

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN
FACULTEIT THEOLOGIE EN RELIGIEWETENSCHAPPEN



**VERPLEEGKUNDIGEN EN EERSTELIJS SPIRITUELE ZORG: EEN
HARMONIEUZE COMBINATIE BINNEN DE HEDENDAAGSE ZORGCONTEXT?**

OP ZOEK NAAR EEN ONDERSTEUNEND (IN)COMPETENTIEPROFIEL EN DE
BIJHORENDE VORMING

Masterproef ter verkrijging van
de graad van Master in de
theologie en de
religiewetenschappen

Promotor

prof. Dr. Anne VANDENHOECK

Copromotor

prof. Dr. Martijn STEEGEN

door

Elien ROGIERS

2019

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN
FACULTEIT THEOLOGIE EN RELIGIEWETENSCHAPPEN



**VERPLEEGKUNDIGEN EN EERSTELIJS SPIRITUELE ZORG: EEN
HARMONIEUZE COMBINATIE BINNEN DE HEDENDAAGSE ZORGCONTEXT?**

OP ZOEK NAAR EEN ONDERSTEUNEND (IN)COMPETENTIEPROFIEL EN DE
BIJHORENDE VORMING

Masterproef ter verkrijging van
de graad van Master in de
theologie en de
religiewetenschappen

Promotor

prof. Dr. Anne VANDENHOECK

Copromotor

prof. Dr. Martijn STEEGEN

door

Elien ROGIERS

2019

SAMENVATTING

Elien, Rogiers, Verpleegkundigen en eerstelijns spirituele zorg: een harmonieuze combinatie binnen de hedendaagse zorgcontext? Op zoek naar een ondersteunend (in)competentieprofiel en de bijhorende vorming.

Masterproef tot verkrijging van de graad van Master in de theologie en de religiewetenschappen.

Examenperiode: juni 2019

Promotor: Professor Anne Vandenhoeck

Copromotor: Professor Martijn Steegen

Uit onderzoek blijkt dat verpleegkundigen veel moeite ervaren om eerstelijns spirituele zorg te verbinden met hun dagdagelijkse zorgpraktijk. Het doel van deze masterproef is dan ook om een antwoord te formuleren op de volgende hoofonderzoeksvraag: hoe kunnen we verpleegkundigen ondersteunen opdat zij eerstelijns spirituele zorg zouden integreren in hun dagdagelijkse zorgpraktijk?

Om een antwoord te kunnen bieden op deze onderzoeksvraag voerden we een literatuurstudie uit. In het eerste hoofdstuk brengen we de 'eerstelijns spirituele zorgbarrières' die verpleegkundigen ervaren in kaart. In de drie daarop volgende delen tekenen we drie sporen uit die verpleegkundigen de nodige houvast kunnen bieden bij het overwinnen van specifieke 'eerstelijns spirituele zorgbarrières'. Op die manier kan kwaliteitsvolle eerstelijns spirituele zorg verleend worden.

In het eerste deel wordt een competentiegericht spoor gevolgd. Hierin beschrijven en evalueren we het spiritueel competentieprofiel van van Leeuwen en Cusveller. Dit profiel biedt een sterke basis, maar kan, voor zover ik kon vaststellen na mijn literatuurstudie, nog verder aangevuld worden door extra competenties. Dit om verpleegkundigen de nodige ondersteuning te kunnen bieden bij het verlenen van eerstelijns spirituele zorg. Als aanvulling formuleren we dan ook vijf aanbevelingen/aanzetten tot competenties die het competentieprofiel zouden kunnen verrijken en verbreden. Deze aanbevelingen werden gedistilleerd uit expliciet of impliciet vermelde kritiekpunten op het profiel uit de literatuur, maar ook uit de eerstelijns spirituele zorgbarrières (hoofdstuk 1).

Een 'gebrek aan spirituele vorming' blijkt dé 'eerstelijns spirituele zorgbarrière' bij uitstek te zijn. Daarom gaan we in het tweede deel/spoor van deze thesis in op wezenlijke elementen binnen spirituele vormingen. Op basis van de vorming die Frieda Boeykens ontwikkelde en vervolgens in de praktijk bracht, maar ook op basis van de literatuur, achterhaalden we acht wezenlijke elementen die kunnen leiden tot continue en kwaliteitsvolle eerstelijns spirituele zorg door verpleegkundigen.

In het derde deel/spoor proberen we eerstelijns spirituele zorg te integreren in een breder denkkader vanuit een theologische reflectie enerzijds en een reflectie op de verpleegkundige zorgpraktijk anderzijds. Spirituele zorg zou immers verweven moeten zijn met de gehele zorg.

Deze masterproef biedt dus inzicht in drie manieren waarop verpleegkundigen ondersteund kunnen worden bij het verlenen van spirituele zorg. Het volgen van deze sporen zal echter niet volstaan indien het beleid geen initiatieven neemt om spirituele zorg (beter) te integreren binnen de gehele zorgcontext en om spiritueel vormingswerkers te ondersteunen in het bewandelen van deze drie sporen.

WOORD VOORAF

Het idee om mij toe te spitsen op de eerstelijns spirituele zorg die verpleegkundigen verlenen, is gegroeid gedurende mijn pastorale observatiestage (zomer 2018) in het AZ Damiaan Oostende. Ik geraakte immers geboeid door spirituele zorg omdat ik, dankzij de ziekenhuispastores (Charles Lommens en Rita Kinet) kon ervaren hoe dit zorgterrein een verschil kan maken voor patiënten én hun geliefden. Ik hoorde en zag ook hoe de genegenheid van vele verpleegkundigen naar hun patiënten toe, voor deze laatste veel betekende. Anderzijds viel het me, tijdens deze observatiestage, op hoe druk verpleegkundigen het dikwijls hebben. Ik vroeg me daarom af en toe bezorgd af hoe verpleegkundigen, te midden van hun drukke bezigheden, ook enige vorm van spirituele zorg aan hun patiënten konden bieden.

Deze observaties zetten mij er dan ook toe aan om op zoek te gaan naar manieren om verpleegkundigen (vanuit een groot respect voor hun verpleegkundige zorgpraktijk) te ondersteunen bij het verlenen van eerstelijns spirituele zorg.

Dat de gezondheidssector in het algemeen en de rol van de verpleegkundige in het bijzonder, mij nauw aan het hart ligt, heb ik te danken aan mijn ouders. Zij zijn beiden actief in de gezondheidszorg en hebben mij geïnspireerd door hun liefdevolle en zorgzame omgang met anderen. In die zin ben ik zeer dankbaar dat ik mij mocht verdiepen in een thema dat mij ten diepste weet te raken.

In de eerste plaats wil ik dan ook mijn promotor, professor Anne Vandenhoeck, bedanken voor de boeiende overlegmomenten en alle feedback. Ik heb zeer veel van haar mogen leren, zowel wat methodische aanpak betreft, als inhoudelijk. Ook mijn copromotor, professor Martijn Steegen, wil ik danken voor zijn interessante input vanuit de (pastorale) zorgpraktijk, maar ook voor de tijd die werd gespendeerd aan het zorgvuldig nalezen van geschreven teksten.

Bovendien ben ik Frieda Boeykens zeer dankbaar omdat ik de spirituele vorming die zij in juni 2018 in de praktijk bracht, mocht integreren in deze thesis. Ook voor het gesprek over haar spirituele vorming én voor haar tijd om het verslag van dit gesprek zorgvuldig na te lezen, wil ik haar graag bedanken.

Tenslotte ben ik mijn ouders ontzettend dankbaar omdat zij mij de kans gaven om theologie te studeren, omdat ze me steeds opnieuw bleven steunen en in mij bleven geloven. Bovendien zou ik graag mijn papa willen bedanken voor het nauwgezet nalezen van mijn thesis. Zijn taalkundige tips hebben mij enorm geïnspireerd.

INHOUDSTAFEL

WOORD VOORAF	II
INHOUDSTAFEL	III
BIBLIOGRAFIE	VII
INLEIDING.....	1
1. ‘Eerstelijns spirituele zorgbarrières’ van verpleegkundigen in kaart gebracht en geanalyseerd	4
1.1. Belemmerende omgevingsfactoren.....	5
1.1.1. Angst voor confrontatie met ouder worden, lijden, sterven... geworteld in de westerse cultuur	5
1.1.2. Onwennigheid om over spiritualiteit te spreken, gezien de seculiere context	6
1.1.3. Maatschappelijke tendens tot het pathologiseren van verdriet of lastig gedrag.	6
1.1.4. Socialisatie in oplossingsgerichte, biomedische context	7
1.1.5. Gebrek aan spirituele gedragenheid binnen het team	10
1.1.6. Tijdsgebrek door hoge werkdruk	10
1.1.7. Gebrek aan privacy.....	12
1.1.8. Gebrek aan spirituele vorming gedurende de opleiding	12
1.2. Professionele factoren van de verpleegkundige.....	14
1.2.1. Gebrek aan kennis en vaardigheden.....	15
1.2.2. Ervaring van gevoelens van angst ten opzichte van de zorgvrager	15
1.2.3. Binnen professionele grenzen willen blijven (om geen schade te berokkenen aan het welzijn van patiënten)	17
1.2.4. Spirituele zorg als het afgebakende domein van spiritueel zorgverleners (pastores, moreel consultants...)	17
1.2.5. “Unresolved symptoms”	18
1.2.6. Spiritualiteit verpakt in medische vragen	18
1.2.7. Spiritualiteit verpakt in gevoelsvragen	19
1.2.8. Ethische vraagtekens rond spirituele zorg	19
1.2.9. Gebrek aan werkervaring.....	21
1.3. Persoonlijke factoren van de verpleegkundige.....	21
1.3.1. Gebrek aan spiritueel en/of religieus zelfbewustzijn.....	21
1.3.2. Tegenzin om spirituele zorg te verlenen.....	22

1.3.3.	Ontkenning als overlevingsstrategie	23
1.3.4.	Maturiteit en/of leeftijd	24
1.3.5.	Persoonlijke draagkracht en welbevinden	24
Deel 1: Op zoek naar spirituele competenties op maat.....		26
2.	Het spiritueel competentieprofiel van van Leeuwen en Cusveller van naderbij bekeken .	27
2.1.	Ontstaan en eigenschappen van het spiritueel competentieprofiel	27
2.2.	Beknopte beschrijving van het spiritueel competentieprofiel van van Leeuwen en Cusveller	30
2.2.1.	DOMEIN 1: Zelfhantering	30
a.	Competentie 1: De verpleegkundige kan eigen waarden, overtuigingen en gevoelens hanteren in de relatie met zorgvragers met verschillende levensovertuigingen	30
b.	Competentie 2: De verpleegkundige kan op een betrokken wijze communiceren met zorgvragers uit verschillende culturen over hun spiritualiteit.....	33
2.2.2.	DOMEIN 2: Spirituele dimensies van het verplegen	36
c.	Competentie 3: De verpleegkundige kan informatie verzamelen over de spiritualiteit van de zorgvrager en in samenspraak met die zorgvrager de zorgvraag vaststellen	37
d.	Competentie 4: De verpleegkundige kan in samenspraak met de zorgvrager en in overleg met andere disciplines zorg voor de spiritualiteit van de zorgvrager afstemmen en het eigen aandeel in die zorg plannen en schriftelijk vastleggen	40
e.	Competentie 5: De verpleegkundige kan de zorg voor de spiritualiteit van de zorgvrager uitvoeren en de zorg in samenspraak met de zorgvrager en in het (multi)disciplinair overleg evalueren.....	42
2.2.3.	DOMEIN 3: Kwaliteitszorg en deskundigheidsbevordering.....	43
f.	Competentie 6: De verpleegkundige levert een bijdrage aan de kwaliteitszorg en deskundigheidsbevordering op het gebied van zorg voor spiritualiteit binnen de zorginstelling	43
3.	Een waarderende, maar ook kritische en verrijkende blik op het spiritueel competentieprofiel.....	45
3.1.	Waardering voor het spiritueel competentieprofiel?	45
3.2.	Vijf aanbevelingen vanuit een kritische blik op het spiritueel competentieprofiel	47
3.2.1.	Pleidooi voor het thematiseren van kennisgerichte competenties	47
3.2.2.	Pleidooi voor het thematiseren van incompetenties binnen het spiritueel competentieprofiel.....	51
a.	Illustratie van het belang van het erkennen van incompetenties.....	54

