervaren daar weinig aandacht voor in deze nieuwe en mogelijk laatste leefomgeving.

Religie en zingeving spelden in het verleden een grote rol in de gezondheidszorg, omdat daarin toen vooral religieuzen en diaconessen werkzaam waren. Tegenwoordig is er minder aandacht voor omdat de huidige generatie verzorgenden niet zo bekend is met religie en levensbeschouwing. Ook lijken ze onvoldoende te worden opgeleid in de spirituele dimensie van de zorg.

Door de huidige kwaliteitswetgeving staan de zorginstellingen onder druk, om, naast lichamelijke en psychosociale zorg, ook aandacht te hebben voor het mentaal welbevinden van de cliënten. Het management moet zich verantwoorden bij de Inspectie van de Gezondheidszorg over haar beleid inzake het werken met de kwaliteitsnormen zoals die zijn ingesteld.

We hebben dus te maken met drie groepen die van belang zijn als het gaat om het omgaan met levensvragen in een zorginstelling. De levensvragen ontstaan aan de basis, bij de cliënt. Aan de top moet het management beleid ontwikkelen voor de levering van een goede kwaliteit van zorg. De ‘werkers op de vloer’ bevinden zich tussen de verwachtingen en de belangen van de cliënt en het management in. Dat is een kwetsbare positie, die vraagt om nader onderzocht te worden. Hoe gaan verzorgenden hier mee om, wat betekent het voor henzelf om zich op dit speelveld staande te houden en wat hebben ze als persoon en als professional nodig om om te kunnen gaan met levensvragen van de cliënt?

Daarover gaat het onderzoek dat hier voor u ligt.

1.1 Aanleiding en directe context

Tijdens mijn stages merkte ik dat bij bewoners van een verpleeghuis specifieke levens- en zingelevingsvragen aan de orde komen over bijvoorbeeld verlies, afscheid nemen, de balans opmaken en loslaten. Dit zijn vragen waarop geen pasklare antwoorden verwacht worden, maar wel een deskundig luisterend oor. Mijn ervaring is, ook in mijn werk als verpleegkundige, dat veel mensen het moeilijk vinden om met dit soort vragen naar buiten te komen. Levensvragen worden meestal niet rechtstreeks maar op een meer indirecte manier (verbaal of non-verbaal) geuit; soms verpakt in een terloopse opmerking of in bepaald gedrag zoals in slaap- of eetproblemen, verbale agressie of in neerslachtigheid en zwijgen. Daardoor kan de zorgbehoefte en zorgintensiteit toenemen en kan een verzorgende het moeilijk vinden om elke dag maar weer met deze ‘lastige’ mevrouw om te gaan. Verzorgenden leggen niet altijd verband tussen gedrag bijv.: ‘altijd mopperen’ en de onderliggende levensvraag bijv.: moeite met het verlies van gezondheid en/of onafhankelijkheid, of ze weten niet hoe ze hier mee om moeten gaan en naar wie ze in deze situatie kunnen verwijzen.⁷

Op mijn laatste stageplek bijv. kreeg de geestelijk verzorger nauwelijks doorverwijzingen van de verzorgenden maar soms wel van de kapster. De vraag is dan ook of verzorgenden de expertise van de geestelijke verzorging kennen en de weg erheen weten te vinden wanneer dit van betekenis kan zijn voor de bewoner. Want het signaleren van een levensvraag behoort tot de basiscompetentie van de zorgverlener die werkzaam is in de zorg maar het tijdig inschakelen van een geestelijk verzorger gebeurt volgens Kuin (2009, p. 27) nog onvoldoende. Prins (2012, p. 36) constateerde in haar onderzoek dat de geringe erkenning van geestelijke verzorging, als expert op het gebied van zingeving en spiritualiteit, hieraan ten grondslag ligt.

In het kader van mijn bachelor opleiding Godsdienst Pastoraal Werk (profiel Zin en Zorg) wil ik onderzoeken wat verzorgenden, in hun cruciale rol van directe zorgverlener, nodig hebben om de bovengenoemde spirituele vragen te herkennen en er op een adequate manier op te kunnen reageren. Want door meer kennis en inzicht te krijgen in de perceptie van de verzorgenden en op de belemmerende en stimulerende factoren die de aandacht voor levensvragen en zingeving mogelijk verklaren, kunnen aanbevelingen worden gedaan richting onderwijs, beleid en praktijk. Bovenstaande context heeft tot de hieronder genoemde doelstellingen en onderzoeksvraag geleid.

1.2 Doelstelling van het onderzoek

Het doen van aanbevelingen die gericht zijn op het verbeteren van de integrale zorg aan bewoners en daarnaast als indirect doel het verhogen van de arbeidsmotivatie doordat verzorgenden levensvragen herkennen en signaleren en er adequaat mee om kunnen gaan.

⁷ Bierlaagh, D. & Jagt, G., 2009.

1.3 Doelstelling in het onderzoek

Informatie verzamelen over wat voor verzorgenden, in hun cruciale rol van directe zorgverlener, van belang is om handen en voeten te kunnen geven aan integrale zorg en wat ze nodig hebben om het deelgebied spirituele zorg vorm te kunnen geven.

1.4 Onderzoeksvraag

In hoeverre hebben verzorgenden in een verpleeghuis oog voor levensvragen (spirituele vragen) bij bewoners en hoe gaan ze er in de huidige praktijk mee om?

Deelvragen

- Is er voor verzorgenden verschil tussen zorgvragen en levensvragen en -zo ja -waarin bestaat dat verschil?
- Welke eigen levensbeschouwelijke of professionele visie en achtergrond spelen een rol om levensvragen te herkennen?
- Welke factoren stimuleren en welke belemmeren verzorgenden om in te gaan op levensvragen?
- Welke acties ondernemen verzorgenden zelf als ze met levensvragen geconfronteerd worden?
- Wanneer en waarom verwijzen ze door naar een andere discipline en naar wie dan?

1.5 Relevantie

Het belang van dit onderzoek ligt in het inzichtelijk maken van de plek van levensvragen in de directe zorg en in de multidisciplinaire zorg met als doel de zorg aan de bewoners te verbeteren. Met het oog op de toenemende vergrijzing in Nederland is de kwaliteit van de ouderenzorg in instellingen, een belangrijk maatschappelijk aandachtsgebied.

1.6 Ontwerp

1.6.1 Onderzoeksopzet

De eerste stap in het onderzoek is het uitvoeren van een inleidende literatuurstudie. Uitgangspunt voor deze theoretische dataverzameling is gebruik te maken van inzichten en ervaringen van anderen om de onderzoeksvraag zo concreet mogelijk te kunnen beschrijven. Met de uitkomsten van onderzoek naar context en achtergrond kunnen de deelvragen en de topiclijst compleet gemaakt worden. Hiermee zal dan in de interviews zoveel mogelijk bruikbare informatie verzameld kunnen worden om de onderzoeksvraag te beantwoorden. De resultaten van de literatuurstudie zullen ook gebruikt worden om de uitkomsten te toetsen en conclusies te trekken.

1.6.2 Onderzoeksmethode

Voor de theoretische dataverzameling wordt onderzoek gedaan naar een aantal begrippen die in de probleemdefinitie, de doelstelling en de onderzoeksvraag centraal staan. Deze begrippen zijn: integrale zorg, spirituele zorg en mentaal welbevinden, levens- en zingevingvragen en competenties van de

verzorgenden. In het hoofdstuk literatuurstudie worden deze begrippen beschouwd waarbij wordt uitgegaan van persoonlijke interpretatie en keuzes. Het theoretisch kader geeft dus geen definitieve of alomvattende omschrijvingen, maar laat steeds een bepaalde interpretatie zien die relevant gevonden wordt voor dit onderzoek. Daarbij zullen de verschillende visies kritisch beoordeeld worden.

Na de literatuurstudie zal middels een participerende observatie van twee dagdelen feeling gezocht worden met de praktijk van de verzorgenden. Dit lijkt kort maar doordat het onderzoek plaatsvindt in het verpleeghuis waar ook vier maanden stage is gelopen, lijkt deze tijd voldoende om de sfeer op de afdeling te proeven en te zien waaruit de werkzaamheden van de verzorgenden bestaan. Daardoor kan er wellicht iets ervaren worden van de zorgrelatie tussen verzorgenden en cliënten. Deze bevindingen zullen uitgewerkt worden onder hoofdstuk drie. Waar van toepassing zal er aan gerefereerd worden bij de uitwerking van de conclusies.

Het empirisch onderzoek wordt uitgevoerd op drie afdelingen. Van elke afdeling worden twee verzorgenden van kwalificatieniveau 2 of 3 geïnterviewd. De selectie gebeurt door de afdelingscoördinator. In dit onderzoek gaat het om een kleinschalig verkennend en beschrijvend kwalitatief onderzoek. De methode die voor dit onderzoek bruikbaar is, is de methode van een half gestructureerd, face to face interview⁸. Dit omdat het van belang is om kwalitatieve gegevens te verzamelen die inzicht geven in de manier waarop verzorgenden omgaan met de levensvragen van bewoners. De gespreksonderwerpen worden van tevoren vastgesteld middels een *topiclist*. Deze methode sluit het beste aan bij het onderwerp, de doelgroep en de onderzoeksvraag omdat er vooral onderzoek gedaan wordt naar kennis, houding en ervaring. De bevroagde verzorgende krijgt de ruimte om zelf onderwerpen in te brengen en zaken te bespreken, die mogelijk van tevoren nog buiten beeld waren. Vanwege het verkennende karakter van dit onderzoek is deze methode hier op zijn plaats. Op deze manier kunnen waarschijnlijk voldoende factoren, beweegredenen, kennis en praktische informatie boven tafel worden gekregen die van belang zijn om de hoofdvraag van dit onderzoek te kunnen beantwoorden.

De interviews worden opgenomen, verbatim uitgewerkt, gelabeld en voorzien van theoretische concepten. Aan de hand van de concepten kunnen conclusies worden getrokken.

1.7 Opbouw van het verslag

Dit onderzoeksverslag bestaat uit vijf hoofdstukken. Het eerste hoofdstuk bevat de aanleiding tot - en de directe context van het onderzoek. Daarna werd de onderzoeksopzet beschreven. In het nu volgende tweede hoofdstuk volgt het theoretisch kader waarin in vier subhoofdstukken integrale zorg, spirituele zorg, levens- en zingevingvragen en de praktijk en competenties van de verzorgenden aan bod komen. In hoofdstuk drie wordt verslag gedaan van de methodiek van het empirisch onderzoek en worden de resultaten gepresenteerd. In hoofdstuk vier volgen dan de conclusies en aanbevelingen. Het verslag wordt in het vijfde hoofdstuk afgesloten met een persoonlijke reflectie.

⁸Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de, & Teunissen, J. 1998. p. 14-22.

2.1 Inleiding literatuurstudie

Een onderzoek naar het omgaan met levensvragen kan niet gedaan worden zonder een voorafgaande brede oriëntering op het kader waarbinnen dit onderwerp zich afspeelt. Daarom is het noodzakelijk om eerst de theoretische context uit te diepen en de uitkomsten hiervan te gebruiken ter verdere concretisering van de praktische dataverzameling.

Levensvragen behoren tot de spirituele dimensie van de zorg en deze dimensie is zoals ik al eerder stelde, lang een ‘ondergeschoven kindje’ geweest in de gezondheidszorg. In de laatste twee decennia ontstaat er echter meer en ook wetenschappelijke aandacht voor het grote belang van de spirituele aspecten die de zorg totaal en integraal maken en de kwaliteit van leven van zorgvragers verbeteren. Dit literatuuronderzoek begint dan ook met een beschrijving van zorgmodellen waarin de spirituele dimensie als onderdeel van integrale zorg is uitgewerkt. Daarna wordt onderzocht wat levensvragen zijn en hoe ze zich verhouden tot de andere dimensies van de zorg. Vervolgens zal worden beschreven wat in de literatuur is gezegd over de beroepspraktijk en de competenties van de verzorgenden in relatie tot de spirituele zorg. Tenslotte worden de bevindingen en uitkomsten dan gebruikt om de definitieve onderzoeksvraag en *topiclist* vast te stellen.

2.2 Integrale zorg

Integrale zorg is gericht op de individuele behoeften van de cliënt waarbij verschillende beroepskrachten hun activiteiten zo veel mogelijk op elkaar afstemmen zodat er een samenhangend aanbod rond de patiënt of cliënt is.⁹ Bij integrale zorg gaat het om aandacht voor alle aspecten van het mens-zijn. Men spreekt ook wel over geïntegreerde zorg, hierbij gaat het meer over een visie op zorg, ook wel een zorgmodel genoemd. Volgens Van der Kooij (2004, p. 26) behelst zo’n zorgmodel in de regel een mensbeeld, een visie op gezondheid en ziekte, een visie op zorg en een visie op de omgeving waar de verzorging wordt gegeven.

2.2.1 Biopsychosociaalspiritueel (BPSS) zorgmodel

In de eerste helft van de 20^e eeuw werd de mens in het traditionele medisch denken gereduceerd tot een fysiek lichaam. Met het ontstaan van langere levensverwachtingen en chronische ziekten traden psychologische en sociale implicaties van ziekte echter meer op de voorgrond en dit leidde tot een overgang van het biomedische naar het biopsychosociale zorgmodel (BPS) “omdat men aannam dat naast biologische ook psychologische en sociale factoren invloed kunnen uitoefenen op het ontstaan en beloop van ziekteprocessen” (Berkhout, 2011, p. 10). In de gezondheidszorg wordt de laatste decennia veel gebruik gemaakt van dit model. Hiermee wordt aangegeven dat er verschillende dimensies zijn te onderscheiden in het begrip gezondheid. Maar naast de lichamelijke, psychologische en sociale dimensie is er volgens De Vries – Schot (2008, p. 27-30) nog een vierde dimensie die

⁹ www.thesauruszorgenwelzijn.nl ingezien op 01-05-2013

essentieel is voor het menselijk bestaan. Dat is de spirituele dimensie waarin het gaat om zingeving, waarden en menselijke waardigheid.¹⁰ Ook de WHO-definitie die gehanteerd wordt in de palliatieve zorg onderscheidt spiritualiteit als een afzonderlijke zorgdimensie en verbreedt zo het van oudsher bekende biopsychosociale zorgmodel tot het biopsychosociaalspirituele zorgmodel.¹¹ Het BPSS-model is een voorbeeld van een integraal zorgmodel dat multidisciplinair wordt uitgevoerd.

Die zorg wordt in de bovengenoemde onderzoeken en modellen echter nog teveel door de ogen van de professional gezien. Het lijkt toch een aanbodgericht model waarin het initiatief voor de inhoud van de zorg bij de zorgverlener ligt. Daarom wordt in de volgende paragraaf onderzocht hoe de zorg vanuit de zorgvrager gestalte krijgt.

2.2.2 Vraaggerichte zorg

Aan het begin van de 21^e eeuw vindt in de zorg aan chronisch zieken een overgang plaats van het verlenen van zorg naar het bijdragen aan de kwaliteit van het leven van cliënten. Dat betekent dat de kwaliteit en effectiviteit van de zorg niet meer exclusief vanuit het professionele perspectief bepaald wordt, maar primair vanuit het perspectief van de zorggebruiker. Men gaat nu ook spreken van ‘vraaggerichte zorg’ waarbij het mensenleven wordt beschouwd “als een unieke levensloop, waarbij het lichaam fysiek veroudert en tegelijkertijd de mogelijkheid blijft bestaan dat mensen tot het levenseinde aan toe blijven groeien in de eigen identiteit en levensvervulling.”¹² Daarbij gaat men er vanuit dat de kwaliteit van leven van ouderen de kern van de zorg moet zijn. Om als zorgverlener bij te kunnen dragen aan de levenskwaliteit van cliënten is het dus nodig om de gevolgen van ouderdom en ziekte in de context te plaatsen van de betekenis voor het eigen leven van cliënten. Dat leven komt onder druk te staan door gezondheidsproblemen en daarmee verandert ook het persoonlijk perspectief op een zo goed mogelijk leven.

In deze vraaggerichte zorg staat dan ook steeds nadrukkelijker het welbevinden van de cliënt centraal. De Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC): ‘Zeggenschap in zorg’,¹³ formuleert het als volgt: “Mensen moeten ondersteuning krijgen om zo veel mogelijk het leven te kunnen leiden zoals ze dat willen en gewend zijn. En om dingen te doen die ze, gelet op hun mogelijkheden en beperkingen, zelf belangrijk en zinvol vinden. Dit vraagt om een integrale benadering van de zorg” (Cuijpers en Vermaas, 2010. p. 4). Hierbij wordt aandacht besteed aan alle gebieden van het leven van cliënten, zowel aan gezondheid als aan ‘mentaal welbevinden’. Tot dit laatste behoort ook de aandacht voor levensvragen van cliënten waarover dit onderzoek gaat.

In de volgende paragraaf zal dit levensgebied worden uitgediept zodat een verbinding gelegd kan worden met de kernbegrippen spirituele zorg en levensvragen die daarna behandeld worden.

¹⁰ Zie ook haar onderzoek: Vries-Schot, M. de (2006), *Gezonde godsdienstigheid en een heilzaam geloof*.

¹¹ WHO definitie 2002: “Palliatieve zorg is een benadering die de kwaliteit van het leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard”. www.palliatievezorg.nl. 19-02-2013.

¹² ActiZ. 2006. Utrecht. p. 7.

¹³ LOC ‘Zeggenschap in zorg’ is een Landelijk Organisatie Cliëntenraden die ook heeft meegewerkt aan het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg.

2.2.3 Mentaal welbevinden

In het ‘Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg’ worden normen benoemd om het perspectief op een zo goed mogelijk leven van de oudere en zorgafhankelijke cliënt, na te streven. Deze normen zijn onderverdeeld in vier domeinen, die betrekking hebben op de kwaliteit van leven, t.w.: woon- en leefomstandigheden, participatie (het sociale leven), lichamelijk welbevinden en gezondheid en mentaal welbevinden en autonomie. (ActiZ, 2010, p. 5)

“Mentaal welbevinden wil zeggen dat iemand zich geestelijk en spiritueel goed voelt” aldus Cuijpers (2012, p. 9). Het domein heeft concreet betrekking op respect voor de identiteit en levensinvulling van de cliënt, op ondersteuning bij persoonlijke ontwikkeling, levenskeuzen en zingeving en op aandacht voor eenzaamheid en depressie. Daarnaast wordt gesteld dat er voor bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen voldoende geestelijke verzorging moet zijn en dat veranderingen in mentaal welbevinden tijdig worden gesignaleerd en doorgegeven (ActiZ, 2010, p. 2).

In de praktijk lijkt het niet altijd eenvoudig om zo te werken want het betekent dat er aandacht moet zijn voor de ondersteuning van cliënten bij hun levenskeuzen, zingeving en persoonlijke ontwikkeling, waarbij voor dat laatste van belang is dat de cliënt het gevoel heeft dat hij betrokken wordt bij - en nodig is in - deze woon- en leefsituatie. Daarvoor is inleving in de cliënt van wezenlijk belang; wie is hij en wat is belangrijk in zijn leven en in deze situatie waarin zorg noodzakelijk is? Maar ook: hoe geeft iemand zelf betekenis aan wat hij meemaakt en hoe wordt de leefsituatie waarin hij zich bevindt, beleefd en beoordeeld? Al deze vragen hebben betrekking op het mentaal welbevinden en ze hebben daarmee ook direct te maken met de identiteit van de persoon, met de wijze waarop hij in het leven staat en met de kwaliteit van leven. De kern van kwaliteitszorg is volgens ActiZ (2010, p. 5) dan ook: “oog en oor hebben voor de cliënt, voor zijn identiteit en zinervaring. Vanuit die basis krijgt de aandacht voor het mentaal welbevinden vorm en inhoud.”

Samenvatting en conclusie

Met de toevoeging van de spirituele dimensie kunnen we spreken over een holistische benadering van zorg, d.w.z. er wordt naar de hele mens gekeken. Er is aandacht voor zowel lichaam als geest, dus voor lichamelijke, psychische en sociale problemen als ook voor de spirituele behoeften. De aandacht voor de spirituele dimensie in de zorgverlening past ook binnen de huidige nadruk op kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg. Spirituele zorg sluit goed aan bij waarden die in kwaliteitsdocumenten zoals het ‘Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg’ worden verwoord. Daarnaast is het een belangrijk aspect in de huidige geïndividualiseerde en sterk pluralistische samenleving binnen het verpleeghuis.

Dat klinkt allemaal nogal rationeel zakelijk en bedacht door kwaliteitsmanagers, daarom zal nu eerst worden onderzocht wat aandacht voor spirituele dimensie in de zorg aan ouderen echt kan betekenen.

