

aandacht – leren van elkaar – bron van bestaan – holistisch verplegen – spiritualiteit – zorg – tijd – **gespreksvaardigheden** –
levensbeschouwing – prioriteit – verpleegkundigen – werkdruk – empathie – methodiek – kennis – overdracht – zingeving – stress –
samenwerking – **persoonlijke aandacht** – mensvisie – karakter – ruimte – scholing – religie – betrokken zijn – cultuur – leven –
angst – **wie bent u?** – oncologie – ziek zijn – contact – team – kracht – **hoe wil ik mens zijn?**

De spirituele dimensie in het verpleegkundig zorgproces

Onderzoek en implementatieplan OAAZ

Ziekenhuis Gelderse Vallei te Ede



Januari 2011

Iris Heinen

Willine van Luttikhuizen

Anita Plug

© 2011 Christelijke Hogeschool Ede

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere manier dan ook, zonder voorafgaand schriftelijke toestemming van de auteurs.

All rights reserved. No portion of this thesis may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means – electronic, photocopy, recording or any other – except for brief quotations in printed reviews without prior permission of the author.

Meesterproef

Januari 2011

Titel:

**De spirituele dimensie in het verpleegkundig
zorgproces**

*Onderzoek en implementatieplan OAAZ
Ziekenhuis Gelderse Vallei te Ede*

Studenten:

Iris Heinen	070985
Willine van Luttikhuizen	081191
Anita Plug	080522

Instelling:

Ziekenhuis Gelderse Vallei te Ede (ZGV)
Oncologische Afdeling Algemeen Ziekenhuis
(OAAZ)

Hogeschool:

Christelijke Hogeschool Ede (CHE)
HBO – Verpleegkunde
Lectoraat Verpleegkundige Beroepsethiek

Begeleiding:

Ria den Hertog – Voortman
Meesterproefbegeleider, opleidingsdocent CHE
Riet Ruben
*Instellingsbegeleider, verpleegkundige OAAZ &
Geestelijk Verzorger*
Lies van Leeuwen
Unithoofd OAAZ
Gerard Vermeulen
Beleidsmedewerker Zorg, ZGV

Illustratie titelpagina: Lobke van Aar

And remember every nurse should be one who is to be depended upon... she must have a respect for her own calling, because Gods precious gift of life is often literally placed in her hands.

Florence Nightingale in Notes on Nursing, 1859

Voorwoord

Geachte lezer,

Voor u ligt het onderzoeksverslag over hoe de spirituele dimensie geïntegreerd kan worden in het verpleegkundig proces op de Oncologische Afdeling Algemeen Ziekenhuis (OAAZ) van Ziekenhuis Gelderse Vallei te Ede. Met plezier en enthousiasme hebben wij intensief gewerkt aan dit onderzoek. Wij willen iedereen bedanken die op welke manier dan ook zijn of haar medewerking aan dit onderzoek heeft verleend. Een aantal personen willen wij in het bijzonder noemen.

Als eerste gaat onze dank uit naar de verpleegkundigen van de OAAZ. Wij waarderen het dat er ondanks het werk op de afdeling, tijd werd vrijgemaakt om met ons na te denken over spiritualiteit in de zorgverlening. Ook de e-mails en de reacties die wij naar aanleiding van de interviews ontvingen hebben ons erg goed gedaan.

Wij willen Riet Ruben, opdrachtgever en begeleider vanuit de instelling, heel hartelijk bedanken. Riet, jouw kritische vragen en feedback, je nauwkeurige voorbereiding op de gesprekken, je enthousiasme over het onderwerp en de tijd die je nam om ons te begeleiden, hebben we als inspirerend en erg positief ervaren.

Onze grote dank gaat uit naar Ria den Hertog – Voortman, docent Verpleegkunde aan de Christelijke Hogeschool te Ede. Bedankt voor de kritische, intensieve en enthousiaste begeleiding. De begeleidingsgesprekken die we hadden waren erg leerzaam voor de voortgang van ons onderzoek. Deze gesprekken hebben ons ook aan het denken gezet over de manier waarop wij na het afstuderen in het verpleegkundig beroep willen staan. Bedankt! Je hebt veel voor ons betekend!

Iris Heinen, Willine van Luttikhuizen en Anita Plug
Ede, januari 2011

Samenvatting

Hoe kan de spirituele dimensie geïntegreerd worden in het verpleegkundig zorgproces van de Oncologische Afdeling Algemeen Ziekenhuis (OAAZ) van Ziekenhuis Gelderse Vallei (ZGV) te Ede? In opdracht van het ZGV werd antwoord gezocht op deze vraag.

Aandacht voor de spirituele dimensie van de zorgvrager is een taak voor verpleegkundigen. Om een zorgvrager holistisch te kunnen benaderen is het volgens Verberk (2006) essentieel om de behoeften van de zorgvrager met betrekking tot spiritualiteit in te kunnen schatten. Goede zorg is zorg die aandacht heeft voor alle dimensies van de mens dus ook voor de spirituele dimensie. Begrijpen en ondersteunen verpleegkundigen de zorgvragers ook in deze dimensie? Hoe wordt de spirituele dimensie momenteel geïntegreerd in het verpleegkundig proces? Wat hebben verpleegkundigen nodig om te zorgen voor de spirituele dimensie van de patiënt? Door middel van het interviewen van verpleegkundigen van de OAAZ werd antwoord gezocht op deze vragen. Het multidisciplinair team van de OAAZ werd betrokken bij het onderzoek door middel van open interviews. Aan hen werd gevraagd wat hun visie is op de spirituele zorgverlening en in welke mate dat terugkomt in het werk. Ook werd gevraagd naar hun mening over hoe verpleegkundigen in de praktijk bezig zijn met dit onderwerp. Daarnaast zijn verpleegkundigen van andere ziekenhuizen benaderd met de vraag hoe binnen hun organisatie vorm gegeven wordt aan de spirituele dimensie. Alle gegevens zijn verbatim uitgewerkt en geanalyseerd door middel van fragmentatie en codering. De hoofdonderwerpen, genaamd concepten, die naar voren kwamen zijn; holistische mensvisie, persoonlijke aandacht, methodisch werken, samenwerking, professionele kenmerken en de organisatorische context. Alle verpleegkundigen van de OAAZ geven aan dat zij aandacht voor spiritualiteit in de zorg belangrijk vinden. Echter in de dagelijkse praktijk blijkt men problemen te ervaren, ze geven aan tekort te schieten in de spirituele zorgverlening aan de patiënt. Het signaleren van de behoefte van, of het in gesprek gaan met de patiënt blijkt lastig te zijn. Ook komt naar voren dat verpleegkundigen te weinig wisselwerking ervaren in het team, onder de collega's. Dit maakt dat er weinig ruimte is om te leren van elkaar, om kennis uit te wisselen en moeilijke casussen te bespreken. Verpleegkundigen van de OAAZ hebben zelf nagedacht over wat zij nodig hebben om de spirituele dimensie beter vorm te geven in het werk. Dit zijn onder andere een training van gespreksvaardigheden, kennis op het gebied van spirituele zorg, de spirituele dimensie in de mondelinge en schriftelijke overdracht en meer uitwisseling in het team. Al deze punten maken een aantal aanbevelingen voor de OAAZ en zijn samengevoegd in een implementatieplan.

Uiteindelijk is het een onderwerp dat iedereen raakt. Het gaat er ook om hoe je hierin staat als hulpverlener. (023/215)

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Samenvatting	6
Inhoudsopgave	7
1. Inleiding	9
1.1. Aanleiding.....	9
1.2. Opbouw van het verslag	10
1.3. Probleemomschrijving	10
1.3.1. Probleemstelling.....	10
1.3.2. Doelstelling.....	10
1.3.3. Vraagstelling.....	10
1.3.4. Deelvragen.....	11
1.4. Verpleegkundige relevantie	11
2. Literatuur	12
2.1. Begripsverheldering	12
2.2. Spiritualiteit.....	12
2.3. Spiritualiteit in de zorgverlening.....	13
2.4. Behoeften van zorgvragers met betrekking tot spiritualiteit	15
2.5. Wat is de rol van de verpleegkundige bij spiritualiteit?	16
2.6. Eigen spiritualiteit van verpleegkundigen.....	17
2.7. Multidisciplinaire samenwerking rondom spiritualiteit	18
3. Onderzoeksmethode	19
3.1. Methode van onderzoek: Kwalitatief onderzoek	19
3.2. Semigestructureerde interviews.....	19
3.3. Onderzoekspopulatie	20
3.4. Gelegenheidssteekproef	20
3.5. Analyse	20
3.6. Bruikbaarheid	21
3.7. Validiteit en betrouwbaarheid	21
4. Resultaten onderzoek.....	22
4.1. Verpleegkundigen OAAZ	22
4.1.1. Holistische mensvisie	22
4.1.2. Persoonlijke aandacht	22
4.1.3. Methodisch werken.....	23
4.1.4. Samenwerking	24
4.1.5. Professionele kenmerken.....	25
4.1.6. Organisatorische context	26
4.2. Multidisciplinair team van de OAAZ	26
4.2.1. Pastorale dienst.....	27
4.2.2. Fysiotherapie	27
4.2.3. Psychologie.....	28
4.2.4. Maatschappelijk werk	29
4.2.5. Diëtik.....	29
4.2.6. Specialist.....	30

4.3.	Verpleegkundigen externe ziekenhuizen.....	30
4.3.1.	Ikazia Ziekenhuis, Rotterdam	31
4.3.2.	Flevoziekenhuis, Almere.....	32
5.	Conclusies en Aanbevelingen	33
5.1.	Conclusies.....	33
5.1.1.	Deelvraag 1 Verpleegkundigen OAAZ	33
5.1.2.	Deelvraag 2 Multidisciplinaire team OAAZ	34
5.1.3.	Deelvraag 3 Verpleegkundigen externe ziekenhuizen.....	35
5.2.	Aanbevelingen.....	36
5.2.1.	Algemene aanbevelingen	36
5.2.2.	Aanbevelingen met betrekking tot de organisatie.....	36
6.	Implementatieplan	38
6.1.	Achtergronden	38
6.2.	Implementatieplan.....	42
7.	Discussie	48
7.1.	Inhoud	48
7.2.	Proces.....	49
8.	Literatuurlijst.....	51
	Bijlagen	54
	Bijlage 1: Topiclijst interview verpleegkundigen OAAZ.....	55
	Bijlage 2: Topiclijst interview verpleegkundigen externe ziekenhuizen	56
	Bijlage 3: Onderwerpenlijst multidisciplinaire team.....	57

1. Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de aanleiding van dit onderzoek. Vervolgens wordt de opbouw van het verslag beschreven. Vanuit de probleemstelling wordt een doel- en vraagstelling met de bijhorende deelvragen geformuleerd. Achtereenvolgens is de verpleegkundige relevantie beschreven.

1.1. Aanleiding

In haar visie op verplegen, zoals beschreven in het kwaliteitshandboek 2010, stelt Ziekenhuis Gelderse Vallei te Ede dat zij uitgaat van een visie op patiëntenzorg waarbij de mens wordt gezien als een eenheid waaraan lichamelijke, psychische, sociale en levensbeschouwelijke aspecten te onderkennen zijn. Deze aspecten zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Voor de verpleegkundige discipline is het van belang om deze vier aspecten in de zorg voor de patiënt als gelijke aspecten tot zijn recht te laten komen. Uit het project van HBO-V stagiaire Willine van Luttikhuizen, naar de mate waarin en de wijze waarop zorg voor spiritualiteit vorm krijgt binnen de Oncologische Afdeling Algemeen Ziekenhuis (OAAZ), blijkt onder andere dat het voor veel verpleegkundigen onduidelijk is op welke manier zij de zorg voor spiritualiteit vorm kunnen geven binnen hun dagelijkse takenpakket. Tegelijkertijd wordt in dit project duidelijk dat verpleegkundigen zorg voor spiritualiteit zien als een belangrijk onderdeel van hun taken. Voor de OAAZ is het daarom van belang de uitkomsten en aanbevelingen van het onderzoeksverslag “Spiritualiteit” serieus te nemen. In dit vervolgonderzoek wordt nagegaan op welke wijze de aanbevelingen geïmplementeerd kunnen worden binnen het verpleegkundig proces van de OAAZ.

Binnen Ziekenhuis Gelderse Vallei wordt gewerkt met een aantal speerpunten, te weten: Voeding, Ouderenzorg en Patiëntveiligheid. Dit onderzoek naar de spirituele dimensie valt onder het speerpunt Patiëntveiligheid. Het is belangrijk dat de patiënt zich veilig voelt binnen het ziekenhuis. Om dit te bereiken is het van belang dat iedereen meedenkt over verbetermogelijkheden voor patiënten en dat specialisten, verpleegkundigen en andere medewerkers hun deskundigheid, die hoort bij hun professie, inzetten en goed met elkaar samenwerken. Dit onderzoek richt zich op het creëren van gestructureerde, deskundige spirituele zorgverlening. Het meenemen van de spirituele factor in de zorg kan bijdragen aan de patiëntveiligheid. Door continuering van zorg is er een betere afstemming op de spirituele behoefte van de patiënt. Bij continuering van zorg wordt gedacht aan een professionele samenwerking, waarin onder andere een volledige mondelinge en schriftelijke overdracht plaatsvindt. Als de verpleegkundige luistert naar de intentie van het verhaal van de patiënt kan de veiligheid voor de patiënt op zowel geestelijk als lichamelijk niveau vergroot worden. Daarnaast vergroot de structurering van spirituele zorg de deskundigheid van de verschillende zorgverleners wat tevens ten goede komt aan de patiëntveiligheid.

1.2. Opbouw van het verslag

Dit verslag bestaat uit verschillende hoofdstukken, die allen onderverdeeld zijn in paragrafen. Het eerste hoofdstuk bevat de aanleiding en de probleemomschrijving van het onderzoek. Hoofdstuk twee bevat een samenvatting van de literatuurstudie die gedaan is met betrekking tot het onderwerp spiritualiteit. In hoofdstuk drie is beschreven hoe het onderzoek is opgezet, de keuzes die gemaakt zijn met betrekking tot het onderzoek worden in dit hoofdstuk beschreven, verantwoord en beargumenteerd. In het vierde hoofdstuk zijn de resultaten van het onderzoek, die uit de interviews naar voren kwamen, uitgewerkt en beschreven. Hoofdstuk vijf bevat de conclusies en aanbevelingen die naar aanleiding van het onderzoek gemaakt zijn. In hoofdstuk zes staat het implementatieplan beschreven wat naar aanleiding van de literatuur, resultaten van de interviews, de conclusies en aanbevelingen is opgesteld. Als laatste hoofdstuk van het verslag worden de uitkomsten van het onderzoek geëvalueerd door het bespreken van discussiepunten die opvielen bij het uitwerken van het onderzoek. Achterin het onderzoeksverslag zijn een aantal bijlagen opgenomen, deze bevatten achtergrond informatie ten aanzien van het onderzoek. Daar waar in het verslag zij of haar geschreven wordt kan ook hij of hem gelezen worden.

1.3. Probleemomschrijving

1.3.1. Probleemstelling

Het is onduidelijk hoe de spirituele dimensie vormgegeven zou kunnen worden door verpleegkundigen werkzaam op de Oncologische Afdeling Algemeen Ziekenhuis van Ziekenhuis Gelderse Vallei te Ede. Daarnaast is er onduidelijkheid ontstaan over wat de verpleegkundige nodig heeft om de spirituele dimensie vorm te geven op de Oncologische Afdeling Algemeen Ziekenhuis van Ziekenhuis Gelderse Vallei te Ede.

1.3.2. Doelstelling

Medio januari 2011 is er een implementatieplan ontwikkeld waarin beschreven staat hoe de spirituele dimensie geïntegreerd kan worden in het zorgproces door verpleegkundigen binnen de Oncologische Afdeling Algemeen Ziekenhuis van Ziekenhuis Gelderse Vallei te Ede.

1.3.3. Vraagstelling

Hoe kan de spirituele dimensie van zorg geïntegreerd worden in het zorgproces door verpleegkundigen op de Oncologische Afdeling Algemeen Ziekenhuis van Ziekenhuis Gelderse Vallei te Ede?

1.3.4. Deelvragen

1. Hoe denken verpleegkundigen van de Oncologische Afdeling Algemeen Ziekenhuis van Ziekenhuis Gelderse Vallei te Ede over het implementeren van de spirituele dimensie?
2. Hoe wordt multidisciplinair binnen de Oncologische Afdeling Algemeen Ziekenhuis van Ziekenhuis Gelderse Vallei te Ede gedacht over het integreren van de spirituele dimensie?
3. Hoe geven andere ziekenhuizen vorm aan spirituele zorg binnen een oncologische afdeling?