3.2.3.	Pleidooi voor integratie van tijd-gerelateerde competenties (gezien de drukbezette zorgpraktijk).....	56
3.2.4.	Pleidooi voor erkenning van belang van ‘verpleegkundige competenties’ binnen eerstelijns spirituele zorg.....	58
3.2.5.	Pleidooi voor integratie van competenties, specifiek verwacht van verpleegkundigen die de leiding nemen op het gebied van spirituele zorg (spiritueel ankerfiguur).....	63
Deel 2: Op zoek naar spirituele vormingselementen op maat		67
4.	Eerstelijns spirituele vorming voor verpleegkundigen - op zoek naar wezenlijke stapstenen tot blijvende kwaliteitsvolle eerstelijns spirituele zorg	68
4.1.	Casusbespreking: “Het diamantmodel in de dagelijkse praktijk van de palliatieve zorgeenheid De Haven, AZ Sint-Blasius”	69
4.1.1.	Diamantmodel als inhoudelijk ankerpunt.....	69
4.1.2.	Doelstellingen binnen deze vorming.....	73
4.1.3.	Concrete opbouw vorming	73
a.	Langzaam groeien in spiritualiteit door verinnerlijking	74
b.	Reflectiemomenten in een veilige context – een wezenlijke fase die verbinding mogelijk maakt met de dagdagelijkse zorgpraktijk.....	74
c.	Spirituele observaties vanuit het diamantmodel – oefenen door middel van filmfragment	75
d.	Onderscheid leren maken tussen observatie en interpretatie	75
e.	Spirituele observaties – wat doen we ermee? Registreren door middel van ‘KWS-testpatiënt’ en passende interventies in de zorg integreren.....	76
f.	In gesprek gaan over spiritualiteit als mogelijke interventie.....	76
g.	Doorverwijzing naar pastor of psychoog als mogelijke interventie.....	77
4.1.4.	Continuering van de vorming.....	77
a.	Vraag om aandacht voor geregistreerde spirituele observaties tijdens interdisciplinair overleg.....	77
b.	Viervoudig verbetertraject.....	78
4.1.5.	Evaluatie op korte en op lange termijn.....	79
4.2.	Reflectie op de praktijk in AZ-Sint Blasius.....	79
4.2.1.	Werken vanuit een tool om spirituele assessment mogelijk te maken	79
4.2.2.	Een plek om innerlijke ruimte te maken om zo te groeien in spiritualiteit	82
4.2.3.	Ruimte om te reflecteren over spiritualiteit en diamantmodel	83
4.2.4.	Ruimte om te spreken over spiritualiteit	84

4.2.5.	Mondelinge en schriftelijke communicatie en samenwerking binnen interdisciplinair team	84
4.2.6.	Werken met praktische opdrachten om verbinding mogelijk te maken met dagdagelijkse zorgpraktijk.....	85
4.2.7.	Opleiding in kleine groepen waardoor 'veiligheid' gegarandeerd wordt	88
4.2.8.	Opvolging na de vorming	88
Deel 3: Op zoek naar een breder denkkader voor eerstelijns spirituele zorg.....		91
5.	Is er nog plaats voor 'spiritualiteit' in het hart van de zorg(verlener)? – Een theologische reflectie	92
5.1.	Op zoek naar de ziel van de zorg – een theologische reflectie	92
5.1.1.	Ziel van de zorg (barmhartigheid) als sleutel tot kwaliteitsvolle zorg?.....	94
5.1.2.	Ziel van de zorg (compassie) als sleutel tot kwaliteitsvolle zorg in de hedendaagse context?	95
6.	Zorgrelatie en lichamelijke verzorging als toegangswegen tot spirituele zorg die verpleegkundigen kunnen bewandelen? - Een reflectie op de verpleegkundige zorgpraktijk... 99	
6.1.	Zorgrelatie en lichamelijke zorg als adequate toegangswegen tot spirituele zorg? .	100
6.1.1.	Model van de integrale persoon als kritiek op hedendaagse verborgen dualistische benadering.	100
6.1.2.	Zorgrelatie als wezenlijke toegangsweg tot spirituele zorg?	101
6.1.3.	Lichamelijke zorg als adequate toegangsweg tot spirituele zorg?.....	103
6.2.	"(...) it is about <i>how we care</i> "	104
6.2.1.	Grondhoudingen om zorgrelatie op te bouwen met patiënten die spiritueel welzijn kan verhogen.....	105
6.2.2.	Lichamelijke verzorging die spiritueel welzijn van patiënten kan verhogen.....	106
BESLUIT.....		111
BIJLAGEN		I

BIBLIOGRAFIE

Boeken

- BAART, Andries & GRYPDONCK, Mieke, *Verpleegkunde en presentie. Een zoektocht in dialoog naar de betekenis van presentie voor verpleegkundige zorg*, Den Haag, Lemma, 2008.
- BAART, Andries & NUY, Marius, *Hals over kop en nog langzamer. Omzien naar ziekte en zorg*, Amsterdam, Uitgeverij SWP, 2006.
- BOUWER, Johan, *Pastorale Diagnostiek. Modellen en mogelijkheden*, Zoetermeer, Boekencentrum, 1998.
- BUBER, Martin, *Ich und Du*, Köln, Hegner, 1966.
- COBB, Mark, *The Dying Soul. Spiritual Care at the End of Life*, Buckingham, OUP, 2001.
- CLARKE, Janice, *Spiritual Care in Everyday Nursing Practice. A New Approach*, New York, Pallgrave Macmillan, 2013.
- DE HENNEZEL, Marie, *De intieme dood. Levenslessen van stervenden*, Bloemendaal, Altamira-Becht, 2000.
- DESMET, Marc, *Euthanasie, waarom niet? Pleidooi voor nuance en niet-weten*, Tielt, Lannoo, 3^{de} ed., 2015.
- DE SOUZA, Marian, BONE, Jane & WATSON, Jacqueline, *Spirituality across Disciplines. Research and Practice*, Zwitserland, Springer, 2016.
- HEITINK, Gerben, *Barmhartigheid en kwaliteit van zorg*, in Martien, PIJNENBURG & Carlo, LEGET (red.), *Wat bezielt je? Geïnspireerd-blijven-werken in het ziekenhuis*, Eindhoven, Damon, 2011, p. 67-76.
- KELLY, Ewan, *Chapter 57 Competences in Spiritual Care Education and Training*, in Mark COBB, Christina M. PUCHALSKI & Bruce RUMBOLD (ed.), *Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare*, Oxford, Oxford University Press, p. 435-441.
- LEGET, Carlo, *Ruimte om te sterven. Een weg voor zieken, naasten en zorgverleners*, Tielt, Uitgeverij Lannoo, 2003.
- LEGET, Carlo, *Van levenskunst tot stervenskunst. Over spiritualiteit in de palliatieve zorg*. Tielt, Uitgeverij Lannoo, 2008.
- LEGET, Carlo, *Ars moriendi in het ziekenhuis. Twee praktijken belicht*, in Wim SMEETS (Red.), *Handboek spiritualiteit in de palliatieve zorg*, Almere, Parthenon, 2016, p. 117-123.
- LEVINAS, Emmanuel, *De Dieu qui vient à l'idée*, Paris, Vrin, 1982.
- MACMURRAY, John, *Search for Reality in Religion*, Londen, Quaker Home Service & the John Macmurray Society, 1995.

- McSHERRY, Wilfred, *Making Sense of Spirituality in Nursing and Healthcare Practice*, London and Philadelphia, Jessica Kingsley Publishers, 2^{de} ed., 2006.
- MERTENS, Frits, *Zorgers zijn spirituele doeners*, in Martien, PIJNENBURG & Carlo, LEGET (red.), *Wat bezielt je? Geïnspireerd-blijven-werken in het ziekenhuis*, Eindhoven, Damon, 2011, p. 26-38.
- NETTLETON, S., *The Sociology of Health and Illness*, Cambridge, Polity Press, 2002.
- NUSSBAUM, Martha, *Upheavals of Thought. The Intelligence of Emotions*, Cambridge, Cambridge University Press, 2001.
- OLTHUIS, Gert, *Bezielde zorgen. Het goede zien in het werk dat je doet*, in Martien, PIJNENBURG & Carlo, LEGET (red.), *Wat bezielt je? Geïnspireerd-blijven-werken in het ziekenhuis*, Eindhoven, Damon, 2011, p. 15-25.
- PIJNENBURG, Martien & LEGET, Carlo (red.), *Wat bezielt je? Geïnspireerd-blijven-werken in het ziekenhuis*, Eindhoven, Damon, 2011.
- SAAD, Marcelo, de MEDEIROS, Roberta & MOSINI, Amanda Cristina, *Are We Ready for a True Biopsychosocial-Spiritual Model? The Many Meanings of "Spiritual"*, in *Medicines 4* (2017), p. 1-6.
- STEEN, Marc, *Abba. Vader*, Tielt, Lannoo.
- TROMP, Thijs, *Minder hard – meer hart! Zorgethiek en management. Een werkzame combinatie*, Utrecht, Reliëf, 2006.
- VANDENHOECK, Anne, DE CLERCQ, Heidi & FIVEZ, Bart, *Verborgene diepte. Zorgen voor de spiritualiteit van ouderen met dementie*, Leuven, Davidsfonds, 2008.
- VAN DER CINGEL, Margaretha, *Compassie in de verpleegkundige praktijk*, Boom, Uitgeverij Lemma, 2012.
- VAN HEIJST, Annelies, *Van professie naar professionaliteit*, in Martien, PIJNENBURG & Carlo, LEGET (red.), *Wat bezielt je? Geïnspireerd-blijven-werken in het ziekenhuis*, Eindhoven, Damon, 2011, p. 39-63.
- VAN HOOFT, Stan, *Caring about Health*, Aldershot, Ashgat Publishing, 2006.
- VAN LEEUWEN, René & CUSVELLER, Bart, *Verpleegkundige zorg en spiritualiteit. Professionele aandacht voor levensbeschouwing, religie en zingeving*, Utrecht, Uitgeverij LEMMA, 2005.
- WAAIJMAN, Kees, *Spiritualiteit in de zorg. In de interactie tussen zorgvrager en zorgverlener*, in J. BOUWER (Red.), *Spiritualiteit en zingeving in de gezondheidszorg*, Kampen, Kok, 2004.