2.3 Spirituele zorg

Zoals uit de modellen in de vorige paragraaf al duidelijk werd, is de spirituele dimensie van zorg of het spirituele domein in de zorgverlening een actueel gespreksonderwerp wanneer gesproken wordt over de kwaliteit van de zorg. Maar het blijkt ook een onderzoeksgebied van wetenschappers die zich bezig houden met levensbeschouwing en kwaliteit van leven. In dit hoofdstuk worden die relevante onderzoeken en visies besproken die verband houden met de zorg aan ouderen en chronisch zieken en die van belang zijn voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag naar het omgaan met spirituele- of levensvragen.

2.3.1 Wat is spiritualiteit

Soms lijkt het of er weerstand bestaat als het gaat om de termen spiritualiteit en spirituele zorg. Deze weerstand is m.i. vooral gebaseerd op een achterhaald (zweverig) imago van deze begrippen, daarom eerst een korte begripsverheldering.

Spiritualiteit is één van de functies van het menselijk functioneren aldus Van Leeuwen en Cusveller (2005, p. 49). Zij spreken dan ook over spiritualiteit in functionele zin en zien het als een bestaanswijze van alle mensen en niet alleen van degenen die een bepaalde religie hebben. De definitie die zij gebruiken is ontleend aan Jochemsen e.a. (2002) en luidt: “Spiritualiteit is het levensbeschouwelijk dan wel religieus functioneren van de mens waartoe ook de vragen van zinverving en zingeving behoren” (Van Leeuwen & Cusveller, 2005, p. 17). In het visiedocument ‘Spirituele zorg’ (2010, p. 3) staat dat spiritualiteit gaat over datgene wat van essentiële waarde en betekenis is voor mensen. Volgens de schrijvers “kleurt en bepaalt dat het hele bestaan.” De inspiratiebronnen kunnen in hun optiek bijzonder of alledaags, godsdienstig of seculier zijn. Spiritualiteit heeft dan ook betrekking op de fundamentele drijfveren van een persoon die van invloed zijn op het functioneren en de wijze waarop iemand in het leven staat aldus van Leeuwen. (In: Bouwer, 2010, p. 138).

Uit bovenstaande omschrijvingen valt de conclusie te trekken dat spiritualiteit een algemeen menselijk verschijnsel is, want mensen zoeken naar een zinvol leven en naar betekenis. Daarbij verbindt het mensen en is het niet uitsluitend iets van gelovigen. Spiritualiteit bepaalt sterk de persoonlijke zoektocht naar zin en waarde en heeft dan ook meer te maken met een levenshouding dan met een bepaald levensgebied.

2.3.2 Visie op spirituele zorg

In de samenleving is sprake van een toenemende belangstelling voor spiritualiteit aldus de schrijvers van het visiedocument ‘Spirituele zorg’.¹⁴ Zij zeggen dat veel mensen zichzelf spiritueel of gelovig noemen maar naast de kerkelijke vormen is er vooral ook sprake van een individuele beleving van

¹⁴ Visie document spirituele zorg (2010) Agora ethiek en spirituele zorg, (schrijfgroep: Eric Ettema, Joep van de Geer, Janneke Koningswoud, René van Leeuwen, Carlo Leget, Paul Lieveerse, Marijke Wulp) gevoed vanuit diverse mono- en multidisciplinaire bijeenkomsten. Bunnik, december 2010. Geraadpleegd op 19-02-2013 via <http://www.gh.nl/onderzoek/~media/Files/Onderzoek/ZS/Publicaties/110629VisiedocumentSpiritueleZorg>.

spiritualiteit. Daarom vraagt aandacht voor spiritualiteit in de zorgverlening ook om een individuele, persoonsgerichte benadering, waarbij in toenemende mate een beroep wordt gedaan op het empathisch vermogen van de zorgverlener.

Traditioneel wordt spirituele zorg vaak nog exclusief gezien als de verantwoordelijkheid van de geestelijk verzorger. Maar zoals uit voorgaande (§ 2.2) blijkt is spirituele zorg een onderdeel van de totale zorg en derhalve ook een verantwoordelijkheid voor alle zorgdisciplines in de zorg. Steemers Van Winkoop (2003, 113) zegt hierover dat spirituele zorg breder is dan geestelijke begeleiding, het kan voorwaarden scheppen om aandacht te geven aan spirituele aspecten van het mens-zijn. Effecten van goede spirituele zorg zijn volgens haar dat het “angst vermindert, de kwaliteit van leven, sterven en rouwen bevordert, helpt om de ander te laten zien wat echt belangrijk is, [...] de kwaliteit van de zorg verbetert en de aandacht voor de eigen spiritualiteit in het leven van de zorgverleners versterkt”.¹⁵

Van der Wal en Wijngaard (2010) beschrijven twee lagen van spiritualiteit. Zij spreken over de ‘eerste zin’, als de waarde van wat mensen beleven of tegenkomen dicht aan de oppervlakte ligt. Dit noemen ze wel ‘alledaagse zingeving’. Er kan ook een diepere laag worden ervaren als mensen meer nadenken over de zin van het bestaan. Dan worden vaak existentiële vragen gesteld zoals ‘waartoe ben ik op aarde’. Dit wordt de ‘tweede zin’ genoemd of ook wel de ‘existentiële of diepere zingeving’ (Van der Wal en Wijngaard, 2010, p. 14).

2.3.3 Twee benaderingen van spirituele zorg

Van Leeuwen (2009) spreekt over een functionele en een inhoudelijke uitleg van spiritualiteit. In de functionele benadering omschrijft hij spiritualiteit als “de levensbeschouwelijkheid, religiositeit dan wel zingeving van mensen.” Dit is een brede opvatting waarmee hij benadrukt dat iedere cliënt een spirituele dimensie heeft. Daarmee stelt hij dat “spiritualiteit niet eenzijdig geassocieerd moet worden met religie, maar betrekking heeft op uiteenlopende overtuigingen” (Van Leeuwen, 2009, p. 6). In het rapport ‘Geloven in het publieke domein’ van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid [WRR] wordt daarnaast een zogenaamde inhoudelijke benadering genoemd. Hierbij gaat het om de vele verschillende uitingsvormen van spiritualiteit die er zijn zoals specifieke opvattingen, ervaringen en tradities aldus van Leeuwen (p. 6). Beide benaderingen zijn volgens hem in het kader van de zorgverlening belangrijk want: de functionele benadering bepaalt zorgverleners erbij dat spiritualiteit een dimensie is van het menselijk functioneren en dat cliënten spirituele behoeften en/of noden kunnen hebben en de inhoudelijke benadering gaat er vanuit dat die behoeften en noden zich op verschillende, persoonlijke en individuele wijze kunnen uiten (p. 6).

Voor zorgverleners is het belangrijk om de spirituele behoeften te signaleren en te herkennen. Van der Wal en Wijngaard (2010) verwijzen naar een onderzoek van Clinebell (1966) die er van uitgaat dat mensen vier fundamentele spirituele behoeften hebben, ook als ze zich daar niet van bewust zijn.¹⁶ Deze behoeften hebben te maken met zin, betekenis en doel, met gezonde relaties en met

¹⁶ Wal, P. van der, Wijngaard, J., 2010 p. 50-51. Uit: Clinebell Jr. H.J. (1966) *Basic types of Pastoral Counseling*. Nashville.

authenticiteit d.w.z. trouw zijn aan zichzelf. (Van der Wal en Wijngaard (2010, p. 50-51). Hieruit blijkt dat spiritualiteit alle levensgebieden omvat en ze met elkaar verbindt. Daarom zijn spirituele behoeften te herkennen in alledaagse gesprekken en in alledaags gedrag. Soms is het echter lastig om inzicht te verkrijgen in de behoeftes omdat ze voor elk individu een andere invulling of uitingvorm kunnen hebben. Dat maakt dat zorgverleners aldus Van Leeuwen (2009) een gevoeligheid dienen te ontwikkelen om die spirituele behoefte - indien relevant- te herkennen. Vaak komt het dan neer op het signaleren van de vraag achter de vraag. Het is dan ook van belang dat de aandacht voor de spirituele behoefte ingebed wordt in het zorgproces en niet tussen neus en lippen door gebeurd of afhankelijk is van de spiritualiteit en de gevoeligheid van de dienstdoende zorgverlener (Van Leeuwen, 2009, p. 14).

Samenvatting en conclusie

Spiritualiteit is een relevante factor in de zorg, het staat voor de geestelijke dimensie in het leven: dat wat ons beweegt, wat zin geeft aan ons bestaan. Het is in ieder mens aanwezig en heeft dan ook meer te maken met een levenshouding dan met een bepaald levensgebied. Daarom is het voor verzorgenden belangrijk dat ze weet hebben van de spirituele behoeften van de cliënten en er aandacht voor hebben omdat die een essentieel onderdeel vormen van de zorgvraag die hun gesteld wordt. Het is een aspect binnen de totale zorg waar alle zorgverleners in de alledaagse zorgverlening oog en oor voor moeten hebben omdat het ook sterk van invloed is op het lichamelijk en psychosociaal welbevinden.

De kwaliteit van spirituele zorg kent echter geen objectieve maatstaven en laat zich dus slecht meten. De enige die uiteindelijk kan beoordelen of er voldoende aandacht en zorg is besteed aan de spirituele behoeften van de cliënt of naaste is de cliënt en zijn naaste zelf.

17

In de volgende paragraaf zal worden beschreven hoe de spirituele behoefte kan worden geuit en hoe daardoor ook levensvragen kunnen worden gesignaleerd en herkend.

2.4 Levensvragen in de zorg

In dit deel van de literatuurstudie wordt de spirituele dimensie in de zorg verder verfijnd naar het onderwerp levensvragen. Daarmee wordt de kern van het onderzoek bereikt: wat zijn levensvragen en hoe komen ze aan het licht zodat de verzorgenden er oog voor hebben en er mee kunnen omgaan? In het kader van dit onderzoek wordt het begrip levensvragen geplaatst in de context van de zorg. Want bij goede zorg hoort, zoals in de vorige paragrafen was te lezen, ook aandacht voor levensvragen.

2.4.1 Visie op zorg

‘Zorg’ is een begrip dat volledig is ingeburgerd in onze maatschappij. Maar toch zullen veel mensen een ander antwoord geven op de vraag wat zorg is. Daarom wordt eerst een omschrijving gegeven ter begripsbepaling. “Zorg is antwoord geven op het appèl van de ander om zichzelf te zijn, om welzijn, geluk en innerlijke rust te vinden” aldus Rijksen (2002, p. 20-21). Met dit antwoord kan een

zorgvrager zin en vorm geven aan het leven zoals het zich in de zorgafhankelijke situatie voordoet. Er worden daarbij twee aspecten van zorg onderscheiden:

- Praktische zorg, die gericht is op de directe verzorging.
- Fundamentele zorg, die gericht is op de begeleiding van levensvragen (p. 21).

Verzorgenden in een verpleeghuis verlenen dagelijks beide soorten van zorg. Zij zijn deskundigen op het gebied van de directe zorg maar hebben daarnaast een belangrijke rol in het begeleiden van cliënten in de situatie waarin ze zich bevinden. In die begeleidende rol komen ze dan ook dagelijks met levensvragen van ouderen in aanraking.

Van Nistelrooij (2008, p. 68) zegt dat zorg begint met het opmerken dat er een nood, een behoefte is. Wanneer je die niet ziet dan kun je ook niet zorgen. Zorg is dus een proces van zien en luisteren, interpreteren van het appèl en zich verplaatsen in de ander waarbij er sprake is van een wederzijdse betrokkenheid en verbintenis.

Concluderend kunnen we stellen dat zorg dan ook te onderscheiden is in twee aspecten; zorg in de zin van daden, van 'iets doen' voor de afhankelijke ander en daarnaast zorg in de zin van een relatie, van betrokkenheid en verbintenis, van 'er zijn'.

Zorgrelatie

Voorgaande omschrijvingen laten zien dat er in de zorg altijd twee personen zijn, de zorgvrager en de zorgverlener. Zij staan in een nauwe relatie met elkaar waarbij de een 'present' is voor de ander zoals Baart (2004) dat in zijn presentiebenadering heeft beschreven.¹⁷ Bij presentie is menslievende aandacht het kernwoord. Een mens wil gehoord en gezien worden en de erkenning krijgen dat zijn of haar leven er toe doet, aldus Van Nistelrooij (2008, p. 89-91). In de zorgrelatie leert de zorgverlener zien wie die ander is en wat hij nodig heeft, zodat hij als antwoord op dat appèl menslievende en professionele zorg kan aanbieden.

Van Leeuwen stelt ook dat zorg om relatie draait (In: Bouwer, 2010, p. 139). Hij zegt dat de aard van de verbondenheid tussen cliënt en zorgverlener bepalend is voor goede zorg. Daarbij gaat het dan niet alleen om goede lichamelijke verzorging maar om zorg die aansluit bij de waarden en behoeften van zowel de cliënt als de zorgverlener. De afstemming tussen zorgvrager en zorgverlener is daarbij wel van groot belang. Deze afstemming kan de zorgrelatie verrijken. In zo'n relatie tussen zorgvrager en zorgverlener ontstaat er ruimte voor de hele mens en kunnen ook levensvragen 'tevoorschijn geluisterd' worden.

¹⁷ Baart, A., 2004. In: www.presentie.nl geraadpleegd op 28-2-2013

Presentiebenadering is: 'Een praktijk waarbij de zorggever zich aandachtig en toegewijd op de ander betreft, zo leert zien wat er bij die ander op het spel staat – van verlangens tot angst – en die in aansluiting dáárbij gaat begrijpen wat er in de desbetreffende situatie gedaan zou kunnen worden en wie h/zij daarbij voor de ander kan zijn. Wat gedaan kan worden, wordt dan ook gedaan. Een manier van doen, die slechts verwezenlijkt kan worden met gevoel voor subtiliteit, vakmanschap, met praktische wijsheid en liefdevolle trouw. In: www.presentie.nl geraadpleegd op 28-2-2013

2.4.2 Wat zijn levensvragen

Ieder mens zoekt in zijn leven naar betekenis, in alle levensfasen en onafhankelijk van welke levensbeschouwing dan ook. Want het leven beschouwen is eigen aan het mens-zijn zelf, de manier waarop mensen tegen het leven aankijken en er vragen over stellen, wortelt in hun ervaring.

Volgens Rijksen en Van Heyst (1999, p. 30) zijn levensvragen dan ook: “vragen die opkomen vanuit het leven, en tegelijk zijn het vragen die een mens stelt aan het leven.” Ze komen vaak tot uiting op breukmomenten in het leven of wanneer men iets ingrijpends heeft meegemaakt en er vragen zijn naar de zin van het bestaan. Daarom worden levensvragen ook wel zingevingvragen of bestaansvragen genoemd. Er zijn veel omschrijvingen van levensvragen maar een algemene definitie is: “Levensvragen zijn belangrijke vragen waar ieder mens mee te maken krijgt, onder meer over leven en dood, goed en kwaad, de wereld, godsdienst en zingeving” (Vermaas, 2011, p. 10). Wanneer iemand iets meemaakt wat hem diep raakt, dan is dat niet zomaar te vergeten. Dit wordt wel zgn. bestaanservaringen genoemd. Ook de vragen die naar aanleiding van zo’n ervaring opkomen en worden gesteld, zijn levens- of zingevingvragen (Hansen, Van Kaam en Mulder, 2007, p. 10-11).

2.4.3 Aandacht voor levensvragen in de zorg

Steeds meer wordt erkend dat het in de zorgverlening belangrijk is om aandacht te hebben voor levensvragen. Want in een situatie van ziekte, afhankelijkheid en afnemende levensmogelijkheden en -verwachtingen zijn er juist vragen die dieper gaan dan het alledaagse leven en de alledaagse levensbehoeften. Dat zijn fundamentele vragen die vanuit het binnenste van het bestaan omhoog komen (Rijksen, 2002, p. 44-45). Om die vragen goed te horen, liever gezegd te ontdekken, moet men als zorgverlener heel gevoelig worden en belangstelling hebben niet alleen voor de persoon die hulp nodig heeft omdat hij zichzelf niet meer kan redden, maar voor de hele mens die zich in die afhankelijke situatie bevindt en een appèl op je doet. Het gaat er om dat men geraakt wordt en zich openstelt voor dat wat er gebeurt. Alleen dan kan de totale mens, in zijn eigenheid, verstaan en hopelijk begrepen worden. Ook als het leven moeilijk is geworden en de cliënt zorg moet accepteren van ‘vreemde handen’ die hij niet zelf heeft uitgekozen.

Hoe worden levensvragen geuit?

Levensvragen worden vaak niet met zoveel woorden gesteld, vaak kom je ze ook niet als vraag tegen maar liggen ze verborgen in een terloopse opmerking, in een lichamelijke klacht, in bepaald gedrag of in een uiting van wanhoop, verbittering, woede of apathie (Rijksen en van Heijst, 1999, p. 34).

De vragen zitten meestal niet aan de oppervlakte, ze komen pas naar boven als men het gevoel heeft dat er tijd en ruimte is voor een meer vertrouwelijk gesprek. Dat komt omdat ze soms ook nog niet helder zijn voor de cliënt zelf en ook door hem niet expliciet worden herkend en erkend. Vaak doet een cliënt een uitspraak die in eerste instantie gewoon een feitelijke uitspraak is, maar waar meer betekenis achter zit dan in eerste instantie wordt vermoed. Want een simpele opmerking kan meerdere betekenislagen bevatten. Levensvragen zijn dan ook regelmatig onlosmakelijk verbonden met de

andere dimensies van de zorg, achter een lichamelijke of psychosociale uiting kan een diepere levensvraag schuil gaan aldus Leget e.a. (2010, p. 5).

Het komt nogal eens voor dat verzorgenden niet ingaan op de signalen die ouderen geven of dat ze er alleen op in gaan als ouderen er zelf expliciet over beginnen. Vermaas (2011) noemt dat “handelingsverlegenheid”. Maar ook ouderen hebben soms een zekere schroom om over iets te beginnen omdat ze niet tot last willen zijn, de zgn. “vraagverlegenheid”. Zij tonen alleen maar iets meer van zichzelf als ze merken dat de verzorgende echt tijd en aandacht heeft of neemt (Vermaas, 2011, p. 12).

Van Leeuwen (2009) concludeert op basis van zijn onderzoek in 2006 over de rol van de verpleegkundigen, dat cliënten eigenlijk niet zo veel verwachten op het gebied van begeleiding. Hij stelt dat cliënten vooral de lichamelijke verzorging associëren met de persoon van de verzorgende. Maar als kenmerken van een goede hulpverlener noemden ze wel aspecten als aandacht hebben, goed kunnen en willen luisteren en tijd nemen. Dit zijn eigenschappen die van belang zijn voor het goed kunnen omgaan met levensvragen (Van Leeuwen, 2009, p.14). Dus deze uitkomsten zijn enigszins tegenstrijdig te noemen.

Herkennen van levensvragen.

Levensvragen zijn zoals hierboven al werd gesteld, meestal geen directe vragen maar ze zijn door gerichte aandacht als het ware ‘tevoorschijn te luisteren’ als de gelegenheid gunstig is. In zo’n aandachtig contact kan de cliënt al pratende zelf gaan ontdekken wat hem bezighoudt en de verzorgende kan al luisterend signalen opvangen die betrekking hebben op een diepere laag. Een kenmerk van levensvragen is echter dat er niet altijd een antwoord op is. Het zijn vaak de ‘waarom-vragen’ die een zoekproces aangeven naar het doel en de zin van het leven.

Dat is voor zorgverleners niet zo gemakkelijk omdat juist in de gezondheidszorg de nadruk ligt op het opheffen of verzachten van lichamelijke problemen. Deze zijn namelijk vaak het meest manifest in de zorg en ook het beste te duiden door de zorgvrager. Dat is ook de primaire kern van het contact tussen cliënt en verzorgende. Zorgverleners zijn vooral toegerust om een praktisch probleem te helpen oplossen. Van Leeuwen (2009) zegt hierover dat levensvragen of spirituele vragen zich vaak indirect en via andere dimensies van het functioneren manifesteren, bijv. geagiteerdheid, onrust of slechte eetlust. Dit kunnen volgens hem signalen zijn die duiden op een dieperliggende behoefte die niet direct toegankelijk is omdat de cliënt zich het niet bewust is of niet bewust wil zijn. Hij wil er soms ook niet met iedereen over praten omdat het intiem en persoonlijk is. Levensvragen zijn dan ook meestal niet te herkennen aan de formulering van een probleem maar aan de betekenis die er aan wordt gegeven door de cliënt (Van Leeuwen, 2009, p.14). Daardoor kunnen levensvragen volgens Leget (2010) alleen herkend worden als er sprake is van presentie. Dit legt hij uit als: “een wijze van handelen die de nadruk legt op het luisterend aanwezig zijn, [...] de krachten in de patiënt zelf te mobiliseren door aanwezigheid [...] en eerder te ‘laten’ dan te ‘doen’. Hij noemt dat een ‘latende modus van handelen” (Leget, e.a., 2010, p. 6).