1.4. Verpleegkundige relevantie

Spiritualiteit is een aandachtsgebied voor verpleegkundigen. Dit is te lezen in het verpleegkundig beroepsprofiel: *De verpleegkundige gaat uit van een mensbeeld waarin alle aspecten en dimensies van het mens zijn sterk benadrukt worden. Het gaat hierbij om lichamelijke, psychische, sociale en spirituele aspecten en dimensies* (Leistra e.a., 1999). Dit geeft aan dat verpleegkundigen aandacht moeten hebben voor alle verschillende aspecten en dimensies van het mens zijn. Steemers- van Winkoop (2002) geeft aan dat er pas sprake is van goede zorg als er binnen de verpleegkundige zorg sprake is van aandacht voor al die aspecten. Binnen de gezondheidszorg wordt veelal gewerkt vanuit de holistische mensvisie. Holistische zorg heeft aandacht voor alle aspecten van het mens- zijn, spiritualiteit is één van die aspecten. Dit betekent voor verpleegkundigen dat het gaat om de zieke zorgvrager en niet alleen om de ziekte. Volgens Van Leeuwen & Cusveller (2005) is het voor verpleegkundigen van belang om aan spiritualiteit aandacht te besteden, zowel in de directe patiënten zorg als in het beleid op instellingsniveau.

2. Literatuur

Dit hoofdstuk bevat de literatuurstudie. Allereerst worden een aantal begrippen verhelderd, daarna worden achtereenvolgens een aantal onderwerpen betreffende spiritualiteit behandeld. Zoals spiritualiteit in de zorgverlening en behoeften die een zorgvrager heeft omtrent spirituele zorg.

2.1. Begripsverheldering

Existentiële crisis

Een existentiële crisis is een staat van spirituele/geestelijke nood doordat de patiënt zich bewust wordt van het feit dat door de ziekte, sterven op korte termijn een mogelijkheid is. Hierbij horen gevoelens van angst en paniek, machteloosheid en zinloosheid (Jochemsen, 2005).

Implementatie

Implementatie is een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of veranderingen van bewezen waarde met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg (Busch, 2006).

Oncologie

Het woord oncologie komt van het Griekse woord *oncos* dat massa of tumor betekent, en het woord *logos* wat 'leer' of 'kunde' betekent. De online encyclopedie geeft de volgende omschrijving: *Geneeskunde leer van de kwaadaardige gezwellen, studie van tumoren, het specialisme dat zich bezighoudt met onderzoek naar en behandeling van kanker en medische wetenschap die zich bezighoudt met kanker en de behandeling daarvan. Oncologische zorgverlening is het verlenen van zorg, door verschillende disciplines, aan mensen met kanker (www.encyclo.nl).*

2.2. Spiritualiteit

In de literatuur, over het thema zorg en spiritualiteit, staan veel verschillende definities over en visies op spiritualiteit beschreven. Deze verschillende omschrijvingen hebben de overeenkomst dat spiritualiteit persoonlijke overtuigingen, belevingen en ervaringen bevat. Toch blijkt dat er binnen de beroepsgroep discussie is over het begrip en dat men geen consensus kan bereiken over een eenduidige definitie van spiritualiteit. Van Leeuwen & Cusveller (2005) en Jochemsen (2005) bezien spiritualiteit voornamelijk vanuit een christelijke visie. De definitie die zij hanteren is dan ook vooral gericht op het levensbeschouwelijk en religieus functioneren van de mens. Verberk (2002) sluit hierbij aan maar benoemt daarnaast ook expliciet dat spiritualiteit ook kracht/energie kan halen uit

en zich verbonden kan voelen met anderen, de schepping en de natuur. Busch (2006) ziet spiritualiteit als een geïntegreerd deel van het mens-zijn, dit wordt gekenmerkt door vertrouwen, het zoeken naar zin en de betekenis van het leven, een gevoel van verbondenheid met anderen, van het overstijgen van het ik. De volgende definitie sluit het best aan bij dit onderzoek: *Het levensbeschouwelijk functioneren van de mens, waartoe ook de vragen van zinervaring en zingeving gerekend worden. Levensbeschouwelijk functioneren doet iedereen en niet alleen mensen die een bepaalde religie aanhangen. Het gaat bij spiritualiteit om alle mogelijke – van godsdienstige tot alledaagse – bronnen van inspiratie. Spiritualiteit heeft invloed op het hele bestaan, en heeft meer te maken met een levenshouding dan met een af te bakenen levensgebied. Het is een dynamisch, geen statisch begrip* (www.pallialine.nl).

2.3. Spiritualiteit in de zorgverlening

Zorgen voor mensen wordt al eeuwen gedaan. Beelden, visies of opvattingen hebben voor de mens een belangrijke rol gespeeld in die zorg. Het zijn de mensbeelden en visies op de mens die de zorg bepalen. De meest toonaangevende visies, namelijk de holistische mensvisie en de reductionistische mensvisie, worden in deze paragraaf beschreven.

Eerst de holistische mensvisie; binnen de gezondheidszorg wordt veelal vanuit deze visie gewerkt. Van Hemel (2007) legt uit dat deze visie de mens ziet als een unieke en globale eenheid van fysische, psychische, sociale en existentiële elementen (onverdeeld en ondeelbaar) die in relatie staat met zichzelf en zijn omgeving. De aandacht met betrekking tot zorg gaat in deze visie naar de mens als lichamelijk, psychosociaal en spiritueel wezen. Binnen de holistische zorgvisie ligt aandacht en zorg voor spiritualiteit min of meer voor de hand. Sterker nog; zorg voor spiritualiteit is noodzakelijk wil er sprake zijn van holistische zorg. De tweede mensvisie is de reductionistische mensvisie. Deze visie heeft haar wortels in de natuurwetenschappen en kenmerkt zich doordat zij de totaliteit van de mens reduceert tot onderdelen (lichaam, organen, functies) en vervolgens elk onderdeel los analyseert. Deze visie maakt scheiding tussen lichaam en geest. Vanuit de reductionistische mensvisie is het biomedisch model ontwikkeld. Binnen dit model richt men zich in de gezondheidszorg hoofdzakelijk op de lichamelijke klachten die de patiënten ervaren. Dit model heeft als opvatting dat de lichamelijke en geestelijke processen tot twee verschillende vakgebieden behoren. In dit onderzoek wordt aangesloten bij de holistische mensvisie. Individuen worden gezien als een geheel, waarbij de verschillende aspecten van het mens-zijn op dynamische wijze in onderlinge afhankelijkheid werkzaam zijn. De verpleegkundige heeft als opdracht om in de zorgverlening met alle aspecten van het mens-zijn rekening te houden. Gordon (1995) heeft deze visie op verpleegkunde beschreven in elf gezondheidspatronen. Zij beschrijft dat een medische

diagnose iets doet met elk gezondheidspatroon. Elk gezondheidspatroon is een fysiologische, psychologische, sociale en spirituele uiting. Ook in andere verpleegkundige methodieken komt de zorg voor de spiritualiteit van de zorgvrager naar voren. Carpenito (2008) en McCloskey (2002) beschrijven, in overeenstemming met de holistische mensvisie, interventies die verpleegkundigen kunnen uitvoeren bij het verlenen van zorg voor spiritualiteit.

Volgens Steemers- Van Winkoop (2002) lijkt er in de huidige westerse samenleving meer aandacht en waardering te zijn voor de medische technologie dan voor zorg en verpleging. Technologie (cure) krijgt meer aandacht dan zorg (care). In de huidige zorgverlening ligt de nadruk vooral op het medische aspect en mede daardoor op de lichamelijke aandoening. Dit wordt mede veroorzaakt door het feit dat de overheid en de zorgverzekeraars willen dat behandelingen meetbaar en maakbaar zijn zodat de zorg betaalbaar blijft. In de huidige maatschappij neemt de vergrijzing toe, mensen bereiken hogere leeftijden en hebben frequenter zorg nodig. De kosten van de gezondheidszorg stijgen explosief en door bezuinigingen en efficiënter te werken probeert men deze kosten in de hand te houden. Van Leeuwen (2005) is van mening dat de belangstelling voor spiritualiteit in de samenleving en daarmee ook binnen de gezondheidszorg toeneemt. Volgens hem is er sprake van wetenschappelijke belangstelling voor spiritualiteit in relatie tot ziekte en gezondheid en gezondheidszorg. Uit literatuuronderzoek blijkt dat er binnen de gezondheidszorg aandacht is voor spirituele zorg. In 2005 heeft de Agora- werkgroep, een multidisciplinaire richtlijn spirituele zorgverlening ontwikkelt. Ook in Nijmegen, Groningen en Utrecht ontwikkelt men richtlijnen of standaarden betreffende spirituele zorg. Het doel van deze onderzoeken, standaarden en richtlijnen is om de juiste zorg en daarbij de juiste behandeling op het gebied van spiritualiteit te kunnen bieden. Wel is het van belang te realiseren dat zorg voor het individu moet blijven, methodieken zijn belangrijk maar bieden niet voor alle problemen een oplossing. Zorgvragers hebben spirituele behoeften die niet genegeerd mogen worden omdat dit het zorgproces mogelijk positief of negatief beïnvloedt. Ondanks de vele mogelijkheden en ontwikkelingen die binnen de gezondheidszorg plaatsvinden worden zorgvragers en zorgverleners geconfronteerd met dood, lijden en vragen over zingeving. Onderwerpen die centraal staan binnen de spirituele dimensie. Samenvattend blijkt dat de belangstelling voor de spirituele dimensie aanwezig is of toeneemt binnen de gezondheidszorg maar daartegenover staat dat de zorg meetbaar en betaalbaar moet zijn.

Belangstelling voor de spirituele dimensie is aanwezig binnen de gezondheidszorg zo blijkt uit de voorgaande alinea. Dit onderzoek richt zich voornamelijk op de oncologische zorgvrager daarom wordt nu kort ingegaan op spiritualiteit binnen de oncologische zorgverlening. Binnen de palliatieve en chronische zorgcategorie, waar oncologische patiënten toe behoren, staat spiritualiteit meer op de voorgrond dan bij de overige zorgcategorieën. Garssen (2010) concludeert na onderzoek dat bij

oncologische zorgvragers zinervaring de belangrijkste voorspeller van welzijn was. Jochemsen (2005) sluit hier op aan als hij beschrijft dat oncologische patiënten worden gedwongen hun houding te bepalen ten opzichte van de grenzen en zin van hun bestaan, van hun zijn en van hun existentie. Verder beschrijft hij dat er binnen deze zorgcategorie in tegenstelling tot andere categorieën meer behoefte is aan zorgverlening op spiritueel gebied. Samson & Zester (2003) hebben onderzoek gedaan naar de rol van de spirituele dimensie in het ziekteproces. Zij concluderen dat in de confrontatie met een ernstige ziekte de spiritualiteit van de zorgvrager een belangrijke rol speelt. Als zorgvragers in het verwerken van hun ziekte geen gebruikmaken van cognitieve, sociale en spirituele hulpbronnen, waar zij voor het constateren van de ziekte over beschikken, kan dit leiden tot een existentiële crisis. Samson & Zester (2003) en Van Leeuwen (2005) geven in de literatuur aan dat de mededeling 'U hebt kanker' het levensfundament zorgvragers beïnvloedt. Het leven met kanker kan daarom ten diepste als een spiritueel leerproces worden gezien omdat men zich moet leren verstaan in eigen kwetsbaarheid, eindigheid en sterfelijkheid.

2.4. Behoeften van zorgvragers met betrekking tot spiritualiteit

In de bovenstaande paragraaf wordt de relatie beschreven tussen spiritualiteit en de gezondheidszorg. In deze paragraaf wordt dieper ingegaan op de behoeften van de zorgvrager met betrekking tot spiritualiteit. Binnen de gezondheidszorg zijn de afgelopen jaren vele ontwikkelingen geweest. De medische mogelijkheden zijn ongekend groot geworden. Jochemsen (2005) geeft aan dat het desondanks lijkt dat het onbehagen bij zorgvragers toeneemt omdat de zorg te kort schiet. De oorzaak ligt volgens hem in de steeds hogere verwachtingen die zorgvragers hebben en het onvoldoende kunnen waarmaken van deze verwachtingen. Ziekte en onzekerheid brengen vragen met zich mee. Juist als een ziekte levensbedreigend is, worden zingevingvragen dikwijls vergroot. Mensen gaan op zoek naar de zin en betekenis van hun leven. Verschillende onderzoeken, onder andere van de Agora werkgroep (2005), Tiesinga (2006) en Anandarajah (2001), trekken de conclusie dat spiritualiteit en spirituele vragen van invloed zijn op het lichamelijk en psychosociaal welbevinden van de zorgvrager. Tiesinga (2006) trekt de conclusie dat een positief spiritueel welbevinden bijdraagt aan de kwaliteit van leven van de zorgvrager, dus ook aan de kwaliteit van leven van een oncologisch patiënt. Anandarajah (2001) beziet dit op een andere manier als zij aangeeft dat geestelijke nood en/of een existentiële crisis ontstaat als mensen niet in staat zijn om bronnen van zingeving en zinervaring in hun leven te vinden. Of als er een conflict optreedt tussen het geloof van de zorgvrager en wat er gebeurt in zijn of haar leven. McEwaen (2005) en Galek (2005) gaan ook beide in op de spirituele behoeften die zorgvragers hebben. Behoeftes aan liefde, aan God of een andere hogere macht, aan creativiteit of aan continuïteit met het verleden. Deze behoeften kunnen

resulteren in een diepere aanvaarding van het sterven, een doel te vinden in het leven of om hoop te vinden voor de toekomst. Galak (2005) en Verberk (2006) geven verder aan dat om een zorgvrager holistisch te kunnen benaderen het essentieel is om de spirituele behoeften van een zorgvrager in te schatten. Uit bovenstaande blijkt dus dat als er tegemoet gekomen wordt aan spirituele behoefte, dit de kwaliteit van zorg ten goede komt. Patiënten zijn dan meer tevreden over de zorg en gaan daardoor anders met hun ziekte om. Dit zal uiteindelijk weer een positief effect hebben op de behandeling en de uitkomsten hiervan. Kansen & van der Spoel (2007) bevestigen dat in het onderzoek dat zij deden naar de behoeften en ervaringen van de zorgvragers met betrekking tot aandacht voor zingeving. Uitkomst hierbij was dat zorgvragers vooral behoefte hebben om met zorgverleners te praten en open te kunnen zijn. Uit hun onderzoek bleek verder dat het daarbij belangrijk is dat de zorgverlener de aanzet geeft tot het gesprek. Zorgvragers zeggen behoefte te hebben aan respect door zorgverleners ten aanzien van hun spirituele gebruiken.

2.5. Wat is de rol van de verpleegkundige bij spiritualiteit?

Zorgverleners hebben als taak om aandacht geven aan de spiritualiteit van de zorgvrager. In het proces rondom spirituele zorgverlening is het vaak onduidelijk wie de uiteindelijke regie in handen heeft en wat een ieders taak is. Verpleegkundigen zijn de enige beroepsgroep die 24 uur per dag zorg verlenen en daardoor hebben zij vaak intensief en langdurig contact met de zorgvrager. Maar valt zorg voor de spirituele dimensie ook binnen het takenpakket van de verpleegkundigen? In het beroepsprofiel van verpleegkundigen staat: *De verpleegkundige gaat uit van een mensbeeld waarin de onderlinge wisselwerking van en een samenvattende visie op alle aspecten en dimensies van het mens zijn sterk benadrukt worden. Het gaat hierbij om lichamelijke, psychische, sociale en spirituele aspecten en dimensies* (Leistra e.a., 1999). Spirituele zorg is dus een aspect dat binnen het takenpakket van verpleegkundigen valt. De beroepscode van verpleegkundigen sluit hier ook op aan, met betrekking tot spiritualiteit staat er in de beroepscode: *Als verpleegkundige/verzorgende stem ik de zorgverlening zoveel mogelijk af op de zorgbehoeften, waarden en normen, culturele en levensbeschouwelijke opvattingen van de zorgvrager* (V&VN/NU'91, 2007). Zowel het beroepsprofiel als de beroepscode van verpleegkundigen geven aan dat aandacht voor spiritualiteit een taak is van verpleegkundigen.