WHITE, Gillian, *Talking about Spirituality in Health Care Practice. A Resource for the Multi-Professional Health Care Team*, Londen/Philadelphia, Jessica Kingsley Publishers, 2009.

Tijdschriften

BALBONI, Michael J. *et al.*, *Nurses and Physician Barriers to Spiritual Care Provision at the End of Life*, in *Journal of Pain and Symptom Management* 48 (2014) 400-410.

BALBONI, Tracy A. *et al.*, *Religiousness and Spiritual Support Among Advanced Cancer Patients and Associations With End-of-Life Cancer Patients and Associations With End-of-Life Treatment Preferences and Quality of Life*, in *Journal of Clinical Oncology* 25 (2007) 555-560.

BALDACCHINO, Donia, *Nursing Competencies for Spiritual Care*, in *Journal of Clinical Nursing* 15 (2006) 885-896.

BALDACCHINO, Donia R., *Teaching on Spiritual Care. The Perceived Impact on Qualified Nurses*, in *Nurse Education in Practice* 11 (2011) 47-53.

BAR-SELA, Gil, *Training for Awareness of One's Own Spirituality. A Key Factor in Overcoming Barriers to the Provision of Spiritual Care to Advanced Cancer Patients by Doctors and Nurses*, in *Palliative and Supportive Care* 6 (2018) 1- 8.

BRADSHAW, Ann, *Teaching Spiritual Care to Nurses. An Alternative Approach*, in *International Journal of Palliative Nursing* 3 (1997) 51-57.

BRUCE, Anne *et al.*, *Longing for Ground in a Ground(less) World. A Qualitative Inquiry of Existential Suffering*, in *BMC Nursing* 10/2 (2011) 1-9.

BUELENS, Eva & DILLEN, Annemie, *Hoe doorverwijzen naar pastores in de ziekenhuiscontext?*, in *Pastorale perspectieven* 8/164 (2014) 16-21.

CONE, Pamela H & GISKE, Tove, *Nurses' Comfort Level with Spiritual Assessment. A Study among Nurses Working in Diverse Healthcare Settings*, in *Journal of Clinical Nursing* 26 (2017) 3125-3136.

CORNETTE, Katrien & BECKERS, Wies, *Groeien in spirituele zorg. Een training aangeboden aan palliatieve teams in Vlaanderen*, in *Pastorale Perspectieven* 8/142 (2009) 45-47.

CHARBONNEAU, Cécile & BÉLANGER, Bruno, *Identification of Spiritual and Religious Needs of Terminally Ill Patients Receiving Palliative Home-Care*, in *Journal for the Study of Spirituality* 3 (2013) 33-45.

CHAVES, Erika de Cássia Lopes *et al.*, *Clinical Validation of Impaired Spirituality in Patients with Chronic Renal Disease*, in *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 18 (2010) 309-316.

DAUDT, Helena, D'ARCHANGELO, Margo & DUQUETTE, Dominique, *Spiritual Care Training in Healthcare. Does it Really Have an Impact?*, in *Palliative and Supportive Care* 17 (2017) 129-137.

- DEKONINCK, Beth *et al.*, *Spiritual Care Practices of Advanced Practice Nurses. A Multinational Study*, in *The Journal for Nurse Practitioners* 12 (2016) 536-544.
- ENGEL, George L., *The Need for a New Medical Model. A Challenge for Biomedicine*, in *Science* 196 (1977) 129-136.
- GISKE, Tove & CONE, Pamela Heneise, *Discerning the Healing Path. How Nurses Assist Patient Spirituality in Diverse Health Care Settings*, in *Journal of Clinical Nursing* 24 (2015) 2926-2935.
- FERREL, Betty & COYLE, Nessa, *The Nature of Suffering and the Goals of Nursing*, in *Oncology Nursing Forum* 35 (2008) 241-247.
- FERRELL, Betty & MUNEVAR, Carla, *Domain of Spiritual Care*, in *Progress in Palliative Care* 20 (2012) 66-71.
- HELMING, Mary A, *Integrating Spirituality into Nurse Practice. The Importance of Finding the Time*, in *The Journal of Nurse Practitioners* 5 (2009) 598-605.
- HERMANN, C. Peter, *Spiritual Needs of Dying Patients. A Qualitative Study*, in *Oncology Nursing Forum* 28 (2001) 67-72.
- HVIDT, Elisabeth ASSING *et al.*, *'We Are the Barriers'. Danish General Practitioners' Interpretations of Why the Existential and Spiritual Dimensions Are Neglected in Patient Care*, in *Communication & Medicine* 14 (2017) 108-120.
- Kälvemark, Sofia *et al.*, *Living with Conflicts-Ethical Dilemmas and Moral Distress in the Health Care System*, in *Social Science & Medicine* 58 (2004) 1075-1084.
- KEALL, Robyn, CLAYTON Josephine M & BUTOW Phyllis, *How Do Australian Palliative Care Nurses Address Existential and Spiritual Concerns? Facilitators, Barriers and Strategies*, in *Journal of Clinical Nursing* 23 (2014) 3197-3205.
- LEGET, Carlo, *Naar een 'spirituele checklist' in een palliatieve zorgenheid...*, in *Pastorale Perspectieven* 3/142 (2009) 18-32.
- LEWINSON, Lesline P., MCSHERRY, Wilfred & KEVERN, Peter, *Spirituality in Pre-Registration Nurse Education and Practice. A Review of the Literature*, in *Nurse Education Today* 35 (2015) 806-814.
- LUNN, JS, *Spiritual Care in A Multi-Religious Context*, in *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy* 18 (2003) 153-166.
- MCSHERRY, Wilfred & JAMIESON, Steve, *An Online Survey of Nurses' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care*, in *Journal of Clinical Nursing* 20 (2011) 1757-1767.
- MCSHERRY, Wilfred, *Raising the spirits*, in *Nursing Times* 92/3 (1996) 48-49.
- MEHTA, Anita & CHAN, Lisa S., *Understanding of the Concept of "Total Pain". A Prerequisite for Pain Control*, in *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 10 (2008) 26-32.

- MINTON, Mary E. et al., *A Willingness To Go There. Nurses and Spiritual Care*, in *Journal of Clinical Nursing* 27 (2018) 173-181.
- MOOSAVI, Soolmaz et al., *Factors Affecting Spiritual Care Practices of Oncology Nurses. A Qualitative Study*, in *Support Care Cancer* 27 (2019) 901-909.
- MORSE, J.M., BOTTORFF, J.L. & HUTCHINSON, S., *The Paradox of Comfort*, in *Nursing Research* 44 (1995) 14-19.
- O'BRIEN, Mary R. et al., *Meeting Patients' Spiritual Needs During End-of-Life Care. A Qualitative Study of Nurses' and Healthcare Professionals' Perceptions of Spiritual Care Training*, in *Journal of Clinical Nursing* 28 (2018) 182-189.
- PAAL, Piret, ROSER, Traugott & FRICK, Eckhard, *Developments in Spiritual Care Education in German-Speaking Countries*, in *BMC Medical Education* 14 (2014) 1-7.
- PAAL, Piret, HELO, Yousef & FRICK, Eckhard, *Spiritual Care Training Provided to Healthcare Professionals. A Systematic Review*, in *Journal of Pastoral Care & Counseling* 69 (2015) 19-30.
- PUCHALSKI, Christina et al., *Improving the Spiritual Dimension of Whole Person Care. Reaching National and International Consensus*, in *Journal of Palliative Medicine* 17 (2014) 642-656.
- PUCHALSKI, Christina, *Spirituele screening in het ziekenhuis*, in *Pastorale perspectieven* 8/164 (2014) 5-9.
- RONALDSON, Susan et al., *Spirituality and Spiritual Caring. Nurses' Perspectives and Practice in Palliative and Acute Care Environments*, in *Journal of Clinical Nursing* 21 (2012) 2126-2135.
- ROSS, Linda, *Spiritual care. The Nurse's Role*, in *Nursing Standard. Official Newspaper of the Royal College of Nursing* 8 (1994) 33-37.
- ROSS, Linda, *Teaching Spiritual Care*, in *Nurse Education Today* 16 (1996) 38-43.
- ROSS, Linda et al., *Factors Contributing to Student Nurses'/Midwives' Perceived Competency in Spiritual Care*, in *Nurse Education Today* 36 (2016) 445-451.
- ROSS, Linda et al., *Nursing and Midwifery Students' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care Competency. A Prospective, Longitudinal, Correlational European Study*, in *Nurse Education Today* 67 (2018) 64-71.
- SELBY, Debbie et al., *A Qualitative Analysis of a Healthcare Professional's Understanding and Approach to Management of Spiritual Distress in an Acute Care Setting*, in *Journal of Palliative Medicine* 19 (2016) 1197-1204.
- SELBY, Debbie, *Patient Versus Health Care Provider Perspectives on Spirituality and Spiritual Care. The Potential to Miss the Moment*, in *Annals of Palliative Medicine* 6 (2017) 143-152.

- SMITH, Jackie, *We Believe it Is Better Not to Explicitly Highlight Spirituality*, in *Nursing Standard* 29 (2015) 33.
- SNOWDEN, Austyn, *The construction of the Lothian PROM*, in *The Scottish Journal of Healthcare Chaplaincy* 16 (2013) 3- 13.
- TAYLOR, Elizabeth Johnston *et al.*, *Self-Reported Frequency of Nurse-Provided Spiritual Care*, in *Applied Nursing Research* 35 (2017) 30-35.
- TORNØE, Kirsten *et al.*, *A Mobile Hospice Nurse Teaching Team's Experience. Training Care Workers in Spiritual and Existential Care for the Dying. A Qualitative Study*, in *BMC Palliative Care* 14/43 (2015) 1-9.
- VAN DE GEER, Joep *et al.*, *Training Hospital Staff on Spiritual Care in Palliative Care Influences Patient-Reported Outcomes. Results of a Quasi-Experimental Study*, in *Palliative Medicine* 31 (2018) 743-753.
- VANDENHOECK, Anne, *Voorzichtige stappen in spirituele screening*, in *Pastorale perspectieven* 8/164 (2014) 10-15.
- VANDENHOECK, Anne, *De spirituele zorgverlener als drager van verhalen. Een verkenning van de best mogelijke spirituele zorg vanuit het perspectief van registratie*, in *Pastorale Perspectieven* 3/175 (2017) 18-22.
- VANDENHOECK, Anne, *Mijn domein of ons domein? Over coöperatie en complementariteit tussen pastores en psychologen*, in *Pastorale Perspectieven* 5/151 (2011) 19-28.
- VANDERBRUGGHEN, Lieven, KERCKHOF, Mieke & VAN DER MOTTE, Hilde, *Praktijkvoorbeelden. Getuigenissen over de totstandkoming, visie en symboliek*, in *Pastorale Perspectieven* 8/162 (2014) 5-17.
- VAN HEIJST, Annelies, *Ze zijn de hele dag met je bezig, maar geen mens kijkt naar je om. Zorgverlening tussen interventie en presentie*, in *Pastorale Nieuwsbrief* 134 (2007) 31-39.
- VANLEENE, Nele, *'Dum spiro, spero: Zolang ik ademhaal, hoop ik'*. *De zorg voor spirituele noden van mensen met kanker*, in *Pastorale Perspectieven* 8/163 (2014) 12-20.
- VAN LEEUWEN, René *et al.*, *Achieving Educational Competence. Spiritual Care. Implications for Nurses' Professional Responsibility*, in *Journal of Clinical Nursing* 15 (2006) 875-884.
- VAN LEEUWEN, René & CUSVELLER, Bart, *Nursing Competencies for Spiritual Care*, in *Journal of Advanced Nursing* 48 (2003) 234-246.
- VAN LEEUWEN, René *et al.*, *Aspects of Spirituality Concerning Illness*, in *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 21 (2008) 482-489.
- VAN LEEUWEN, René *et al.*, *The Validity and Reliability of an Instrument To Assess Nursing Competencies in Spiritual Care*, in *Journal of Clinical Nursing* 18 (2009) 2857-2869.