Belang van omgaan met levensvragen

Cliënten die, veelal in hun laatste levensfase, in een verpleeghuis verzorgd worden, bevinden zich in een situatie die vragen op roept die dieper gaan dan ‘wat eten we vandaag’. Aan het eind van het leven, in een afhankelijke situatie en in een vreemde omgeving zullen mensen geconfronteerd worden met vragen over verlies en rouw, loslaten, eenzaamheid en zin van het leven. Dit zijn vragen die te maken hebben met mentaal welbevinden en welzijn van cliënten. Ze hebben invloed op de manier waarop mensen met bestaanservaringen zoals ziekte, ouder worden of overlijden van een naaste kunnen omgaan. In deze situaties hebben cliënten er behoefte aan dat zorgverleners aandacht hebben voor datgene wat hen ten diepste bezig houdt. Want levensvragen kunnen ook oorzaak zijn van lichamelijke klachten zoals slapeloosheid, slechte eetlust, of psychische klachten zoals angst of een gevoel van somberheid. Daarom is het van belang om de achtergrond van de levensvragen op te sporen zodat hier samen met de cliënt gericht aan gewerkt kan worden.

Koenig (2002, p. 15) spreekt over de invloed van aandacht voor spirituele vragen op het zgn. copinggedrag van cliënten. Dit gaat over de manier waarop cliënten omgaan met ziekte, lijden en afhankelijkheid. Coping heeft betrekking op de gedachten en gedragingen die mensen gebruiken om het hoofd te bieden aan moeilijk te verwerken situaties. Levensbeschouwing en religie kunnen daarbij soms een mentale kracht geven om vol te houden. Maar religie kan ook een negatief effect hebben op het omgaan met moeilijke situaties en zelfs een spirituele of existentiële crisis veroorzaken. Voor verzorgenden ligt er een taak om signalen en gedrag te herkennen die duiden op een inadequate religieuze coping. In dit geval kunnen ze het beste doorverwijzen naar de geestelijk verzorger (Koenig, 2002, p. 15-36).

Samenvatting en conclusie

In deze paragraaf is vooral de relatie tussen verzorgende en zorgvrager tegen het licht gehouden. Onderzoek van Vermaas (2011) en Van Leeuwen (2009) wijst uit dat er van beide kanten een bepaalde schroom is om levensvragen te bespreken. Verwachtingen met betrekking tot de functie-inhoud van de verzorgenden spelen hierbij een rol. Verder is duidelijk geworden dat levensvragen niet zo maar te ontdekken of te herkennen zijn omdat ze op verschillende manieren worden geuit. Verzorgenden beschikken niet altijd over een antenne om de signalen op te vangen. Er zijn blijkbaar factoren die dat belemmeren. Daar tegenover staat dat juist verzorgenden een cruciale rol kunnen spelen in het herkennen van levensvragen doordat ze als enige groep van professionals 24 uur per dag contact hebben met de cliënt. Dat is een stimulerende factor die van groot belang is voor de ontwikkeling van de spirituele zorg en het in concreto omgaan met levensvragen van cliënten. Maar daarbij is de afstemming tussen zorgvrager en zorgverlener dan wel van groot belang. Deze afstemming kan de zorgrelatie verrijken en daarmee ook het omgaan met levensvragen verbeteren.

In de volgende paragraaf wordt onderzocht wat er bekend is over de praktische beroepsuitoefening van de verzorgende en de competenties waarover ze al beschikt of zou moeten gaan beschikken om oog te hebben voor de levensvragen van cliënten en daarmee om te gaan.

2.5 De praktijk van de verzorgenden

Na de uitwerking van de ‘abstracte’ begrippen spirituele zorg en levensvragen staan in dit hoofdstuk de begrippen ‘oog hebben voor’ en ‘omgaan met’ centraal. Dit zijn de centrale begrippen uit de onderzoeksvraag die een werkwoord bevatten en van belang zijn voor de praktijk van de verzorgenden. Wat moeten verzorgenden kunnen, anders gezegd: over welke competenties dienen verzorgenden te beschikken om in staat te zijn met levensvragen van cliënten om te gaan. En hoe kan het inzicht groeien dat verzorgenden en cliënten soms beiden een ‘verschillende taal’ spreken op dit gebied waarbij ze mogelijk wel dezelfde woorden gebruiken, maar het misschien over totaal andere dingen hebben.

In deze paragraaf zal onderzocht worden waarom spirituele zorg en omgaan met levensvragen als onderdeel van integrale zorg een aandachtsgebied is voor verzorgenden. Daarna wordt beschreven welke factoren daarin belemmerend kunnen werken. Vervolgens wordt stil gestaan bij de vraag welke spirituele competenties verzorgenden nodig hebben en welke rol hun eigen spiritualiteit hierin speelt.

2.5.1 Spirituele zorg door verzorgenden

Verzorgenden worden in hun werk steeds vaker geconfronteerd met levensvragen van cliënten want door toenemende individualisering en ook secularisering hebben cliënten een minder groot sociaal netwerk en zijn ze niet of veel minder kerkelijk/religieus betrokken. In veel verpleeghuizen is de aandacht voor de spirituele dimensie nog het domein van de geestelijk verzorger maar verzorgenden ontkomen er, door de dagelijkse confrontatie met ziekte, lijden en dood, niet aan, om ook om te kunnen gaan met de spirituele behoefte van de aan hun zorg toevertrouwde cliënten.

Volgens Van Leeuwen en Cusveller (2005) spelen er in die confrontatie twee vragen nl.:

- Herkennen verzorgenden levensvragen bij de cliënt en kunnen ze die bespreekbaar maken?
- Wat doet het steeds maar weer omgaan met moeilijke situaties rondom leven en dood met henzelf en hoe krijgen ze inzicht in hun eigen levensvragen en spirituele behoeften? (Van Leeuwen en Cusveller, 2005, p. 9-10).

Het is dan ook van essentieel belang om inzicht te krijgen in de factoren die bevorderend of belemmerend zijn in het omgaan met de spirituele behoeften. Daardoor kan gericht gewerkt worden aan de competenties die nodig zijn om goede zorg te kunnen leveren.

Stimulerende factoren

Verzorgenden zijn door hun directe relatie met de cliënt bij uitstek de aangewezen personen om signalen op te vangen over levensvragen van cliënten. Kuin (2009) zegt dat verzorgenden als centrale zorgverleners een essentiële rol vervullen in het signaleren, het bieden van primaire steun en het zorg dragen voor adequate verwijzing. Ze doet hierover in haar rapport de volgende uitspraken:

- Verzorgenden hebben door hun directe zorg de mogelijkheid om zorgbehoeften te signaleren.
- Verzorgenden fungeren bij problemen vaak als eerste aanspreekpunt voor cliënt en familie.

- Verzorgenden brengen veel tijd door in de nabijheid van de patiënt en kunnen in het dagelijks contact warmte en menselijkheid uitstralen.
- Verzorgenden hebben in hun dagelijkse omgang met patiënten de taak om de menselijke waardigheid tot zijn recht te laten komen.
- Verzorgenden zijn bij uitstek degenen die de kunst van ‘verdunde ernst’ kunnen beoefenen: de kunst om serieuze zaken tussen ‘washand en paplepel door’ te bespreken (Kuin, 2009, p. 21).

Belemmerende factoren

In de huidige praktijk is aandacht voor spiritualiteit echter nog niet altijd een vanzelfsprekend onderdeel van de zorg aan cliënten. Dat komt volgens Van Leeuwen en Cusveller (2005) door de volgende belemmerende factoren:

- In de huidige samenleving heerst vaak de gedachte dat spiritualiteit en religie privéterrein is en men daar als buitenstaander niets mee hoeft.
- Het is vaak onduidelijk wat een verzorgende op dit gebied moet kunnen. Vaak worden spirituele behoeften geduid als psychische of sociale vragen waardoor er niet adequate hulp wordt ingezet.
- Verzorgenden hebben onvoldoende kennis en deskundigheid.
- Verzorgenden worden vaak belemmerd door persoonlijke levensbeschouwing of problemen.¹⁸

De genoemde factoren geven reden om aan te nemen dat het noodzakelijk is om zorgverleners meer competent te maken voor het omgaan met spiritualiteit en levensvragen (Van Leeuwen en Cusveller, 2005, p. 10)

In de volgende paragraaf wordt daarom onderzocht over welke competenties en kwaliteiten verzorgenden door hun opleiding al beschikken en welke ze nog nodig hebben om vaardig te worden in het herkennen van en omgaan met levensvragen

2.5.2 Beroepscompetenties van verzorgenden

In het Beroepscompetentieprofiel [BCP] verzorgende in de Verpleging, Verzorging en Thuiszorg branche [VVT] , worden de kerntaken en competenties beschreven voor verzorgenden die werkzaam zijn in deze VVT instellingen. In dit BCP staat: “Het doel van de verzorgende in de VVT is de cliënt en zijn mantelzorgers te ondersteunen bij het realiseren van een optimaal niveau van autonomie en kwaliteit van leven zoals de cliënt die ervaart of wenst” (Haterd e.a., 2012, p. 9).

Daarnaast heeft een verzorgende als leidraad voor het handelen de waarden en normen van de beroepsgroep nodig zoals die zijn beschreven in de Nationale Beroepscode. Met betrekking tot dit onderzoek is artikel 2.3 van belang. Daarin staat: “Als verzorgende stem ik de zorgverlening zoveel mogelijk af op de zorgbehoeften, waarden en normen, culturele en levensbeschouwelijke opvattingen van de zorgvrager.”¹⁹

¹⁸ Van Leeuwen spreekt in zijn boek over verpleegkundigen, ik heb de vrijheid genomen om deze factoren ook relevant te vinden voor verzorgenden. LK

¹⁹ Witte, J. de, Berkens, N. & Visser, G. 2007. p.11.

Beroepshouding

De beroepshouding van verzorgenden is gebaseerd op de beroepscode en bepalend voor de manier waarop ze met de cliënt omgaan. Volgens Haterd e.a. kenmerkt de beroepshouding van verzorgenden zich door een “inlevende, open, geduldige, consciëntieuze, motiverende, professionele, leergierige, integere, sociale en communicatieve houding.” Daarbij tonen ze respect voor de zorgvrager, ongeacht zijn sociale of economische status, levensbeschouwing, politieke overtuiging, opleiding, ras, geaardheid, sekse of leeftijd en houden ze rekening met de normen en waarden, wensen, gewoonten en gevoelens van de zorgvrager (Haterd e.a., 2012, p. 15).

Het beroepscompetentieprofiel, de beroepscode en de beroepshouding staan centraal in de opleiding voor verzorgenden. Het voert voor dit onderzoek te ver om hier dieper op in te gaan, maar het is wel opvallend dat er hierin weinig (expliciete) aandacht wordt geschonken aan de competenties voor de spirituele dimensie in de zorg. Toch is daar in de literatuur toenemende belangstelling voor (Van Leeuwen & Cusveller, 2005; Steemers van Winkoop, 2001; Kuin, 2009). Ook is in 2006 door de beroepsverenigingen van verpleegkundigen, verzorgenden en verpleeghuisartsen het rapport ‘Zorgvuldige zorg rondom het levenseinde’ uitgegeven. Hierin staan veel aspecten die betrekking hebben op de spirituele dimensie in de zorg.²⁰

2.5.3 Spirituele competenties voor verzorgenden

Kuin (2009) stelt in haar onderzoek de vraag: “Welke competenties hebben verzorgenden nodig als het gaat om het signaleren van en het omgaan met levensvragen en het zorgdragen voor adequate spirituele zorg (zelf of door het inschakelen van anderen) voor cliënten en hun naasten?”

Als antwoord heeft ze daarvoor zelf een competentieprofiel opgesteld.²¹ Belangrijk is volgens haar dat verzorgenden zelfinzicht hebben. Hierdoor kunnen ze levensvragen mogelijk beter herkennen. Ook vindt ze dat het niveau van de verzorgende meespeelt in de verwachtingen over het omgaan met spirituele zorg. De grondhouding van elke verzorgende moet zijn dat ze respect heeft voor de spiritualiteit van de cliënt, open en respectvol kan communiceren, ‘present’ kan zijn en haar eigen ‘mens-zijn’ kan inzetten. Daarna noemt ze nog de competenties ‘signaleren’, ‘afstemmen en verwijzen’ en ‘zorg bieden’ en ze geeft hier bij elk onderdeel weer waarin de verzorgende competent dient te zijn (Kuin, 2009, p. 21).

Present zijn

Omdat de onderzoeksvraag gericht is op het ‘oog hebben voor’, licht ik uit de competenties die Kuin heeft beschreven, de begrippen ‘presentie’ en het ‘inzetten van het eigen mens-zijn.’ Als mens ‘present’ zijn, met aandacht ‘er zijn’, is van grote betekenis in de spirituele zorg. ‘Present zijn’ is een betrokken houding waaruit warmte, interesse en mededogen en oprechte aandacht spreekt. Het is

²⁰ Zorgvuldige zorg rondom het levenseinde. Een handreikingen voor verpleegkundigen, verpleeghuisartsen en verzorgenden. AVVV, NVVA, Sting, 2006.

²¹ Deze wordt in het werkboek behorende bij de scriptie, opgenomen als bijlage.

vooral “een sterke concentratie om te horen, zien of voelen hoe het werkelijk met iemand gaat, wat in iemand rondspookt maar niet verwoord kan worden” (Baart, 2006, p. 737).

Kuin (2009, p. 13) noemt ‘present zijn’ een ontvankelijke houding waarin de rust wordt genomen om aanwezig te zijn zonder direct te willen ingrijpen. Zorgen is veelal doen en zorgverleners zijn dan ook vaak vooral toegerust om te handelen, om een probleem te helpen oplossen. Het is echter belangrijk om vanuit aandacht en toewijding contact te zoeken met de cliënt en eerst de eigen krachten van de cliënt te mobiliseren. ‘Present zijn’ vraagt om aanwezigheid ook als er niets meer *gedaan* kan worden. Dan komt het er op aan om met lege handen te durven staan en niet met eigen ideeën of oplossingen te komen waardoor de ander de ruimte krijgt om angst, verdriet of wanhoop te uiten. “Niet willen oordelen, oplossen of adviseren is het belangrijkste kenmerk van spirituele zorg” (Kuin, 2009, p. 13).

Mens-zijn

Een andere belangrijke spirituele competentie die Kuin noemt is het inzetten van het eigen mens-zijn. Zij noemt het essentieel dat zorgverleners zich “voorbij hun zogenoemde ‘professionele rol’ bewust zijn dat ze in het contact zichzelf meebrengen” (Kuin 2009, p. 13). In het contact met de cliënt is er dan sprake van wederkerigheid, van evenwaardigheid en van dialoog. Dat betekent dat de verzorgende geschokt mag zijn en zich mag durven laten raken, maar ook dat haar eigen levensvisie er mag zijn en dat ze die ook mag inbrengen in het gesprek met de cliënt.

Samenvatting en conclusies

De behoefte aan specifieke scholing op het aspect spirituele zorg wordt steeds meer erkend. Verzorgenden, als directe zorgverleners, dienen inzicht te verwerven in wat het betekent voor de cliënt wanneer op diens levensvragen wordt ingegaan en wat men daarvoor moet kunnen. Om deze scholing uit te bouwen, is onderzoek verricht naar de nodige competenties en zijn competentieprofielen ontwikkeld. Maar spirituele zorg laat zich niet vangen in de woorden ‘kennis’ en ‘doen’ doch eerder in aandacht en stille zorgzame aanwezigheid. Voor deze houding zijn de kenmerkende vaardigheden ‘presentie’, ‘zelfinzicht’ en je ‘eigen mens-zijn inzetten’ van belang. Van daaruit is signaleren en adequate zorg bieden beter mogelijk. Het zou goed zijn wanneer die attitude bij allen die van zorgen hun vak hebben gemaakt een vanzelfsprekend onderdeel van de zorgrelatie met de cliënt zou zijn.

2.6 Uitkomsten van het literatuur onderzoek

In vier paragrafen is middels de centrale begrippen een onderzoeksweg gevolgd van breed naar smal. Eerst werd gekeken naar onderzoeken die gericht zijn op de integrale zorgconcepten. Hierbij zien we de ontwikkeling van het Biopsychosociale model naar het Biopsychosociaalspirituele model. De toevoeging van de spirituele dimensie in de zorg werd in de laatste decennia van belang door toedoen van de verandering van aanbod- naar vraaggerichte zorg. Daarnaast komt er meer aandacht voor kwaliteitszorg en het verantwoorden van de zorg in het Zorgleefplan.²² Door het verdelen van de zorg in verschillende domeinen denkt men meer aandacht te kunnen hebben voor alle levensgebieden van de cliënt. Omgaan met levensbeschouwing en levensvragen krijgt dan een plaats in het domein mentaal welbevinden. Maar wat betekent dat voor de verzorgende aan het bed? Kan zij in haar werk die levensvragen signaleren en herkennen en hoe gaat ze er in de praktijk als directe zorgverlener dan mee om? Dat vergt bepaalde vaardigheden en daarom werd in de laatste paragraaf onderzocht wat er bekend is over competenties van verzorgenden t.a.v. de spirituele zorg.

Reflectie op de recente ontwikkelingen

In de literatuur wordt in toenemende mate gesproken over het belang van spirituele zorg, de argumenten pro zijn legio in de diverse onderzoeken, maar het lijkt duidelijk dat er in de curricula van de opleiding voor verzorgenden nog weinig aandacht is voor het omgaan met spiritualiteit en levensvragen. Dat blijkt in ieder geval uit het Beroepscompetentieprofiel en de beroepscode voor verzorgenden waarin hierover nauwelijks iets wordt gezegd. De uitdaging ligt dan ook in een goede inbedding van aandacht voor spirituele zorg in de opleidingen.

Voorstanders van spirituele zorg beargumenteren dat de aandacht voor de spirituele dimensie van de zorg net zo vanzelfsprekend geïntegreerd dient te worden in de gezondheidszorg als de fysieke en psychosociale dimensies (Van Leeuwen, 2009, p. 5-6). Voor verzorgenden dient het een vanzelfsprekend en geïntegreerd onderdeel van hun zorg te zijn. De uitdaging ligt hierbij op het terrein van de economische implicaties, met name de financiering van de spirituele zorg.

Regelmatig wordt onderzoek gedaan naar de beleving van spirituele zorg door zorgontvangers. Met name op het gebied van de palliatieve zorg is hier veel aandacht voor. Onderzoek naar wat spirituele zorg voor verzorgenden betekent is er sporadisch (Bierlaagh en Jagt, 2009, Carson & Koenig, 2004). Wel worden er incidenteel in het land initiatieven genomen voor bijscholing van verzorgenden over het omgaan met levensvragen.²³ Hierin speelt het Expertisenetwerk Levensvragen en Ouderen²⁴ een voortrekkersrol. De vraag is echter hoe hoog deze bijscholingen op de agenda van de managers terecht komen in de huidige tijd van bezuinigingen in de zorg. Daar is in ieder geval nog

²² Een Zorgleefplan is een schriftelijk vastgelegd samenhangend pakket van afspraken met één cliënt, dat alle aan de cliënt te verlenen zorg (behandeling, begeleiding, verzorging e.d. omvat, waarbij het uitgangspunt is om zo concreet mogelijk antwoord te geven op de vragen die de cliënt zich stelt.

²³ Hansen, K., Van Kaam, T., Mulder, M. 2007, Vermaas, M. 2011.

²⁴ <http://www.netwerklevensvragen.nl>

geen onderzoek naar gedaan. En ook over het effect van de bijscholing op de kwaliteit van de spirituele zorg was nog geen data te vinden.

Vooruitblik

Het theoretisch kader gaf inzicht in de achtergrond en geschiedenis van de verschillende aspecten in de zorg en het belang hiervan voor het onderzoek naar het omgaan met levensvragen. Met deze kennis konden de onderzoeksvraag en de deelvragen kritisch worden beoordeeld. De bevindingen uit de literatuurstudie bevestigden dat de onderzoeksvraag relevant is en dekkend voor het praktisch empirisch onderzoek. De deelvragen bleken op grond van de uitkomsten nog enige concretisering nodig te hebben. Deelvraag 1 werd veranderd van: *“Is er voor verzorgenden verschil tussen zorgvragen en levensvragen en -zo ja -waarin bestaat dat verschil?”*, naar: *“Wat betekent voor verzorgenden goede zorg?”* De overige deelvragen bleven ongewijzigd.

Met de resultaten uit de literatuur is de *topiclist* samengesteld. Deze *topics* zijn vooral ontleend aan de onderzoeken van Van Leeuwen²⁵ en Kuin²⁶ omdat deze relevantie hebben voor de signalering en het omgaan met levensvragen en voor de spirituele competenties van verzorgenden. In hoofdstuk vier zal dan ook een vergelijking worden getrokken tussen de uitkomsten van het theoretisch kader en de uitkomsten van het praktijkonderzoek. Daaruit zullen conclusies worden getrokken en aanbevelingen worden gedaan.

²⁵ Leeuwen, R. van, & Cusveller, B. 2005.

²⁶ Kuin, A. 2009.