Hoe wordt aandacht voor spiritualiteit door verpleegkundigen vormgegeven in de praktijk? Van Leeuwen & Cusveller (2005) hebben hier veel over geschreven. Zij hebben na uitgebreide literatuurstudie een profiel opgesteld om de beroepsverantwoordelijkheid van de verpleegkundigen ten opzichte van spiritualiteit concreter te maken. Tevens hebben zij een verpleegkundig competentiemodel opgesteld over zorg voor spiritualiteit. Maar ondanks het opgestelde

competentiemodel concludeert Van Leeuwen in zowel 2006 als 2008 dat er wel aandacht is voor spiritualiteit maar dat het nog weinig gestructureerd is in het verpleegproces. Vervolgens stelt Van Leeuwen dat er in de theorie voldoende beschreven is over spiritualiteit maar dat er in de praktijk knelpunten liggen rondom kennis, tijd, gebrek aan interesse, scholing, persoonlijke kenmerken en organisatorische factoren. Hij beschrijft dat deze knelpunten in de praktijk eerst opgelost moeten worden voordat spiritualiteit goed geïntegreerd en geïmplementeerd kan worden. Ook Busch (2006) signaleert dit als hij stelt dat er beschreven wordt dat spiritualiteit in het taakgebied van verpleegkundigen hoort, maar dat het over het algemeen geen structurele plaats heeft binnen de verpleegkundige kennis en praktijk. Busch (2006) beschrijft dezelfde knelpunten als Van Leeuwen maar geeft als aanvulling op die knelpunten ook aan dat er onvoldoende prioriteit is voor de spirituele behoeften van de zorgvrager. Ook andere auteurs beschrijven de taak die verpleegkundigen hebben op het gebied van spirituele zorg. In het Neuman Systems Model (Verberk e.a., 2006), staat beschreven dat zorg voor spiritualiteit een taak is van de verpleegkundigen. Ook Gordon (1995) bevestigt dat in haar beschrijving van de elf gezondheidspatronen. Drieborgen (2001) geeft aan dat verpleegkundigen op het gebied van spirituele zorg niet alleen een signalerende en verwijzende taak hebben naar de geestelijke verzorger maar dat aandacht voor zingeving en/of religie een verpleegkundige interventie is. Carpenito (2008) en McCloskey (2002) geven verpleegkundigen handvatten rondom het verlenen van zorg voor spiritualiteit. Zij beschrijven interventies die verpleegkundigen in de praktijk kunnen toepassen. Bij zowel Carpenito als McCloskey komt naar voren dat verpleegkundigen als taak hebben aanwezig te zijn en open te staan voor de worstelingen van de zorgvrager. Uit bovenstaande literatuur blijkt dat aandacht voor de spiritualiteit van de zorgvrager een taak is van iedere verpleegkundige. Theoretisch gezien is op verschillende manieren, door verschillende auteurs, beschreven hoe zorg voor spiritualiteit vorm moet krijgen in de praktijk. Ook zijn er verschillende auteurs die concrete interventies hebben beschreven om spirituele zorg vorm te verlenen aan de zorgvragers. Ondanks dat blijkt uit onderzoek dat zorg voor spiritualiteit in de praktijk onvoldoende gestructureerd is ingebed. Uit de literatuurstudie blijkt dat er een kloof is tussen theorie en praktijk als het gaat om de zorg voor spiritualiteit.

2.6. Eigen spiritualiteit van verpleegkundigen

Uit voorgaande paragrafen is duidelijk geworden dat spiritualiteit een eigen plaats heeft binnen de gezondheidszorg. Maar hoe verhoudt de opdracht tot het verlenen van spirituele zorg zich tot de eigen spiritualiteit van de verpleegkundige? Busch (2006) stelt dat de ervaringen van de verpleegkundigen een spirituele dimensie hebben als zij waarlijk aanwezig zijn in de zorg en de

fundamentele verbondenheid met de zorgvrager ervaren. Zij is van mening dat van iedere zorgverlener mag worden verwacht dat zij stilstaat bij zichzelf en nadenkt over de eigen grenzen. Ook Van Leeuwen (2005) vindt het van belang dat een verpleegkundige zich bewust is van haar eigen waarden en overtuigingen en welke invloed dat kan hebben op de zorg die zij verleent. Als men zich bewust is van de eigen spiritualiteit, waarden en overtuigingen dan is men beter in staat de eigen grenzen te bewaken. Steemers- Van Winkoop (2001) vult daar op aan als zij aangeeft dat als de verpleegkundige vragen durft te stellen aan zichzelf en stil durft te staan bij eigen gevoelens, dat zij dan beter in staat is om haar overeenkomsten met de zorgvrager te zien. Dit is van belang om de zorgvrager beter te kunnen ondersteunen en nabij te kunnen zijn. Samengevat is het doel van het kennen van de eigen spiritualiteit, volgens de verschillende auteurs, het bewaken van eigen grenzen en het optimaler kunnen ondersteunen van de zorgvrager.

2.7. Multidisciplinaire samenwerking rondom spiritualiteit

Jochemsen (2005), Van Leeuwen (2005) en Steemers- Van Winkoop (2001) geven alle drie hun mening over de multidisciplinaire verantwoordelijkheid rondom de zorg voor spiritualiteit. Van elke werker in de gezondheidszorg mag verwacht worden dat ze een gevoeligheid ontwikkelen voor de betekenis van spiritualiteit voor zowel de zorgvragers als voor de zorgverleners/collegae waar men mee samenwerkt. Van alle zorgverleners mag verwacht worden dat ze in staat zijn om spirituele behoeften van hun zorgvragers te kunnen signaleren. Maar bij wie ligt de verantwoordelijkheid voor het signaleren en verlenen van spirituele zorg? Zorg voor spiritualiteit is niet alleen een taak van de geestelijk verzorger. Iedere zorgverlener heeft rondom zorg voor spiritualiteit een eigen verantwoording maar deze is niet los te koppelen van de verantwoording van de andere disciplines. Zorgvragers krijgen met verschillende disciplines te maken, een onderlinge samenwerking is belangrijk, iedere zorgverlener moet voor ogen hebben wat haar taken zijn. Met elkaar moet er nagedacht worden hoe er samengewerkt kan worden, de grenzen van het eigen domeinen zullen afgetast worden. Alleen op die manier kan professionele zorg gegeven en gecontinueerd worden. Belangrijk is dat men de zorgverleners zich zelf de vraag stellen, waar is de zorgvrager het beste mee af?

3. Onderzoeksmethode

In dit hoofdstuk bevindt zich de verantwoording van de gebruikte onderzoeksmethoden. Achtereenvolgens worden de methode van onderzoek, semigestructureerde interviews, onderzoekspopulatie, gelegenheidssteekproef, analyse, bruikbaarheid, validiteit en betrouwbaarheid beschreven.

3.1. Methode van onderzoek: Kwalitatief onderzoek

Er is gekozen voor kwalitatief onderzoek, om te voldoen aan kwaliteitseisen van kwalitatief onderzoek is het van essentieel belang dat de betrouwbaarheid, validiteit en de bruikbaarheid van het onderzoek gewaarborgd is. In dit onderzoek wordt onderzocht wat verpleegkundigen nodig hebben om spirituele zorg te verlenen en hoe de spirituele dimensie ingebed kan worden in de zorgverlening. De verpleegkundigen, het multidisciplinair team van de OAAZ en verpleegkundigen van oncologieafdelingen van andere ziekenhuizen zijn gevraagd deel te nemen aan dit onderzoek. Het doel van het onderzoek is het inbedden van spirituele zorg op de OAAZ. Door middel van kwalitatief praktijkonderzoek wordt nagegaan wat de mening van de onderzoeksgroep is over de inbedding. Voor het onderzoek is het van belang dat er een open en flexibele benadering is en dat er gezocht wordt naar de achtergronden van de verzamelde gegevens. Spiritualiteit is een complex onderwerp en kan door iedereen anders geïnterpreteerd worden, mede daardoor is het onderzoek naar de achtergronden van belang. *Het onderzoek is niet strikt gebonden aan het verzamelen van cijfermatige gegevens. De onderzoeker kan zich aanpassen aan de omstandigheden tijdens het onderzoek* (Verhoeven, 2005). Baarda (2009) beschrijft dat bij kwalitatief onderzoek persoonlijke informatie verzameld kan worden. Dit is voor het onderzoek van belang.

3.2. Semigestructureerde interviews

Met de keuze voor een diepte interview is het mogelijk dat van het onderwerp wordt afgedwaald. Bij gestructureerde interviews is het daarin tegen mogelijk dat de inzichten van de respondenten tekort gedaan worden. Inzichten waar de onderzoeker niet aan denkt komen niet aan bod. Daarom is in dit onderzoek gekozen voor semigestructureerde interviews. Verhoeven (2005) geeft aan dat bij dit type interview er wel een vragenlijst of een lijst met onderwerpen (topiclijst) is maar dat er zeker alle ruimte is voor de eigen inbreng van de respondent. De onderzoeker is flexibel en kan inspelen op de reacties/inbreng van de respondent. Semigestructureerde interviews bestaan uit open vragen waarvan de formulering schriftelijk vast ligt maar waarvan tijdens het interviewen kan worden afgeweken. De topiclijst gebruikt voor dit interview is opgesteld aan de hand van de deelvragen en

de literatuur die voorafgaand aan de interviews is bestudeerd. In de bijlage bevindt zich de voor dit onderzoek gebruikte topiclijst.

3.3. Onderzoekspopulatie

Dit onderzoek richt zich op MBO en HBO Verpleegkundigen die werkzaam zijn op de Oncologische Afdeling Algemeen Ziekenhuis (OAAZ). Het onderzoek is uitgevoerd in de periode van september 2010 tot januari 2011. De onderzoekspopulatie bestaat uit verpleegkundigen van de OAAZ van Ziekenhuis Gelderse Vallei (ZGV) te Ede. Het verpleegkundig team van de OAAZ van ZGV bestaat uit 29 verpleegkundigen, bij 16 verpleegkundigen is er een interview afgenomen. Het multidisciplinair team van de OAAZ van ZGV heeft als informatiebron gefungeerd. De disciplines die het nauwst met de afdeling verbonden zijn hebben deelgenomen aan de interviews. Voor meer aanvullende informatie zijn verpleegkundigen van het Ikazia ziekenhuis te Rotterdam en het Flevoziekenhuis te Almere geïnterviewd. Ook is aan verpleegkundigen uit Utrecht en Nijmegen gevraagd deel te nemen aan vergelijkbaar onderzoek, dit was helaas niet mogelijk. Alle betrokken partijen versterken het onderzoek. Vanaf verschillende kanten is gezocht naar bruikbare informatie voor de implementatie.

3.4. Gelegenheidssteekproef

Bij een kwalitatief onderzoek wordt vrijwel altijd gebruik gemaakt van gerichte of beredeneerde steekproeven. In dit onderzoek is gekozen voor convenience sample oftewel een gelegenheidssteekproef. De onderzoekers zijn gedurende een maand lang dagelijks naar de OAAZ gegaan en hebben gekeken of er verpleegkundigen waren die geïnterviewd konden worden. Het doel van de gelegenheidssteekproef was om door middel van de verzamelde gegevens en de literatuurstudie te komen tot een implementatieplan gericht op de OAAZ met daarin meegenomen de wensen van het verpleegkundig team.

3.5. Analyse

Voor het analyseren van de uitkomsten worden de methodes zoals beschreven door Verhoeven (2007) en Baarda (2009) gebruikt. De interviews zijn opgenomen op een voice recorder en verbatim uitgewerkt door één van de onderzoekers. Na de verbatim uitwerking zijn de interviews door de studentonderzoekers en door de docentbegeleider gecodeerd. Uit de gelabelde gegevens zijn een aantal overkoepelde concepten opgesteld. Deze concepten zijn geanalyseerd en met de gegevens van de analyses is overgegaan naar de synthese waarin de resultaten beschreven zijn.

3.6. Bruikbaarheid

De gegevens die uit de analyse naar voren komen leveren data op. Deze analyses worden beschreven in de synthese en zijn aanknopingspunten voor het implementatieplan. Dit implementatieplan moet bruikbaar zijn voor de afdeling. Immers door dit implementatieplan uit te voeren kan de afdeling gestructureerd vorm geven aan spirituele zorg op de afdeling, wat uiteindelijk de kwaliteit van de zorg ten goede komt. Om de bruikbaarheid van het onderzoek te waarborgen werd de opdrachtgever nauw betrokken bij het formuleren van het implementatieplan.

3.7. Validiteit en betrouwbaarheid

Validiteit heeft te maken met de juistheid van de onderzoeksbevindingen, meet wat je wilt weten. Om de validiteit van het onderzoek te waarborgen is het belangrijk dat er aan een aantal criteria voldaan wordt. Wat belangrijk is, is de onafhankelijkheid van de onderzoeker. Door de interviews op te nemen op een voice recorder en het aanhouden van een topiclijst wordt eenduidigheid in de interviews bevorderd. Het goed voorbereid zijn op het interview en het aanpassen aan het informatie- en taalniveau van de respondent, draagt bij aan zo min mogelijk vertekeningen door externe invloeden. De interviews werden gehouden door drie onderzoekers gehouden. Per interview waren er twee onderzoekers aanwezig, de eerste onderzoeker stelde de vragen en de tweede onderzoeker was bij het interview aanwezig om ondersteuning te bieden. De interviews (ruwe data) werden door de derde onderzoeker verbatim uitgewerkt. Ook het coderen en labelen werd door verschillende onderzoekers en de docentbegeleider gedaan (peer-review).

4. Resultaten onderzoek

Dit hoofdstuk bestaat uit drie paragrafen met daarin de resultaten van het onderzoek. De resultaten van de interviews die werden gehouden onder verpleegkundigen van de OAAZ zijn beschreven in paragraaf één. Het multidisciplinaire team betrokken bij de OAAZ werd geïnterviewd, deze resultaten zijn beschreven in de tweede paragraaf. De derde paragraaf bevat respons van verpleegkundigen van andere ziekenhuizen, hierin wordt beschreven hoe verpleegkundigen vorm geven aan spirituele zorg.

4.1. Verpleegkundigen OAAZ

Er zijn 29 verpleegkundigen werkzaam op de OAAZ, hiervan zijn 16 verpleegkundigen geïnterviewd. Deze uitkomsten zijn gesorteerd onder verschillende categorieën. Alle categorieën zijn gekoppeld aan een concept. Hieronder staan per concept de resultaten beschreven. Deze interviews zijn afgenomen met als doel na te gaan wat de verpleegkundige nodig heeft om de spirituele dimensie vorm te geven in het verpleegkundig beroep.

4.1.1. Holistische mensvisie

Bij verpleegkundigen komen, als er gevraagd wordt naar wat spiritualiteit voor hen inhoudt, de volgende steekwoorden naar voren: levensvragen, zingeving, geloofsopvatting, van waaruit mensen handelen, je geestelijkheid, cultuur, visie, muziek, waar iemand voldoening uit haalt, leidraad voor je leven en je dagelijks leven.

Alle verpleegkundigen zeggen iets over de holistische mens, zij geven aan de mens te willen zien als één geheel, dit betekent het somatische niet los te zien van het psychosociale en spirituele van de mens. Dit valt voor hen niet los te koppelen. Een deel van deze verpleegkundigen geeft daarbij tegelijkertijd aan dat de lichamelijke zorg nummer één is. Omdat de patiënt komt voor de lichamelijke zorg.

De holistische mensvisie wordt door verpleegkundigen gekoppeld aan goede zorg. De verpleegkundige kijkt naar de persoon die zij voor zich heeft, het maakt dan niet uit wat voor achtergrond iemand heeft, het is belangrijk te kijken naar de beleving van de patiënt in het ziekteproces, met de mensen die om de patiënt heen staan en wat de verpleegkundige voor de patiënt kan betekenen.

4.1.2. Persoonlijke aandacht

Verpleegkundigen geven aan spirituele zorg vorm te geven door persoonlijke aandacht te geven aan de patiënt, vanuit het eigen referentiekader. Deze persoonlijke aandacht kan tot uiting komen in de manier van zorgverlening en de gesprekken die er zijn tussen de patiënt en de verpleegkundige.

Opvallend is dat een deel van de verpleegkundigen bij spirituele zorg vooral denken aan een kerkgemeenschap en geloofaspecten. Het andere deel ziet spirituele zorg breder en denken bij spirituele zorg van godsdienstig tot alledaagse bronnen van inspiratie.

Verpleegkundigen geven aan dat zij vaak te maken hebben met vragen van de patiënt als: ‘Wat is de zin van mijn leven?’ en ‘Waarom moet ik dit meemaken?’ Geïnterviewden geven aan persoonlijke aandacht te geven door de zorg af te stemmen met de patiënt, familie en mantelzorger. Zij geven aan het van belang te vinden om de patiënt serieus te nemen, te luisteren naar wat de patiënt zegt en aandacht hebben voor de patiënt. Dat heeft alles te maken met de houding van de verpleegkundige. De verpleegkundige heeft als doel de patiënt zo te leren kennen dat hij haar toevertrouwd waar hij onzeker, verdrietig, angstig en/of gestrest over is. De verpleegkundige bouwt op deze manier een vertrouwensband op met de patiënt.