- VERMANDERE, Mieke *et al.*, *The Ars Moriendi Model for Spiritual Assessment. A Mixed-Methods Evaluation*, in *Oncology Nursing Forum* 42 (2015) 294-302.
- VERMANDERE, Mieke, *Implementation of the Ars Moriendi Model in Palliative Home Care. A Pilot Study*, in *Progress in Palliative Care* 21 (2013) 278-285.
- WALTER, Tony, *The Ideology and Organisation of Spiritual Care. Three Approaches*, in *Palliative Medicine* 11 (1997) 21-30.
- WILLIAMS, Joshua A. *et al.*, *Attention to Inpatients' Religious and Spiritual Concerns. Predictors and Association with Patient Satisfaction*, in *Journal of General Internal Medicine* 26 (2011) 1265-1271.
- WASNER, Maria *et al.*, *Effects of Spiritual Care Training for Palliative Care Professionals*, in *Palliative Medicine* 19 (2005) 99-104.
- WINTER-PFÄNDLER, Urs, FLANNELLY, Kevin & MORGENTHALER, Christoph, *Referrals to Health Care Chaplaincy by Head Nurses*, in *Holistic Nursing Practice* 25 (2011) 26-32.
- WITTENBERG, Elaine, RAGAN, Sandra L. & FERRELL, Betty, *Exploring Nurse Communication About Spirituality*, in *American Journal of Hospice & Palliative Medicine* 34 (2017) 566-571.
- WU, Li-Fen, TSENG, Hui-Chen & LIAO, Yu-Chen, *Nurse Education and Willingness to Provide Spiritual Care*, in *Nurse Education Today* 38 (2016) 36-41.
- YARDLEY, SJ, WALSH, CE & PARR, A, *Improving Training in Spiritual Care. A Qualitative Study Exploring Patient Perceptions of Professional Educational Requirement*, in *Palliative Medicine* 23 (2009) 601-607.

Internetbronnen

- BECKERS, Wies, *Wies Beckers getuigt over haar ervaring als verpleegkundige met spiritualiteit op de palliatieve zorgeenheid* (2014); <http://www.pastoralezorg.be/page/elisabeth-eerstelijns-spirituele-zorg-spiritualiteit-op-palliatieve-eeenheid/> (toegang 21.03.2019).
- BOEYKENS, Frieda, *Projectvoorstel. Vormingsproject eerstelijns spirituele zorg (PZO)* (2018); http://www.palliatief.be/accounts/143/attachments/Prijs%20Passie%20voor%20palliatieve%20zorg/vormingsproject_1stelijns_spirituele_zorg__pze_.pdf (toegang 21.03.2019).
- HUGHES, Brian *et al.*, *Spiritual Care and Nursing. A Nurse's Contribution and Practice* (maart 2017); https://healthcarechaplancy.org/docs/about/nurses_spiritual_care_white_paper_3_3_2017.pdf (toegang 1.11.2018).
- KUIN, Annemieke, *Competenties voor het bieden van spirituele zorg aan patiënten in de palliatieve fase en hun naasten* (maart 2009); <https://docplayer.nl/3507185->

[Competenties-voor-het-bieden-van-spirituele-zorg-aan-patienten-in-de-palliatieve-fase-en-hun-naasten.html](#) (toegang 29.11.2018).

MENTEN, J., *Spiritualiteit in de kliniek. Een medisch standpunt* (2016); <https://docplayer.nl/28458585-Spiritualiteit-in-de-kliniek-een-medisch-standpunt-radiotherapeut-oncoloog-coordinator-palliatieve-zorg.html> (toegang 14.04.2019).

Nota Expertisenetwerk Theologie & Beeld, *Kapellen en stille ruimtes. Aandachtspunten*; <https://www.kuleuven.be/thomas/uploads/elisabeth/file/scroller/Nota%20expertisewerking%20stille%20ruimte.pdf> (toegang 21.03.2019).

PBA *Verpleegkunde, vanaf 2016 (Leuven)*; http://onderwijsaanbod.leuven.ucll.be/opleidingen/n/SC_53622522.htm (toegang 20.03.2019).

VAN LEEUWEN, René & CUSVELLER, Bart, *Verpleegkundig competentieprofiel zorg voor spiritualiteit. Een verkennende literatuurstudie* (2002); <https://docplayer.nl/16088105-Verpleegkundig-competentieprofiel-zorg-voor-spiritualiteit.html> (toegang 3.10.2018).

VERVAECKE, Liesbet, *Spirit in de zorgverlening. Spirituele competenties en hun toepassingen in de praktijk*; <http://www.pastoralezorg.be/page/uitgelicht-liesbeth-vervaecke-spirituele-competenties/> (toegang 11.10.2018).

WHO (WORLD HEALTH ORGANISATION), *Fifty-second world health assembly* (7 april 1999); http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA52/ew24.pdf (toegang 30.04.2019).

WHO (WORLD HEALTH ORGANISATION), *Health Promotion Glossary* (1998); <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf> (toegang 16.03.2019).

Scriptie/Doctoraatsonderzoek

CROOIJMANS, Sabine, *Zin in het kinderziekenhuis. De visie van verpleegkundigen op hun competenties in spirituele zorg* (onuitgegeven Scriptie, Universiteit voor Humanistiek), Utrecht, 2015.

GRAHAM, Patricia E. Mahon, *Nursing Student's Perception of How Prepared They Are to Assess Patients' Spiritual Needs*, onuitgegeven proefschrift tot verkrijging van de graad van doctor, College of Saint Mary, 2008.

VANDENHOECK, Anne, *De meertaligheid van de pastor in de gezondheidszorg. resultaatgericht pastoraat in dialoog met het narratief- hermeneutisch model van C.V. Gerkin*, onuitgegeven proefschrift tot verkrijging van de graad van doctor in de godgeleerdheid, K.U. Leuven, 2007.

VERMANDERE, Mieke, *Spirituality at the End of Life. Art or science?*, onuitgegeven proefschrift tot verkrijging van de graad van doctor in de biomedische wetenschappen, K.U. Leuven, 2014.

Syllabus

VANDENHOECK, Anne, *Hoofdstuk 1 Integrale zorg en de rol van de spirituele dimensie*, in *Cursus Seminarie pastorale zorg* (onuitgegeven syllabus, Faculteit Theologie en Religiewetenschappen), Leuven, 2018.

INLEIDING

Eerstelijns spirituele zorg is een wezenlijk aspect binnen de holistische/integrale zorgvisie van verpleegkundigen¹. Spiritualiteit is immers *essentieel* in *elk* mensenleven (en dus niet louter in het leven van ‘gelovigen’)². Dankzij de internationale consensusdefinitie, die in 2014 onder leiding van Christina Puchalski werd geformuleerd, wordt deze gedachte duidelijk:

“Spirituality is a dynamic and intrinsic aspect of humanity through which persons seek ultimate meaning, purpose, and transcendence, and experience relationship to self, family, others, community, society, nature and the significant or sacred. Spirituality is expressed through beliefs, values, traditions and practices”³.

Spiritualiteit houdt dus verband met de beleving van ‘zin en betekenis’ doorheen ‘verbindingen’. In de verpleegkundige zorgpraktijk is ‘spiritualiteit’ dan ook inherent aanwezig. Een (ernstige) ziekte of acute, zelfs kleine ingreep kan er immers toe leiden dat patiënten de zin van het leven en/of hun levensbeschouwing in vraag stellen⁴. Dit tekort aan zin (of *spirituele pijn*) wordt gecompenseerd door *spirituele noden*. *Spirituele noden* zijn noden die leven in mensen met als doel de zin en betekenis in hun leven te beschermen en/of op het spoor te komen⁵. De nood aan ‘verbondenheid’, ‘controle’, ‘religie’, ‘een positieve kijk’, ‘zelfwaardering’... zijn voorbeelden van *spirituele noden*⁶.

Om deze noden te kunnen (h)erkennen én hieraan tegemoet te kunnen komen, is *eerstelijns spirituele zorg* van groot belang. Uit onderzoek blijkt echter dat deze zorg weinig ingang vindt in de zorgpraktijk van verpleegkundigen. Het is duidelijk dat verpleegkundigen nog heel wat ondersteuning nodig hebben binnen dit zorgterrein⁷. In deze masterproef gaan we dan ook op zoek naar een antwoord op de volgende hoofdonderzoeksvraag: *hoe kunnen we verpleegkundigen ondersteunen opdat zij eerstelijns spirituele zorg zouden integreren in hun dagdagelijkse zorgpraktijk?*

¹ Holistische/integrale zorg zet de zorg voor de totale, hele mens centraal; Betty FERREL & Nessa COYLE, *The Nature of Suffering and the Goals of Nursing*, in *Oncology Nursing Forum* 35 (2008) 241-247, p. 246.

² Christina PUCHALSKI, *Spirituele screening in het ziekenhuis*, in *Pastorale perspectieven* 8/164 (2014) 5-9, p.5.

³ Christina PUCHALSKI, et al., *Improving the Spiritual Dimension of Whole Person Care. Reaching National and International Consensus*, in *Journal of Palliative Medicine* 17 (2014) 642-656, p. 646.

⁴ Tove GISKE & Pamela Heneise CONE, *Discerning the Healing Path. How Nurses Assist Patient Spirituality in Diverse Health Care Settings*, in *Journal of Clinical Nursing* 24 (2015) 2926-2935, p. 2926-2929; Anne VANDENHOECK, *Voorzichtige stappen in spirituele screening*, in *Pastorale perspectieven* 8/164 (2014) 10-15, p. 13.

⁵ Karlijn DEMASURE & Kristiaan DEPOORTERE, *Meestappen. Pastoraal begeleiding in moeilijke levenssituaties*, Antwerpen, Halewijn, 2001, p.104.

⁶ C. Peter HERMANN, *Spiritual Needs of Dying Patients. A Qualitative Study*, in *Oncology Nursing Forum* 28 (2001) 67-72; Liesbeth, DEGRYSE, *Spirituele screening op de afdeling Algemene Medische Oncologie, UZ Leuven* (2015); [http://www.pastoralezorg.be/cms2/uploads/elisabeth/file/uitgelicht/Liesbeth_degryse\(1\).pdf](http://www.pastoralezorg.be/cms2/uploads/elisabeth/file/uitgelicht/Liesbeth_degryse(1).pdf) (toegang 1.05.2019).

⁷ Elizabeth Johnston TAYLOR et al., *Self-Reported Frequency of Nurse-Provided Spiritual Care*, in *Applied Nursing Research* 35 (2017) 30-35, p. 34.