Hoofdstuk 3. Dataverzameling en verwerking

3.1 Opzet en uitvoering van het onderzoek

In dit hoofdstuk zal eerst de werkwijze, het verloop van het onderzoek en de wijze van de verwerking van de gegevens verantwoord worden. Daarna volgt een beschrijving van de respondenten en de manier waarop deze werden benaderd en geselecteerd. Tenslotte worden de uitkomsten van de participerende observatie en de analyse van de interviews uitgebreid weergegeven en toegelicht.

3.1.1 Werkwijze

De onderzoeksmethode zoals beschreven in het onderzoeksvoorstel is grotendeels gevolgd. Op basis van de uitkomsten van de literatuurstudie is deelvraag 1 iets aangepast.²⁷ Daarna werd een *topiclist* opgesteld waarin de belangrijkste onderwerpen van het onderzoek werden benoemd. Aan deze onderwerpen zijn een aantal interviewvragen gekoppeld (zie bijlage B).²⁸

Middels een korte participerende observatie van zes uur werd eerst feeling gezocht met de praktijk van de verzorgenden. Het doel hiervan was om de sfeer op de afdeling te proeven en iets waar te nemen van de zorgrelatie tussen verzorgenden en cliënten.²⁹ Een korte impressie hiervan wordt gegeven in § 3.3.1. De uitkomsten worden niet verwerkt in de conclusie en aanbevelingen.

Daarna volgden de interviews met zes verzorgenden van drie verschillende afdelingen. Zij werden in overleg geselecteerd door de afdelingscoördinator. De interviews vonden plaats op een rustige plek buiten de afdeling en werden opgenomen op een voicerecorder en vervolgens integraal uitgetypt. Er is gekozen voor een half gestructureerd, face to face interview, omdat het van belang is om kwalitatieve gegevens te verzamelen die inzicht geven in de manier waarop verzorgenden omgaan met de levensvragen van bewoners.³⁰ Deze methode sluit het beste aan bij de het onderwerp, de doelgroep en de onderzoeksvraag omdat het belangrijk is om kennis, houding en ervaring te onderzoeken. De verzorgenden kregen hierdoor tevens ook de ruimte om zelf onderwerpen in te brengen die zij belangrijk vinden in hun omgang met de levensvragen van bewoners en daarmee mogelijk ook met die van henzelf. Vanwege het verkennende karakter van dit onderzoek was deze methode hier op zijn plaats. Op deze manier verwacht ik voldoende factoren, beweegredenen, kennis en praktische informatie boven tafel te krijgen om de hoofdvraag van dit onderzoek te kunnen beantwoorden.

De interviews werden verbatim uitgewerkt. Daarna werden niet relevante, d.w.z. niet van nut voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag, gedeelten of herhalingen doorgestreept. De overgebleven tekst werd opgedeeld in fragmenten die vervolgens gelabeld werden. Vanwege de lengte

²⁷ Zie ook paragraaf 2.6 (p. 25) Uitkomsten van het literatuuronderzoek.

²⁸ Alle Bijlagen bevinden zich in het speciale Werkboek.

²⁹ Zie ook onderzoeksmethode, pag. 11

³⁰ Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de, & Teunissen, J. 1998. p. 14-22.

van de fragmenten diende dat soms zelfs op zinsniveau te gebeuren omdat de respondenten hardop denkend aan het formuleren waren. Al deze labels werden per interview verbonden aan de verschillende *topics* die van belang waren voor de beantwoording van de onderzoeksvraag en de deelvragen (zie bijlage). Vervolgens werd een samenvattende tabel gemaakt van de *topics* met de bijbehorende labels van alle interviews tezamen. Hierdoor ontstond een overzicht van de verschillen en overeenkomsten m.b.t. de ervaring in het omgaan met levensvragen van alle respondenten tezamen (zie bijlage C, D en E).³¹ Vanuit dit overzicht konden tenslotte de conclusies worden getrokken.

3.1.2. Verantwoording proces

Zoals gezegd diende de *topiclist* als leidraad voor de interviews. Want volgens Baarda (1998) liggen bij een *topicinterview* wel de onderwerpen vast maar de letterlijke vragen niet.³² Alle *topics* moeten in het interview wel aan de orde komen maar dat hoeft niet in een bepaalde volgorde, zoals blijkt uit een beschrijving van een half- of semigestructureerd interview.³³ Door deze manier van interviewen zijn er voldoende gegevens verzameld waarmee de onderzoeksvraag beantwoord kan worden. Het voordeel van een semigestructureerd interview is namelijk dat de respondenten meer gelegenheid hebben om informatie toe te voegen of dieper op iets in te gaan, waardoor er inzicht kan worden verkregen in het belang van bepaalde onderwerpen en situaties voor die respondent. Een nadeel is echter dat de data moeilijker te analyseren en te vergelijken zijn omdat ze soms van een andere orde blijken. Bij een gestructureerd interview is de vergelijking gemakkelijker maar kan men, aldus Van der Donk en Van Lanen (2011, p. 208), soms belangrijke data missen.

29

3.1.3. Onderzoeksveld en respondenten

Onderzoeksveld

In overleg met de geestelijk verzorger van de stage-instelling waar dit onderzoek werd uitgevoerd, is er gekozen voor zes respondenten van drie verschillende afdelingen. Op twee van de drie afdelingen wonen voornamelijk bewoners met een somatische aandoening zoals CVA, MS, NAH of ernstige COPD.³⁴ Sommige bewoners hebben daarbij verlammingen of een afasie of moeten gebruik maken van beademingsapparatuur. Op de derde afdeling wonen mannen en vrouwen met een psychogeriatrische aandoening (dementie).

³¹ In werkboek behorend bij de scriptie

³² Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de, & Teunissen, J. 1998. p. 232

³³ In een half gestructureerd interview liggen de vragen en antwoorden niet van tevoren vast maar de onderwerpen wel. Vaak begint dit soort interviews met enkele gestructureerde vragen naar persoonlijke gegevens, zoals leeftijd en opleiding. De interviewer heeft voor het gesprek een aantal onderwerpen vastgesteld. Deze worden door middel van een open beginvraag en doorvragen uitgediept. Vaak heeft de onderzoeker voor de onderwerpen een logische volgorde vastgesteld. Wel is de onderzoeker vrij, als dat in het gesprek beter uit komt, de volgorde van de onderwerpen te veranderen. De onderwerpen moeten echter wel allemaal behandeld worden. Gelezen op: [http://www.cs.ru.nl/~tomh/onderwijs/om2%20\(2005\)/om2_files/syllabus/kwalitatief.pdf](http://www.cs.ru.nl/~tomh/onderwijs/om2%20(2005)/om2_files/syllabus/kwalitatief.pdf)

³⁴ CVA = Cerebro Vasculair Accident = beroerte of hersenbloeding, MS = Multiple Sclerose, NAH = Niet aangeboren hersenletsel en COPD = ernstige chronische longziekte

Respondenten

De respondenten zijn allen vrouwen, er werken in dit verpleeghuis nl. nauwelijks mannen in de verzorging. Hun leeftijd varieert van 22 – 58 jaar. Vier van de zes werken als verzorgende (niveau 3) De andere twee zijn opgeleid tot helpende (niveau 2). Van de verzorgenden volgen er twee op dit moment een interne opleiding tot EVV-er (= Eerst Verantwoordelijk Verzorgende).

Met alle zes respondenten was ruim van tevoren een afspraak van 45 minuten gepland op een geschikt tijdstip. Door onvoorziene omstandigheden bleek voor een van de respondenten bij nader inzien het tijdstip toch niet haalbaar. Na enig overleg werd door de interviewer de optie geaccepteerd om het interview met twee respondenten tegelijk uit te voeren. Daardoor zijn er wellicht relatief iets minder gegevens per persoon verzameld maar de kwaliteit en de relevantie voor de onderzoeksvraag was wel voldoende, ook omdat beide respondenten op dezelfde afdeling werkzaam zijn.

De algemene gegevens en kenmerken van de respondenten worden beschreven in paragraaf 3.5.1 bij de uitwerking van de interviews.

3.2. Participerende observatie³⁵

Het leek een goed idee om voorafgaand aan de interviews een dag te observeren op één van de afdelingen. Dat hoefde, zoals al in deel 1 (p. 11) werd beschreven, niet zo lang te zijn omdat ik in het betreffende verpleeghuis een stage heb gedaan. Het doel van deze observatie was vooral om de zorgrelatie te observeren. Daarvoor gaf de leidinggevende toestemming en op de afgesproken ochtend was er om 6.45 uur een Eerst Verantwoordelijke Verzorgende (EVV-er) bereid en beschikbaar om de stagiaire geestelijk verzorging (in uniform) op sleeptouw te nemen. Dat was een bijzondere ervaring die flash backs opleverde van een jarenlange ervaring als verpleegkundige.

3.2.1. Impressie

De ochtendspits op een willekeurige afdeling in een verpleeghuis

De verzorgenden krijgen allemaal hun eigen bewoners toegewezen die ze die dag moeten verzorgen. Ze maken zelf een planning van de volgorde van wassen, aankleden en naar de huiskamer brengen. Met sommige bewoners werd hierover overlegd, met andere is dat door hun ziekte en situatie niet mogelijk. Zij moeten wachten tot de zuster komt. Het was een behoorlijk lijst die door zuster E. moest worden afgewerkt, maar wat opviel was de rust waarmee de bewoners benaderd werden. Ze gaf geen enkele bewoner de indruk dat ze druk was, hoewel haar schema meteen al in de war werd gebracht door het vele bellen van een bewoner en een ander die meteen onder de douche wilde en daar niet van af te brengen was. Zonder tijd te verliezen in nutteloos uitleggen, ging ze flexibel en geduldig om met de vragen en verzoeken; ze maakte afspraken over wanneer ze zou komen en wat ze ging doen en de

³⁵ Participerende observatie is als volgt te omschrijven: de onderzoeker is lijfelijk aanwezig in het veld en verzamelt daar gegevens onder alledaagse omstandigheden door mee te doen aan alledaagse activiteiten. De onderzoeker beschrijft de verschijnselen zo levensecht en gedetailleerd mogelijk en interpreteert ze in hun context.

bewoners waren tevreden. Het was ook duidelijk dat ze de bewoners heel goed kende en zij haar- dat was zichtbaar in de verbale en non-verbale reacties van de bewoners. Een bewoonster begroette haar hartelijk en zei tegen de observator dat ze bevriend was met deze zuster E. en dat ze altijd zo blij was om haar te zien. Omdat ze wist wat de wensen en gewoontes waren van de mensen kon ze snel en geroutineerd handelen. Dat was ook heel goed te merken bij de bewoners die niet konden spreken door een verlamming of een afasie, ze werden geholpen op een respectvolle en deskundige wijze.

Tijdens de verzorging werd er soms een kort gesprekje over een beleving van een bewoner en over hoe de nacht was geweest, verder werd er weinig gesproken maar er was zorgzame aandacht. De verzorgende was er volledig voor de cliënt die ze verzorgde, ook onder de ogen van een participerende toeschouwer die een handje hielp en af en toe met de bewoner sprak. De bewoners voelden zich merkbaar in goede en vertrouwde handen. Toen een bewoner naar de huiskamer was gebracht vertelde de verzorgende tijdens het bed opmaken en opruimen een stukje van haar eigen levensverhaal en haar motivatie voor de zorg.

Na een paar uur intensief werken was er koffie en daarna ging zuster E. administratieve werkzaamheden doen omdat ze EVV-er is. Ik had op de gang een gesprek met een bewoner waar zuster E. me al wat over had verteld en die we verzorgd hadden. Hij had het moeilijk, wilde zo graag naar huis omdat zijn vrouw ook ziek is en net uit het ziekenhuis is gekomen. In deze situatie voelde hij zich machteloos omdat hij haar niet helpen kon. Er wordt wel gewerkt aan ontslag maar dan moet hij nog iets meer zelfredzaam zijn. Dus ging hij weer oefenen met de fysiotherapeut. De rest van de ochtend heb ik in de huiskamer geobserveerd en meegedaan met de activiteiten begeleider aan de grote tafel. Tijdens het middageten ook geholpen met het eten bij een bewoner met een afasie. Non- verbaal begrepen we elkaar wel. Daarna nog met enkele verzorgenden gesproken.³⁶

31

3.2.2. Waarnemingen

Vanuit de observatie werden de volgende situaties waargenomen:

- Op de afdeling was een man overleden die geruime tijd opgenomen was geweest. Zijn vrouw kwam dagelijks op bezoek, ze moest daarvoor een behoorlijk eind reizen.

Een verpleegkundige in opleiding (jonge man van rond de 20), die stage liep op de afdeling, zag de overlijdenskaart hangen en zei: *“wat een opluchting voor de echtgenote”*. Een oudere verzorgende zei daarop: *“O ja? Ik denk dat het een heel groot gemis voor haar zal zijn”*. De jonge stagiaire keek haar verbaasd aan.

- Een bewoner met een afasie was ergens heel erg boos over maar hij kon niet duidelijk maken waarom. De verzorgende begreep hem niet, hoewel ze van alles probeerde. Toen ging een van de oudere verzorgenden bij hem zitten en met eindeloos geduld kwam ze erachter dat er waarschijnlijk iets op zijn kamer was wat hem irriteerde. Daarop reed ze hem in zijn rolstoel naar de kamer om er achter te komen. Dit was een voorbeeld van toegewijde en bewonergerichte zorg.

- Een aantal bewoners zat aan tafel met de activiteitenbegeleider. Aan die tafel was aandacht voor iedereen en er werd attent gereageerd op wat iedereen verbaal of non-verbaal inbracht. Ze maakten samen een kruiswoordpuzzel en een meneer las tussendoor de krant. Hij las het verhaal over de Pausverkiezing en vertelde een stukje van zijn levensverhaal waarin frustratie over de RK Kerk doorklonk. Dit was gebaseerd zo bleek, op zijn ‘gemengde huwelijk’ wat vijftig jaar geleden niet getolereerd werd en waarover hij nog steeds verbitterd was.

Uitspraken van verzorgenden over hun motivatie voor de zorg.

“Het gaat erom dat elk mens waardevol en de moeite waard is, ook nu ze in een situatie zitten die ze zelf ook liever niet gewild hebben. Als je dan de mogelijkheden kunt bieden om het zo goed mogelijk te laten zijn; daar doe je het voor”.

“Als een bewoner na je vakantie zegt: ‘wat fijn dat je er weer bent, ik heb je zo gemist’ en je dan ook even een aai over je wang geeft, daar doe je het voor”.

“Werken is ook afleiding, in een moeilijke fase in je leven is het zo goed om te kunnen werken, daar krijg je energie van ondanks dat het lichamelijk zwaar is”.

Conclusie

Uit deze korte observatie zijn toch een aantal conclusies te trekken ten aanzien van de zorgrelatie tussen verzorgenden en cliënten. In de eerste plaats is bij veel verzorgenden sprake van een respectvolle houding. Ze zijn gewend om praktische zorg te geven maar laten door hun houding merken dat ze openstaan voor de gevoelens van de bewoner. Tijdens de korte observaties werd er aandacht en onvoorwaardelijke aanwezigheid waargenomen. Uit alles bleek ook dat ze de bewoners kennen en aan een half woord genoeg hebben.. Verder werd gezien dat samenwerking belangrijk is en dat men elkaar helpt waar nodig.

3.3. Interviews

In deze paragraaf worden de uitkomsten van de interviews beschreven. Hiervoor worden de topics gebruikt die in het analyse en labelingsproces voor structuur hebben gezorgd. Aan deze topics waren ook de interviewvragen gekoppeld. Een weergave van de labeling per interview en een samenvatting van de labels per topic is te vinden in bijlage E in het werkboek.

3.3.1 Uitwerking interviewgegevens

Kennis, vaardigheden en achtergrond die van invloed zijn op het werk

Deze topic heeft te maken met persoonskenmerken die, zo zal later bij de uitwerking van de volgende topics blijken, hun invloed hebben op het werk van de verzorgenden. Daarom begin ik de weergave van de resultaten van de interviews dan ook met een tabel met deze algemene gegevens.

Algemene gegevens respondenten

Respondent	1	2	3	4	5	6
Leeftijd	28	49	22	31	58	45
M/V	v	v	v	v	v	v
Opleiding	Verzorgende Niveau 3 Doet EVV ³⁷ opleiding	Helpende Niveau 2	Verzorgende Niveau 3	Verzorgende Niveau 3	Helpende Niveau 2	Verzorgende Niveau 3 Doet EVV opleiding
Werkzaam in de zorg	11 jaar	8 jaar	5 jaar	12 jaar	23 jaar	25 jaar
Religie	geen	Niet kerkelijk, gelooft wel 'ergens' in	Ned. Herv. opgevoed, "doet er niets meer aan"	Geen geloof, Vroeger wel op Chr. scholen gezeten,	Ned. Herv.	Geen geloof "maar er is wel iets meer tussen hemel en aarde"
Specialisme	somatiek	somatiek	somatiek	Psycho-geriatrie	Psycho-geriatrie	25 jaar PG, nu somatiek

Bij deze *topic* horen ook de levenservaring en de kwaliteiten waarover de respondenten zeggen te beschikken.³⁸ Het is voor sommigen moeilijk om hier iets concreets over te zeggen. Toch een korte weergave van de resultaten.

Levenservaring

De verzorgenden hebben allemaal verschillende levenservaring, twee van de zes geven aan nog weinig te hebben meegemaakt, ze zijn nog jong. Twee anderen hebben verlieservaringen in het privéleven meegemaakt, iemand geeft aan dat ze door het werk veel levenservaring en mensenkennis heeft gekregen.

³⁷ Eerst Verantwoordelijk Verzorgende

³⁸ In de beschrijving van de resultaten zal de term respondenten vervangen worden door verzorgenden.

Kwaliteiten

Het bleek moeilijk om eigen kwaliteiten te benoemen, een verzorgende zei dat ze begripvol is en de bewoner op de eerste plaats stelt, een ander zegt rustig te zijn en van collega's hoort dat ze de juiste dingen op het juiste moment kan zeggen, twee verzorgenden geven aan dat ze door hun achtergrond en levensbeschouwing geloofsvragen herkennen en een beter begrip voor en contact met bewoners met deze vragen hebben. Iemand noemt als belangrijkste kwaliteit goed kunnen luisteren en de vraag te horen die in het verhaal van een cliënt zit.

Motivatie

Waarom werken deze verzorgenden in de zorg? Wat betekent dit werk voor hen en waardoor blijven ze gemotiveerd om door te gaan? De antwoorden op deze vragen kunnen een indicatie zijn voor de manier waarop verzorgenden omgaan met levensvragen en spirituele zorg. Daarom is aan alle verzorgenden de vraag gesteld wat hen motiveert om dit werk te kunnen doen.

Voor drie verzorgenden speelt persoonlijke voldoening een grote rol, ze noemen gevoelens als 'van betekenis kunnen zijn', 'met een tevreden gevoel naar huis gaan' en 'bevestiging dat ik iets goed heb gedaan en van meerwaarde ben geweest'.

"het is al erg genoeg voor de mensen dat ze hier moeten wonen en dat ze afhankelijk zijn van ons en dan is het natuurlijk fijn dat je iets voor ze kunt betekenen waar ze echt iets aan hebben en wat hun leven toch een beetje meerwaarde geeft."(1.26)³⁹

34

Ook waardering motiveert: twee verzorgenden noemen 'dankbaarheid', 'een dank je wel', 'dat mensen het fijn vinden om je te zien en te kennen' en 'merken dat mensen mijn zorg prettig vinden'. Twee verzorgenden noemen expliciet het 'er kunnen zijn voor mensen' als motivatiebron. Belangrijk is ook de zorgrelatie, drie verzorgenden noemen 'voor mensen zorgen', 'met mensen bezig zijn', mensen om me heen geven me een goed gevoel' en 'het is heerlijk om cliënten te begeleiden'. Alle verzorgenden noemen de persoonlijke ontwikkeling. Hierbij wordt 'verdieping', 'uitdaging', 'zorg is meer dan alleen wassen en aankleden' en 'verpleegtechnisch handelen' als redenen genoemd. Een verzorgende noemt expliciet het samenwerken met collega's: 'positieve feedback van collega's spoort me aan', het is prettig om met anderen samen te werken'.

Goede zorg, een goede zorgrelatie

Aan verzorgenden werd gevraagd wat voor hen goede zorg is en wat ze onder een goede zorgrelatie verstaan. De reden voor deze vraag is om te onderzoeken wat ze belangrijk vinden in hun zorg aan cliënten en of ze inzicht hebben in integrale zorg.