Zorg verlenen naar de behoefte van de patiënt, vrijwel alle verpleegkundigen geven aan dit van belang te vinden. Alles wat je doet om het een patiënt zo aangenaam mogelijk te maken. De verpleegkundige krijgt te maken met de kwetsbaarheid van de patiënt, daarom geeft zij aan dat de verpleegkundige er niet omheen kan om spirituele zorg te verlenen.

De zorg geven met aandacht, zoals bijvoorbeeld het wassen van de patiënt. Tijd nemen voor aandacht. Verpleegkundigen merken hierover op dat zij als hulpverlener zelf prioriteiten moeten stellen.

Maar hier is het vaak zo van, nu zijn de mensen nog helder, geven aan dat ze daar behoefte aan hebben. Dan moet je vaak die momenten wel pakken want het kan hier per 24 uur of zelfs per dienst kan het zo erg wisselen, dat iemand het dan niet meer kan kenbaar maken wat hij wil op dat gebied. (002/89)

4.1.3. Methodisch werken

Uit de gehouden interviews komt naar voren dat op dit moment incidenteel sprake is van aandacht voor spiritualiteit in de verpleegkundige methodiek. Dit gebeurt dan spontaan, bijvoorbeeld in de vorm van een gesprek dat zomaar ontstaat. Verpleegkundigen geven aan dat zij geen methode of leidraad weten te vinden op de OAAZ, die aangeeft hoe spirituele zorg vorm kan krijgen.

Wat betreft de wensen van de verpleegkundigen zijn er twee meningen, een klein deel geeft aan dat er behoefte is aan een protocol of checklist die beschrijft hoe spirituele zorg vormgegeven kan en moet worden. Het andere deel geeft aan dat er juist helemaal geen behoefte is aan nog meer papierwerk. Wel geeft het merendeel van de verpleegkundigen aan dat er behoefte is aan

handreikingen of tools hoe spirituele zorg vorm gegeven kan worden. Dit begint al bij de definiëring van het begrip spiritualiteit.

Hoe komt spiritualiteit in de huidige situatie terug in de anamnese? Op de afdeling worden de anamneses afgenomen aan de hand van de vragenlijst van M. Gordon. Het blijkt dat deze al vaak ingevuld worden op een andere afdeling. In de praktijk blijkt dat deze dan niet meer aangevuld wordt, mochten er gegevens ontbreken. Ook worden er nauwelijks verpleegdoelen gesteld omtrent spirituele behoeften en problemen. Het hangt af van de individuele verpleegkundige die werkt en hoe zij spirituele zorg vorm geeft in de methodiek. Er worden soms wel spirituele behoeften gesignaleerd, hier wordt door de verpleegkundige op ingespeeld of zij verwijst de patiënt door naar een andere discipline. De behoefte leeft dat er eenduidig omgegaan wordt met het afnemen en invullen van de anamnese. Verpleegkundigen geven meerdere malen aan dat een oncologische patiënt bij een kwetsbare doelgroep behoort, daarom wil de verpleegkundige optreden als casemanager voor deze doelgroep.

4.1.4. Samenwerking

Monodisciplinair

Inhoudelijk wordt er, zowel schriftelijk als mondeling, weinig overgedragen over de spiritualiteit van de patiënt. Het blijkt afhankelijk te zijn van de individuele verpleegkundige.

Verpleegkundigen verwachten van elkaar een zekere wisselwerking en een open houding. Deze wordt echter niet altijd ervaren. Terwijl verpleegkundigen aangeven dat ze veel van elkaar kunnen leren. Er is behoefte om met elkaar in gesprek te gaan, hierin kunnen ervaringen en gedachten over spirituele zorg gedeeld worden.

Ik zou de spirituele dimensie wel in de rapportage willen zien. En ik vind ook, ik denk dat er ook een bepaalde veiligheid moet zijn op de afdeling. (001/194)

Multidisciplinair

De inhoudelijke rapportage van verschillende disciplines blijkt vaak beknopt te zijn. Een aantal verpleegkundigen geeft aan dit lastig te vinden omdat ze dan niet kunnen voortborduren op de door de andere discipline ingezette benadering. Verpleegkundigen zijn onvoldoende bekend wat de pastor te bieden heeft aan geestelijke verzorging. Er leeft een behoefte onder verpleegkundigen om bijvoorbeeld ethische dilemma's te kunnen bespreken met de pastorale dienst. De pastorale dienst lijkt niet voor iedere verpleegkundige toegankelijk te zijn om ethische dilemma's, die worden ervaren in het verpleegkundig beroep te bespreken.

Tijdens het multidisciplinaire overleg is spiritualiteit soms een onderwerp. Aangegeven wordt dat het jammer is dat er nauwelijks wordt doorgepraat over een probleem maar dat het meer een uitwisseling van informatie is. De informatie komt vaak vooral van de verpleegkundige. De samenwerking en afstemming tussen de verpleegkundigen en verschillende disciplines wordt gemist. Er is een wens van meer terugkoppeling van verschillende disciplines om betere afstemming van zorg te creëren en daarmee continuïteit van zorg te kunnen waarborgen.

Het moreel beraad dat sinds dit jaar is opgezet wordt als positief ervaren. Hier wordt de ruimte gevonden om met elkaar en andere disciplines door te praten over ethische onderwerpen. Er is een wens dat dit voortgezet wordt en spirituele thema's hier onderdeel van zijn.

Ik denk dat als je als team gewoon elkaar meer begrijpt, dat je dan altijd betere patiëntenzorg geeft.
(007/243)

4.1.5. Professionele kenmerken

Het blijkt dat een groot deel van de verpleegkundigen al veel doet aan spirituele zorg, zoals behoeften signaleren en het in gesprek gaan met de patiënt. Tegelijkertijd geven verpleegkundigen aan dat ze zich tekort voelen schieten in spirituele zorg, terwijl zij wel aangeven dit van belang te vinden.

Een deel van de verpleegkundigen ziet het als eigen verantwoordelijkheid om kennis van het verpleegkundig beroep te verzamelen. Dit doen zij in eigen tijd door naar een congres te gaan, vakliteratuur bij te houden en dergelijke. Aan de andere kant is er een wens tot uitbreiding van inhoudelijke kennis, ten opzichte van spirituele zorg, religie, zingeving, ziektebeleving en de grenzen van de eigen competenties.

Verpleegkundigen geven aan dat zij niet weten waar precies hun verantwoording ligt. Wat is nu het taakgebied van de verpleegkundige en waar liggen de grenzen? Tijdens de verpleegkunde opleiding en/of de oncologieopleiding is dit wel naar voren gekomen, maar zij geven aan hier weinig van toe te passen in de praktijk. Daardoor is er ten opzichte van het moment van afstuderen een vermindering van kennis met betrekking tot spirituele zorg.

Een groot deel van de verpleegkundigen geeft aan dat ze tekort schieten in de gespreksvaardigheden. Het gaat vooral om het luisteren en doorvragen, specifiek bij de oncologische patiënt. Aangegeven wordt dat het daardoor lastig is om te komen tot de kern van het 'probleem'. Daarnaast geeft een deel aan het lastig te vinden om een spirituele behoefte te signaleren.

Zoals bij het concept samenwerking ook werd aangegeven geven vrijwel alle verpleegkundigen aan het belangrijk te vinden om te kunnen leren van elkaar. Die ruimte wordt momenteel door een meerderheid van de respondenten niet ervaren.

4.1.6. Organisatorische context

De spirituele dimensie vormgeven in het werk van verpleegkundigen vraagt tijd, deze tijd wordt niet ervaren door iedere verpleegkundige. Dit komt mede door de storingsfactor van de pieper en telefoon of door alle andere activiteiten die nog dienen te gebeuren. Als er gesprekken zijn en de verpleegkundige heeft er eigenlijk de tijd niet voor, dan straalt zij dit ook uit naar de patiënt. Verpleegkundigen geven aan op deze manier het idee te krijgen dat zij hun professie niet volledig uitoefenen. Tegelijkertijd wordt aangegeven dat er ruimte gefaciliteerd moet worden vanuit de organisatie om de spirituele dimensie in het verpleegkundig proces vorm te geven.

Verpleegkundigen geven aan dat zij een gespreksruimte of familiekamer missen op de OAAZ. Dit zou nodig zijn om de patiënt ruimte te bieden voor een gesprek, ziekte- en/of rouwverwerking.

Een belemmering die wordt genoemd is om in gesprek te gaan met een patiënt die op een vierpersoonskamer ligt, omdat zowel de patiënt als de verpleegkundige dan geen privacy ervaren.

Meerdere keren wordt de factor tijd, stress of werkdruk genoemd. Dit zorgt ervoor dat de verpleegtechnische en lichamelijke zorg wel plaatsvindt maar alles daaromheen vaak een tweede plaats krijgt. Soms maakt het zelfs dat de verpleegkundig niet aan een gesprek begint doordat ze te onrustig het gesprek in zal gaan. Tegelijkertijd wordt ook wel aangegeven dat het soms te maken heeft met de prioriteit die de verpleegkundige stelt. Er moet tijd vrijgemaakt worden voor het vormgeven van de spirituele dimensie, het heeft het alles te maken met hoe de verpleegkundige zelf in het werk staat.

Het moet wel onderkend worden als dat een ding is en je geeft daar vorm aan, daaraan gekoppeld zit natuurlijk een bepaalde tijd en investering en wordt dat gehonoreerd dan is dat makkelijker dan dat je dat een beetje en-passant ertussen door doet. (005/350)

4.2. Multidisciplinair team van de OAAZ

De verschillende betrokken disciplines werden geïnterviewd, met als doel het implementatieproces zo breed mogelijk te onderzoeken. Zo hebben alle betrokken disciplines de mogelijkheid gekregen hun inbreng mee te laten wegen in het implementatieplan.

4.2.1. Pastorale dienst

Volgens de Dienst Geestelijke Verzorging is spiritualiteit niet los te zien van God. Er kan wel een moment van spirituele zorg zijn zonder dat God daar expliciet aan de orde komt. In de verpleegkundige zorgverlening komt spiritualiteit tot uitdrukking in de houding van de verpleegkundige aldus de pastorale dienst. De houding van de verpleegkundige getuigt over het algemeen van veel empathie. Volgens de Dienst Geestelijke Verzorging speelt relatie een rol. Het is belangrijk dat de verpleegkundige zichzelf kan loslaten en weet wie zij is in relatie tot zichzelf en tot de ander.

De Dienst Geestelijke Verzorging ziet het als taak bij het multidisciplinaire overleg aanwezig te zijn en vooral te luisteren en mee te schrijven. De rapportages in het verpleegkundig dossier van de pastorale dienst zijn summier. Dat er contact is geweest wordt in ieder geval gerapporteerd. Mochten er bijzonderheden zijn die de verpleegkundige moet weten, dan worden deze erbij geschreven.

Het motto is open te staan voor iedere patiënt en daarmee ook voor iedere levensovertuiging van een patiënt. De spirituele dimensie moet ingebed worden in de organisatie, dat moet niet afhangen van alleen de pastorale dienst. De pastorale dienst staat hier positief tegenover.

4.2.2. Fysiotherapie

De fysiotherapie richt zich op de patiënt als persoon. Het is belangrijk te weten wie de patiënt is, wat voor een behandeling de patiënt krijgt en waar gaat de patiënt ook straks weer naar toe. De doelen van de patiënt en de fysiotherapeut moeten op één lijn liggen. Deze worden afgestemd aan de hand van de vraagstelling van de patiënt.

De focus ligt op het lichamelijke aspect van de mens. Toch wordt er vanuit de fysiotherapie wel degelijk aandacht besteedt aan spirituele zorg, daar kunnen zij niet omheen. Daarmee richt de fysiotherapie zich ook op de bronnen van mensen. Bijvoorbeeld als gezien wordt dat mensen heel ziek zijn, maar toch elke keer een bepaalde kracht vinden om door te gaan, dan wordt weleens gevraagd aan de patiënt: 'Waar haalt u toch de kracht vandaan?' Als bepaalde vragen leven wordt dit ook aan de orde gebracht tijdens een multidisciplinair overleg of in contact met de verpleegkundige of pastorale dienst.

Aangegeven wordt dat de verpleegkundige veel informatie kan vertellen over de spirituele dimensie van de mens. Dat zijn toch de gesprekjes die verpleegkundigen hebben tijdens de dagelijkse verzorging.

Vanuit de fysiotherapie is behoefte aan extra scholing, scholing waarin tools worden gegeven hoe de spirituele dimensie vorm zou kunnen krijgen op de OAAZ. Om van een deskundige wat meer te horen, en dan met name specifiek voor de oncologie afdeling.

4.2.3. Psychologie

Vanuit de psychologie wordt bij spiritualiteit vooral gedacht aan de behoeftes die een patiënt kan hebben. Het verwerken of het omgaan met de ziekte en de gevolgen. Er zijn patiënten die heel concreet behoefte hebben aan handvatten bij hun ziekteproces. Anderen hebben behoeften aan meer de religieuze benadering van hun problematiek.

Vanuit de intervisie komt naar voren dat verpleegkundigen de spirituele dimensie belangrijk vinden in het zorgproces. Er wordt ook teruggehoord dat verpleegkundigen ruimte maken voor de spirituele dimensie in het verpleegkundig beroep. Het hangt af van de individuele verpleegkundige hoe dit wordt vormgeven. De OAAZ is juist één van de weinige afdelingen die hier aandacht voor heeft. Aan de andere kant is de oncologie ook een hele zware patiëntenpopulatie, dus dat vraagt onderhoud. Niet alleen een cursus of een training of een jaar intervisie. Het gaat om het onderhouden, continue scholing. In de intervisie wordt terug gezien dat verpleegkundigen daarmee bezig zijn. Ook wat het betekent voor de verpleegkundige zelf om geconfronteerd te worden met leven en dood.

De rapportage is zeer beknopt vanuit de psychologie. Zwart op wit kan gezegd worden dat er nooit over de inhoud van gesprekken wordt gerapporteerd, wel naar de verpleging toe als dingen van belang zijn voor hen, of als er bepaalde behandeladviezen zijn. Bijvoorbeeld ten aanzien van communicatie of van thema's die leven bij patiënten.

Vanuit de psychologie wordt gedacht dat op het moment dat medisch-technische aspecten op de voorgrond staan, patiënten vaak nog helemaal geen ruimte hebben om zich te uiten over zingeving. Voor de verpleegkundige vraagt dit het vermogen een inschatting te maken van wat een normale reactie is bij het ziekteproces en wat echt 'afwijkend' is. Dit vraagt het vermogen te observeren maar vooral ook te luisteren naar de patiënt. Verpleegkundigen zijn vaak erg handelend, heel oplossingsgericht.

Belangrijk is voor de verpleegkundigen om te blijven oefenen in gespreksvaardigheden. Daarnaast is de wisselwerking tussen de verpleegkundigen van belang, op het moment dat je dingen durft te gaan delen met elkaar in de dagelijkse praktijk, dat daarvoor ruimte wordt geboden, dan zeg je als organisatie ook dat je het belangrijk vindt, ook tussen alle zorg voor de patiënten door.

4.2.4. Maatschappelijk werk

Vanuit de Maatschappelijke Dienst wordt bij spiritualiteit vooral gedacht aan zingeving, relaties en het hier zijn als mens. Er wordt altijd gewerkt vanuit de context van de patiënt, om dan vooral te kijken waar komt iemand vandaan en wie staat daarnaast.

Het verpleegkundig team van de OAAZ wordt gezien als een stabiel team, die echt weten wat de oncologische patiënt bezig houdt en ook zeker de gesprekken niet uit de weg gaat, ook niet op het gebied van zingevingvragen. Gemiddeld genomen krijgt de Maatschappelijke Dienst weinig patiënten van de OAAZ in consult, verpleegkundigen voeren al veel gesprekken zelf. Er worden alleen patiënten doorverwezen met een reële vraag, verpleegkundigen hebben dan zelf al onderzoek gedaan naar de hulpvraag.

De verpleegkundigen zouden nog meer kunnen leren luisteren en echt achterover kunnen leunen. De rapportages van de maatschappelijk werker in het verpleegkundig dossier zijn kort, wel als dingen geregeld zijn of moeten worden. Maar er wordt weinig gerapporteerd over het inhoudelijke gesprek dat geweest is, patiënten vertellen dingen in vertrouwen. Aangegeven wordt dat er misschien soms wel meer gerapporteerd kan worden vanuit de Maatschappelijke Dienst, zodat verpleegkundigen kunnen voortborduren op thema's die leven.

4.2.5. Diëtiëk

Vanuit diëtiëk wordt bij spiritualiteit vooral gedacht aan het geestelijke en hoe je met je leven omgaat. Dus niet het lichamelijke maar hoe je de rest inricht, hoe je aankijkt tegen ziekte, hoe je omgaat met ziekte en ook het religieuze.