Deze hierboven geformuleerde hoofdonderzoeksvraag, splitsen we in deze masterproef op in drie deelonderzoeksvragen die elk in een afzonderlijk deel worden uitgewerkt:

1. Hoe kunnen we het spiritueel competentieprofiel voor verpleegkundigen van van Leeuwen en Cusveller *verrijken* en *verbreden* opdat verpleegkundigen eerstelijns spirituele zorg zouden integreren in hun dagdagelijkse zorgpraktijk?
2. Welke elementen zijn essentieel binnen spirituele vormingen opdat verpleegkundigen op een *continue* en *kwaliteitsvolle manier* eerstelijns spirituele zorg zouden integreren in hun dagdagelijkse zorgpraktijk?
3. Hoe kunnen we eerstelijns spirituele zorg integreren in een breder denkkader vanuit een theologische reflectie enerzijds en vanuit een reflectie op de verpleegkundige zorgpraktijk anderzijds?

Om een antwoord te kunnen bieden op deze drie deelonderzoeksvragen, voerde ik een literatuurstudie uit. Via de database PubMed verzamelde ik wetenschappelijke artikelen aan de hand van de zoektermen: 'spiritual care and nursing', 'nursing competencies and spiritual care', 'spiritual care training' en 'barriers and spiritual care'.

De hierboven geformuleerde deelonderzoeksvragen tonen al aan dat we ervoor opteren om in onze zoektocht naar een antwoord op de hoofdonderzoeksvraag *drie sporen* te volgen. Alvorens we deze *drie sporen* kunnen bewandelen, is het echter noodzakelijk om eerst te achterhalen welke barrières verpleegkundigen ervaren bij het verlenen van eerstelijns spirituele zorg. Het *eerste hoofdstuk*, waarin deze 'eerstelijns spirituele zorgbarrières' worden beschreven, werpt dan ook een verhelderend licht op de drie hierboven vermelde deelonderzoeksvragen. Concreet pogen we binnen elk deel een aantal van deze 'eerstelijns spirituele zorgbarrières' te overbruggen door middel van *spirituele competenties* (deel 1), *trainingen op maat* (deel 2) en door de exploratie van een *verbreding van eerstelijns spirituele zorg* (deel 3).

In het **eerste deel van deze thesis** (hoofdstuk 2-3) gaan we op zoek naar *spirituele competenties* die verpleegkundigen zouden kunnen ondersteunen bij het verlenen van eerstelijns spirituele zorg. Om een duidelijk beeld te krijgen van wat er, binnen dit zorgterrein, precies verwacht wordt van verpleegkundigen, zoomen we, in het *tweede hoofdstuk*, in op het spiritueel competentieprofiel van René van Leeuwen en Bart Cusveller. Hun baanbrekend werk (2002) werd beschreven in het boek dat

binnen dit hoofdstuk centraal staat: ‘*Verpleegkundige zorg en spiritualiteit: professionele aandacht voor levensbeschouwing, religie en zingeving*’⁸.

In het *derde hoofdstuk* geven we feedback op het spiritueel competentieprofiel. Deze feedback is tweevoudig. In een eerste luik spreken we onze waardering uit voor dit profiel. Vervolgens werpen we een kritische blik op ditzelfde profiel. Deze kritische blik krijgt gestalte in vijf aanbevelingen die het spiritueel competentieprofiel kunnen verrijken omdat ze houvast kunnen bieden bij het overwinnen van enkele ‘eerstelijns spirituele zorgbarrières’. Uit de analyse van de ‘eerstelijns spirituele zorgbarrières’ enerzijds én uit expliciet of impliciet vermelde aanbevelingen uit de literatuur anderzijds, werden deze vijf aanbevelingen gedistilleerd.

In het **tweede deel van deze thesis** (hoofdstuk 4) focussen we ons op een belangrijke ‘eerstelijns spirituele zorgbarrière’ (*hoofdstuk 1*), namelijk een ‘gebrek aan spirituele vorming’. We gaan in het *vierde hoofdstuk* dan ook op zoek naar fundamentele elementen binnen spirituele vormingen die verpleegkundigen zouden kunnen ondersteunen bij het *continu* en *kwaliteitsvol* verlenen van eerstelijns spirituele zorg. Om dergelijke ‘pijlers’ op het spoor te komen bestuderen we eerst een aan de praktijk getoetste spirituele vorming als een voorbeeld van *good practice*. In een tweede stap toetsen we deze vorming aan de literatuur waaruit we uiteindelijk acht wezenlijke pijlers afleiden.

Het **laatste deel van deze thesis** (hoofdstuk 5-6) is gegroeid vanuit de vaststelling (zie 3.2.2 en 3.2.4.) dat goede *eerstelijns spirituele zorg* niet beperkt zou mogen blijven tot het louter inzetten van een reeks competenties bij ‘uiterste spirituele nood’. Kwaliteitsvolle eerstelijns spirituele zorg zou immers verweven moeten zijn met de gehele verpleegkundige zorg. Vandaar, in dit deel, ons pleidooi voor een *verbreding* van dit unieke zorgterrein. In *hoofdstuk vijf* verhelderen we, vanuit een theologische reflectie, de spirituele grondlaag binnen de zorg door te wijzen op enkele wezenlijke grondhoudingen. Deze grondhoudingen zijn zo krachtig dat ze verpleegkundigen in hun gehele zorgpraktijk kunnen be-zielen. Ten slotte belichten we in *hoofdstuk 6* de visie van Janice Clarke⁹. Zij is verpleegkundige, vroedvrouw en onderzoeker die pleit voor de integratie van eerstelijns spirituele zorg *in* de dagdagelijkse *verpleegkundige* zorgpraktijk. Dit laatste hoofdstuk geeft als het ware handen en voeten aan de grondhoudingen die aan bod komen binnen *hoofdstuk 5*.

⁸ VAN LEEUWEN, René & CUSVELLER, Bart, *Verpleegkundige zorg en spiritualiteit. Professionele aandacht voor levensbeschouwing, religie en zingeving*, Utrecht, Uitgeverij LEMMA, 2005; René VAN LEEUWEN & Bart CUSVELLER, *Verpleegkundig competentieprofiel zorg voor spiritualiteit. Een verkennende literatuurstudie* (2002); <https://docplayer.nl/16088105-Verpleegkundig-competentieprofiel-zorg-voor-spiritualiteit.html> (toegang 3.10.2019).

⁹Janice CLARKE, *Spiritual Care in Everyday Nursing Practice. A New Approach*, New York, Pallgrave Macmillan, 2013.

1. 'Eerstelijns spirituele zorgbarrières' van verpleegkundigen in kaart gebracht en geanalyseerd

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat de meeste verpleegkundigen waarde hechten aan spiritualiteit en spirituele zorg¹⁰. Meer zelfs, verpleegkundigen vermoeden dat het verlenen van spirituele zorg een positieve impact heeft op de kwaliteit van de zorg¹¹. Dit vermoeden wordt, vanuit meerdere studies waarin patiënten bevraagd worden over de (eerstelijns) spirituele zorg die zij al dan niet hadden gekregen, bevestigd¹². Zelfs patiënten die in eerste instantie niet de nood uitdrukten om over hun spiritualiteit te praten met zorgverleners, maar dan toch de kans hiertoe kregen, beoordelen de kwaliteit van de zorg beter dan patiënten aan wie helemaal geen eerstelijns spirituele zorg werd verleend¹³.

Ondanks het feit dat vele verpleegkundigen spiritualiteit en spirituele zorg belangrijk vinden, geven diezelfde verpleegkundigen vaak aan dat zij het moeilijk hebben om deze dimensie van de zorg ook werkelijk te verbinden met hun dagdagelijkse zorgpraktijk¹⁴.

In hoofdstuk 1 gaan we dan ook op zoek naar een antwoord op de vraag: **hoe komt het dat verpleegkundigen zoveel moeite ondervinden met het integreren van spirituele zorg in hun dagdagelijkse zorgpraktijk?** Concreet brengen we de belangrijkste barrières die verpleegkundigen ervaren bij het (al dan niet) verlenen van spirituele zorg in kaart. Deze 'eerstelijns spirituele zorgbarrières' werpen een zeer interessant licht op de verderop aan bod komende drie delen binnen deze thesis. Bovendien kunnen deze barrières (op zich) aan spirituele vormingswerkers inzicht geven over de 'algemene beginsituatie' van verpleegkundigen (binnen dit zorgterrein). Tenslotte kunnen, op basis van deze barrières, vier aanbevelingen geformuleerd worden naar het beleid toe. In het besluit (na hoofdstuk 1) belichten we, omdat dit in deze thesis verder niet meer aan bod komt, deze vier aanbevelingen.

¹⁰ Wilfred McSHERRY & Steve JAMIESON, *An Online Survey of Nurses' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care*, in *Journal of Clinical Nursing* 20 (2011) 1757-1767, p. 1765; Beth DEKONINCK et al., *Spiritual Care Practices of Advanced Practice Nurses. A Multinational Study*, in *The Journal for Nurse Practitioners* 12 (2016) 536-544, p. 542-543; Pamela H CONE & Tove GISKE, *Nurses' Comfort Level with Spiritual Assessment. A Study among Nurses Working in Diverse Healthcare Settings*, in *Journal of Clinical Nursing* 26 (2017) 3125-3136, p. 3133; Debbie SELBY, et al., *A Qualitative Analysis of a Healthcare Professional's Understanding and Approach to Management of Spiritual Distress in an Acute Care Setting*, in *Journal of Palliative Medicine* 19 (2016) 1197-1204, p. 1200; Michael J. BALBONI et al., *Nurses and Physician Barriers to Spiritual Care Provision at the End of Life*, in *Journal of Pain and Symptom Management* 48 (2014) 400-410, p. 410.

¹¹ W. McSHERRY & S. JAMIESON, *An Online Survey of Nurses' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care*, p. 1765.

¹² Joshua A. WILLIAMS et al., *Attention to Inpatients' Religious and Spiritual Concerns. Predictors and Association with Patient Satisfaction*, in *Journal of General Internal Medicine* 26 (2011) 1265-1271, p. 1265; Joep VAN DE GEER et al., *Training Hospital Staff on Spiritual Care in Palliative Care Influences Patient-Reported Outcomes. Results of a Quasi-Experimental Study*, in *Palliative Medicine* 31 (2018) 743-753, p. 751.

¹³ J. A. WILLIAMS et al., *Attention to Inpatients' Religious and Spiritual Concerns*, p. 1265

¹⁴ W. McSHERRY & S. JAMIESON, *An Online Survey of Nurses' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care*, p. 1765.

In wat volgt splitsen we de ‘eerstelijns spirituele zorgbarrières’ op in drie categorieën. In eerste instantie belichten we acht belemmerende “*omgevingsfactoren* [eigen vertaling]”¹⁵. In een tweede stap nemen we de voornaamste *professionele factoren* onder de loep die aanleiding kunnen geven tot moeilijkheden bij het verlenen van spirituele zorg. Als laatste distilleren we uit de literatuur belangrijke *persoonlijke factoren* die als hinderlijk ervaren kunnen worden bij de integratie van dit zorgterrein. Deze drie categorieën staan uiteraard niet los van elkaar: ze beïnvloeden elkaar constant.

1.1. Belemmerende omgevingsfactoren

Deze paragraaf belicht acht belemmerende omgevingsfactoren. Hierbij brengen we eerst beïnvloedende factoren uit de bredere context in kaart en zoomen we vervolgens in op de gezondheidszorg zelf.