³⁹ Is: Interview 1, fragment 26

De reacties zijn nogal divers en daarom zijn ze onderverdeeld in een aantal thema's. Vier verzorgenden verstaan onder een zorgrelatie dat de bewoner op de eerste plaats komt', 'we zijn er voor de bewoners, niet andersom', 'gewoon lekker een praatje maken', 'de zorg geven die gevraagd wordt', 'overleggen met cliënten wat belangrijk voor hen is', goed contact hebben met familie en bewoners'. Twee verzorgenden vinden het ingaan op - aandacht hebben voor - alle vier domeinen in het Zorgleefplan van belang voor goede zorg.⁴⁰ Iemand noemde als kenmerk van goede zorg: 'het is niet alleen wassen, aankleden en neerzetten en dan weggaan' en 'de hele verzorging is een totaalplaatje'. Een andere verzorgende zei: 'goede zorg is niet alleen lichamelijk'. Drie verzorgenden noemen meer specifieke aspecten zoals: 'goede zorg is begeleiden in levensloop en levensvragen, in angst en verdriet en dan je eigen gevoel ook tot uiting brengen' en 'belangrijk om over privé dingen te kunnen praten met bewoners'. Een verzorgende geeft aan dat het gaat om 'echte interesse tonen in de ander', ze noemt ook 'vertrouwen', 'op gemak stellen' en 'een beter contact als je iemands levensverhaal kent'. Een andere verzorgende zegt: 'goede zorg is kwaliteit leveren' en 'dat mensen tevreden zijn'. Zij zegt ook: *"de hele mens is op een plek waar hij liever niet geweest was maar hij moet noodgedwongen hier zijn."*(2.83)

Wat zijn levensvragen

Het eerste deel van de onderzoeksvraag luidt: "In hoeverre hebben verzorgenden oog voor levensvragen?" Daarom is een belangrijke vraag in de interviews wat verzorgenden nu zelf onder levensvragen verstaan. Twee van hen zeiden dat levensvragen vaak over het verleden gaan: 'hoe iemand vroeger heeft geleefd'. Vier keer werd ook het heden genoemd, levensvragen gaan over 'hoe het leven er nu (in deze situatie) uit ziet'. Iemand noemde hierbij een voorbeeld over een gesprek wat ze had met een bewoner die zei dat ze 'geen zin meer in het leven had', een ander zei dat er sprake was van levensvragen als 'het leven zijn waarde had verloren'. Een verzorgende dacht dat levensvragen te maken hadden met zorgen en angsten voor de toekomst, over dood en doodswensen en levensbeëindiging. Twee verzorgenden menen dat levensvragen 'met geloof hebben te maken' en over 'hoe je in het leven staat'. Een verzorgende noemde als voorbeeld als een levensvraag de ernstige ziekte en de naderende dood van een zoon van een bewoner. Ook werden 'familieproblemen', de 'achterblijvende partner thuis' en het zich 'in de steek gelaten voelen door de familie', genoemd. Drie verzorgenden antwoorden op deze vraag dat levensvragen bij de taak van de verzorgenden horen. Iemand zei: 'ik denk dan heel breed' een ander: 'ik kom het elke dag wel tegen', 'niet alleen over het geloof', 'alles hoort er bij ook de contacten met de familie' en 'levensvragen horen bij het totaalplaatje'.

⁴⁰ Een zorgleefplan is een schriftelijk vastgelegd samenhangend pakket van afspraken met één cliënt, dat alle aan de cliënt te verlenen zorg (behandeling, begeleiding, verzorging e.d. omvat, waarbij het uitgangspunt is om zo concreet mogelijk antwoord te geven op de vragen die de cliënt zich stelt.

Levensvragen herkennen en signaleren

Uit de antwoorden blijkt wel dat er verschillende visies bestaan over wat een levensvraag zou kunnen zijn. Daarom is het van belang om van verzorgenden te horen of en hoe zij deze vragen signaleren of herkennen. Daar kwamen wel heel veel diverse antwoorden op die ook door de interviews heen te ontdekken waren. Vier verzorgenden herkenden levensvragen wanneer iemand praatte over het verleden, over hoe ze geleefd hadden of dat ze veel dingen meegemaakt hadden zoals bijv. het verlies van een kind. Zij vonden het ook van belang dat de voorgeschiedenis en de levensloop van de bewoner bekend is. Drie verzorgenden noemden meer het heden; iemand zei dat de opname soms moeilijk is te verwerken en dat de ‘de thuissituatie en het sociale netwerk bepalend zijn voor de acceptatie’. Iemand anders zag ‘weinig bezoek’ als signaal, of ‘alleen maar op bed willen blijven liggen’ en ‘zeggen dat het leven geen waarde of zin meer heeft’. Ook het ‘stilletjes in een hoekje zitten’ werd genoemd. Opmerkingen over toekomst en dood waren volgens de verzorgenden ook signalen; iemand zei: ‘ze maakte zich zorgen over de dood’, en een ander ‘ze vroeg aan mij of ik bang voor de dood was.’

“en ik zei:”ja..daar ben ik wel bang voor”... maar toen ben ik wel met haar in gesprek gegaan...voor haar was het een bevrijding maar ik ben nog gezond en jong en misschien kijk je er daardoor anders tegenaan.”(2.34)

Twee verzorgenden noemden verbale signalen en wilden ontdekken wat er achter een bepaalde opmerking zat verborgen. Een van hen noemde als voorbeeld de opmerking: *“nou en... dan ben ik er gelijk van af”* (2.73). Alle verzorgenden noemden de non-verbale signalen houding en gedrag; ‘je kunt het aan de houding merken’, ‘ineengedoken in de stoel’, ‘gesloten houding’, ‘afwerende houding: kom niet bij mij’, ‘afwijkend of ander gedrag’, ‘aandacht vragen’, ‘verdrietig, boos, angstig’, ‘verdriet lees je van het gezicht af’, ‘vragen herken je aan de blik van iemand, je voelt de spanning’.

Drie verzorgenden noemden ook vragen over het geloof of geloofsproblemen.

Omgaan met levensvragen

Hoe gaan verzorgenden om met levensvragen en/of spirituele vragen en behoeften. De antwoorden op deze vraag worden door het interview heen gevonden. Het zijn er veel, daarom zijn ze samengevat en gegroepeerd rondom een aantal thema's (zie bijlage E in werkboek).

Alle verzorgenden noemen een vorm van afstemming en overleg, ze overleggen informeel met collega's of bespreken het met andere disciplines in de zorgplanbespreking of het multidisciplinair overleg. Drie verzorgenden noemen ook het overleg of gesprek met de naasten: ‘partner betrekken’, ‘aandacht voor ervaring van de familie’, ‘familiecontact is belangrijk’ familie spreken en vragen hoe het met hen gaat’. Drie verzorgenden hebben een heel duidelijk zelfinzicht, ze geven weer dat ze het moeilijk vinden, ze benoemen hun machteloosheid bij het omgaan met levensvragen, maar zeggen ook er van te leren, iemand zegt dat ze het omgaan met mensen die een doodswens hebben heel moeilijk vindt maar dat ze er niet voor wegloopt.

“toen heb ik [...] afscheid genomen en toen had ik zo’n eh.... maar voor hem ... hij had zo echt zo’n bevrijding ...en ik had het zoooo moeilijk er mee[...] maar dat had hij ook wel in de gaten [...] Ik heb hem ook sterkte gewenst en [...] wat zeg je op zo’n moment... wat zeg je dan...?(2.38)

Een verzorgende vindt het moeilijk om over de zin van het leven te praten met bewoners, ze gaat er wel op in, stelt vragen, maar zal geen eigen mening geven omdat ze bang is om levenskeuzes te beïnvloeden.

Door alle verzorgenden werden uitspraken gedaan die getuigen van aandacht en compassie, ze proberen te doen wat ze kunnen. Iemand vertelde dat ze met een bewoner die pas was opgenomen en zo eenzaam was, buiten werktijd een ijsje was gaan eten in het dorp, later voelde ze zich daar schuldig over naar de anderen toe. Een verzorgende benoemt dat ze veel aandacht heeft voor de zorg van een bewoner die geïsoleerd verpleegd moet worden, het gaat haar aan het hart dat er dan zo weinig mogelijkheid tot contact is. Ze besteedt daarom extra veel aandacht aan de lichamelijke verzorging. Ze kan deze gevoelens niet delen in het team, men vindt het wel zielig maar verder wordt er niet over gesproken volgens haar.

“ze kan geen gezichtsuitdrukking zien hè en je stem hoort ze bijna niet dus wat ze ziet is een masker en een paar ogen, dat vind ik heel erg... dan denk ik ook als je toch zo dood moet gaan.” (3.83)

Diezelfde verzorgende geeft ook aandacht in de vorm van troost wanneer ze ziet dat een bewoner het moeilijk heeft.

“[...] dan blijf ik gewoon rustig bij haar zitten en dan ja gewoon even aandacht geven. Het hoeven geen woorden te zijn hoor maar gewoon even de hand vasthouden.” (3.58)

Een verzorgende noemt het ‘altijd in de nabijheid zijn’, ‘de bewoner moet zich veilig voelen’. Iemand anders noemt: ‘je kunnen verplaatsen in de ander’. Ook wordt gezegd dat door één op één aandacht de cliënt zich vertrouwd voelt en meer zal zeggen.

Alle verzorgenden doen ook uitspraken die te maken hebben met verantwoordelijkheid: ‘tijd nemen’, ‘belangrijk om op een vraag terug te komen, desnoods later’, ‘waarmaken wat je hebt beloofd’, ‘een vraag niet laten liggen maar er iets mee doen’, ‘bij tijdsdruk keuzes maken want de cliënt is nr. één.’

Verzorgenden noemen ook allemaal aspecten van doen: ‘vragen wat er aan de hand is’, ‘een oplossing zoeken’, ‘problemen inventariseren en kijken wie ingeschakeld kan worden’. Een verzorgende zegt dat ze niet snel uit zich zelf begint over moeilijke dingen, ze wacht tot de bewoner er mee komt, gaat wel in op signalen maar zal het niet uitlokken. Iemand anders zegt: ‘ik laat de bewoner praten en ga daar op in’. Alle verzorgenden zeggen aandacht te hebben voor de levensbeschouwing, ze weten veelal of iemand gelovig is, attenderen mensen op de kerkdiensten. Iemand zegt dat kerkgang, zingen en bidden, ouderen herkenning geven en daardoor rust, een ander zegt dat het belangrijk is om rekening te houden met de gewoonten van de oudere generatie. Twee verzorgenden benadrukten ook het belang

van respect voor en omgaan met geloofsuitingen zoals bidden voor het eten. Als iemand niet kerkelijk is wordt er niet zo snel aangedacht om de GV-er in te schakelen, men denkt dan eerder aan de psycholoog.

“ze heeft heel veel dingen meegemaakt, ook vroeger... en dan kijk ik van hoe kan ik u daar bij helpen hè... nou ja in dit geval heb ik de psycholoog ingeschakeld.” (5.19)

“een luisterend oor bieden en dan wacht ik af welke vragen ze aan me stelt en daar probeer ik zo goed mogelijk antwoord op te geven en kom je daar echt niet uit ja dan vraag ik of evt. de psycholoog ook wil meekijken... of met haar in gesprek wil gaan want misschien kan zij wijze woorden geven aan die mw. of meneer.” (4.L31)

Drie verzorgenden noemen het belangrijk om gevoelens met bewoners te kunnen delen, iemand zegt eerlijk te zeggen wat ze denk en voelt en dat ze ook eigen verdriet mag uiten. Daarover werd echter wel door een collega gezegd dat dat niet professioneel was.

Belemmerende en stimulerende factoren

Het is van essentieel belang om inzicht te krijgen in de factoren die belemmerend of stimulerend zijn in het omgaan met de spirituele behoeften en levensvragen.

Belemmerende factoren

In de eerste plaats werd door vier van de zes verzorgenden de hoge werkdruk genoemd. Deze vier zijn allemaal werkzaam op een afdeling somatiek. Uitspraken zijn o.a.: ‘bewoners voelen dat je druk bent’, ‘alles moet snel’, ‘bewoners vullen in dat de zuster druk is en willen niet lastig zijn’, er is een zwaardere zorgcategorie en minder personeel’, ‘het wordt onpersoonlijker’. Iemand voelde zich door werkdruk gedwongen om aandacht structureel, bijna planmatig te verdelen:

“ik werk meestal een paar dagen achter elkaar en dan denk ik dan geef ik die mw. vandaag een beetje aandacht en dan morgen wat minder en dan weer een ander.. .als je vaker werkt dan kun je dat zo doen...[...] ik kijk wel een beetje van die heb ik vandaag gauw gedaan.[...] dat klinkt heel vreselijk maar... .” (3.60)

Alle verzorgenden voelden de tijdsdruk als een belemmerende factor: ‘moeten zeggen dat het niet uitkomt’, ‘steeds op de klok moeten kijken’, ‘tijdsdruk voelt als een zware last’, tijdsdruk belemmert goede zorg’, ‘gesprekken zijn door tijdsdruk niet te plannen’, ‘altijd prioriteiten moeten stellen maar de cliënt op plaats 1, dan moeten er maar andere dingen blijven liggen’. Vier verzorgenden gaven ook aan dat ze het soms moeilijk vonden om tijd te geven aan cliënten omdat ze daar hun collega’s mee belasten. ‘tijdsdruk is lastig in samenwerking met collega’s’, ‘collega’s moeten dan meer ‘doen’ omdat zij bij een cliënt ‘zitten’. Iemand die even de tijd was vergeten toen ze een bewoner in tranen had gevonden zei dat ze later ‘wel excuus had aangeboden aan de collega’s’.

“die was zo verdrietig ’s avonds.. zo verdrietig en toen ben ik bij haar op de kamer gaan zitten en zitten praten.. en toen heeft ze ook gewoon in mijn armen gezeten weet je wel .. ze was zó verdrietig .. en toen dacht ik later van o ik moet nog mensen naar bed helpen.. en ik ben later ook wel naar mijn collega’s gegaan zo van sorry.. maar die mw. had zo’n verdriet.” (2.96)

En een jonge verzorgende die haar gevoel volgt zegt:

“Ja ..dan zou ik het toch nog doen denk ik..dan loop ik daarna ook wel een stapje harder..want ja.. de mensen hebben al weinig..en als je dan ook nog denkt van nou..laat maar..dat zou echt niet goed voelen.” (3.63)

Ook leeftijd en ervaring wordt genoemd door twee verzorgenden. Een jonge verzorgende zegt dat ouderen haar soms te jong vinden en een ouder iemand zoeken om mee te praten: *“vaak krijg je dan ook wel te horen.. van je bent nog zo jong.. wat weet je ervan.” (3.54)*

Ze heeft zelf ook wel haar vragen, hoe ga je als jongere om met emoties en moeilijke vragen, ‘wat doe je dan?’ Een oudere verzorgende zegt dat oudere verzorgenden meer alert zijn op levensvragen en het geven van totale zorg.

Door twee verzorgenden werd opgemerkt dat wanneer je geen kennis hebt van geloof je minder goed om kunt gaan met geloofsvragen van de generatie die nu in het verpleeghuis woont.

Ook bepaalde situaties kunnen belemmerend werken. Iemand zei dat deze oudere generatie geen hulp vraagt. Zij signaleert ook dat de gewoonte om levensvragen te bespreken in het ‘zorgleefplanoverleg’ (ZLPO) of het multidisciplinair overleg niet zo werkt. De bewoner en een familielid zitten dan in een groep met professionals. Deze verzorgende constateert dat dat niet zo intiem is en dat alleen de meest mondige cliënt dan wat durft te zeggen. Een andere verzorgende zegt dat zorg verlenen in de isolatie ‘mensonvriendelijk’ is en een goed contact belemmert, ze noemt dat ‘geen kwaliteit van leven’

Door één verzorgende werd nog het dienstrooster als belemmerende factor genoemd, ze heeft vaak korte diensten en kan dan niet op een rustiger tijdstip even terug komen op de vraag die haar door een bewoner is gesteld of die ze heeft gesignaleerd. Ook werd opgemerkt dat wanneer er thuis geen begrip is voor het soms moeilijke werk, dat ook een belemmerende factor zou kunnen zijn.

Stimulerende factoren

Waardoor worden verzorgenden gestimuleerd om om te kunnen gaan met levensvragen bij bewoners? Vijf van de verzorgenden geven factoren aan die te maken hebben met de zorgrelatie. Zij geven aan dat bewoners pas praten als ze zich op hun gemak voelen bij iemand en ook als je iemand wat langer kent is er beter contact en vertellen ze meer. Verzorgenden van de PG afdeling zeggen dat het heel belangrijk is om te weten hoe iemand heeft geleefd: ‘door kennis van de levensloop kan beter contact worden gemaakt’ en ‘via het levensverhaal worden levensvragen sneller ‘ontdekt’. Voor alle verzorgenden geldt dat een luisterend oor bieden stimuleert en bij het werk hoort. Iemand merkte op dat de cliënt haar stimuleert om er aandacht aan te besteden.

“Het hoort bij mijn werk .. ook een luisterend oor bieden dus eh ..de cliënt stimuleert me!! Ik ga het ook doen! Ik doe het en ik blijf het ook doen!! Ook al is het nog zo druk!!” (5.59)

Drie verzorgenden geven aan dat het belangrijk is om er ‘te zijn’ voor de cliënt en iemand benadrukte dat de bewoner aankijken en zeggen wat je ziet heel belangrijk is.

“[...] en je kan ook iets zeggen en ondertussen iets anders doen en dan reageren met o mooi.. maar als je echt iemand aankijkt en dan zegt: het gaat niet zo goed hè... dan gaat ie daar eerder op in.. of hij zegt ‘goed’.. maar hij kijkt er heel anders bij.. dan zeg ik wel van nou.. zo ziet u er niet uit.. u kijkt niet vrolijk.. dus ja.. dat is ook wel heel belangrijk.” (1.71)

Alle verzorgenden zeggen dat de steun van collega’s stimulerend werkt: ‘kan verhaal kwijt bij collega’s’, ‘samenwerken stimuleert’, regelmatig overleg en afstemming met collega’s’, ‘goede sfeer in een team’, ‘goed communicerend team’, ‘elkaar feedback geven’. Wat ook genoemd werd door een verzorgende is dat ze het belangrijk vindt dat gevoelens en emoties van cliënten in de overdracht vermeld worden, daardoor kan ze er alert op zijn en betere totale zorg geven. Iemand zei dat ze door meer levenservaring en mensenkennis beter kan signaleren, ze is sterker geworden door ervaringen en kan ook beter haar eigen gevoel accepteren.

“het raakte me zo... dus ik liet ook een traantje weet je wel.. en toen dacht ik nee ik mag niet verdrietig zijn.. de familie moet verdrietig zijn.. of moet.. weet je wel.. daar had ik zoiets van een schuldgevoel over .. maar nu denk ik: ‘ik mag ook verdrietig zijn.’” (2.103)

Door twee verzorgenden werd de eigen religieuze achtergrond genoemd waardoor vragen sneller herkend werden en ze misschien een beter begrip hadden en makkelijker contact met de cliënt konden maken. Een oudere verzorgende noemde leeftijd en ervaring als stimulerende factor om meer alert te zijn op levensvragen en totale zorg.

Grenzen ervaren en daar mee om gaan

Hoe gaan verzorgenden om met hun grenzen?

Drie verzorgenden vinden het belangrijk om eerlijk te zeggen dat je geen oplossing hebt, iemand noemt ‘eerlijk zijn en zeggen dat ik het ook niet weet’, een ander zegt: ‘luisteren en eerlijk zeggen dat ik niet de juiste persoon ben’. Ze geven wel aan dat ze ‘beloven om het uit te zoeken’ of ‘het eerst zelf te proberen door heel goed te luisteren’. Een verzorgende noemde specifiek begrip te hebben voor euthanasiewens.

“ik heb er geen moeite mee als mensen niet meer willen leven. [...] nee ik kan niet helpen daar in.. maar ik kan wel helpen om iemand te zoeken die u misschien daarmee kan helpen met waar u

meezit. Niet met de dood.. hè maar wel om er mee om te gaan, dan kijk ik weer naar de gv-er of de psycholoog.” (5.61)

Drie verzorgenden overleggen in het team als ze het zelf niet meer weten, ‘weten collega’s het ook niet meer dan houdt het op’ zegt een verzorgende, anderen noemen overleggen met een andere hulpverlener en geven dan aan daarvoor de psycholoog of de geestelijk verzorger te vragen. Als de grenzen te maken hebben met tijdsdruk dan zegt een verzorgende dat ze na werktijd terugkomt om een gesprek af te maken. Een ander zou dan de EEV-er vragen. De tijdsdruk voelt als een zware last.

“maar ik wil niet, ik wil niet..die tijdsdruk dat wil ik niet! Maar ja soms is het .. dan voelt dat toch zo... dan voel je dat als een zware last!” (5.25)

Vier verzorgenden ervaren hun grenzen als het gaat om geloofsvragen. Iemand zei daar nog nooit een vraag over te hebben gehad, maar ze zou als het voor mocht komen de GV-er inschakelen. Twee anderen zeiden dat ze bij geloofsvragen of vragen naar de zin van het leven, contact zouden opnemen met de GV-er. Een verzorgende zei dat ze weinig van kerkelijke dingen weet en dan de GV-er inschakelt. Zij noemde ook een voorbeeld van een moeilijke situatie waar zij en haar collega’s geen oplossing voor hadden kunnen bedenken, waar ze als team niet uit kwamen en hun grens voelden.