In het werk van de diëtist komt de spirituele dimensie naar voren, bijvoorbeeld als een patiënt sondevoeding moet krijgen. Vaak komen dan de gesprekken met spirituele thema's wel naar voren, bijvoorbeeld wat het voor een patiënt betekent om sondevoeding te krijgen. In de rapportage in het verpleegkundig dossier of mondeling naar de verpleegkundige wordt geprobeerd wel naar voren te brengen hoe de patiënt staat tegenover bijvoorbeeld sondevoeding staat. Als door de arts wordt gezegd dat de sondevoeding gestopt moet worden en vanuit diëtiëk is het bekend dat de patiënt hier moeite heeft, dan komt er een gesprek met de arts om na te gaan wat de mogelijkheden zijn. Dit kan met de spirituele dimensie te maken hebben, omdat het kan gaan over de zin en invulling van het leven. Vanuit diëtiëk wordt wel ervaren dat de verpleegkundige de patiënt echt ziet liggen in bed als mens en niet alleen de ziekte.

4.2.6. Specialist

Vanuit de specialist wordt onder spiritualiteit verstaan met name verwerkingsproblematiek en zingevingvragen, zoals de basale levensvraag, de eindigheid van het leven en de zin van het leven. Aangegeven wordt dat de manier waarop de spirituele dimensie terugkomt in gesprekken, afhankelijk is van de patiënt. In gesprekken komt de spirituele dimensie ongetwijfeld aan de orde, echter bij de ene patiënt is er gemakkelijker een aanknopingspunt te vinden dan de ander.

Tijdens de grote visite, dat is vaak erg medisch-technisch, daar komt de mens als geheel weinig ter sprake. Wel worden opvallende emoties van de patiënt naar voren gebracht, zoals verdriet. Zingevingvragen, zoals hoe een patiënt in zijn leven staat, dat komt nauwelijks ter sprake.

Bij het multidisciplinaire overleg is geen specialist aanwezig. De arts-assistent zal het ook ongetwijfeld ter sprake brengen. Tijdens weekenddiensten gaan de specialisten over het algemeen uitvoeriger in gesprek met de patiënt verblijvend op de afdeling, dan kan een gesprek nog wel eens de diepte in gaan. De patiënt is het uitgangspunt van de behandeling en heeft dan ook het recht het laatste woord te hebben. Als de patiënt een bepaalde behandeling niet wil om welke reden dan ook, dan is het zo. De behandeladviezen zullen evengoed wel worden gegeven.

Vanuit de specialist wordt aangegeven dat aandacht voor de spirituele dimensie van belang is. Ook wordt positief gereageerd om de spirituele dimensie in te bedden in de dagelijkse zorg bij zowel de verpleegkundigen als het multidisciplinaire team. Het is een belangrijk item. Wel is een voorwaarde dat er voldoende tijd moet zijn. Gesprekken waarin de diepte wordt gezocht vragen tijd, misschien moet dan kwaliteit wel geld kosten en moet er extra personeel bij.

Het moreel beraad wordt als waardevol ervaren, dan kunnen dingen uitgesproken worden, dit is bevorderlijk voor een goede samenwerking in het team, dat geeft wederzijds respect.

Voorstel vanuit de specialist om bij moeilijke casussen, op dat moment ook een moment te creëren met betrokken verpleegkundigen en arts (assistenten), om uit te spreken naar elkaar wat er gebeurt, hoe de hulpverlener het ervaart en waar de knelpunten zitten.

4.3. Verpleegkundigen externe ziekenhuizen

Van twee ziekenhuizen werd extra informatie verkregen met als doel te horen wat verpleegkundigen doen aan spirituele zorg en op welke manier dit is ingebed in de organisatie. Deze interviews hebben plaatsgevonden onder verpleegkundigen, werkzaam op de oncologische afdeling. Te weten het Ikazia Ziekenhuis te Rotterdam en het Flevoziekenhuis te Almere. Ook hebben de onderzoekers doorgevraagd naar wat zij verstaan onder spiritualiteit, goede zorg en naar belemmeringen en knelpunten die zij ervaren. De belangrijkste resultaten uit de interviews worden hieronder beschreven.

4.3.1. Ikazia Ziekenhuis, Rotterdam

Bij het Ikazia Ziekenhuis hebben de onderzoekers met twee verpleegkundigen gesproken.

Bij goede zorg wordt gedacht aan het voorzien in de behoeften van de patiënt, voor zover dit mogelijk is. Bij het Ikazia Ziekenhuis gaat men uit van holistische zorg, tegelijkertijd wordt aangegeven dat de patiënt er in eerste instantie is voor genezing, of in ieder geval dat het probleem wordt opgelost, daarbij wordt er zoveel mogelijk gekeken naar de context en gewoontes van de patiënt. Spirituele zorg wordt vooral vormgeven door in gesprek te gaan met de patiënt en zo goed mogelijk door te vragen. Bij de anamnese wordt altijd gevraagd naar de levensovertuiging van de patiënt. Meestal wordt ook gevraagd aan de patiënt of ze praktiserend zijn en of de patiënt ook steun beleeft aan zijn geloof of levensovertuiging.

Er is een scholing geweest hoe in de anamnese doorgevraagd kan worden naar levens- en zingevingvragen. Mocht iemand ongepland worden opgenomen in bijvoorbeeld de avonddienst, dan worden in ieder geval de belangrijkste dingen gevraagd en wordt gestart met de behandeling. Voor de daaropvolgende dag wordt in de actieplanning opgeschreven dat de anamnese nog afgenomen moet worden. De anamnese wordt niet volgens een bepaald model afgenomen. Het zijn een aantal vragen zoals slapen, voeding, mobiliteit, uitscheiding en levensbeschouwing/geloof. De patiënten die een oncologische behandeling krijgen een 'onco-mapje'. Dit mapje is geschreven aan de hand van de patronen van Gordon. Bij deze patiënten wordt een uitgebreidere anamnese afgenomen. Er wordt vanuit de anamnese ook altijd de mogelijkheid geboden voor hulp vanuit maatschappelijk werk of pastorale hulp. Verpleegkundigen zien het als een taak om in eerste instantie zelf naar problematiek te kijken om zo eventueel ook een juiste doorverwijzing te doen. Mocht er een verpleegkundige diagnose op dit gebied zijn dat kan er een aandachtsgebied van gemaakt worden, dit wordt verwerkt in het verpleegplan. Als de betreffende verpleegkundige dan een paar dagen vrij is, wordt de zorg gecontinueerd.

De pastoraal werker is goed toegankelijk. Mocht er buiten kantoortijden iemand nodig zijn, dan kan de pastoraal werker altijd gebeld worden of is er een bereikbaarheidsdienst geregeld.

Iedere donderdag is er een 'Zorg voor Zorgenden' half uurtje. Dit is van half twee tot twee uur, tijdens het rust uur. Daar kunnen zij zelf iets naar voren brengen, hier zit de pastoraal werker bij. Er wordt een gelegenheid gegeven voor de verpleegkundigen om moeilijke casussen of leuke dingen te delen met elkaar.

Daar komen soms best wel goede dingen uit op één of andere manier kan je het zelf daarna gewoon afsluiten. (020/116)

Aangegeven wordt dat verpleegkundigen op deze manier elkaar leren kennen en op elkaar kunnen bouwen en vertrouwen. De overdracht duurt 'vrij lang', enerzijds wordt aangegeven dat dit een handicap is, terwijl aan de andere kant het ook een soort van verwerking is voor hen omdat het een vrij moeilijke afdeling is.

Gevraagd werd naar nadelen van de inbedding van spirituele zorg in het zorgproces. Aangegeven werd dat er een periode is geweest dat de aandacht voor spirituele zorg een hype werd. De aandacht voor spirituele zorg was groot, het leek dat daardoor minder aandacht was voor de andere zorgaspecten. Hierin moet een balans te vinden zijn.

4.3.2. Flevoziekenhuis, Almere

Bij het Flevoziekenhuis werd gesproken met één verpleegkundige. Ongeveer drie jaar geleden heeft het Flevoziekenhuis de keuze gemaakt voor het zorgconcept Planetree en het kwaliteitsmodel Kaizen. De Planetree visie staat voor: 'Mens voorop: betere zorg, helende omgeving en gezonde organisatie'.

Op de afdeling oncologie wordt complementaire zorg gegeven, vanuit het Planetree model, dat is de aanvullende zorg als massages en gezonde visualisaties. Vanuit het Flevoziekenhuis worden complementaire zorg en ook geloof onder spiritualiteit verstaan. Zij proberen in de zorg naar patiënten net wat meer te doen dan de ADL. Een doel is dat de zorg wordt gegeven met extra aandacht, tijd en gevoel. Een open houding is hierbij van belang. De Planetree visie is omarmd in het hele ziekenhuis, daardoor wordt er vanuit de werkgever ruimte gegeven aan de werknemer om aandachtige zorg te leveren en hiervoor tijd vrij te maken. In het oncologische team wordt openheid ervaren. Een pieper kan met een gerust hart even afgegeven worden aan een collega. Goede zorg heeft alles te maken met houding, het begint al bij een open houding, dat de patiënt de ruimte krijgt om te wensen wat hij wenselijk vindt of wat hij nou eigenlijk anders zou willen. Bij de anamnese wordt gevraagd of een patiënt gelovig is, dan wordt niet alleen ingevuld 'ja' of 'nee', maar de verpleegkundige vraagt er ook op door. Op de afdeling zijn twee familiekamers aanwezig. Dit is voor de familie en ook voor de patiënt. Voor de verwerking van de ziekte of het even afzonderen.

Samenvattend wordt gezien dat in zowel het Ikazia Ziekenhuis als het Flevoziekenhuis spirituele zorg ruimte krijgt in het zorgproces. Beide ziekenhuizen kiezen een andere manier om spirituele zorg in het zorgproces te waarborgen. Bij het Ikazia Ziekenhuis wordt spirituele zorg vooral vormgegeven door de gesprekken die er zijn, de methodiek in de anamnese, de doorverwijsmogelijkheden en onder de collega's is er een wisselwerking te zien in het team. Bij het Flevoziekenhuis wordt duidelijk gewerkt vanuit een model en van hieruit wordt gehandeld. Bij beide ziekenhuizen is er ruimte gecreëerd voor het vormgeven van spirituele zorg.

5. Conclusies en Aanbevelingen

Dit hoofdstuk beschrijft de conclusies vanuit het hoofdstuk resultaten en daarop volgend de meest logische aanbevelingen. De conclusies zijn onderverdeeld aan de hand van de deelvragen, waarbij antwoord wordt gegeven op hoe de spirituele dimensie van zorg geïntegreerd kan worden in het zorgproces door verpleegkundigen op de Oncologische Afdeling Algemeen Ziekenhuis van Ziekenhuis Gelderse Vallei te Ede.

5.1. Conclusies

5.1.1. Deelvraag 1 Verpleegkundigen OAAZ

Hoe denken verpleegkundigen van de Oncologische Afdeling Algemeen Ziekenhuis van Ziekenhuis Gelderse Vallei te Ede over het implementeren van de spirituele dimensie?

Alle geïnterviewde verpleegkundigen vinden het van belang de spirituele dimensie in het verpleegkundig zorgproces te integreren. Verpleegkundigen geven aan de mens te zien als een holistische eenheid, echter het blijkt dat bij zeker de helft van de verpleegkundigen de lichamelijke zorg prioriteit nummer één is. Daarmee wordt feitelijk gezien lichaam en geest gescheiden. Op dat moment richten deze verpleegkundigen zich hoofdzakelijk op de lichamelijke klachten die de patiënten ervaren. Zij laten zich hierin leiden door het biomedisch model. Voor het integreren van de spirituele dimensie is het belangrijk eerst te beginnen bij de individuele verpleegkundige. Volgens de verpleegkundigen van de OAAZ is er momenteel weinig ruimte tot bevordering van een reflectieve professional. Er vindt nauwelijks uitwisseling plaats waarin gesproken wordt over gevoelens of ervaringen die verpleegkundigen beleven in haar werkzaamheden. Ook wordt er nauwelijks gesproken over een visie op zorg of over normen en waarden die gehanteerd worden. Verpleegkundigen hebben behoeften aan meer uitwisseling onder collegae waarin ruimte is ervaringen te delen zodat er een lerende houding ontstaat. Op deze manier wordt de samenwerking geoptimaliseerd en zullen verpleegkundigen sneller advies onder collegae vragen. Verpleegkundigen geven aan gespreksvaardigheden niet volledig te beheersen, specifiek over het luisteren en doorvragen bij de oncologische patiënt. Als een professionele samenwerking gecreëerd is, zullen verpleegkundigen eerder onderling advies vragen, bijvoorbeeld over de wijze waarop een collega gespreksvaardigheden toepast bij een patiënt of over het opstellen van een verpleegplan bij een patiënt met spirituele nood.

Het blijkt dat verpleegkundigen de spirituele dimensie nauwelijks laten terugkomen in de verpleegkundige methodiek. De spirituele dimensie wordt niet gecontinueerd in de zorg voor de patiënt. Op de OAAZ wordt de anamnese afgenomen volgens de gezondheidspatronen van Gordon. Gordon beschrijft dat een medische diagnose iets doet met elk gezondheidspatroon. In de praktijk

blijkt dat verpleegkundigen de anamnese niet volledig afnemen of invullen. De spirituele dimensie is hiermee wel ingebed in de verpleegkundige methodiek maar wordt niet volledig gehandhaafd. Er worden geen verpleegproblemen en daarmee verpleegplannen opgesteld rondom spirituele behoeften van de patiënt. Het blijkt geheel afhankelijk te zijn van de individuele verpleegkundige hoe er met de spirituele behoefte van de patiënt wordt omgegaan. Ditzelfde geldt voor de rapportage. Een minimum aantal verpleegkundigen geeft aan wel eens iets op te schrijven over zingeving of behoeften rondom spiritualiteit. Spiritualiteit is nauwelijks een thema rond de mondelinge of schriftelijke overdracht, daarmee kan gesteld worden dat de spirituele behoefte die eventueel is gesignaleerd niet door verpleegkundigen wordt gecontinueerd, behandeld of geëvalueerd. Verpleegkundigen hebben behoefte aan een eenduidige lijn, waarin duidelijk wordt hoe de verpleegkundige de spirituele dimensie laat terugkomen in de verpleegkundige methodiek. Het blijkt dat een deel van de verpleegkundigen te weinig kennis beheerst over spirituele zorg. Dit zou een belemmering kunnen zijn om de spirituele behoefte van de patiënt te kunnen signaleren en zorg daaraan te kunnen besteden.

Bij de voorbereiding voor het MDO wordt meestal wel nagegaan of er nog problemen zijn rondom voeding, mobiliteit, spiritualiteit of psychosociale problemen. Verpleegkundigen geven aan het teleurstellend te vinden dat meerdere disciplines minimaal rapporteren in het verpleegkundig dossier. Dit zorgt voor een belemmering in een professionele samenwerking en de afstemming van zorg. Het tekort aan kennis dat ervaren wordt ligt vooral op het gebied van spirituele zorg en de domeinverkenning hiervan. Een deel van de verpleegkundigen geeft aan dat het eigen verantwoordelijkheid is kennis betreffende spirituele zorg te verkrijgen, het andere deel geeft aan dat de organisatie hierin ook een verantwoordelijkheid heeft.

Verdere belemmeringen die verpleegkundigen ervaren zijn hoge werkdruk en stress, dit zorgt voor knelpunten om spirituele zorg (volledig) te kunnen verlenen. Daarnaast wordt er geen privacy ervaren om een gesprek aan te gaan over het diepste wezen van de patiënt. Er is behoefte aan een familiekamer zodat er gespreksgelegenheid wordt geboden. Een familiekamer is nodig voor de ziekte- en/of rouwverwerking van de patiënt en familie.

Alle verpleegkundigen staan positief tegenover een implementatie voor de inbedding van spirituele zorg op de OAAZ. Het is daarbij wenselijk dat er onderlinge overeenstemming komt over de begrenzing van het eigen domein.

5.1.2. Deelvraag 2 Multidisciplinaire team OAAZ

Hoe wordt multidisciplinair binnen de Oncologische Afdeling Algemeen Ziekenhuis van Ziekenhuis Gelderse Vallei te Ede gedacht over het integreren van de spirituele dimensie?

Het blijkt dat alle betrokken disciplines positief staan tegenover de inbedding van spirituele zorg op de OAAZ. Aangegeven wordt dat we in de zorg te maken hebben met mensen en daarom kunnen we niet om spirituele zorg heen. Er wordt positief gedacht over de wijze waarop verpleegkundigen momenteel omgaan met levens- en zingevingvragen van de patiënt. Wel komt naar voren dat verpleegkundigen nog meer zouden kunnen leren luisteren naar het verhaal van de patiënt.