1.1.1. *Angst voor confrontatie met ouder worden, lijden, sterven... geworteld in de westerse cultuur*

De angst om stil te staan bij existentiële vragen en om te gaan met *kwetsbaarheid* (‘ouder worden’, ‘lijden’ en ‘sterven’) zit diep geworteld in de westerse cultuur¹⁶. Dit heeft allereerst te maken met het feit dat westerlingen er van uitgaan dat de natuur *controleerbaar* is¹⁷. Deze onrealistische opvatting laat onmiskenbaar sporen na in de oplossingsgerichte denkwijze waardoor de zorgsector getypeerd wordt (3.2.2. en 3.2.4.). In de lijn hiervan primeert, als tweede, *esthetische perfectie*. Het gevolg hiervan is dat we moeite hebben om het onesthetische aspect van ‘ouder worden’, ‘lijden’ en ‘sterven’ onder ogen te zien en te aanvaarden¹⁸.

De meeste verpleegkundigen in Vlaanderen zijn doordrongen van hun westerse cultuur. In die zin is het niet verbazingwekkend dat zij soms terughoudend omgaan met de *kwetsbaarheid* en *esthetische imperfectie* van patiënten. Meer zelfs, de confrontatie met *kwetsbaarheid* en *esthetische imperfectie* dwingt verpleegkundigen stil te staan bij hun eigen kwetsbaarheid. En dit maakt de confrontatie uiteraard extra ‘confronterend’. Een zorgverlener in het onderzoek van Anne Bruce *et al.* verwoordt dit als volgt:

¹⁵ Soolmaz MOOSAVI *et al.*, *Factors Affecting Spiritual Care Practices of Oncology Nurses. A Qualitative Study*, in *Support Care Cancer* 27 (2019) 901-909, p. 904.

¹⁶ Kirsten TORNØE *et al.*, *A Mobile Hospice Nurse Teaching Team’s Experience. Training Care Workers in Spiritual and Existential Care for the Dying. A Qualitative Study*, in *BMC Palliative Care* 14/43 (2015) 1-9, p. 6.

¹⁷ *Ibid.*, p. 6.

¹⁸ *Ibid.*, p. 6.

“The struggle in someone else’s life opens up fears and anxieties about the transient nature of our own lives on earth... Maybe not just the fact that we will die, but the fact that we may suffer or face fear and pain”¹⁹.

Gezien de werkcontext van verpleegkundigen, kunnen zij echter niet ontsnappen aan dergelijke confrontaties. Het is dan ook belangrijk dat verpleegkundigen gaandeweg leren leven met hun eigen existentiële *kwetsbaarheid* én *esthetische imperfecties*, om zo lijdende en stervende patiënten nabij te kunnen zijn. Maar dit laatste vraagt uiteraard veel ‘moed’ van verpleegkundigen²⁰.

1.1.2. *Onwennigheid om over spiritualiteit te spreken, gezien de seculiere context*

Als tweede zorgt de seculiere context ervoor dat mensen zich onwennig voelen om over spiritualiteit en religie te spreken. In Denemarken bijvoorbeeld is het absoluut *not done* bij iemand te polsen naar zijn/haar spiritualiteit, aangezien dit behoort tot hét privé-domein van iemands leven²¹. Ook in Vlaamse zorgsectoren merken we signalen op van een zekere ‘spirituele onwennigheid’ en dit zowel bij verpleegkundigen als bij patiënten. In dit verband vragen verpleegkundigen zich zelfs af of ze geen afbreuk doen aan het concept ‘neutraliteit binnen de zorg’ wanneer ze te sterk zouden inzetten op spirituele zorg. Bovendien laten patiënten, gezien deze seculiere context, niet meer zo snel in hun ‘spirituele kaarten’ kijken. Hierdoor hebben verpleegkundigen het moeilijker om spirituele krachtbronnen, maar ook spirituele noden van patiënten te detecteren²².

1.1.3. *Maatschappelijke tendens tot het pathologiseren van verdriet of lastig gedrag*

In onze oplossingsgerichte maatschappij kunnen we moeilijk omgaan met onmacht en met spirituele noden. Als derde barrière wijzen een aantal Vlaamse verpleegkundigen er in die zin op dat onze maatschappij de neiging heeft om ‘verdriet’ of ‘lastig gedrag’ te *pathologiseren*. Het gevolg van deze tendens is dan ook dat verpleegkundigen eerder geneigd zijn om een psycholoog in te schakelen bij het vaststellen van dergelijke signalen. En dit terwijl eenvoudig ‘aanwezigheid’ en ‘op verhaal kunnen komen’, soms veel waardevoller kunnen zijn dan elke oplossingsgerichte interventie (3.2.2.)²³.

¹⁹ Anne BRUCE et al., *Longing for Ground in a Ground(less) World. A Qualitative Onquiry of Existential Suffering*, in *BMC Nursing* 10/2 (2011) 1-9, p. 3.

²⁰ K. TORNØE et al., *A Mobile Hospice Nurse Teaching Team’s Experience*, p. 6-7.

²¹ Elisabeth ASSING HVIDT et al., *‘We Are the Barriers’. Danish General Practitioners’ Interpretations of why the Existential and Spiritual Dimensions Are Neglected in Patient Care*, in *Communication & Medicine* 14 (2017) 108-120, p. 114.

²² Nele VANLEENE, *‘Dum spiro, spero: Zolang ik ademhaal, hoop ik’*. *De zorg voor spirituele noden van mensen met kanker*, in *Pastorale Perspectieven* 8/163 (2014) 12-20, p. 14.

²³ *Ibid.*, p. 14.

1.1.4. Socialisatie in oplossingsgerichte, biomedische context

Wanneer we, als vierde, inzoomen op het gezondheidssysteem zelf, stellen we vast dat zowel de westerse als de seculiere context *oplossingsgerichte, neutraalgezinde* sporen nalieten. Binnen het gezondheidssysteem wordt immers een sterke nadruk gelegd op objectieve bewijsgronden, technologie en economie. Deze context heeft uiteraard een grote impact op de manier waarop verpleegkundigen denken en handelen (1), alsook op de integratie van spirituele zorg binnen het systeem (2)²⁴. En dat deze context hierdoor niet bepaald bevorderlijk is voor de kwaliteit van de spirituele zorg, hoeft in die zin uiteraard niet te verwonderen...

Verpleegkundigen worden vanaf de start van de opleiding getraind om oplossingsgericht, wetenschappelijk en biomedisch te denken (1) (zie 3.2.2. en 3.2.4.). Op die manier maken student-verpleegkundigen zich reeds de normen, waarden en attitudes van het systeem eigen. Het *macrosysteem* beïnvloedt dus, vanaf het prille begin, het *microsysteem* (namelijk het handelen en denken van individuen)²⁵. Uiteraard is deze manier van denken, gezien de beroepstaak van de verpleegkundige, van groot belang. Het wordt echter problematisch wanneer verpleegkundigen zo sterk gedomineerd worden door dit oplossingsgericht en medisch denken, dat zij enkel nog de lichamelijke zorg voor hun rekening (willen) nemen. Verpleegkundigen die zich louter schikken naar het medisch model van de zorg, lopen bovendien het risico om patiënten op een puur *instrumentalistische manier* te benaderen²⁶. Een dergelijke instrumentalistische benadering gaat gepaard met een zekere afstandelijkheid én is, volgens Habermas, gericht op het bereiken van vooruitgang en succes²⁷. Maar zorgvragers kunnen niet louter beschouwd worden als een verzameling van 'noden' én zorgverleners hebben niet voor alles een 'oplossing' klaar (3.2.2. en 3.2.4.). Dat dergelijke afstandelijke en interventiegerichte benadering een negatieve weerslag heeft op de kwaliteit van de zorg in het algemeen hoeft dan ook geen betoog²⁸.

Het oplossingsgerichte, objectieve denken van het systeem domineert echter niet alleen de denkwijze van de zorgverleners binnen de gezondheidszorg. Ook de organisatie binnen de zorg zelf wordt er sterk door beïnvloed (2). Binnen deze context is het, volgens Nele Vanleene, een uitdaging om de integratie van de spirituele dimensie net zo evident te maken als de integratie van de fysieke en psychosociale component binnen de zorg²⁹. Soolmaz Moosavi *et al.* wijzen in dit verband op een

²⁴ T. GISKE & P.H. CONE, *Discerning the Healing Path*, p. 2933.

²⁵ E.A. HVIDT *et al.*, 'We Are the Barriers', p. 116.

²⁶ DONIA BALDACCHINO, *Nursing Competencies for Spiritual Care*, in *Journal of Clinical Nursing* 15 (2006) 885-896, p. 889; E.A. HVIDT *et al.*, 'We Are the Barriers', p. 116.

²⁷ E.A. HVIDT *et al.*, 'We Are the Barriers', p. 116.

²⁸ J. CLARKE, *Spiritual Care in Everyday Nursing Practice. A New Approach*, p. 1-4.

²⁹ N. VANLEENE, 'Dum spiro, spero: Zolang ik ademhaal, hoop ik', p. 16-17.

gebrekkige, “ongecoördineerde omgeving [eigen vertaling]”³⁰ wat spirituele zorg betreft. Een dergelijke ongecoördineerde omgeving is uiteraard niet bevorderlijk voor de kwaliteit van spirituele zorg (noch eerstelijns noch tweedelijns). In wat volgt bespreken we *drie mogelijkheden* waarop zo’n ongecoördineerde omgeving zich kan manifesteren. Uiteraard is deze opsomming niet exhaustief.

Als eerste kan het feit dat pastores in sommige voorzieningen **nog steeds geen toegang krijgen tot het elektronisch patiëntendossier** (en dus ook niet kunnen registreren) een belemmering zijn om goede eerstelijns, maar ook tweedelijns spirituele zorg te verlenen³¹. (Dit is anders in de context van de psychiatrie.) Ik probeer dit even te illustreren door middel van een korte casus uit de praktijk:

In het onderzoek, vermeld in het artikel *Voorzichtige stappen in spirituele screening*, gingen enkele verpleegkundigen ervan uit dat de ziekenhuispastor toegang had tot het elektronisch patiëntendossier. Zij verwezen dan ook regelmatig patiënten door naar de pastor (via dit elektronisch patiëntendossier), niet wetende dat de pastor eigenlijk geen toegang had tot een dergelijk dossier en dus ook geen verdere tweedelijns spirituele zorg kon verlenen³².

Deze praktijkervaring doet ons het **belang inzien van heldere interdisciplinaire communicatie die aangestuurd zou moeten worden vanuit het beleid**. Bovendien geeft dit voorbeeld aan dat het van wezenlijk belang kan zijn dat pastores toegang krijgen tot het elektronisch patiëntendossier om **opvolging mogelijk te maken**. Maar niet alleen de pastor kan beroep doen op registraties door de verpleegkundigen, ook de registraties door de pastor kunnen voor verpleegkundigen belangrijke indicatoren zijn. Dankzij de registratie van de pastor in het elektronisch patiëntendossier krijgen verpleegkundigen (indien zij die registraties opvolgen) immers een beter zicht op de patiënten bij wie de pastor op bezoek komt. Hierdoor kunnen verpleegkundigen de pastor makkelijker oproepen als dat nodig is. Maar ook *inhoudelijk* levert de registratie van de pastor een fundamentele bijdrage aan de kwaliteit van de spirituele zorg. Wanneer pastores immers op regelmatige basis registreren, in een taal die voor verpleegkundigen verstaanbaar is, **verhoogt deze registratie de zichtbaarheid van**

³⁰ S. MOOSAVI *et al.*, *Factors Affecting Spiritual Care Practices of Oncology Nurses*, p. 904.