“[...] hij ligt gewoon dood te gaan ..te wachten tot hij gaat sterven. Wat zouden we nog voor hem kunnen betekenen? Hij is niet.. hij heeft geen religie.. daar kunnen we niks mee ..dus eigenlijk ..ja eigenlijk was het wel heel frustrerend dat we alleen pijnbestrijding konden aanbieden... weet je als hij dan zoiets heeft van ik ben kerkelijk of zo.. ja dan schakelen we jullie in. Maar dan voel ik mij wel machteloos moet ik zeggen.” (5.5)

Verzorgenden noemen ook hun persoonlijke grenzen, iemand is bang voor de dood, heeft moeite om er over te praten, ‘wat zeg je dan op zo’n moment’? Ze gaf aan ook wel eens een traan te hebben gelaten, ‘ik ben ook maar een mens’. Twee verzorgenden noemen hun machteloosheid als het gaat om de kwaliteit van leven. ‘Moet dat nou zo, is er geen andere oplossing’, ‘welke keuze maak je dan’, ‘wat is dan nog kwaliteit van leven’, ‘dan sta je met je mond vol tanden’.

Een verzorgende noemde haar eigen twijfel en vraagt zich soms af ‘waar doe ik het voor’?

“Als je zelf dan niet meer tevreden naar huis gaat, [...] niet meer met een fijn gevoel naar huis gaan, als ik mezelf dan afvraag heb ik alles voor de cliënt gedaan wat ik zou willen doen.. [...] als je dat niet meer met ja kan beantwoorden ..dan denk ik ‘ja waar doe ik het dan voor’. [...] ben ik zelf blij met wat ik heb kunnen doen vandaag? Als het antwoord nee is dan eh... het is wel een tijdje nee geweest... dan denk ik van ..dan moet ik zelf anders gaan werken want anders houd ik het niet vol.” (5.67)

Wat hebben verzorgenden nodig

Aan de verzorgenden werd gevraagd wat ze nodig hebben, om goed om te gaan met de levensvragen in de zorg. Twee verzorgenden noemden hun EVV opleiding, hierdoor konden ze meer verdieping in hun gesprekken brengen. Voor hen waren ook de cliënten ondersteunend, ze noemden beide de waardering, verbaal of non-verbaal. Een van hen zegt dat de cliënt haar stimuleert en dat ze kan volhouden door de kleine dingen in het leven te blijven zien. Drie verzorgenden vinden het belangrijk dat ze ‘kunnen afstemmen met collega’s’, ‘terug kunnen vallen op collega’s, afdelingscoördinator en EVV-er’, ‘dat er openheid is in het team’, iemand noemt het voldoende om de dingen kort onder de koffie met elkaar te bespreken. Drie verzorgenden geven aan dat ze graag willen overleggen met andere hulpverleners, genoemd worden de psycholoog, een vertrouwenspersoon en bij geloofsvragen de EVV-er of de dominee. Iemand suggereerde een soort werkbijeenkomst hierover. Een verzorgende mist het onderwerp over het omgaan met levensvragen in de opleiding voor verzorgende. Ze heeft behoefte aan een betere ondergrond en bijscholing om er met anderen over te kunnen praten en wil graag verdieping: “*dat je wat dieper kunt graven bijvoorbeeld*” (3.74) en inzicht in levensvragen en achtergrond.

“[...] dat krijg je niet in je opleiding en dan denk ik dan kom ik hier en ja soms vooral als je nog heel jong bent dan komt er ineens zo’n vraag op je af [...], daar moet je ook weer ingroeien maar als je een betere ondergrond hebt, dan gaat het misschien ook wel makkelijker. En misschien een keer een bijscholing of zo of dat je er met anderen over kunt praten.” (3.67)

42

3.3.2. Samenvatting en conclusies

De resultaten van de interviews geven inzicht in de wijze waarop verzorgenden hun beroep uitoefenen in relatie tot het omgaan met levensvragen. Dat was ook de doelstelling in het onderzoek.⁴¹ Er zijn veel aspecten genoemd die van belang zijn voor goede zorg. Eigenlijk draaide het hele interview daarom, want goede zorg is totale zorg. Dat werd door een aantal verzorgenden ook zo verwoord: ‘Levensvragen zijn heel breed’ en ‘het is een totaalplaatje’.

De respondenten hebben een ontroerend eerlijk inzicht gegeven in hun vragen en moeiten maar ook in hun vaardigheden in het omgaan met levensvragen van de aan hun zorg toevertrouwde bewoners.

In het volgende hoofdstuk zullen de uitkomsten worden samengevat en vergeleken met de literatuur. Daaruit zullen conclusies worden getrokken die van belang zijn voor de aanbevelingen.

⁴¹ Doelstelling in het onderzoek: Informatie verzamelen over wat voor verzorgenden, in hun cruciale rol van directe zorgverlener, van belang is om handen en voeten te kunnen geven aan integrale zorg en wat ze nodig hebben om het deelgebied spirituele zorg vorm te kunnen geven. P. 9

Hoofdstuk 4. Beantwoording van de onderzoeksvraag, conclusies en aanbevelingen

Op basis van de gegevens uit de interviews wordt in dit hoofdstuk een antwoord gegeven op de onderzoeksvraag. Daarna volgt een vergelijking tussen de uitkomsten van het onderzoek en de literatuur en zullen conclusies worden getrokken. Tenslotte volgen dan de aanbevelingen.

4.1 Beantwoording van de onderzoeksvraag

In hoeverre hebben verzorgenden in een verpleeghuis oog voor levensvragen (spirituele vragen) bij bewoners en hoe gaan ze er in de huidige praktijk mee om?

Deze onderzoeksvraag bestaat eigenlijk uit twee delen nl.: *is* er oog voor levensvragen en *hóe* wordt er mee omgegaan. Om hier een antwoord op te kunnen geven zullen eerst de deelvragen worden beantwoord.

1. *Wat betekent voor een verzorgende goede zorg?*

Uit de interviews wordt duidelijk dat goede zorg te maken heeft met subjectieve waarnemingen en gevoelservaringen van verzorgenden. Aan de invulling van wat ze onder goede zorg verstaan geeft iedere verzorgende dan ook eigen inhoud en betekenis. Maar alle verzorgenden zeggen wel dat ze onder goede zorg *meer* verstaan dan alleen lichamelijke zorg. Dat blijkt uit de uitspraken dat zorg meer is dan wassen en aankleden, dat het een totaalplaatje is en dat de mens als geheel belangrijk is. Goede zorg is ook begeleiden en daarbij het eigen gevoel tot uiting brengen. Dat bleek vooral uit de voorbeelden die werden genoemd en die getuigden van een betrokken, compassievolle en zorgrelatie tussen bewoner en verzorgende.

Opvallend was dat naast het verlenen van goede zorg ook een goed zorgverlenerschap belangrijk wordt gevonden. Hoe kan ik goede zorg geven met alle belemmerende factoren die er zijn. Men benoemde daarbij specifiek de eigen vragen en twijfels over het omgaan met grenzen aan de zorg, over kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg.

2. *Welke eigen levensbeschouwelijke of professionele visie en achtergrond spelen een rol om levensvragen te herkennen?*

Deze deelvraag is niet in een paar zinnen te beantwoorden omdat zes verschillende verzorgenden zijn geïnterviewd. Daar kan geen algemene conclusie uitgetrokken kan worden. De vraag heeft een relatie met de deelvraag naar stimulerende en belemmerende factoren en zal bij de conclusie van die vraag (mee) beantwoord worden.

3. *Welke factoren belemmeren en welke stimuleren verzorgenden om in te gaan op levensvragen?*

Niet onverwacht werd als grootste belemmerende factor de tijd genoemd. Verzorgenden geven aan dat ze door tijdsdruk niet in kunnen gaan op vragen van bewoners op de wijze die ze graag willen. Ze hebben daar wel allemaal hun eigen ‘oplossingen’ voor bedacht maar daar zijn ze niet echt tevreden mee. Als reden voor het werken onder tijdsdruk worden de toegenomen zorgzwaarte en minder personeel genoemd. In relatie hiermee staat dat samenwerken ook een belemmerende factor kan zijn, want extra tijd nemen voor een gesprekje met een bewoner betekent voor een collega ‘harder werken’. De korte diensten tijdens de ochtendspits zijn belemmerend, daardoor is er geen tijd om op een wat rustiger tijdstip terug te komen op een vraag of een probleem. Bewoners ‘zien een gehaaste verzorgende en durven niets te vragen’. Daarnaast spelen persoonsgebonden aspecten een rol; het niet bekend zijn met religie kan belemmerend zijn t.a.v. levensvragen die een geloofsrelatie hebben. Ook leeftijd en ervaring worden genoemd als belemmerende factoren, bewoners vinden iemand soms te jong en zoeken een ouder iemand om mee te praten. Ook een tekort aan kennis van spirituele zorg, waaraan in de opleiding weinig aandacht wordt besteed (aldus een recent opgeleide verzorgende), wordt genoemd. Verder worden bepaalde verpleegsituaties (geïsoleerde verpleging) en het bespreken van levensvragen in het zorgleefplanoverleg als belemmerend ervaren voor het omgaan met levensvragen.

Er zijn ook factoren die stimuleren om in te gaan op levensvragen van een bewoner. Met name een goede zorgrelatie stimuleert. Deze zorgrelatie ontstaat door het ‘er zijn’ voor de bewoner. Door een juiste houding kan men iemand op z’n gemak stellen, vertrouwen wekken, interesse tonen en rust uit stralen. Een andere stimulerende factor is kennis van de levensloop en het levensverhaal van de bewoners. Daardoor kan beter contact worden gemaakt en kunnen levensvragen sneller ontdekt worden aldus de twee verzorgenden van de afdeling psychogeriatric. Het Zorgleefplan wordt door de EVV-ers in opleiding genoemd als een stimulerend middel om aandacht te schenken aan alle domeinen van de zorg. Ook steun van collega’s kan stimulerend werken vooral wanneer er goed gecommuniceerd wordt. Als via de overdracht emoties en gevoelens van bewoners worden overgedragen kan de volgende dienst betere zorg geven. En ook hier zijn persoonlijke aspecten van belang: levenservaring, mensenkennis, een wat oudere leeftijd en de EVV opleiding zijn beïnvloedende factoren om alert te zijn op het vóórkomen van levensvragen. Door een eigen religieuze achtergrond worden levens- en/of geloofsvragen sneller herkend.

4. *Welke acties ondernemen verzorgenden zelf als ze met levensvragen geconfronteerd worden?*

Deze deelvraag gaat vooral over wat verzorgenden ‘doen’. In de interviews worden veel verschillende ‘acties’ genoemd. Maar aan een actie gaat altijd het signaleren vooraf. Verzorgenden merken vaak wel dat er iets is met een bewoner, ze benoemen daarover zowel verbale als non-verbale signalen die ze duiden als ‘er is iets meer aan de hand’. Op de verbale signalen wordt indien de situatie het toelaat, (zie: belemmerende factoren) zo veel mogelijk ingegaan omdat verzorgenden zich verantwoordelijk

voelen voor de bewoner. Hierin is de filosofie van Levinas te herkennen; het appèl van het ‘gelaat van de ander’ maakt de verzorgende verantwoordelijk om er een antwoord op te geven. Dat antwoord is heel divers en heeft ook te maken met de soort afdeling waarop wordt gewerkt en met persoonlijke eigenschappen van de verzorgende. Alle verzorgenden proberen ruimte te bieden áán - en tijd te nemen vóór bewoners, om levensvragen -of wat zij daaronder verstaan -, te bespreken. De één doet dat middels een juiste houding, gesprekstechnieken en kennis, een ander vanuit compassie en inleving. Ze reageren op wat de bewoner laat zien of wil laten zien. Daarbij is de één wat terughoudender dan de ander. Ze gaan niet zo gauw in gesprek over geloof of levensbeschouwing omdat ze daar niet zo veel van weten. Voor iedereen staat de bewoner centraal maar is er ook aandacht voor de naasten, vooral op de afdeling psychogeriatric. Verzorgenden van deze afdeling noemen het zich kunnen verplaatsen in de cliënt als de kern van hun werk. Gesprekken over de dood en het omgaan daarmee gaan drie verzorgenden expliciet niet uit de weg, ze komen daarbij wel aan hun grenzen maar zijn niet bang om hun gevoel te tonen. Het omgaan met levensvragen brengt bij deze verzorgenden veel emoties te weeg getuige woorden als ‘machteloosheid’, ‘frustratie’, ‘wat kan ik nog doen’, ‘hoe zeg je zoiets’, ‘wat zeg je dan’ en ‘welke keuze maak je dan’.

5. Wanneer en waarom verwijzen ze door naar een andere discipline en naar wie dan?

Verzorgenden zijn zich over het algemeen bewust van hun grenzen. Wanneer ze er zelf niet uitkomen zoeken ze veelal eerst hulp bij collega's, de EVV-er of de afdelingscoördinator. In het zorgplanoverleg wordt afgestemd met het multidisciplinaire team. Bij vragen over geloof zal de geestelijk verzorger (de dominee) gevraagd worden, maar de geïnterviewde verzorgenden spreken over het algemeen niet zoveel over geloofsthema's omdat ze er niet zo bekend mee zijn. Er werd wel genoemd dat er bij iemand die de zin van het leven niet meer ziet, wel gedacht wordt aan de geestelijk verzorger [gv-er], iemand anders zei dat ze denkt dat de gv-er waarschijnlijk ook wel bij levensvragen gevraagd kan worden, maar dat ze toch meer weet van ‘kerkelijke dingen’. Uit deze en andere voorbeelden blijkt dat men de gv-er toch specifiek ziet als de deskundige bij geloofsvragen.

Men noemde ook de psycholoog een aantal keren genoemd. Op de PG afdeling wordt met de psycholoog afgestemd over gedrag en benaderingswijze. Op de andere afdelingen schakelt men een psycholoog in als iemand bijv. ‘met zichzelf in de knoop zit’ of het moeilijk heeft met de huidige situatie en ‘al heel veel heeft meegemaakt’ zoals uit het voorbeeld van een verzorgende bleek. Verwijzing naar een maatschappelijk werkende is niet aan de orde geweest.

Andere onderwerpen

Uit de interviews komen nog een aantal onderwerpen naar voren die buiten de deelvragen vallen. Daarvan is met name motivatie nog van belang om te noemen. Want kiezen voor de zorg is een belangrijke vorm van zingeving voor de zorgverlener en heeft in die zin dan ook een spirituele basis. Verzorgenden ontleen hun motivatie aan aspecten die te maken hebben met ‘voldoening’, ‘waardering’, ‘betekenis geven’, van betekenis zijn’, en ‘persoonlijke ontwikkeling’ en heerlijk om voor mensen te zorgen’.

Beantwoording centrale onderzoeksvraag

Met de conclusies van de deelvragen kan de onderzoeksvraag worden beantwoord. Deze luidt:

“In hoeverre hebben verzorgenden in een verpleeghuis oog voor levensvragen (spirituele vragen) bij bewoners en hoe gaan ze er in de huidige praktijk mee om?”

Verzorgenden hebben oog voor goede zorg, ze willen en doen meer dan alleen lichamelijke verzorging, tonen veel betrokkenheid bij de aan hun zorg toevertrouwde ouderen en zijn gemotiveerd om totale zorg te geven. In die totale zorg hebben ook levensvragen een plek. Door verzorgenden wordt het woord ‘levensvraag’ niet eenduidig geïnterpreteerd, maar uit hun antwoorden en voorbeelden blijkt duidelijk dat ze in essentie allemaal oog hebben voor situaties en vragen die gaan om de diepere aspecten van het mens-zijn. Dat is voor de één dan meer het omgaan met vragen uit het verleden, voor de ander het heden: de moeiten en problemen in de huidige situatie van de bewoner en voor een derde juist de vragen en zorgen rondom levenseinde en dood van een bewoner.

De manier waarmee er wordt omgegaan is divers en persoonlijk. Er zijn belemmerende factoren die zich zowel bevinden op organisatorisch gebied als op persoonlijke functioneren. Wat opvalt is dat drie van de zes respondenten duidelijk de emotionele belasting benoemen die ze ervaren in het omgaan met levensvragen en spirituele zorg. Er is behoefte aan het kunnen delen met collega's maar dat gebeurt informeel en willekeurig en is afhankelijk van de persoon. Er wordt ook behoefte genoemd aan bijscholing en verdieping.

46

Met de uitkomsten van het praktijkonderzoek is ook de onderstaande doelstelling in het onderzoek behaald.

“Informatie verzamelen over wat voor verzorgenden, in hun cruciale rol van directe zorgverlener, van belang is om handen en voeten te kunnen geven aan integrale zorg en wat ze nodig hebben om het deelgebied spirituele zorg vorm te kunnen geven.”⁴²

Betrouwbaarheid, toepasbaarheid en validiteit

Betrouwbaarheid gaat over de mate waarin het onderzoek transparant en daarmee herhaalbaar is. In dit onderzoek is rekening gehouden met het criterium van betrouwbaarheid door middel van het opnemen van de interviews op band, waarna transcriptie is uitgevoerd. Met betrekking tot de validiteit, waarbij het gaat om de geldigheid van de conclusies kan worden opgemerkt dat de interne validiteit, de geldigheid voor de verzorgenden, zoveel mogelijk is gewaarborgd door gebruik te maken van letterlijke fragmenten uit de interviews. Voor de externe validiteit zijn de onderzoeksuitkomsten naast de literatuur gelegd, om zo tot valide conclusies te kunnen komen. Daarover gaat de volgende paragraaf.

⁴² Zie: hoofdstuk 1, paragraaf 1.3

4.2 Vergelijking uitkomsten praktijkonderzoek en literatuur

In deze paragraaf zullen uitkomsten van het literatuuronderzoek gelegd worden naast de uitkomsten van het praktijkonderzoek. Hieruit volgen conclusies die resulteren in aanbevelingen. Want aanbevelingen kunnen niet alleen gedaan worden op basis van de uitkomsten van het empirisch onderzoek maar hebben een normatief kader nodig.

Integrale zorg

In de literatuur wordt beschreven dat integrale zorg een zorgvisie is die gericht is op de totale zorg, d.w.z. zorg voor lichaam en geest (zie § 2.2). In de interviews geven verzorgenden op verschillende wijze aspecten van deze integrale zorg aan. Ze noemen zorg ‘een totaalplaatje’, zeggen dat de mens als geheel belangrijk is en dat zorg meer is dan wassen en aankleden. De twee verzorgenden die de EVV opleiding doen, spreken beiden over totale zorg die inzichtelijk gemaakt wordt door de vier domeinen van het Zorgleefplan en ze weten iets over het domein ‘mentaal welbevinden’. Een van hen zegt hierdoor toch anders te zijn gaan werken, ze is zich meer bewust van alle aspecten die van belang zijn voor goede zorg. De ander benadrukt het belang van aandacht voor het levensverhaal: ‘hoe heeft de cliënt geleefd en wat is belangrijk voor hem of haar’. Dat laatste komt ook sterk naar voren in de interviews met de twee verzorgenden van de PG afdeling. Ook zij benoemen het levensverhaal, waarin alle aspecten van de mens beschreven zijn, als basis van waaruit zij de totale zorg kunnen verlenen en zich kunnen aanpassen aan - en inleven in de cliënt. De twee andere verzorgenden laten met name in hun voorbeelden van compassie en betrokkenheid, zien dat ze oog hebben voor de geestelijke dimensie en de ervaring van de bewoner in de huidige situatie. Zij zijn zich bewust van het belang van goede zorg voor de hele mens.

Spirituele zorg

In paragraaf 2.3 wordt vanuit de literatuur beschreven wat de spirituele dimensie in de zorg inhoudt. Uit de interviews blijkt dat verzorgenden spirituele zorg als woord niet zo specifiek benoemen. Ze lijken dat wel te bedoelen als ze het hebben over ‘meer dan wassen’. Er wordt gesproken over ‘begeleiden in levensloop en levensvragen’, omgaan met ‘angst en verdriet en dan je eigen gevoel ook tot uiting brengen’ en ‘belangrijk om over privé (persoonlijke) dingen te kunnen praten met bewoners’. Ook hierbij wordt het levensverhaal en hoe iemand geleefd heeft, als middel gebruikt om inzicht te krijgen in hoe de cliënt in het leven staat. Veel voorbeelden gaan over de ‘alledaagse zingeving’ (zie § 2.3.2). Maar een aantal verzorgenden noemen ook voorbeelden van gesprekken over de zin van het leven, over het omgaan met vragen rondom het levenseinde en vragen over dood en lijden. Degenen die dit noemen geven hierbij ook gelijktijdig hun eigen moeiten daarmee aan, ze spreken over omgaan met machteloosheid, wanhoop, angst voor de dood. Hierdoor laten ze zien dat ze oog hebben voor de diepere zingeving en voor de eigen spiritualiteit (§ 2.3.3).

Levensvragen

Hoe gaan verzorgenden om met de confrontatie met levensvragen en hoe valt dat te vergelijken met wat daarover in de literatuur is beschreven? (zie § 2.4).