De verwachtingen van verschillende disciplines en verpleegkundigen komt niet overeen wat betreft inhoudelijke rapportage. Meerdere disciplines geven aan dat zij bewust kort, bondig en nauwelijks inhoudelijk rapporteren. Het blijkt dat juist verpleegkundigen aangeven dat dit de afstemming van zorg niet bevordert, de zorg gaat dan langs elkaar heen.

5.1.3. Deelvraag 3 Verpleegkundigen externe ziekenhuizen

Hoe geven andere (streek)ziekenhuizen vorm aan spirituele zorg binnen een oncologische afdeling?

Er zijn voorbeelden van andere ziekenhuizen waarin ruimte wordt geboden voor het verlenen van spirituele zorg. Het blijkt dat zowel in het Ikazia Ziekenhuis te Rotterdam en het Flevoziekenhuis te Almere ruimte is gemaakt voor het vormgeven van spirituele zorg, deze is ook ingebed in de organisatiestructuur. Opvallend is dat beide ziekenhuizen spirituele zorg op een andere manier vormgeven en dat zij ook andere woorden geven aan spirituele zorg. Bij het Flevoziekenhuis wordt voor een deel spirituele zorg onder complementaire zorg verstaan. Het Ikazia Ziekenhuis benaderd spirituele zorg vooral vanuit de christelijke hoek. Het Flevoziekenhuis werkt vanuit het vanuit het Planentree model; betrokken zijn bij de zorg voor zover de patiënt dit zelf wil. Er wordt duidelijk gekeken naar de behoefte van de patiënt. In het ziekenhuis is dit model breed geaccepteerd en iedere verpleegkundige werkt volgens dit model. In beide ziekenhuizen ervaart men het belang van familiekamers op de oncologie afdeling, omdat patiënt en familie de ruimte krijgen samen te zijn en bezig te zijn met ziekte- en/of rouwverwerking. Bij het Ikazia Ziekenhuis blijkt dat er veel aandacht besteedt wordt aan spirituele zorg. De spirituele dimensie komt terug in de methodiek; bij opname tijdens de anamnese, de rapportage en de gesprekken die verpleegkundigen hebben met de patiënt. Er heerst een openheid in het team, verpleegkundigen durven elkaar aan te spreken en met elkaar te spreken over spirituele zorg. Deze openheid is mede gecreëerd doordat er ruimte is voor wisselwerking onder de collegae. Iedere week is er een half uur een moment gepland, wat genoemd wordt: 'Zorg voor Zorgenden'. Tijdens dit moment wordt een mogelijkheid gegeven tot uitwisseling onder de collegae, er worden bijvoorbeeld moeilijke casussen besproken. Hierbij zijn de teamleider en de pastoraal werker aanwezig. Hiermee laat de organisatie zien dat medewerkers belangrijk voor hen zijn en dat zij bewust zorgen voor de medewerker. Dit wordt als positief ervaren door de verpleegkundigen. Het geeft vertrouwen in het team en verpleegkundigen kunnen op elkaar bouwen, wat weer positief doorwerkt in de directe patiëntenzorg.

5.2. Aanbevelingen

Vanuit de conclusie komen een heel aantal punten naar voren. Om volledig antwoord te kunnen geven op de vraagstelling kunnen de volgende aanbevelingen worden gedaan.

5.2.1. Algemene aanbevelingen

- *Implementeren van de richtlijn spirituele zorg*

We bevelen aan dat de richtlijn spirituele zorg geïmplementeerd wordt op de afdeling. Deze richtlijn is een evidence based richtlijn en daarom ook bruikbaar voor de OAAZ. Verpleegkundigen hebben behoeften aan een leidraad voor de afdeling met tools hoe de verpleegkundige spirituele zorg vorm kan geven. Deze richtlijn zou een handvat kunnen zijn zodat de spirituele dimensie zichtbaar is in het zorgproces en dat er een basistekst is, waar de verpleegkundigen met elkaar over kunnen praten.

- *Werkgever faciliteert intervisie binnen werktijd*

We bevelen aan dat de werkgever intervisie agendeert en faciliteert binnen werktijd, zodat medewerkers kunnen werken aan het teamverband en dat medewerkers een uitlaatklep hebben voor morele disstress. Hiermee zullen zij compassie in het werk vasthouden en verhogen en zal dit mogelijk een preventieve werking hebben op (langdurig) ziekteverzuim. Het is van belang dat intervisie structureel geagendeerd wordt voor verpleegkundigen, daarnaast moet er ruimte zijn voor incidentele intervisie in multidisciplinair verband. De incidentele intervisie moet gecreëerd worden op het moment er patiëntencasussen zijn waarbij intervisie noodzakelijk is, zodat medewerkers ervaringen, gevoelens en eventuele knelpunten kunnen uiten.

- *Familiekamer inrichten*

We bevelen aan dat op de OAAZ een familiekamer wordt ingericht, zodat patiënt en familie meer ruimte krijgen om de ziekte en het eventuele naderende einde gezamenlijk te verwerken. In deze ruimte wordt ook gespreksgelegenheid geboden voor een eventueel slechtnieuws gesprek. Een familiekamer geeft ook privacy zodat er meer ruimte ontstaat om over je diepste wezen te praten. Spiritualiteit is kwetsbaar en wordt niet zomaar besproken op een zaal vol mensen.

5.2.2. Aanbevelingen met betrekking tot de organisatie

- *Training van gespreksvaardigheden*

We bevelen aan dat er een training wordt georganiseerd voor de verpleegkundigen, specifiek over het doorvragen en luisteren bij de oncologische patiënt, zodat de patiënt zich begrepen voelt en de verpleegkundige staat hierdoor sterker in de uitoefening van haar verpleegkundig beroep. Oprechte aandacht voor de patiënt komt de kwaliteit van zorg ten goede.

- *Kennis van spirituele zorg door scholing*

We bevelen aan dat spirituele zorg wordt opgenomen in het scholingsplan, zodat het handelen van de verpleegkundige meer onderbouwd is, de patiënt kan door de professionele kennis en vaardigheden van de verpleegkundige meer voorzien worden in de spirituele behoefte. Onderwerpen die aan bod dienen te komen zijn: Spirituele zorg, signaleren van een spirituele behoefte, gespreksmogelijkheden, religies van de patiënt en een domeinverkenning van de verpleegkundige competenties betreffende spirituele zorg.

- *Een reflectieve professional*

We bevelen aan dat tijdens de intervisie en/of op een ander moment zelfreflectie plaatsvindt bij verpleegkundigen, zodat men zich bewust is van de eigen spiritualiteit, waarden en overtuigingen dan is men beter in staat de eigen grenzen te bewaken. Als de verpleegkundige vragen durft te stellen aan zichzelf en stil durft te staan bij eigen gevoelens, is zij beter in staat om haar overeenkomsten met de zorgvrager te zien. Dit is van belang om de zorgvrager beter te kunnen ondersteunen en nabij te kunnen zijn. Ook tijdens de dagevaluatie kan verdieping gebracht worden, hierin kunnen verpleegkundigen leren van elkaar. Als verpleegkundigen durven te leren van elkaar ontstaat er een open (leer)houding. Dit levert op dat verpleegkundigen meer tegen elkaar durven te zeggen en er ruimte is voor feedback. Irritaties of juist complimenten kunnen uitgesproken worden. Kwaliteiten die er zijn komen naar voren en daarmee ontstaat een waardering voor teamgenoten.

- *Laat de spirituele dimensie terugkomen in de verpleegkundige methodiek*

We bevelen aan dat verpleegkundigen de spirituele dimensie van de patiënt laten terugkomen in de verpleegkundige methodiek, zodat er continuering van zorg plaatsvindt. Spirituele vragen zijn van invloed op het lichamelijk en psychosociaal welzijn van de patiënt. De anamnese is opgezet volgens de gezondheidspatronen van Gordon. Hierin is ruimte voor rapportage over de spirituele behoefte van de patiënt. Als er een spirituele behoefte gesignaleerd wordt is het van belang dat er ook een verpleegkundige diagnose gesteld wordt en deze verpleegkundige doelen geëvalueerd worden. Om dit te bereiken is het eveneens van belang dat er een mondelinge en schriftelijke overdracht plaatsvindt, waarin de spirituele dimensie van de patiënt terugkomt. De doelen dienen ook multidisciplinair ter sprake te komen. Hiermee voelt de zorgvrager zich erkent, dit bevordert het welbevinden van de patiënt. De ontwikkelingen van het EPD hebben een positieve uitwerking betreffende de spirituele dimensie in de verpleegkundige methodiek. De informatie is dan sneller en makkelijker toegankelijk. Het kan zijn dat daardoor de multidisciplinaire samenwerking bevordert en de zorg beter is afgestemd. In het EPD kan iedere betrokken hulpverlener aantekeningen maken van zijn of haar bezoek. Thema's of behandelwijzen kunnen gerapporteerd worden, wij vragen ons af of het noodzakelijk is dat inhoudelijke rapportage van gesprekken voor alle hulpverleners inzichtelijk moeten zijn.

6. Implementatieplan

Dit hoofdstuk beschrijft een concreet implementatieplan voor de OAAZ. Eerst worden de achtergronden geschetst waarna het daadwerkelijke implementatieplan, met daarin alle voorwaarden en een planning in tijd, beschreven wordt.

6.1. Achtergronden

Vernieuwingen in de gezondheidszorg gaan over het algemeen niet vanzelf, maar moeten planmatig worden ingevoerd door middel van een implementatieproces. Dit onderzoek is gedaan naar de spirituele dimensie in het verpleegkundig zorgproces op de OAAZ en concludeert dat er een wens is tot verandering bij de verpleegkundigen om de spirituele dimensie van zorg beter vorm te geven in het werk. Hiervoor zijn aanbevelingen ontwikkeld die in een concreet implementatieplan zijn verwerkt. Om te komen tot dit implementatieplan zijn de fasen in het implementatiemodel van Grol (2006) doorgelopen. Dit om een zo goed en effectief mogelijk implementatieplan op te stellen. Bij de beschrijving zijn de stappen uit Het implementatiemodel van Grol gevolgd:

Fase 1: Ontwikkelen van een voorstel voor verandering.

Dit onderzoek is opgezet als voortzetting op de resultaten van de eerdere enquêtering over het onderwerp spiritualiteit op de OAAZ van het ZGV, uitgevoerd door HBO-V stagiaire Willine van Luttikhuizen. Verpleegkundigen gaven in die enquête aan dat ze graag meer willen doen met spiritualiteit in de zorgverlening maar niet weten op welke manier ze dat vorm moeten geven. Vanuit dit vertrekpunt is er vanuit de OAAZ een plan geschreven met de vraag onderzoek te doen naar hoe de spirituele dimensie vormgegeven kan worden op de OAAZ. Hierop hebben de onderzoekers een gedetailleerd onderzoeksopzet geschreven. Dit plan is goedgekeurd en ondertekend door zowel de opleidingsdocent van het CHE en de begeleiders van het ZGV. In een gesprek met de opleidingsdocent en de begeleiders van het ZGV zijn tevens de randvoorwaarden betreffende het onderzoek besproken. Vervolgens is gestart met het onderzoek.

Fase 2: In kaart brengen van de feitelijke zorg.

Het in kaart brengen van de feitelijke zorg is voor een gedeelte al gedaan door de enquête die Willine van Luttikhuizen heeft gehouden onder de verpleegkundigen van de OAAZ. Verpleegkundigen hebben hierin vragen beantwoord over spiritualiteit en hoe zij dit terug zien komen in hun werkzaamheden. De onderzoekers hebben semigestructureerde interviews gehouden met meer dan de helft van het verpleegkundig team om meer gedetailleerde informatie te verkrijgen. Voor de interviews is op basis van literatuuronderzoek een topiclijst opgesteld die bij doorlopen het beste

beeld geeft van de zorg die op dit moment gegeven wordt. Hetzelfde is gedaan bij het multidisciplinaire team van de OAAZ. Tevens zijn de onderzoekers naar twee ziekenhuizen elders in het land geweest om daar, door middel van interviews met verpleegkundigen, te onderzoeken hoe zij spirituele zorg vormgeven. Verder zijn er diverse gesprekken geweest met de begeleider van dit onderzoek vanuit de instelling, werkzaam als verpleegkundige en tevens cum laude afgestudeerd als geestelijk verzorger. Ook werd er een gesprek gevoerd met het unithoofd van de OAAZ, om zo betrokkenheid te creëren bij het implementatieproces.

Fase 3: Analyseren van de doelgroep en de setting.

Factoren die belemmerend of bevorderend werken voor de implementatie zijn in deze fase in kaart gebracht. Al deze factoren zijn terug te vinden in H4 van dit onderzoeksverslag. Door middel van de interviews en gesprekken die gevoerd zijn, hebben de onderzoekers ook de doelgroep en de setting geanalyseerd, die onder deze factoren vallen. De doelgroep bestaat uit de verpleegkundigen werkzaam op de OAAZ. Tijdens de interviews kwamen een aantal kenmerken van de doelgroep naar voren:

- Alle verpleegkundigen hebben een eigen invulling van het begrip spiritualiteit, vanuit hun eigen referentiekader.
- Alle verpleegkundigen vinden het belangrijk om aandacht te besteden aan de spirituele dimensie. Gezien wordt dat alle verpleegkundigen positief staan tegenover de inbedding van de spirituele dimensie in het verpleegkundig zorgproces. Een groot deel van de verpleegkundigen acht zichzelf in staat aan dit implementatieproces mee te werken.
- Het merendeel van de verpleegkundigen vindt dat zij nog kan groeien in het verlenen van spirituele zorg en geeft aan dat op dit moment te weinig aandacht is voor de spirituele dimensie.
- Onder de verpleegkundigen wordt niet veel openheid ervaren om te praten over spirituele zorg, eigen ervaringen of gevoelens.

Uit het onderzoek kwam ook een analyse van de setting. De afdeling staat open voor de implementatie van de spirituele dimensie in het zorgproces. Mede doordat het een oncologische afdeling is waar men veel geconfronteerd wordt met lijden en sterven. Ook de teamleider vindt de spirituele dimensie in de zorg van belang en staat positief tegenover onderzoek hoe de spirituele dimensie beter ingebed kan worden. Op de afdeling heerst een rustige en professionele sfeer, men is bereid aandacht te besteden aan kwaliteit van arbeid en kwaliteit van leven.

Fase 4: ontwikkelen en selecteren van interventies en strategieën.

Om concreet tot de juiste interventies en aanbevelingen te komen zijn alle interviews opgenomen met een digitale voice recorder. Vervolgens zijn alle interviews verbatim uitgewerkt. Hierin hebben

de onderzoekers alle voor het onderzoek bruikbare tekst geselecteerd en later gecodeerd. Tevens is er literatuurstudie gedaan naar de beste strategieën en interventies naar aanleiding van de resultaten uit de coderingen. Naar aanleiding hiervan zijn aanbevelingen geschreven, hieronder wordt een zo passend mogelijke interventie en strategie beschreven per aanbeveling.

- *Implementeren van de richtlijn spirituele zorg*

Het is van belang dat de richtlijn effectief op de afdeling wordt ingevoerd. Om dit te bereiken is de beste strategie om iemand verantwoordelijk te stellen voor die invoering, oftewel een vaandeldrager aan te stellen. Het is van belang dat er een zo groot mogelijk draagvlak wordt gecreëerd onder de teamleider en verpleegkundigen. De vaandeldrager wordt hiervoor verantwoordelijk gesteld.

- *Werkgever faciliteert intervisie binnen werktijd*

Om bovenstaande aanbeveling goed in te voeren moet er op de afdeling gezocht worden naar een geschikte ruimte en tijd voor intervisie. Bij het vaststellen van de tijd is het van belang dat er zoveel mogelijk verpleegkundigen aanwezig kunnen zijn bij de intervisie. Verpleegkundigen hoeven niet speciaal terug te komen voor de intervisie. Wij doen het voorstel dat de intervisie binnen werktijd plaatsvindt, één keer in de drie weken. In de praktijk zal blijken of dit haalbaar is.

- *Familiekamer inrichten*

Hierbij is het belangrijk om te kijken welke ruimte op de afdeling het meest geschikt is, qua ruimte, om als familiekamer te dienen. De familiekamer moet laagdrempelig zijn om te betreden voor ieder die daar behoefte aan heeft. Met de teamleider kan ook overlegd worden welk budget beschikbaar is voor de inrichting van de familiekamer. Het is belangrijk dat patiënt, familie en de eventuele verpleegkundige privacy kunnen ervaren op de familiekamer.

- *Training van gespreksvaardigheden*

De beste strategie is om de training te plannen op een dag waarbij zoveel mogelijk verpleegkundigen aanwezig kunnen zijn. Daarbij is het belangrijk om tijdens de training de verpleegkundigen zoveel mogelijk zelf te laten oefenen in de gespreksvaardigheden die zij, naar eigen inzien, nog niet goed genoeg beheersen.