³¹ Dat pastores hiertoe geen toegang krijgen kan wijzen op twee aspecten. Ofwel houdt de voorziening rekening met de felbegeerde ‘vrijplaats’ van pastores. Voor sommige pastores is dit ook dé reden bij uitstek om ervoor te kiezen om *niet* te registreren. Ofwel beschouwt de voorziening de spiritualiteit van de zorgvrager als ‘irrelevant’ en krijgt spirituele zorg dan ook bewust een ‘gemarginaliseerde’ plaats. Zie hiervoor: Anne VANDENHOECK, *De spirituele zorgverlener als drager van verhalen. Een verkenning van de best mogelijke spirituele zorg vanuit het perspectief van registratie*, in *Pastorale Perspectieven* 3/175 (2017) 18-22, p. 19.

³² A. VANDENHOECK, *Voorzichtige stappen in spirituele screening*, p. 13.

pastores in het interdisciplinair team én krijgen verpleegkundigen een beter zicht op de unieke beroepsidentiteit van een pastor³³.

Goede “interdisciplinaire registratie”³⁴ kan dus een belangrijke bijdrage leveren aan de kennis van verpleegkundigen over de rol van een pastor (3.2.1.) én zo ook aan de kwaliteit van spirituele zorg. Dat pastores in sommige voorzieningen geen toegang krijgen tot het elektronisch patiëntendossier is vanuit dit opzicht een gemiste kans...

Een tweede teken van een “ongecoördineerde omgeving” wat spirituele zorg betreft, is het **ontbreken van een stille ruimte, gebedsruimte of kapel**. Het is immers belangrijk dat patiënten en hun geliefden ten minste de mogelijkheid krijgen om te vertoeven in een dergelijke ruimte waarin hun spirituele dimensie ondersteund en gevoed kan worden. Gedurende een kwetsbare periode in het leven van mensen, hebben velen van hen dikwijls nood aan een plek waar ze goed of juist minder goed nieuws kunnen verwerken, waar ze even kunnen bidden, waar ze kunnen hopen, waar ze kracht kunnen putten, waar ze hun “innerlijke ruimte” (4.1.1.) kunnen laten spreken en zo de nodige ademruimte kunnen geven...³⁵ Ook voor zorgverleners biedt zo’n ruimte een zekere meerwaarde, want om hun spirituele dimensie te voeden is er meer nodig dan reflectie en bewustwording (4.1.3.)³⁶. Waar zo’n stille ruimte of kapel echter ontbreekt, weinig “geborgenheid” uitstraalt, té neutraal is, of quasi onbereikbaar blijkt omdat ze zich niet bevindt op een frequent gebruikte “verkeersader” of vaak gesloten is, wordt er weinig of geen ondersteuning geboden aan de spirituele dimensie van zorgvragers, familieleden of zorgverleners³⁷. Het is dus belangrijk dat het beleid hier, in samenwerking met spiritueel zorgverleners, goed over nadenkt en probeert in te spelen op de spirituele noden en uiteenlopende emoties van zorgvragers in deze multiculturele context³⁸.

Tenslotte pleiten Moosavi *et al.* voor **meer middelen om zorgvragers te ondersteunen in hun dagdagelijkse gebedspraktijk, maar ook om spirituele trainingen te organiseren**³⁹. Een tekort aan dergelijke ondersteuning is dan ook een derde teken van een “ongecoördineerde omgeving”.

³³ A. VANDENHOECK, *De spirituele zorgverlener als drager van verhalen*, p.21.; Anne VANDENHOECK, *De meertaligheid van de pastor in de gezondheidszorg. resultaatgericht pastoraat in dialoog met het narratief- hermeneutisch model van C.V. Gerkin*, onuitgegeven proefschrift tot verkrijging van de graad van doctor in de godgeleerdheid, K.U. Leuven, 2007, p. 49.

³⁴ A. VANDENHOECK, *De spirituele zorgverlener als drager van verhalen*, p.19.

³⁵ Lieven VANDERBRUGGHEN, Mieke KERCKHOF & Hilde VAN DER MOTTE, *Praktijkvoorbeelden. Getuigenissen over de totstandkoming, visie en symboliek*, in *Pastorale Perspectieven* 8/162 (maart 2014) 5-17, p. 12.

³⁶ Gesprek met Frieda Boeykens, Leuven 18 maart 2019.

³⁷ Nota Expertisenetwerk Theologie & Beeld, *Kapellen en stille ruimtes. Aandachtspunten*;

<https://www.kuleuven.be/thomas/uploads/elisabeth/file/scroller/Nota%20expertisewerking%20stille%20ruimte.pdf> (toegang 21.03.2019).

³⁸ L. VANDERBRUGGHEN, M. KERCKHOF & H. VAN DER MOTTE, *Praktijkvoorbeelden. Getuigenissen over de totstandkoming, visie en symboliek*, p. 12.

³⁹ S. MOOSAVI *et al.*, *Factors Affecting Spiritual Care Practices of Oncology Nurses*, p. 907.

1.1.5. *Gebrek aan spirituele gedragenheid binnen het team*

Een vijfde barrière hangt samen met het oplossingsgerichte denken dat in het vorige punt naar voor kwam. Uit het onderzoek van Vanleene bleek immers dat ‘spiritualiteit’ en ‘spirituele zorg’, binnen een team, vaak ‘gemarginaliseerde concepten’ zijn. Bovendien voelen vele verpleegkundigen zich niet ‘gedragen’ door het team, waardoor ze in teamverband aan hun eigen kwetsbaarheid of spiritualiteit weinig of geen expressie durven of willen geven. Dit zijn uiteraard zeer belemmerende factoren, want het is juist zo belangrijk dat zorgverleners ervaringen met elkaar kunnen delen, dat ze in interdisciplinair verband kunnen communiceren en samenwerken om zo de best mogelijke spirituele zorg te garanderen (1.3.5.)⁴⁰.

1.1.6. *Tijdsgebrek door hoge werkdruk*

Als zesde zoomen we in op het tijdsgebrek dat zeer veel verpleegkundigen ervaren⁴¹. Dat deze barrière vaak wordt aangehaald, blijkt niet toevallig. De hedendaagse gezondheidscontext legt immers een immens hoge druk op zorgverleners om binnen een korte (soms zelfs ‘getimedede’) tijd zoveel mogelijk patiënten te verzorgen. En dit terwijl er, vanuit economische overwegingen, wordt bespaard op verpleegkundig personeel⁴². In de praktijk leidt dit ertoe dat verpleegkundigen zich vaak enkel kunnen richten op de lichamelijke verzorging van de patiënt⁴³. Verpleegkundigen die al langer in de zorg staan, denken dan ook soms met weemoed terug aan ‘de tijd van toen’ waarin ze meer tijd konden vrijmaken om in gesprek te gaan met hun patiënten⁴⁴. Maar ook jongere zorgverleners geven aan dat ze, precies omwille van dit tijdsgebrek een schril contrast ervaren tussen de zorg die ze graag hadden *willen* geven én de zorg die ze, gezien hun werklust, slechts *kunnen* geven⁴⁵. Het verwondert dan ook niet dat vele verpleegkundigen van mening zijn dat de *zachte kant van de zorg* binnen deze “business-driven managed care”⁴⁶ veel te weinig aandacht krijgt. Zeker op acute diensten blijkt dit een groot probleem, maar zelfs binnen de palliatieve zorgen wijzen verpleegkundigen erop dat zorgvragers soms zo laattijdig worden opgenomen op de palliatieve afdeling, dat ze vaak overlijden vooraleer ze spirituele zorg kregen en/of

⁴⁰ N. VANLEENE, ‘*Dum spiro, spero: Zolang ik ademhaal, hoop ik*’, p. 15.

⁴¹ D. BALDACCHINO, *Nursing Competencies for Spiritual Care*, p. 891; M. J. BALBONI et al., *Nurses and Physician Barriers to Spiritual Care Provision at the End of Life*, p. 407; E.A. HVIDT et al., ‘*We Are the Barriers*’, p. 112.

⁴² T. GISKE & P. H. CONE, *Discerning the Healing Path*, p.2930.

⁴³ *Ibid.*

⁴⁴ Helena DAUDT, Margo D’ARCHANGELO & Dominique DUQUETTE, *Spiritual Care Training in Healthcare. Does it Really Have an Impact?*, in *Palliative and Supportive Care* 17 (2017) 129-137, p. 131.

⁴⁵ E.A. HVIDT et al., ‘*We Are the Barriers*’, p. 112-113.

⁴⁶ Mary A. HELMING, *Integrating Spirituality into Nurse Practice. The Importance of Finding the Time*, in *The Journal of Nurse Practitioners* 5 (2009) 598-605, p. 599.

‘klaar zijn’ om ‘over te gaan’⁴⁷. Met andere woorden, verpleegkundigen pikken soms wel iets op van spirituele zorgen, maar hebben niet steeds de tijd om hierop in te gaan. Dit bezorgt deze verpleegkundigen, naar eigen zeggen, veel “*moral distress*”. Ze krijgen namelijk het gevoel te weinig te kunnen betekenen voor de patiënt⁴⁸. Om de ethische gelaagdheid van ‘*moral distress*’ beter te begrijpen, zoomen we kort in op de beschrijving die Sofia Kälvermark geeft van dit vaak voorkomende fenomeen binnen de gezondheidszorg:

“Traditional negative stress symptoms, such as feelings of frustration, anger and anxiety, which might lead to depressions, nightmares, headaches and feelings of worthlessness, that occur due to a conviction of what is ethically correct but institutional and structural constraints prevent the desired course of action”⁴⁹.

Met andere woorden, vaak zouden zorgverleners wel *willen* tijd maken om te luisteren naar het verhaal van de patiënt, maar *kunnen* ze deze bereidwilligheid niet in de praktijk vertalen door bepaalde beperkende institutionele eisen (in deze context een beperkte zorg-tijd om zo op personeel te kunnen besparen).

Binnen het onderzoek van Elisabeth ASSING Hvidt werd deze barrière echter door een aantal artsen in vraag gesteld. ‘Tijdsgebrek’ zou naar hun mening louter als excuus aangewend worden⁵⁰. Ook in het onderzoek van van Leeuwen *et al.* gaven enkele verpleegkundigen toe dat ze het argument ‘tijdsgebrek’ soms als een ‘reden’ gebruikten om een diepgaand gesprek met een patiënt te vermijden⁵¹. Als reactie op dit ‘excuus-gebruik’ vertelde een arts: “I think that you can show the patient that you have noticed the concern and that you are willing to open up to it without needing half an hour”⁵². Deze arts wijst op het belang van ‘kwaliteit’ binnen eerstelijns spirituele zorg. Met andere woorden: of zorgverleners al dan niet spirituele zorg kunnen verlenen, hangt meer af van hun empathie en gevoeligheid dan van de tijd die beschikbaar is⁵³. Deze gedachte sluit nauw aan bij het leren ‘onderscheiden van de tijd’, waarop het onderzoek van Tove Giske en Pamela Cone dieper ingaat (3.2.3.)⁵⁴.

⁴⁷ Robyn KEALL, Josephine M CLAYTON & Phyllis BUTOW, *How Do Australian Palliative Care Nurses Address Existential and Spiritual Concerns? Facilitators, Barriers and Strategies*, in *Journal of Clinical Nursing* 23 (2014) 3197-3205, p. 3201; N. VANLEENE, *Dum spiro, spero: Zolang ik ademhaal, hoop ik*, p. 14.