Volgens Van Leeuwen en Cusveller (2005) zijn er twee vragen van belang nl.:

1. Herkennen verzorgenden levensvragen bij de cliënt en kunnen ze die bespreekbaar maken?
2. Wat doet het steeds maar weer omgaan met moeilijke situaties rondom leven en dood met henzelf en hoe krijgen ze inzicht in hun eigen levensvragen en spirituele behoeften?

Ad. 1: Uit de interviews blijkt dat verzorgenden wel herkennen wanneer iemand ‘niet zo goed in zijn vel zit’. Ze benoemen het als ‘er is iets meer aan de hand’, zien ook signalen die ze proberen te interpreteren. Iemand zegt dat ze goed kan luisteren en niet alleen het verhaal aanhoort maar ook de vragen herkent die in het verhaal van de cliënt zitten’. Leget (2005) zegt hierover dat achter een simpele opmerking meerdere betekenislagen schuil kunnen gaan (§ 2.4.3). Verzorgenden beseffen ook dat afwijkend gedrag of een bepaalde houding een uiting van een dieperliggende vraag of wens kan zijn. Ze noemen daar voorbeelden van zoals ‘niet op willen staan en de gordijnen gesloten laten als signaal dat iemand tegen de dag op ziet’ of iemand die zegt niet bang te zijn voor verslikken ‘omdat hij er dan mooi van af is’.

Het bespreekbaar maken is niet in alle gevallen even gemakkelijk, ook door een aantal praktische belemmerende factoren. Vermaas (2011) noemt de woorden ‘handelingsverlegenheid’ en ‘vraagverlegenheid’ (§ 2.4.3). Daarover werden in de interview ook een aantal uitspraken gesignaleerd. Een verzorgende zegt dat ze niet snel uit zich zelf begint over moeilijke dingen, ze wacht tot de bewoner er mee komt, ze zal het niet uitlokken. Iemand anders zegt ‘ik laat de bewoner praten en ga daar op in’. Ook de vraagverlegenheid wordt benoemd getuige de opmerking : ‘bewoners vullen in dat de zuster druk is en willen niet lastig zijn’, ‘mensen voelen dat je druk bent’ en ‘bewoners praten pas als ze zich op hun gemak voelen bij iemand’.

Ad. 2: Wat doet het steeds maar weer omgaan met moeilijke situaties rondom leven en dood doet met de verzorgenden zelf. Uit de interviews blijkt dat drie verzorgenden een heel duidelijk zelfinzicht hebben, ze geven weer dat ze het moeilijk vinden, ze benoemen hun machteloosheid bij het omgaan met levensvragen, maar zeggen ook er van te leren. Iemand zegt dat ze het omgaan met mensen die een doodswens hebben heel moeilijk vindt maar dat ze er niet voor wegloopt. Een verzorgende vindt het moeilijk om over de zin van het leven te praten met bewoners, ze gaat er wel op in, stelt vragen, maar zal geen eigen mening geven omdat ze bang is om levenskeuzes te beïnvloeden. Een verzorgende vraagt zich soms af of ze alles heeft gedaan wat ze kon doen voor de cliënt en reflecteert met de vraag: ‘ben ik zelf blij met wat ik heb kunnen doen vandaag?’. En een jongere verzorgenden heeft ook haar vragen, ‘hoe ga je als jongere om met emoties en moeilijke vragen, wat doe je dan?’

Competenties

Wat moeten verzorgenden kunnen, over welke competenties dienen ze te beschikken om in staat te zijn met levensvragen van cliënten om te gaan?

Kuin (2009) zegt dat de grondhouding van elke verzorgende moet zijn “dat ze respect heeft voor de spiritualiteit van de cliënt, [...] ‘present’ kan zijn en haar eigen ‘mens-zijn’ kan inzetten.” (zie § 2.5.3) Dat is een hele ideale omschrijving maar als de uitspraken van de verzorgenden uit de interviews daar naast gelegd worden dan zijn er toch wel een aantal overeenkomsten. Respect is een woord wat veel voorkwam in de interviews, vooral de verzorgenden van de PG afdeling vonden dat heel belangrijk, respect voor de cliënt maar ook voor zijn geloofsuitingen. Ook andere verzorgenden noemden dit. Het woord ‘presentie’ werd niet zo genoemd maar er zijn veel voorbeelden en uitspraken die te maken hebben met present zijn dat, zoals Leget (2010) het noemt: “een wijze van handelen is die de nadruk legt op het luisterend aanwezig zijn.” (§ 2.5.3) Dat luisterend aanwezig zijn was heel duidelijk zichtbaar tijdens de participerende observatie maar ook in de interviews zoals blijkt uit uitspraken als: ‘er zijn voor de bewoner, ‘alleen maar luisteren en de hand vast houden’, ‘voelen dat iemand eenzaam is en een ijsje gaan eten buiten werktijd’, ‘iemand aankijken en het verschil zien tussen wat hij zegt en hoe hij kijkt’. Dit ‘er zijn’ en contact maken zit door het werk van alle verzorgenden heen geweven. Maar het is niet gemakkelijk want ‘er zijn’ bestaat niet alleen uit aanwezig zijn maar ook uit het maken van contact en het aanvoelen wat het voor de cliënt betekent aldus Vaalburg (2011, p.6). Vanuit zo’n open houding worden verzorgenden geraakt door uitingen van verdriet en wanhoop, door het uit de Bijbel horen lezen aan een sterfbed en door de desolate leefwereld van de cliënt die in isolatie verzorgd moet worden: “dat gaat me zo aan het hart”, en “moet iemand dan zo doodgaan?”. En juist hier, in deze situaties wordt ook het eigen mens-zijn nadrukkelijk ingezet, de verzorgende neemt zichzelf mee in het contact, ze mag haar eigen verdriet laten zien, ze kan haar eigen visie inbrengen als iemand haar vraagt of ze bang is voor de dood en ze kan op haar eigen wijze liefdevolle lichamelijke zorg geven. Bij zo’n inzet van het eigen mens-zijn is er in het contact wederkerigheid en dialoog in welke vorm dan ook.

Van Leeuwen (2005) heeft in zijn onderzoek beschreven dat er ook tekorten zijn in de competenties van zorgverleners en dat het vaak onduidelijk is wat verzorgenden op dit gebied moeten kunnen. (§ 2.5.1) Dat blijkt ook uit de interviews: verzorgenden lopen soms tegen hun grenzen aan, weten dan niet wat te doen, niet wat te zeggen, hoe te handelen. Iemand noemde gebrek aan kennis uit de opleiding maar ook leeftijd, ervaring en eigen levensbeschouwing werden als belemmerende factoren genoemd. Daarnaast is niet altijd duidelijk welke disciplines waarvoor gevraagd kunnen worden en is er twijfel en onduidelijkheid over het doorverwijzen; naar wie en wanneer. Bij een cliënt waarbij de spirituele behoefte geduid werd als een psychosociale vraag werd de psycholoog ingeschakeld, iemand in een terminale fase waarbij de verzorging niet meer wist wat ze nog konden bieden behalve pijnbestrijding werd niet in contact gebracht met de geestelijk verzorger omdat hij ‘niet kerkelijk’ was.

4.3 Samenvatting van de conclusies

De geïnterviewde verzorgenden zijn vrouwen met een ‘groot hart’. Het zijn spirituele doeners die, zoals uit de interviews blijkt, werken en luisteren met hart en handen. Ze hebben blijk gegeven van een grote betrokkenheid op en verantwoordelijkheid voor de aan hun zorg toevertrouwde cliënt en ze proberen aandacht te hebben voor de totale zorg die in de visie van alle geïnterviewden breder is dan alleen de lichamelijke zorg. Hoe ze met die niet lichamelijke aspecten van de zorg omgaan is divers en heeft te maken met organisatorische- en persoonlijke factoren zoals motivatie, opleiding en soort afdeling. De EVV-ers in opleiding hebben kennis van het onderscheiden van de zorg in de vier zorgdomeinen en proberen in de zorgplannen daar aandacht voor te hebben. Een van hen zei echter ook ‘dat je het dan ook nog wel moet doen’ en dat het soms moeilijk is om om te gaan met gevoelens van onmacht en frustratie als er geen tijd is of je weet niet wat je in een bepaalde situatie nog kunt doen. Daarmee kampen de andere verzorgenden van de somatische afdelingen ook. Zij hebben veel compassie en aandacht voor de cliënten, zijn luisterend aanwezig, dus present voor de cliënt met volledige inzet van hun eigen mens-zijn, maar ook met vragen en twijfel of de zorg die ze geven goede zorg is en of ze een goed zorgverlener zijn. De verzorgenden die werkzaam zijn op de afdeling psychogeriatric hebben daar minder last van zo lijkt het. Zij noemen als kern van hun werk het zich kunnen verplaatsen in de cliënt waardoor goede zorg mogelijk is.⁴³ De specifieke verschillen tussen verzorgenden van een somatische- en een psychogeriatric afdeling zijn in dit onderzoek niet verder uitgediept. Dat zou in een vervolgonderzoek en met op die doelgroep toegesneden literatuur mogelijk nog een keer kunnen worden gedaan.

50

Met Van Leeuwen (2005) kan dan ook gesteld worden dat een aantal genoemde factoren reden geven om aan te nemen dat het noodzakelijk is om zorgverleners meer competent te maken voor het omgaan met spiritualiteit en levensvragen. Daarbij is het van belang dat de aandacht voor de spirituele behoefte ingebed wordt in het zorgproces en niet tussen neus en lippen door gebeurd of afhankelijk is van de spiritualiteit en de gevoeligheid van de dienstdoende zorgverlener. Dat komt en de client en de zorgverlener ten goede. Want de vraag *'hoe blijft de cliënt er mens bij?'* roept net zo goed de vraag op : *'hoe blijft de medewerker er mens bij?'*⁴⁴.

4.4 Aanbevelingen

Met de bovengenoemde conclusie kunnen, zoals in de doelstelling van het onderzoek is beschreven (zie § 1.3), aanbevelingen worden gedaan.

4.4.1 Aanbevelingen t.b.v. goede zorg voor de cliënten

Deze zijn er op gericht om levensvragen bij de cliënten beter te herkennen en bespreekbaar te maken.

⁴³ Hierbij kan de vraag gesteld worden of dat te maken heeft met de iets andere vorm van het interview bij deze twee verzorgenden. (zie paragraaf 3.1.3. onder kopje respondenten, p. 29).

⁴⁴ Werkdocument “Toekomst Geestelijke verzorging”. Gelezen via: www.VGVZ.nl

Aanbeveling 1

Omdat uit de interviews blijkt dat het levensverhaal van een cliënt belangrijk voor het herkennen van levensvragen is het aan te bevelen om structureel aandacht voor het levensverhaal in te bedden in het opnamegesprek en dit ook voor alle verzorgenden inzichtelijk te maken. Misschien is het de moeite waard om de manier van de PG afdeling, waar de familie de levensgeschiedenis aanlevert, ook op andere afdelingen na te volgen, met dien verstande dat ook een nieuwe cliënt zelf mogelijk al wat op kan schrijven, evt. samen met zijn familie omdat dit tijdsbesparend werkt.

Aanbeveling 2

Uit de interviews en uit de literatuur blijkt dat het niet altijd duidelijk is welke andere discipline ingeschakeld kan worden wanneer een cliënt levensvragen heeft. Daarom zou het aan te bevelen zijn om als GV-er en psycholoog regelmatig in een teamoverleg uitleg te geven over wat ze wanneer voor een cliënt kunnen betekenen.

Aanbeveling 3

Omdat de EVV-er toch een soort van primus inter pares is en deze door verzorgenden en helpenden ook gevraagd wordt als zij zelf het niet meer weten, zou het aan te bevelen zijn om in de interne opleiding van de EVV-ers ook een aantal lessen door de geestelijk verzorger te laten geven over het omgaan met levensbeschouwing en levensvragen van cliënten.

51

Aanbeveling 4

Vooral jongere verzorgenden die nog niet zo lang werkzaam zijn een training over het omgaan met levensvragen laten doen. Een jonge verzorgende noemde nl. dat ze in de opleiding hier niets over had geleerd en dat ze behoefte heeft aan kennis, inzicht en verdieping.

4.4.2 Aanbevelingen t.b.v. de verzorgenden

Deze gaan over het leren omgaan met moeilijke situaties rondom leven en dood en het verkrijgen van inzicht in de eigen levensvragen en spirituele behoeften van de verzorgenden.

Aanbeveling 1

Een jonge verzorgende gaf aan dat ze graag wil praten met collega's over haar gevoel in moeilijke situaties en een oudere verzorgende merkte op dat ouderen beter levensvragen kunnen signaleren dan jongeren. Daarom is het aan te bevelen om middels intervisie verzorgenden (begeleid door geestelijk verzorger) met elkaar in gesprek te laten gaan over gesignaleerde levensvragen. Intervisie richt zich op het leren van en aan elkaar als beroepskrachten die hetzelfde werk doen, hetzij binnen teamverband van dezelfde afdeling of van verschillende afdelingen. Hier zijn verschillende methodieken en werkvormen voor.

Aanbeveling 2

Meerdere verzorgenden merkten op dat afstemming met collega's stimulerend kan werken, maar ook dat samenwerken soms belemmerend kan zijn. Daarbij doelden ze op het op een eigen wijze omgaan met levensvragen van bewoners, waar collega's mogelijk anders over denken (iets buiten werktijd doen of bepaald gedrag wordt niet professioneel genoemd). Daarom is het aan te bevelen om in een teamoverleg af en toe tijd te reserveren voor een korte bespreking van een casus over een cliënt waar door collega's verschillend over wordt gedacht. Vragen kunnen bijv. zijn:

- Wat is in deze situatie belangrijk voor de cliënt en voor jou als medewerker?
- Hoe weet je wat belangrijk is voor de cliënt en waarom is dat belangrijk?
- Wat 'doet' deze situatie met de cliënt? En met jou?
- Wat wil jij bereiken? Wat doe je tot op dit moment?
- Wat is de consequentie van jouw gedrag voor de cliënt, jezelf en je collega's?
- Zou je iets anders willen doen? Wat? Hoe zou dat voor de cliënt zijn?
- Kun je van deze situatie iets leren voor jezelf en voor je team?⁴⁵

Aanbeveling 3

Misschien iets voor de 'Dag van de Verzorgenden'? Omdat veel verzorgenden het 'er zijn' noemen als symbool van goede zorg, zou het aan te bevelen zijn om een keer een themabijeenkomst (Zorggroepbreed) te organiseren over Presentie en Zorg in de laatste levensfase. Naast 'er-zijn' willen verzorgenden veelal ook graag wat 'doen'. Het zijn en blijven spirituele doeners. Daarom zou het goed zijn om eens wat meer te horen over aspecten van presentie zoals aanwezig blijven bij cliënt en naasten, ook als er niets meer 'gedaan' kan worden, maar ook bij mensen die zorg weigeren. Want presentie vraagt om met lege handen te durven staan en in staat zijn te luisteren zonder eigen ideeën, overtuigingen of oplossingen aan te willen dragen.

⁴⁵ Huizing, W., Tromp, T. & Ubels, G. 2010. P. 11

Hoofdstuk 5 Verantwoording en reflecties

In dit hoofdstuk zal eerst een verantwoording worden afgelegd van het verloop van het onderzoek en de gebruikte methodiek. Daarbij zal kritisch gereflecteerd worden op het onderzoeksproces van mij als onderzoeker. Daarna zal er een zelfreflectie plaatsvinden met betrekking tot de door dit onderzoek verworven beroepsinhoudelijke competenties. Tenslotte zal op het voor de opleiding Godsdienst Pastoraal Werk (GPW) centraal staande hermeneutisch criterium gereflecteerd worden vanuit de theologie en de optiek van mij als toekomstig beroepsbeoefenaar.

5.1 Reflectie op de methodiek

Praktijkonderzoek doen, het is niet iets wat ik vaak heb gedaan en het was daarom ook dat ik het een spannend en moeilijk traject vond en het bij nader inzien te veel voor me uit heb geschoven. Blijkbaar had ik een bepaalde drempelvrees, die bij nader inzien te maken had met een tweetal factoren nl. mijn privésituatie en daarnaast het min of meer moeten/willen voldoen aan de verwachtingen van de opdrachtgever voor wie ik een goed product wilde maken. De eerste factor is dat mijn echtgenoot wordt verpleegd in een zorginstelling en ik daardoor de zorg en de verzorgenden aan den lijve meemaak, maar ook in de literatuurstudie zoveel schrijnend vergelijkbare situaties en gemiste kansen tegenkwam. Dit heb ik besproken met mijn onderzoeksbegeleider. Ik merkte daarna al snel dat deze factor geen grote rol meer speelde toen ik het had benoemd en er daardoor objectief naar kon kijken. De tweede factor heeft tot op de dag van vandaag, min of meer op de achtergrond, meegespeeld, maar dat lijkt me ook logisch want een opdrachtgever heeft recht op een goed product.

Vorig jaar zei een van de docenten dat onderzoek doen, in de eerste plaats leuk moest zijn. Het leuke ervan kon ik echter met de beste wil van de wereld in het begin van het onderzoek niet ontdekken. Wat ik wel heerlijk vond was de literatuurstudie. Daar had ik tijdens de opdrachten in de studie altijd al veel plezier in gehad en daar heb ik ook nu weer van genoten, maar dat maakte ook dat ik te veel heb gelezen waardoor ik op een gegeven moment zoveel interessant materiaal had verzameld dat ik het spoor een beetje bijster raakte. Toen ben ik ook heel duidelijk keuzes gaan maken door weer kritisch naar de centrale begrippen in de onderzoeksvraag en de doelstelling te kijken en vanuit een beperkter aantal bronnen en recente onderzoeken het theoretisch kader te bepalen. Toen ik dat duidelijk had wilde ik ook snel starten met het praktische onderzoek en daarvoor heb ik afspraken kunnen maken in het onderzoeksveld. De selectie van de deelnemers gebeurde op verzoek van de geestelijk verzorger door de afdelingsleiding. Hierdoor ontstond onbewust een respondentenpopulatie die achteraf gezien een dwarsdoorsnede bleek van de verzorgenden in het verpleeghuis. Eerst was ik bang dat er teveel verschillende respondenten zouden zijn om een goed beeld te krijgen, maar juist door de verschillen zag ik wellicht een representatief beeld van de hele organisatie en kwamen er uitkomsten die ik niet van te voren had kunnen bedenken.

In het eerste interview, dat tevens als proefinterview diende, was de respondent veel aan het woord en had ik achteraf wat meer mogen sturen en structureren. Toch bleek na het uittypen dat er wel voldoende data waren verzameld om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden. Ik had gekozen

voor half gestructureerde interviews om zoveel mogelijk kwalitatieve gegevens te verzamelen over kennis, houding en ervaring die in verband staan met het omgaan met levensvragen van bewoners/cliënten. De respondenten kregen ook de ruimte om zelf onderwerpen in te brengen die zij belangrijk vinden in hun omgang met de levensvragen van bewoners en daarmee mogelijk ook met die van henzelf. Daardoor kregen de interviews diepgang en werden emoties zichtbaar. Enkele respondenten gaven nadien dan ook aan dat ze niet hadden gedacht dat dit onderwerp zo breed was. Dat kwam mede ook door de participerende observatie waardoor ik net even iets meer inzicht had gekregen in de zorgrelatie met de cliënten, daardoor ook konden zorgproblemen benoemd worden waarin levensvragen van zowel cliënten als van de verzorgende herkenbaar werden.

Ik bewaakte de interviews middels de van te voren, op basis van de literatuurstudie, opgestelde *topiclist*, die echter niet structurerend was voor de volgorde van de vragen. Soms werd het daardoor ook een soort van gesprek waarin ik als interviewer uitleg ging geven, bijv. over rol van de geestelijk verzorger toen bleek dat iemand die alleen koppelde aan geloofsvragen. En wanneer bleek dat een vraag niet duidelijk was gaf ik soms zelf een voorbeeld ter verduidelijking. Dat is wellicht subjectief en sturend, dat realiseerde ik me terdege bij het uitwerken van de interviews en daarom heb ik die fragmenten zoveel mogelijk buiten de resultaten gehouden. Door de niet zo gestructureerde interviews, met name door de wisselende volgorde van de *topics*, was het een grote klus om de (lange) fragmenten te labelen. Er kwamen a. zoveel verschillende labels tevoorschijn en b. zaten de topics erg verspreid door de interviews. Deze fase heeft me dus heel veel tijd gekost maar op een gegeven moment, ja werkelijk, ging ik het puzzelen leuk vinden. Tijdens het beschrijven van de resultaten werd dat gevoel sterker en toen merkte ik dat ik dacht: ‘bij een volgend onderzoek doe ik het zus of zo, in ieder geval anders’. Dus het heeft even geduurd maar ik geloof nu dat ook praktijkonderzoek doen, leuk kan zijn, dat ik het leuk kan vinden.