- *Kennis van spirituele zorg door scholing*

Het is bij scholing van belang dat deze gecontinueerd wordt en opgenomen wordt in het scholingsplan van de OAAZ. De scholing moet aansluiten bij de behoefte van de verpleegkundigen en zo zijn opgezet dat zij deze kennis zullen integreren in de dagelijkse praktijk.

- *Een reflectieve professional*

Een reflectieve professional kan ongepland en gepland reflecteren op zichzelf. Ongepland is dit in de dagelijkse praktijk en gepland krijgt dit vorm tijdens de intervisie en dagevaluatie.

- *Laat de spirituele dimensie terugkomen in de verpleegkundige methodiek*

In de methodiek van de OAAZ is ruimte om de spirituele dimensie terug te laten komen, het is aan de verpleegkundige deze ook volledig vorm te geven. Kennis van de spirituele behoefte signaleren en diagnosticeren wordt verkregen tijdens de scholing. Het is van belang dat verpleegkundigen elkaar durven aan te spreken op het handhaven van de verpleegkundige methodiek.

Fase 5: Ontwikkelen, testen en uitvoeren van de implementatieactiviteiten.

Onder fase 5 valt het ontwikkelen en uitvoeren van het implementatieplan waarin alle implementatieactiviteiten beschreven staan. Het implementatieplan is ontwikkeld aan de hand van de bovenstaande aanbevelingen, voortkomend uit het onderzoek. Bij de ontwikkeling van het implementatieplan is door de onderzoekers literatuurstudie gedaan naar implementeren en het schrijven van een implementatieplan. Er is een start gemaakt met de implementatie activiteiten, door het onderzoek en het implementatieplan op de agenda te zetten van de teamvergadering en deze daar te presenteren. Na de presentatie van het onderzoek wordt de implementatie van de spirituele dimensie overgedragen aan de OAAZ. Het is de verantwoordelijkheid van de OAAZ en in het bijzonder de vaandeldrager dat het implementatieproces verder wordt opgepakt.

Fase 6: Evaluatie en (eventuele) bijstelling van het plan.

Dit is de laatste stap in het implementatieplan. Tevens kan het de eerste stap zijn voor het vormen van een nieuw of bijgesteld implementatieplan. Bij de start van het implementatieproces is het van groot belang dat als eerste een vaandeldrager of verantwoordelijke wordt aangesteld voor de invoering van de spirituele dimensie in het zorgproces en de evaluatie hiervan. Deze kan het implementatieproces en de evaluatie bewaken en verheffen tot afdelingsbeleid.

Tijdige evaluatie is van wezenlijk belang om de implementatie van de spirituele dimensie in het zorgproces zo goed mogelijk te laten slagen. Bij de evaluatie is het van belang om voortijdig genoeg informatie verzameld te hebben om het plan te kunnen evalueren. Deze informatie kan verkregen worden door feedback van verpleegkundigen, andere disciplines en patiënten over de al doorgevoerde aanbevelingen. Inhoudelijk is het de bedoeling dat men de effecten, de kosten en het proces evalueert. Verdere inhoudelijk informatie over evalueren staat beschreven in het implementatieplan.

6.2. Implementatieplan

Dit implementatieplan is opgesteld aan de hand van literatuur zoals beschreven door Wensing (2002).

Analyse van afstemming tussen doelgroep en vernieuwing

Uit de enquête, afgenomen door Willine van Luttikhuisen, blijkt dat de verpleegkundigen van de OAAZ, van Ziekenhuis Gelderse Vallei, hierbij de doelgroep, geïnteresseerd zijn in spirituele zorgverlening, dat zij dit belangrijk en waardevol vinden, maar ook dat zij het moeilijk vinden op welke manier hier goed invulling aan gegeven kan worden. Uit het huidige onderzoek blijkt dat het merendeel van de verpleegkundigen behoefte heeft aan het structureel implementeren van spirituele zorg. Zij willen graag meer tijd en aandacht besteden aan de spirituele dimensie. Verschillende aspecten waaronder, persoonlijke visies op spiritualiteit en de mens, samenwerking met collega's en disciplines, professioneel en methodisch werken en de organisatorische context, zorgen vaak voor belemmeringen in dit proces. Verpleegkundigen geven aan behoefte te hebben aan ruimte binnen werktijd voor; intervisie, scholing, trainingen en gesprekken met patiënten. Verder geven zij aan behoefte te hebben aan goede samenwerking en transparantie op gebied van spirituele zorgverlening. Verder zijn aanwezigheid van de handhaving van de verpleegkundige spirituele methodiek, training van gesprekstechnieken en uitbreiding van kennis op het gebied van spiritualiteit belangrijke onderdelen. Daarnaast geven zowel de verpleegkundigen als andere disciplines aan dat de eigen houding en attitude mede bepalend zijn voor goede spirituele zorgverlening. Het opgestelde implementatieplan, hierbij te noemen de vernieuwing, is aan de hand van bovenstaande informatie zo goed mogelijk aangepast op het verpleegkundig team.

Doelstelling van implementatie

Medio december 2011 verlenen verpleegkundigen van de Oncologische Afdeling Algemeen Ziekenhuis van Ziekenhuis Gelderse Vallei te Ede, professionele spirituele zorg en is de spirituele dimensie van zorg gestructureerd geïntegreerd binnen het verpleegkundig zorgproces.

Beoogde resultaten

Om het doel te kunnen bereiken zijn de volgende resultaten behaald:

- Vanuit de organisatie en het team wordt een vaandeldrager aangesteld die verantwoordelijk is voor het invoeren van het implementatieplan.
- Verpleegkundigen hebben een uitlaatklep voor morele distress, werken goed samen in teamverband en behouden compassie in hun werk door deelname aan intervisie die is gefaciliteerd binnen werktijd en één keer in de drie weken plaatsvindt.

- Binnen het scholingsprogramma is om het jaar een scholing spirituele zorg opgenomen. Waarbij aandacht is voor gespreksvaardigheden en de uitvoering van spirituele zorg. Deze scholing is toegankelijk voor alle verpleegkundigen werkzaam op de OAAZ.
- Er is verdieping aangebracht binnen de dagevaluatie, verpleegkundigen durven hierin ervaringen en gevoelens te delen.
- Spiritualiteit is een onderdeel binnen de verpleegkundige methodiek, het is opgenomen in de anamnese, en wordt verwerkt in een verpleegplan waarvan de interventies met betrekking tot spiritualiteit goed worden uitgevoerd.
- De richtlijn spirituele zorg is geïmplementeerd en is schriftelijk en/of digitaal aanwezig op de afdeling.
- Er wordt door verpleegkundigen professioneel en volledig gerapporteerd, overgedragen en doorverwezen naar andere disciplines, op het gebied van spiritualiteit.
- Er is een familiekamer beschikbaar gesteld door de organisatie.

Aanpak

Om de spirituele dimensie van zorg goed te implementeren zal, door middel van een presentatie, het onderzoek en bijbehorende aanbevelingen en implementatieplan, voorgelegd worden aan de verpleegkundigen en leidinggevende van de afdeling OAAZ. Het is aan de leidinggevende en de verpleegkundigen zelf om te bepalen wie en hoeveel mensen, de verantwoordelijkheid voor het implementeren, van de spirituele dimensie in het zorgproces, op zich nemen. Zij zijn verantwoordelijk voor het invoeren van de spirituele dimensie en daardoor ook voor het bewaken, uitvoeren en coördineren van de uitvoering. Vanuit de organisatie en de leidinggevende wordt er draagvlak gecreëerd en gefaciliteerd. Er wordt een gesprek aangegaan met de organisatie of leidinggevende over hoe dit het beste vorm gegeven kan worden en wat de mogelijkheden zijn. Vervolgens worden diverse aanbevelingen en activiteiten opgestart totdat uiteindelijk alle aanbevelingen zijn ingevoerd. Hierbij is het van belang dat de verpleegkundigen het overzicht houden over de aanbevelingen en deze zo goed mogelijk plannen en invoeren. Om dit te kunnen bewerkstelligen is het belangrijk dat de organisatie tijd en ruimte faciliteert waarop de verantwoordelijken bij elkaar kunnen komen, kunnen werken aan de invoering en activiteiten voor de invoering kunnen delegeren. Hiervoor moeten de verantwoordelijk gestelde personen ook regelmatig gesprekken aangaan en evalueren met de verpleegkundigen, zodat positieve en negatieve punten bespreekbaar worden en het programma zo aangepast kan worden, dat de verpleegkundigen er mee kunnen werken. Het is van groot belang om voor een zo goed mogelijke invoering regelmatig en veel feedback te vragen en tijdig te evalueren.

Planning van implementatie

Tijd	Wat	Waar	Doel	Wie
September – december 2010	Vorbereiding, uitvoering onderzoek naar spirituele dimensie Interviews	CHE & ZGV	Vorbereiding en onderzoek voor schrijven van implementatieplan	Anita, Iris, Willine Ria den Hertog Riet Ruben
December 2010	Ontwikkelen van implementatieplan	CHE	Opstellen van een goed en bruikbaar implementatieplan	Anita, Iris, Willine
Januari 2011	Presenteren van onderzoek en aanbevelingen	ZGV	Resultaten en conclusie van onderzoek onder de aandacht brengen en implementatieplan voorleggen	Anita, Iris, Willine
Tijdsbestek Februari - november 2011. Zelf in te vullen door verpleegkundigen en de werkgroep	Overleggen wie verantwoordelijk wordt voor implementeren implementatieplan	ZGV, OAAZ	Invoeren van aanbevelingen	Verpleegkundigen OAAZ
	Gesprek met leidinggevende en organisatie over faciliteren	ZGV	Benodigde faciliteiten voor invoering regelen	Verpleegkundigen OAAZ
	Benodigde informatie en theorie over spiritualiteit en intervisie opzoeken en beschikbaar stellen op de afdeling	ZGV	Kennis uitbreiding onder verpleegkundigen over spirituele zorgverlening en intervisie	Verpleegkundigen OAAZ
	Ontwikkeling van richtlijn spirituele zorg uitbesteden (aan bijvoorbeeld studenten of stagiaires) en na ontwikkeling implementeren	ZGV	Concreet stappenplan gebruiken bij spirituele zorgverlening om kwaliteit spirituele zorgverlening te verbeteren	Verpleegkundigen OAAZ Leidinggevende
	Starten met verdieping van de dagevaluatie	OAAZ	Samenwerking en band onder collega's	Verpleegkundigen OAAZ

Dec. 2011	versterken			
	Start intervisie één keer in de drie weken	ZGV	Samenwerking en band onder collega's versterken	Verpleegkundigen OAAZ
	Scholing over spiritualiteit en gesprekstechnieken organiseren en houden	ZGV	Verpleegkundigen scholen in spiritualiteit en gesprekstechnieken zodat zij hier kennis over hebben	Organisatie en Verpleegkundigen OAAZ
	spirituele dimensie van zorg verwerken in de verpleegkundige methodiek: Anamnese, verpleegplan, doelen, interventies etc.	OAAZ	Spirituele dimensie integreren binnen verpleegkundige methodiek	Verpleegkundigen OAAZ
	Verdieping inbrengen binnen MDO m.b.t. spirituele zorgverlening	ZGV	Samenwerking tussen disciplines op gebied van spirituele zorgverlening vergroten	Verpleegkundigen Andere disciplines
	Faciliteren van familiekamer en deze in gebruik nemen	OAAZ	Bevorderen kwaliteit van leven en van familiesysteem en zo ook bevorderen van spiritualiteit van patiënt	Organisatie en Verpleegkundigen OAAZ
Dec. 2011	Zo goed mogelijk spirituele zorgverlening in praktijk brengen	ZGV	Waarborgen goede, kwalitatieve en holistische zorgverlening	Het verpleegkundig team

Tijdens de verschillende activiteiten is het van belang om steeds een evaluatiemoment te plannen of momenten te pakken waarop mensen feedback kunnen geven.

Organisatie: taken en verantwoordelijkheden

Bij het ontwikkelen en uitvoeren van de aanbevelingen zijn verschillende groepen en personen betrokken, die verschillende taken en verantwoordelijkheden hebben.

Iris Heinen, Willine van Luttikhuizen en Anita Plug:

- Het uitvoeren van het onderzoek en het opstellen van een implementatieplan.
- Aanbevelingen en implementatieplan presenteren aan de afdeling.
- Aanbevelingen en implementatieplan overdragen aan de afdeling.

Vaandeldrager van de OAAZ, verantwoordelijk voor de implementatie van het implementatieplan:

- Implementatie van aanbevelingen aansturen, coördineren en bewaken.
- Evaluatie momenten voorbereiden, organiseren en plannen.
- Implementatieplan waarborgen, aanpassen of vernieuwen.

Teamleider OAAZ:

- Draagvlak creëren door de verpleegkundigen en de afdeling te motiveren.
- Draagvlak creëren door benodigde faciliteiten te regelen en beschikbaar te stellen.
- Faciliteren van intervisie binnen werktijd.

Organisatie, ZGV:

- Faciliteren van een familiekamer.
- Faciliteren van tijd en geld voor de implementatie van dit plan

Verpleegkundigen van de OAAZ:

- Aanbevelingen in praktijk brengen.
- Aanwezig zijn bij geplande momenten die verband houden met het invoeren of uitvoeren van aanbevelingen waaronder bijvoorbeeld trainingen of bijscholing.
- Feedback over de spirituele zorgverlening vragen aan patiënten en familie.
- Feedback over de spirituele zorgverlening vragen aan collega's en andere disciplines.
- Feedback over de spirituele zorgverlening geven aan collega's, andere disciplines over de aanbevelingen en zo verbeterpunten aandragen.
- Reflectieve houding ontwikkelen
- Kritische houding, doorontwikkelen gedachtegang

Multidisciplinair team

- Feedback over de spirituele zorgverlening vragen en geven aan verpleegkundigen.
- Actief meedenken en werken met het invoeren van de aanbevelingen, door regelmatig te overleggen en concreet en duidelijk te rapporteren en over te dragen m.b.t. spirituele zorgverlening.

Evaluatie

Er zal regelmatig geëvalueerd worden om de aanbevelingen zo goed en effectief mogelijk in te voeren. Om tijdig bij te kunnen stellen, als resultaten niet behaald worden, vind de evaluatie van het implementatieproces, één keer per maand plaats. Dit om eventuele knelpunten of belemmeringen, in een vroeg stadium te signaleren. Naar aanleiding van het verloop van de implementatie en het slagen van de aanbevelingen kan de evaluatie verminderd worden en uiteindelijk teruggebracht worden tot één keer in de drie maanden of een half jaar.

De evaluatie zal zijn aan de hand van feedback van de verpleegkundigen van de afdeling, feedback van patiënten en familie en feedback van het management. Deze feedback zal mondeling of via een evaluatieformulier verzameld worden.

Tijdens deze evaluatie worden de volgende aspecten van de aanbevelingen geëvalueerd:

- De effecten: Geeft de aanbeveling het gewenste en vooraf besproken effect, waarom wel of niet.
- De kosten: Wat zijn de kosten voor de aanbeveling, vallen deze binnen de begroting. Waarom wel of niet.
- Het proces: Verloopt de implementatie van de aanbevelingen als gepland, waarom wel of niet.

Zo wordt het implementatieproces met de aanbevelingen geëvalueerd en worden eventueel benodigde vernieuwingen ingebracht, die de maand erop weer geëvalueerd worden.

Begroting

Het uitvoeren van het implementatieplan zal kosten met zich mee brengen om alle faciliteiten en benodigde materialen te kunnen bekostigen. Faciliteiten en materialen die naar verwachting nodig zijn, zijn:

- Een ruimte op de afdeling om in te richten als familiekamer en interieur voor deze familiekamer.
- Tijd en ruimte voor scholing in en oefenen van gesprekstechnieken.
- Scholing over spiritualiteit.
- Tijd en ruimte om één keer in de drie weken intervisie te houden. Eventueel nieuwe literatuur over intervisie en het gebruikte intervisie model.
- Schriftelijke informatie over spiritualiteit, voor verpleegkundigen, die op de afdeling geplaatst kan worden.

Bij een eventueel nieuw digitaal rapportagesysteem is het van belang om van te voren te bepalen welke discipline waar rapporteert over de spirituele dimensie, welke informatie vertrouwelijk is en welke algemeen en waar dit gerapporteerd moet worden. Alle disciplines moeten hierover goed geïnformeerd worden.

7. Discussie

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op bepaalde zaken die het onderzoek en de uitkomsten van de interviews mogelijk beïnvloed hebben. Mogelijke beïnvloedende factoren zijn te vinden op zowel inhoudelijk als procesmatig vlak.