Kritische punten

Interviewen is een vak op zich, evenals - maar ook totaal anders dan - pastorale gespreksvoering. Ik merkte dat ik vooral in de gesprekstechniek nogal eens verviel in samenvatten, doorvragen enz. Ik had graag wat meer les in interviewtechniek willen hebben, maar die heb ik mogelijk het afgelopen (vijfde) jaar gemist doordat ik geen colleges meer volgde en niet op de hoogte was van het lesrooster.

Onderzoek doen is een eenzaam gebeuren maar het was ook een uitdaging. In het begin miste ik de feedback en support van studiegenoten. Gaandeweg kwam ik er echter wel uit ook omdat ik er toch van houd om dit soort dingen op mijn eigen manier te doen. Of het onderzoek anders was verlopen als ik in een onderzoeksgroepje had geparticipeerd weet ik niet. Wellicht was dan mijn manier van interviewen anders, in ieder geval iets meer gestructureerd geweest. Dat zou de analyse en uitwerking hebben vereenvoudigd maar de resultaten waren dan waarschijnlijk ook minder geweest.

Een neveneffect van deze manier van interviewen is denk ik, dat het bij de geïnterviewden een bewustwordingsproces op gang heeft gebracht, getuige opmerkingen als ‘ik had niet gedacht dat het zo breed was’, alsook de geëmotioneerde antwoorden die werden gegeven en de indrukwekkende verhalen die werden verteld.

5.2 Zelfreflectie op de competenties?

Door de uitvoering van dit onderzoek heb ik gewerkt aan een aantal competenties op bachelor niveau. De HBO generieke competenties laat ik in deze reflectie buiten beschouwing, hierover meen ik na dit onderzoek en aan het eind van deze opleiding in voldoende mate te beschikken. Op de beroepscompetenties zal ik in de eerste plaats reflecteren vanuit de leerervaringen in dit onderzoek. Daarna zal ik de reflectie uitbreiden naar het niveau van beroepsbeoefenaar op Bachelor niveau.

Beroepscompetenties en hun relatie tot het onderzoek.

Het doel van het onderzoek is gericht op het zo mogelijk verbeteren van de spirituele dimensie van de zorg aan ouderen in het verpleeghuis. Uit de resultaten van de interviews werden conclusies getrokken die van belang zijn voor het bieden van spirituele zorg aan deze cliënten. Vanuit die conclusies werden aanbevelingen gedaan die op verschillende vlakken liggen maar allemaal te maken hebben met de beroepscompetenties van de geestelijk verzorger.

Wanneer ik dan ook als geestelijk verzorger in deze instelling zou werken, zou ik met de uitkomsten mogelijk initiatieven kunnen ontwikkelen op agogisch-educatief, missionair en pastoraal gebied. De agogisch educatieve competentie kan ik inzetten om leer- en vormingsactiviteiten met groepen (verzorgenden) te initiëren *‘die leiden tot persoonlijke groei van mensen, de ontwikkeling van de organisatie, en het gemeenschappelijk verrichten van activiteiten.’* Door de missionaire competentie kan ik met verzorgenden en andere medewerkers in bijv. een themabespreking, *‘een relatie opbouwen waarin op basis van wederkerigheid levensvragen en geloofsvragen op elkaar worden betrokken.’* De pastorale competentie tenslotte kan ik gebruiken om verzorgenden te begeleiden (of te laten begeleiden door bijv. pastorale vrijwilligers) zo: *‘dat zij hun (religieuze) identiteit kunnen ontwikkelen of herijken’, ook in hun relatie met de cliënten.*⁴⁶

55

Beroepscompetenties van de interviewer

Tijdens het onderzoek werden ook mijn eigen beroepscompetenties aangesproken. De pastorale competentie werd in de interviews zichtbaar in een open en uitnodigende houding, brede vraagstelling en de ruimte die ik aan de geïnterviewden gaf om hun verhaal te vertellen en emoties te uiten. Dit was niet het doel van het interview maar een neveneffect. De missionaire competentie kwam tot uiting in mijn antwoord op de door twee respondenten vooraf aan het onderzoek gestelde vraag, of het interview alleen over geloofsvragen ging. Ook de uitnodigingsbrief en de inleiding op de interviews hadden een missionair karakter. De agogisch educatieve competentie werd zichtbaar in de uitleg die ik gaf over de rol van de geestelijk verzorger, en na afloop over de kerkdiensten en de stilteruimte.

Reflectie op eigen beroepscompetenties aan het eind van de studie

Aan het eind van het vierde studiejaar was, na het afronden van leerwerktraject 4 [LWT] duidelijk dat ik beschik over de beroepscompetenties op bachelor niveau. Mijn hart gaat uit naar het pastoraat,

⁴⁶Studentenstatuut 2012-2013 Christelijke Hogeschool Windesheim Bachelor Opleiding Godsdienst en pastoraal werk (vt/dt) (n.p.)

daarin kan ik me volledig inzetten en ben ik in staat om mensen te begeleiden waardoor ze troost ondervinden en mogelijk een perspectiefverandering of bestaansverheldering bespeuren. Dat bleek ook uit de integrale opdracht in het LWT. De competenties op het gebied van de liturgie gebruik ik ten volle in mijn vrijwilligerswerk in kerk en oecumene. Daarin komt ook de missionaire competentie tot zijn recht. De agogisch-educatieve competentie is in de opleiding mijn grootste struikelblok geweest, ik was niet zo'n 'lesgever', maar in de verschillende LWT's heb ik groepsgesprekken gehouden met cliënten en ik meen nu te mogen stellen dat dit onderzoek me ook heeft geholpen om deze competentie te verbeteren. Want ik vind het een belangrijke competentie waarin ik me de komende tijd via vrijwilligerswerk of anders, nog meer wil bekwamen.

5.3 Theologische reflectie op het hermeneutisch criterium

“De beroepsbeoefenaar heeft de competentie om enerzijds Bijbel en christelijke traditie en anderzijds mens(en) en de huidige samenleving in hun onderlinge betekenisvolle samenhang te vertolken met en voor de doelgroep.” Dit is het hermeneutisch criterium zoals beschreven in de Studiegids van Windesheim.⁴⁷ In de afgelopen vier jaar stond dit criterium centraal in de opleiding en was het ook het ‘Leitmotiv’ in de stages die ik in de verschillende zorginstellingen heb mogen doen. Maar dat wat op het oog zo duidelijk is beschreven, de samenhang tussen Bijbel/traditie en de mens in de huidige samenleving, te vertolken voor de mensen in het verpleeghuis, bleek vaak niet zo gemakkelijk. Wat ik echter wel steeds meer heb mogen ontdekken is dat er een samenhang is tussen het bestaan van mensen en hun levensbeschouwing, of die nu traditioneel christelijk is ingekleurd of niet. Elk mens heeft een visie op het leven en aan die visie ligt het eigen levensverhaal ten grondslag. In dat levensverhaal liggen de bestaanservaringen opgeslagen en die ervaringen zijn ook bepalend voor de wijze waarop hij nu in het leven staat en omgaat met de situaties die op zijn pad komen.

Het luisteren naar de verhalen van mensen is volgens Menken-Bekius en Van der Meulen (2010, p. 79) het hart van het werk van geestelijk verzorger. Volgens hen ligt in de hermeneutische periode waarin we nu leven de focus op de relatie tussen biografie, theologie, zingeving en spiritualiteitbeleving (p. 69). Daarbij is dus het concept van het levensverhaal van groot belang en daarom wil ik als geestelijk verzorger dan ook vooral naar de levensverhalen van mensen luisteren en hen begeleiden in wat voor hen “heilig” is, zoals Ruud Ganzevoort (2009, p. 21-26) het formuleert. Hij zegt dat het hart van de expertise van geestelijk verzorgers ligt in het met mensen op weg gaan en hen bijstaan in de omgang met het heilige. En dat kan dan volgens hem meer transcendent of immanent geformuleerd worden of soms zelfs impliciet blijven. Daarmee doelt hij op de levensbeschouwelijke pluraliteit die er in onze maatschappij en daarmee ook binnen de “bevolking” van een zorginstelling is. Want elk mens heeft levensvragen en kent verlieservaringen en de geestelijk verzorger kan in die situatie samen met hem op zoek gaan naar ‘dragende grond’ om op verder te

⁴⁷ Studentenstatuut 2012-2013 Christelijke Hogeschool Windesheim Bachelor Opleiding Godsdienst en pastoraal werk (vt/dt) p.13 Ingezien op 24-05-13 via <http://bbprod2.windesheim.nl/webapps/portal/frameset.jsp>

leven.⁴⁸ Het maakt dan geen verschil of de ‘grond’ van die ander christelijk of algemeen levensbeschouwelijk is, zolang ik hem/haar maar vanuit mijn eigen theologische mensvisie blijf zien als evenbeeld van God, als de mens die door God gewild en geliefd is en er mag zijn zoals hij is. Dat is voor mij het hermeneutisch criterium.

Op welke manier kan het hermeneutisch criterium in relatie worden gebracht met het onderzoek naar het omgaan met levensvragen?

Hermeneutiek is sinds Gadamer een universeel principe geworden. Uit de interviews blijkt dat de verzorgenden ook een hermeneutische rol spelen in hun zorg voor de cliënten. Ze zien en vertalen gedrag en uitingen die te maken hebben met levensvragen. Daardoor kunnen ze deze mogelijk signaleren en herkennen. Maar hun verstaanshorizon is door hun persoonlijke en religieuze achtergrond en opleiding beperkt en hun interpretatie daardoor mogelijk ook eenzijdig of gebaseerd op vooroordelen. Vanuit de optiek van het hermeneutisch criterium kan de geestelijk verzorger door haar achtergrond en opleiding dieper ingaan op de door de verzorgenden gesignaleerde levens- en bestaansvragen en samen met de cliënt zoeken naar die dragende grond om op verder te kunnen leven ook in een moeilijke en uitzichtloze situatie.

Wat betekent dat voor mij?

Voor mij betekent dat toch dat ik als (toekomstig) geestelijk verzorger de ander probeer bij te staan in zijn verlangen om tot verheldering van zijn bestaan en/of tot rust te komen, in de context waarin hij zich bevindt. Daarbij maak ik gebruik van zijn of haar eigen levensbeschouwing of levensfilosofie en samen zoeken we naar een basis, naar houvast, waardoor hij/zij betekenis en zin kan beleven aan het leven dat nog rest. Met hermeneutische vragen kan ik iemand naar zijn leven laten kijken vanuit een ander perspectief. Hermeneutische vragen zijn vragen naar toekomstverwachting, naar wat hoop, moed, zin en steun geeft en waar men naar verlangt. Hiermee kan ik een verdieping bereiken in een gesprek. Deze vragen kunnen een perspectiefwissel of bestaansverheldering op gang brengen.

Maar naast de taak om te verstaan wat mensen nu ervaren, is het ook van belang om die ervaring te plaatsen in het licht van wat mensen hebben meegemaakt en zoals dat “overgeleverd is in de traditie” aldus Ganzevoort (2007, p. 97) Hij stelt dat ervaringen in dat licht geïnterpreteerd kunnen worden maar juist ook nieuwe vragen op kunnen roepen. Het verhaal van mensen heeft vaak een relatie of een verbinding met een overlevering, met het grote verhaal van alle mensen, met het leven, met het verhaal van God. Daar kan het eigen leven aan getoetst, mee verbonden of door geïnterpreteerd worden is mijn visie. Zo zie ik ook mijn hermeneutische rol: vanuit mijn christelijke traditie wil ik tolk, gids zijn en het levensverhaal en de levensvragen proberen te duiden en te vertalen naar een ander, misschien ruimer perspectief, naar dat wat troost geeft vanuit de eigen traditie of de levensbeschouwing van de gesprekspartner.

⁴⁸ Bruinsma- de Beer, J. (2010) *Dorst naar duiding*. Laatst geraadpleegd op 21-05-2013 via <http://ebookbrowse.com/dorst-naar-duiding-17-09-2010-doc-d323450570>

Gebruikte literatuur:

Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de, & Teunissen, J. (1998). *Kwalitatief onderzoek. Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers bv.

Baart, A. (2006). *Een theorie van de presentie*. Den Haag: Lemma. (3^e druk)

Bouwer J. (red.) (2010). *Kwaliteit van Zorg, Optimaal zonder levensbeschouwing?* Assen: Van Gorcum BV

Carson, V.B. & Koenig, H.G. (2004). *Spiritual caregiving: healthcare as a ministry*. Philadelphia: Templeton Foundation Press.

Cuijpers M., (2012). *Hoe voelt u zich vandaag? Mentaal welbevinden in de langdurende ouderenzorg*. Utrecht.

Cuijpers, M. & Begemann, C. (2007). *Omgaan met levensvragen in zorg en welzijn*. Utrecht

Donk, C. van der, & Lanen, B. van (2011). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Ettema, E. e.a., (2009). *Visiedocument Spirituele zorg*. Agora ethiek en spirituele zorg. Bunnik

Ganzevoort, R.R. en Visser, J. (2007). *Zorg voor het verhaal*. Achtergrond, methode en inhoud van pastorale begeleiding. Zoetermeer: Meinema.

Hansen, K., Van Kaam, T., Mulder, M. (2007). *Aandacht voor levensvragen in de zorgpraktijk*. Vereniging van Geestelijk Verzorgeren in Friesland. Drachten.

Haterd, J. van de, Liefhebber, S. & Hollander, M. den. (2012). *Beroepscompetentieprofiel Verzorgende IG in de branche VVT (Verpleeg- Verzorgingshuizen en Thuiszorg)* Utrecht: Movisie Effectiviteit en vakmanschap

Jochimsen, H. & Leeuwen, E. van, (red.) (2005). *Zinervaring in de zorg*. Over de betekenis van spiritualiteit in de gezondheidszorg. Assen: Van Gorcum

Koenig, H.G. (2007). *Spirituality in patient care. Why, How, When and What*. Philadelphia: Templeton Press. (2^e dr.)

Kooij, C. van der (2004) *Een glimlach in het voorbijgaan. De ervaring- en belevingswereld van verzorgenden in zingend perspectief*. Utrecht

Kuin, A. (2009). *Competenties voor het bieden van spirituele zorg aan patiënten in de palliatieve fase en hun naasten*. Rapport Agora, ondersteuningspunt palliatieve zorg via www.palliatief.nl.

Leeuwen, R. van. (2009). *Geloof het of niet, Spiritualiteit als relevante dimensie in zorg- en hulpverlening*. Lectorale rede, in verkorte vorm uitgesproken op 14 mei 2009 bij de installatie tot lector Zorg en Spiritualiteit aan de Gereformeerde Hogeschool te Zwolle.

Leeuwen, R. van, & Cusveller, B. (2005). *Verpleegkundige zorg en spiritualiteit. Professionele aandacht voor levensbeschouwing, religie en zingeving*. Utrecht: Lemma BV

Leget, C. e.a. (2010). *Richtlijn spirituele zorg* Versie 1.0. Vereniging Integrale Kankercentra (VIKC)
Nistelrooij, I. van (2008). *Basisboek zorgethiek. Over menslievende zorg, moreel beraad en de motivatie van verpleegkundigen*. Heeswijk: Berne

Menken-Bekius, C. & Meulen, H. van der, (2007) *Reflecteren kun je leren*, Basisboek voor pastoraat en geestelijke verzorging. Kampen: Kok. (2^e druk 2010)

Rijksen, H. (red.) (2002) *Leven in het zorgplan, levensvragen in het zorgplan voor mensen met een verstandelijke handicap* Budel: Damon.

Rijksen, H. & Heijst, A. van (1999). *Levensvragen in de hulpvraag. Een werkboek voor hulpverleners en pastores*. Budel: Damon.

Steemers Van Winkoop, M. (2003). *Geloven in leven, spirituele zorg voor stervenden en hun naasten*. Assen: Van Gorcum

Vaalberg, A.M. (2011). *Er zijn voor de cliënt met al je voelsprietten. Omgaan met levensvragen*. Werkboek voor (leerling) helpenden en – verzorgenden, Vilans / Expertisenetwerk Levensvragen en Ouderen

Vermaas, M. (2011). *Stappenplan: Gespreksuur over levensvragen*, voor (leerling)helpenden en – verzorgenden. Expertisenetwerk Levensvragen en Ouderen.

Vries – Schot, M. de (2008). *Geloven is gezond, zingeving en geloofsgroei in hulpverlening en pastoraat*. Zoetermeer.

Wal, P. van der, Wijngaard, J. (Ned. Vertaling 2010). *Tja wat zal ik zeggen... Met cliënten in gesprek over spiritualiteit*. Zoetermeer. (Oorspronkelijke verschenen onder de titel “What do I say” 2007. Taylor, E.J.)

Witte, J. de, Berkens, N. & Visser, G. (2007). *Nationale Beroepscode van verpleegkundigen en verzorgenden*. Hilversum: Van der Wey Drukkerijen BV.

Artikelen

Bruinsma- de Beer, J. (2010) *Dorst naar duiding*. Laatste geraadpleegd op 21-05-2013 via <http://ebookbrowse.com/dorst-naar-duiding-17-09-2010-doc-d323450570>

Ganzevoort, R., *Geestelijke verzorging kan niet zonder theologie*. Een reactie op Pitstra & Zock. In: *Handelingen* 36/2, 2009, 21-26

Brochures

ActiZ. (2006) *Verantwoorde zorg: visie en verwezenlijking*. Utrecht. Vilans / Expertisenetwerk Levensvragen en ouderen

Cuijpers M. & Vermaas M. (2010) *Aandacht voor levensvragen op de agenda*. Brochure: Vilans / Expertisenetwerk Levensvragen en Ouderen.

Huizing, W., Tromp, T. & Ubels, G., (2010) *Werken aan mentaal welbevinden*. Vijf startpunten voor de zorgorganisatie. Bunnik: ActiZ, organisatie van zorgondernemers.

Huizing, W., Tromp, T. & Ubels, G. (2010). *Werken aan mentaal welbevinden, Mentaal welbevinden: sleutel tot integrale zorg*. Bunnik: Libertas.

Scripties

Berkhout, L. (2011) *Zingeving in het contact tussen psychiater en patiënt*, scriptie masterprogramma Geestelijke verzorging Universiteit van Utrecht Geraadpleegd op 22-02-13 via: <http://igitur-archive.library.uu.nl/student-theses/2011>

Dijcke, J. van, (2008) *Zingeving en spiritualiteit in de ouderenzorg*. Scriptie Utrecht 2008. Geraadpleegd op 22-02-13 via: <http://igitur-archive.library.uu.nl/human/2008-0904->

Prins, G. (2012). *Zorg is meer dan alleen zorgen*. Afstudeerscriptie Hogeschool Windesheim: Zwolle. Geraadpleegd op 22-02-13 via <http://bbprod2.windesheim.nl/webapps/portal/frameset.jsp>

Rapporten

Kwaliteitskader Verantwoorde zorg. Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis (langdurige en/of complexe zorg) 2007 Opgesteld door: ActiZ, organisatie van zorgondernemers V&VN, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland LOC, Landelijke Organisatie Cliëntenraden NVVA, Beroepsvereniging van verpleeghuisartsen en sociaal geriaters Sting, Landelijke Beroepsvereniging Verzorging IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ZN, Zorgverzekeraars Nederland.

Bierlaagh, D. & Jagt, G. (2009). *"Er zijn voor de cliënt, met al je voelsprietten"*. Verzorgenden willen reflecteren op hoe ze omgaan met levensvragen. Onderzoeksrapport. Organisatie(s): Sting: Landelijke Beroepsvereniging Verzorging en Kenniscentrum van de Verzorging.

Zorgvuldige zorg rondom het levenseinde. Een handreiking voor verpleegkundigen, verpleeghuisartsen en verzorgenden. 2006. AVVV: Algemene Vereniging Verpleging en Verzorging, NVVA: Nederlandse Vereniging Verpleeghuisartsen, Sting: Landelijke Beroepsvereniging Verzorging IGZ,

Internetpagina's

(allen laatst geraadpleegd op 27-05-2013)

http://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2011/Zorg_in_de_laatste_jaren.

[http://www.gh.nl/onderzoek/~media/Files/Onderzoek/ZS/Publicaties/110629VisiedocumentSpiriteuele Zorg](http://www.gh.nl/onderzoek/~media/Files/Onderzoek/ZS/Publicaties/110629VisiedocumentSpiriteuele_Zorg).

<http://www.vilans.nl/docs/vilans/informatiecentrum/Brochure%20v3.3.pdf>

<http://www.surfsharekit.nl:8080/get/smpid:2893/DS2/>

[http://www.cs.ru.nl/~tomh/onderwijs/om2%20\(2005\)/om2_files/syllabus/kwalitatief.pdf](http://www.cs.ru.nl/~tomh/onderwijs/om2%20(2005)/om2_files/syllabus/kwalitatief.pdf)

<http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl>

<http://www.netwerklevensvragen.nl/enl>

<http://bbprod2.windesheim.nl/webapps/portal/frameset.jsp>

<http://ebookbrowse.com/dorst-naar-duiding-17-09-2010-doc-d323450570>

<http://www.vgvz.nl/>