7.1. Inhoud

Bij de start van het onderzoek kwam naar voren dat de meningen, over de definiëring van het begrip spiritualiteit, uiteen lopen. Dit blijkt zowel uit de literatuurstudie als uit de interviews. Het was het niet eenvoudig om een eenduidige definitie van spiritualiteit te vinden voor het onderzoek. Niettemin denken wij een definitie gevonden te hebben waarin spiritualiteit breed wordt gedefinieerd. De definitie voor dit onderzoek komt uit de Richtlijn Spirituele zorg. De schrijvers van de richtlijn spirituele zorg hebben ook ervaren dat het vinden van een goede definitie erg moeilijk was. Zij hebben vele jaren gewerkt aan de richtlijn en hebben daarbij uitvoerig onderzoek gedaan naar het begrip spiritualiteit. Wij hebben hun definitie gekozen omdat deze de meeste aspecten van spiritualiteit omvat en uitvoerig is onderzocht. Mede door het bovenstaande is de literatuurstudie breed geworden. Door de tijdslimiet is niet alle informatie rondom het onderwerp even goed uitgediept. Ook hebben wij, omdat er zoveel informatie is over het onderwerp, een selectie moeten maken uit auteurs en schrijvers die iets over het onderwerp geschreven hebben. Tijdens het afnemen van de eerste interviews kwam naar voren dat ook verpleegkundigen spiritualiteit verschillend definiëren. Dit zorgde soms voor miscommunicatie tussen de verpleegkundige en de interviewer. Gedurende het onderzoek is er daarom voor gekozen alle respondenten te laten vertellen wat hun visie is op spiritualiteit zodat duidelijk werd waar over gepraat werd. Wat hierbij opviel was dat het ter sprake brengen van het onderwerp al een proces van bewustwording op gang bracht bij verpleegkundigen. Vooral over hoe zij zelf aandacht besteden aan de spirituele dimensie.

Uit de interviews met verpleegkundigen, kwam naar voren dat de meningen over goede implementatie van spirituele zorg op de OAAZ uiteen liepen. Bij het opstellen van het implementatieplan bleek dat sommige meningen van verpleegkundigen niet met elkaar verenigbaar waren. Zodoende hebben de onderzoekers een selectie uit de meningen moeten maken, dit verklaard dat niet alle aanbevelingen van verpleegkundigen in het implementatieplan meegenomen zijn.

7.2. Proces

Het doel van het onderzoek was om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van wat verpleegkundigen nodig hebben om spirituele zorg te kunnen verlenen. Tijdens het onderzoek is meer dan de helft van de verpleegkundigen werkzaam op de OAAZ geïnterviewd. Na 16 interviews werd het saturatiepunt bereikt en is er gestopt met interviewen. Bij het bereiken van het saturatiepunt kan worden aangenomen dat er geen nieuwe, relevante informatie voor het onderzoek meer verkregen wordt.

Voor de onderzoekers was het de eerste keer dat zij semigestructureerde interviews werden afnamen. Dit was een leerproces. Mogelijk zijn de onderzoekers informatie misgelopen omdat er niet altijd op de juiste manier werd doorgevraagd.

Een andere mogelijk belemmerende factor was tijd. Per interview was er een half uur gereserveerd. Door de tijdslimiet konden soms niet alle vragen gesteld worden, of dieper op de vragen worden ingegaan. Ook hierdoor kan het zijn dat eventueel relevante informatie is misgelopen. Eén van de respondenten gaf aan dat het interview niet mocht worden opgenomen op de voice recorder. Tijdens dit interview werd meegeschreven. Dit werd uitgewerkt in een document en gecheckt door de interviewer. Er is voor gekozen om de informatie wel te verwerken in het onderzoek, daar er relevante informatie werd gemeld.

Omwillen van de privacy zijn persoonlijke gegevens en de verbatim uitgewerkte verslagen niet opgenomen in dit verslag. De persoonlijke gegevens bevatten de leeftijd van de respondent, de vooropleiding en het aantal jaren werkervaring. Deze gegevens geven een beeld van de onderzoekspopulatie. Ondanks dat de gegevens belangrijke achtergrond bevatten is er voor gekozen om de privacy van de respondenten te waarborgen.

De interviews zijn steeds door verschillende onderzoekers afgenomen. Dit om herhaling van fouten in de interviews te voorkomen en/of tijdig te signaleren en om de diversiteit van verkregen informatie uit de interviews te vergroten. Echter, verschillende interview stijlen kunnen ook weer als nadeel hebben gehad dat er niet op eenduidige wijze werd doorgevraagd en misschien niet alle relevante informatie is verkregen. Om hierin toch eenheid te creëren is de manier van interviewen regelmatig met elkaar doorgesproken en is ook continu feedback gegeven op ieder zijn manier van interviewen.

Tijdens het interviewen kwam naar voren dat twee vragen van de topiclijst niet op chronologische volgorde stonden. Vraag 1b en 1c van de topiclijst voor verpleegkundigen zijn omgedraaid. Dit heeft als resultaat dat de verpleegkundigen, in de interviews, eerst helder en duidelijk hun visie op

spiritualiteit, in combinatie met hun visie op goede zorgverlening, weer konden geven. Vervolgens konden zij ingaan op de uitvoering daarvan in de praktijk.

Het verbatim uitwerken, het fragmenteren en het coderen van de interviews was een zeer tijdrovend en intensief werk. Hierbij werd een groot beroep gedaan op de concentratie en de alertheid van de onderzoekers. Echter, ondanks de onervarenheid, werd de theorie en de uitvoering hiervan snel opgepikt en eigen gemaakt. Het bleek zeer lastig om alle informatie goed te labelen en uiteindelijk onder een correct concept te plaatsen. Het geheel van labels en concepten is daarom ook meerdere malen herzien, mede door samenwerking en afstemming met de docent. Hierbij is ervoor gezorgd dat alle informatie uit de interviews optimaal benut is en er zo een juiste conclusie getrokken kon worden.

Na de presentatie van ons onderzoek wordt het implementatieplan overgedragen aan de afdeling en de verpleegkundigen. De verantwoordelijkheid voor de implementatie wordt hierbij ook overgedragen. Geprobeerd is om zoveel mogelijk te voldoen aan de wensen van de verpleegkundigen met betrekking tot het implementeren. De vraag hierbij blijft echter, of de verpleegkundigen, na ons onderzoek, voldoende gemotiveerd en geïnteresseerd zijn en blijven om het implementatieplan te laten slagen.

8. Literatuurlijst

Boeken

-  Baarda DB, Goede PM, de, Meer-Middelburg AGE, van der. *Basisboek Interviewen. Handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers bv, 2007
-  Baarda DB, Goede PM, de, Teunissen J. *Basisboek Kwalitatief Onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoer en van kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers bv, 2009
-  Busch M, Huisman A, Hupkens S, Visser A. *Inleiding complementaire zorg*. Maarsen: Elsevier Gezondheidszorg, 2006
-  Carpenito LJ. *Zakboek verpleegkundige diagnosen*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff, 2008
-  Cox K, de Louw D, Verhoef J. *Evidence-Based Practice voor verpleegkundigen; Methodiek en Implementatie*. Utrecht: LEMMA bv, 2005
-  Cusveller B, Boer Th. A. *Volwaardige verpleging: Morele beroepsverantwoordelijkheid in de zorgverlening*. Amsterdam: Buijten & Schipperheijn, 1999
-  Driebergen R, Bouwer J, Tiesinga L.J. *Aandacht voor zingeving en/of religie*. Rijksuniversiteit Groningen, 2005
-  Gordon M. *Verpleegkundige diagnostiek: Proces en Toepassing*. Maarsen: Elsevier gezondheidszorg, 1995
-  Grol R, Wensing M. *Implementatie; Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2006
-  Hemel van L. *Verpleegkundige concepten en methoden*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant, 2007
-  Hunnink G, van der Bijl J, Cusveller B. *Kwaliteit en deskundigheid in de verpleegkundige beroepsuitoefening*. ThiemeMeulenhoff, 2000
-  Hunnink G, Vermeij A. *De verpleegkundige als beroepsbeoefenaar*. ThiemeMeulenhoff, 2006
-  Jochemsen H, Leeuwen E, van. *Zinervaringen in de zorg: Over de betekenis van spiritualiteit in de gezondheidszorg*. Assen: Koninklijke van Gorcum, 2005

- 📖 Kansen T, Spoel M, van der. *Zingeving: Aangedacht? In gesprek met zorgvrager in de thuiszorg en verzorgingshuizen*. Ede: Christelijke Hogeschool te Ede, 2007
- 📖 Leeuwen RR, van, Cusveller B. *Verpleegkundige zorg en spiritualiteit: Professionele aandacht voor levensbeschouwing religie en zingeving*. Utrecht: LEMMA Bv, 2005
- 📖 Leeuwen RR, van. *Toward nursing competencies in spiritual care*. Rijksuniversiteit Groningen: Enschede Ipskamp Printpartners, 2008
- 📖 Leeuwen RR, van, Cusveller B. *Verpleegkundig competentieprofiel zorg voor spiritualiteit*. Ede: Prof. Dr. G.A. Lindeboom Instituut, 2002
- 📖 Leistra E, Liefhebber S, Hens H, Geomini M. *Beroepsprofiel van de verpleegkundige*. Maarsen/Utrecht: Elsevier Gezondheidszorg en LCVV, 1999
- 📖 McCloskey JC, Bulechek GM. *Verpleegkundige interventies*. Maarsen: Elsevier Gezondheidszorg, 2002
- 📖 Nightingale F. *Notes on Nursing: What it is and what it is not*. London: Harrison, 1859
- 📖 Pool G, Heuvel F, Ranchor AV, Sanderman R. *Handboek psychologische interventies bij chronisch-somatische aandoeningen*. Assen: Koninklijke van Gorcum, 2004
- 📖 Steemers van Winkoop M. *Geloven in leven: Spirituele zorg voor stervenden en hun naasten*. Assen: Koninklijke van Gorcum, 2001
- 📖 Steemers van Winkoop M. *Geloven in Zorg: Omgaan met geloof, levensbeschouwing en spiritualiteit in de gezondheidszorg*. Baarn: HBuitgevers, 2002
- 📖 Tiesinga LJ. *Levensbeschouwing, zingeving en/of religie in de thuiszorg, een explorerend onderzoek onder wijkverpleegkundige, wijkziekenverzorgende, kraamverzorgende en gezinsverzorgende*. Universiteit Groningen, 2006
- 📖 Verberk F, Kuiper M, de. *Verpleegkunde volgens het Neuman Systems Model: Vertaling en bewerking voor de Nederlandse praktijk*. Assen: Van Gorcum, 2006
- 📖 Verhoeven N. *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs*. Boomonderwijs, 2007
- 📖 Wensing, M, Splunteren P, van, Hulscher M, Grol R. *Praktisch nieuw: Implementatie van vernieuwing in de gezondheidszorg*. 1^e druk. Assen: Van Gorcum & Comp, 2002

Artikelen

- 📄 Anandarajah G, Hight E. Spirituality and medical practice: Using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment, *American Family Physician*, 63, 2001
- 📄 Galek K, Flannelly KJ, Vane A, & Galek RM. Assessing a patient's spiritual needs: A comprehensive instrument. *Holistic Nursing Practice* , 62 – 69, 2005
- 📄 Leeuwen RR, van, Tiesinga LJ, Post D, Jochemsen H. Spiritual care: implications for nurses' professional responsibility, *Journal of clinical nursing (nr 15)*, 883, 2006
- 📄 McEwen M, Phd, RN. Spiritual Nursing Care; State of the Art. Houston: School of Nursing, University of Texas Health Science Center, 2005
- 📄 V&VN/NU'91. *Nationale Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden*. Utrecht. Artikel 2.3. 2007

Websites

- 🖥 <http://www.pallialine.nl/uploaded/docs/PalliatieveZorg/Richtlijn%20Spirituele%20zorg%202008.pdf> , richtlijn palliatieve zorg, Agora werkgroep, geraadpleegd 17 oktober 2010
- 🖥 http://www.umcn.nl/Zorg/Afdelingen/GeestelijkeVerzorgingenPastoraat/Documents/richtlijn_spiritualiteit.pdf, richtlijn spirituele zorg, umcn, geraadpleegd 17 oktober 2010
- 🖥 <http://www.encyclo.nl/begrip/oncologie>, encyclopedie, geraadpleegd 17 oktober 2010
- 🖥 www.hdi.nl Garssen , B. (2010). *Spiritualiteit en zinervaring in kwantitatief onderzoek*. Helen Dowling Instituut, Begeleiding bij kanker. Utrecht. geraadpleegd oktober 2010
- 🖥 <http://www.zonmw.nl/nl/implementatie/> geraadpleegd december 2010

Bijlagen

Bijlage 1: Topiclijst interview verpleegkundigen OAAZ

Interview met de verpleegkundigen van de OAAZ

Voorstellen

Doel van het onderzoek (belang en duur van het interview)

Opening

1. Spiritualiteit

- a. Wat is volgens jouw goede zorg met name rondom spiritualiteit?
- b. Op welke manier krijgt spiritualiteit vorm binnen jouw werk, als verpleegkundige?
(Denk aan: Structuren vanuit de organisatie? Anamnese? Intervisie? Samenwerking andere disciplines?)
- c. Kun je vertellen wat voor jou het belang is van de vormgeving van spiritualiteit in de zorg en in jouw werk als verpleegkundige?

2. Ervaar je als verpleegkundige belemmeringen of knelpunten in je werk die ervoor zorgen dat de spirituele dimensie niet, of niet goed vormgegeven kan worden? Leg uit.

(Denk aan belemmeringen met betrekking tot jezelf, kennis, vaardigheden, organisatorisch of ten opzichte van je team)

3. Wat heb jij als verpleegkundige nodig om bij het verlenen van zorg spiritualiteit een plaats te geven?

- a. Wat heb je daarbij nodig vanuit jezelf?
- b. Wat verwacht je daarbij van je team?
- c. Wat verwacht je daarbij vanuit de organisatie?

4. Implementatie spirituele zorg

- a. Welke wensen zijn er?
- b. Wat draagt het voor jou bij (het implementeren)?
- c. Hoe kunnen nadelige effecten overwonnen worden?

Afsluiting (vragen, tips en adviezen)

Bijlage 2: Topiclijst interview verpleegkundigen externe ziekenhuizen

Interview met de verpleegkundige van andere (streek) ziekenhuizen

Voorstellen

Doel van het onderzoek (belang en duur van het interview)

Opening

1. Spiritualiteit

- a. Wat is volgens jouw goede zorg met name rondom spiritualiteit?
- b. Op welke manier krijgt spiritualiteit vorm binnen jouw werk, als verpleegkundige?
 - I. Structuren vanuit de organisatie? Anamnese? Intervisie? Samenwerking andere disciplines?
- c. Kun je vertellen wat voor jou het belang is van de vormgeving van spiritualiteit in de zorg en in jouw werk als verpleegkundige?

2. Ervaar je als verpleegkundige belemmeringen of knelpunten in je werk die ervoor zorgen dat de spirituele dimensie niet, of niet goed vormgegeven kan worden? Leg uit.

(Denk aan belemmeringen met betrekking tot jezelf, kennis, vaardigheden, organisatorisch of ten opzichte van je team)

3. Wat heb jij als verpleegkundige nodig om bij het verlenen van zorg spiritualiteit een plaats te geven?

- a. Wat heb je daarbij nodig vanuit jezelf?
- b. Wat verwacht je daarbij van je team?
- c. Wat verwacht je daarbij vanuit de organisatie?

4. Implementatie spirituele zorg

- a. Wat is eraan gedaan om spirituele zorg in te bedden op jullie afdeling?
- b. Wat draagt het voor jou bij?
- c. Kun je nadelen benoemen bij het implementeren van de spirituele dimensie in de verpleegkundige zorg?

Afsluiting (vragen, tips en adviezen)

Bijlage 3: Onderwerpenlijst multidisciplinaire team

Open interview met de disciplines betrokken bij de OAAZ.

Deze lijst geeft alleen een richting aan van onderwerpen die aan bod dienen te komen in het gesprek met de verschillende disciplines

Hoofdvraag: Hoe is de verpleegkundige bezig met spiritualiteit in de zorg en zijn er structuren op de afdeling rondom spiritualiteit bij het verlenen bij de zorg?

- Wat is uw visie op de vormgeving van de spirituele dimensie in de verpleegkundige zorgverlening?
- Hoe belangrijk vindt u het onderwerp spiritualiteit in patiëntencontact?
- In welke mate laat u het onderwerp spiritualiteit aan bod komen bij een terugkoppeling met de verpleegkundige?
- Hoe vertaalt u het onderwerp spiritualiteit in een multidisciplinair overleg?
- Wat zou je nodig hebben om spiritualiteit nog beter vorm te geven in het contact met patiënten?