⁴⁸ *Ibid.*, p. 16.

⁴⁹ Sofia Kälvermark *et al.*, *Living with Conflicts-Ethical Dilemmas and Moral Distress in the Health Care System*, in *Social Science & Medicine* 58 (2004) p. 1077.

⁵⁰ E.A. HVIDT *et al.*, *We Are the Barriers*, p. 112.

⁵¹ René VAN LEEUWEN *et al.*, *Achieving Educational competence. Spiritual care. Implications for nurses’ professional responsibility*, in *Journal of Clinical Nursing* 15 (2006) nr. 7, p. 882.

⁵² E.A. HVIDT *et al.*, *We Are the Barriers*, p. 112-113.

⁵³ *Ibid.*

⁵⁴ T. GISKE & P. H CONE, *Discerning the Healing Path*, p. 2930.

Hoe dan ook kunnen én mogen we de barrière van ‘tijdsgebrek door een hoge werkdruk’, die verpleegkundigen (en andere zorgverleners) écht vaak ervaren, niet zomaar negeren of minimaliseren. We kunnen wel proberen om verpleegkundigen een aantal handvaten aan te reiken om met deze hectische context om te gaan als het op spirituele zorg aankomt (3.2.3.). Maar dan nog blijft de vraag naar de ondersteuning en goedkeuring vanuit het beleid, om wat meer tijd bij iedere patiënt te mogen doorbrengen, immens groot én wezenlijk⁵⁵.

1.1.7. Gebrek aan privacy

Een zevende barrière die verpleegkundigen ervaren is ‘gebrek aan privacy’⁵⁶. De aanwezigheid van andere zorgverleners, familieleden of een andere patiënt die op diezelfde kamer ligt, kan het voeren van betekenisvolle gesprekken verhinderen⁵⁷. Dat verpleegkundigen dit als een barrière ervaren, is eigenlijk een zeer positief teken. Deze verpleegkundigen geven immers erkenning aan de intimiteit, de vertrouwelijkheid en de kwetsbaarheid die gepaard gaat met spirituele zorg⁵⁸. Toch wordt het een uitdaging om binnen opleidingen tools aan te reiken om ook hier mee om te gaan.

1.1.8. Gebrek aan spirituele vorming gedurende de opleiding

En dan, *last but not least*, komen we aan de achtste, en volgens verschillende onderzoekers, dé belangrijkste barrière waardoor spirituele zorgverlening bij zeer veel verpleegkundigen uitblijft. Verpleegkundigen (verspreid over Europa, Nieuw-Zeeland, Australië...) voelen zich onvoldoende opgeleid/voorbereid om spirituele zorg te kunnen verlenen⁵⁹. Een groot aantal verpleegkundigen kaart zelfs aan dat ze hierin *nooit* getraind werden gedurende hun basisopleiding⁶⁰. Lesline Lewinson *et al.* bevestigen met hun onderzoek dat er effectief nog te weinig aandacht wordt besteed aan spiritualiteit gedurende de opleiding, doordat het curriculum reeds overladen is met andere te behalen competenties⁶¹.

⁵⁵ N. VANLEENE, *‘Dum spiro, spero: Zolang ik ademhaal, hoop ik’*, p. 15.

⁵⁶ M. J. BALBONI *et al.*, *Nurse and Physician Barriers to Spiritual Care Provision at the End of Life*, p. 407; D. BALDACCHINO, *Nursing Competencies for Spiritual Care*, p. 891.

⁵⁷ R. KEALL, J. M. CLAYTON & P. BUTOW, *How Do Australian Palliative Care Nurses Address Existential and Spiritual Concerns?*, p. 3201.

⁵⁸ Carlo LEGET, *Naar een ‘spirituele checklist’ in een palliatieve zorgeenheid...*, in *Pastorale Perspectieven* 3/142 (2009) 18-32, p. 28.

⁵⁹ P. H. CONE & T. GISKE, *Nurses’ Comfort Level with Spiritual Assessment*, p. 3128; Linda Ross *et al.*, *Nursing and Midwifery Students’ Perceptions of Spirituality, Spiritual Care, and Spiritual Care Competency. A Prospective, Longitudinal, Correlational European Study*, in *Nurse Education Today* 67 (2018) 64-71, p. 65.

⁶⁰ B. DEKONINCK *et al.*, *Spiritual Care Practices of Advanced Practice Nurses. A Multinational Study*, p. 543; W. MCSHERRY & S. JAMIESON, *An Online Survey of Nurses’ Perceptions of Spirituality and Spiritual Care*, p. 1757-1767.

⁶¹ Lesline P. LEWINSON, Wilfred MCSHERRY & Peter KEVERN, *Spirituality in Pre-registration Nurse Education and Practice. A Review of the Literature*, in *Nurse Education Today* 35 (2015) 806-841, p. 806.

Bovendien sturen overkoepelende organisaties dubbelzinnige signalen uit. Zo zou de “*Nursing and Midwifery Council (NMC)*” in de UK ervoor pleiten om verpleegkundigen competent te maken in spirituele zorg, maar zou de organisatie eerder weigerachtig staan tegenover het expliciet integreren van ‘spiritualiteit’ in de “*Code of Practice*”⁶². Jackie Smith, de voorzitter van de NMC verantwoordt dit als volgt: “The revised code says you must respect and uphold people’s human rights, of which religious freedom is one, and we believe that it is better not to highlight explicitly a particular human right above all others”⁶³. Door spiritualiteit, die Smith opvat als ‘religieuze vrijheid’, niet te integreren wordt het wetenschappelijk bewijs dat spirituele zorg wezenlijk is voor zorgvragers te weinig erkend⁶⁴. In Denemarken valt het op dat het “Ministry of Higher Education and Science” (2016) ervoor kiest om de term ‘spiritualiteit’ consequent te vervangen door ‘waardigheid’ en ‘humaniteit’. Volgens Linda Ross *et al.* zou dit te maken kunnen hebben met de misvatting dat spiritualiteit en religiositeit exact hetzelfde betekenen⁶⁵. Ook in Vlaanderen is het onderwijsaanbod wat eerstelijns spirituele zorg betreft zeer summier. Meer bepaald worden vakken zoals Religie, Zingeving & Levensbeschouwing, waarin spirituele zorg wordt geëxploreerd, niet consequent en structureel opgenomen in opleidingen verpleegkunde. Wanneer we het studieprogramma van de bacheloropleiding verpleegkunde aan de UCLL (zowel in Leuven, als in Limburg) doorlichten⁶⁶, merken we op dat ‘spirituele zorg’ in geen enkel vak aan bod komt. Studenten krijgen hier pas les over indien ze de masteropleiding volgen...

Door het gebrek aan opleiding hoeft het uiteraard niet te verwonderen dat verpleegkundigen ‘onvoldoende basiskennis’ hebben wat spirituele zorg betreft, dat ze zich vaak ‘oncomfortabel’ en ‘incompetent’ voelen bij het verlenen van spirituele zorg én dat ze een ‘laag spiritueel (zelf)bewustzijn’ hebben (1.2. en 1.3.)⁶⁷.

Volgens Moosavi *et al.* (2019) én Balboni *et al.* (2014) dient deze barrière dringend overbrugd te worden. Uit hun onderzoeken blijkt immers dat er een rechtstreeks verband bestaat tussen een ‘spirituele vorming’ en ‘spirituele zorgverlening in de zorgpraktijk’. Dit betekent dat een gebrek aan training beschouwd kan worden als dé reden bij uitstek die ertoe leidt dat spirituele zorg minder frequent

⁶² L. Ross *et al.*, *Nursing and Midwifery Students’ Perceptions of Spirituality, Spiritual Care, and Spiritual Care Competency*, p. 65.

⁶³ Jackie SMITH, *We Believe it Is Better Not to Explicitly Highlight Spirituality*, in *Nursing Standard* 29 (2015) 33, p. 33.

⁶⁴ L. Ross *et al.*, *Nursing and Midwifery Students’ Perceptions of Spirituality, Spiritual Care, and Spiritual Care Competency*, p. 65.

⁶⁵ *Ibid.*

⁶⁶ *PBA Verpleegkunde, vanaf 2016 (Leuven)*;

http://onderwijsaanbod.leuven.ucll.be/opleidingen/n/SC_53622522.htm (toegang 20.03.2019).

⁶⁷ B. DEKONINCK *et al.*, *Spiritual Care Practices of Advanced Practice Nurses. A Multinational Study*, p. 543; D. BALDACCHINO, *Nursing Competencies for Spiritual Care*, p. 889.

wordt verleend⁶⁸. Deze vaststelling wordt eveneens bevestigd door een onderzoek van Cone en Giske in Noorwegen. Zij onderzochten hoe comfortabel verpleegkundigen zich al dan niet voelen bij spirituele *assessment*⁶⁹ en welke factoren hierin een belangrijke rol spelen. Hierbij ontdekten beide onderzoekers dat verpleegkundigen zich comfortabeler voelen om aan spirituele *assessment* te doen, indien zij over voldoende levens- en werkervaring beschikken én indien ze er in slagen om spiritualiteit in hun eigen leven te integreren. Toch speelt spirituele educatie nog steeds de meest doorslaggevende rol. Pas wanneer zij spirituele trainingen hebben gekregen achten verpleegkundigen zichzelf werkelijk in staat om in te gaan op de spiritualiteit van de zorgvrager en worden ze zich bewust van het belang van de spirituele dimensie binnen de zorg⁷⁰. Bovendien wordt de nauwe relatie tussen ‘spirituele vorming’ en ‘spirituele zorgverlening’ opnieuw belicht door onderzoeken die aantonen dat een spirituele training onmiddellijk een positief effect heeft op de spirituele zorg die patiënten krijgen door deze ‘spiritueel gevormde verpleegkundigen’⁷¹.

Beth DeKoninck *et al.* pleiten er dan ook voor om spirituele vormingen te implementeren in het curriculum van verpleegkundige opleidingen⁷². Vanleene roept in dit verband op tot meer systematische aandacht voor de spirituele dimensie gedurende stagebegeleiding⁷³. Toch lijkt dit, volgens DeKoninck *et al.*, onvoldoende. Verpleegkundigen zouden ook *gedurende hun loopbaan* (in het kader van ‘levenslang leren’) op regelmatige basis getraind en aangemoedigd moeten worden om spirituele zorg in hun zorgpraktijk te (blijven) integreren⁷⁴. Giske en Cone gaan er zelfs van uit dat spirituele vorming alle barrières (zie verder) die verpleegkundigen ervan weerhouden om goede spirituele zorg te verlenen, kan overbruggen⁷⁵. Of om het in hun woorden te zeggen: “Preparedness is the key”⁷⁶.

1.2. Professionele factoren van de verpleegkundige

Welke factoren, die verband houden met de ‘professionaliteit’ van de verpleegkundige, belemmeren verpleegkundigen om eerstelijns spirituele zorg te

⁶⁸ S. MOOSAVI *et al.*, *Factors Affecting Spiritual Care Practices of Oncology Nurses*, p. 904; M. J. BALBONI *et al.*, *Nurses and Physician Barriers to Spiritual Care Provision at the End of Life*, p. 407.

⁶⁹ De term ‘spirituele *assessment*’ wordt gebruikt om het proces aan te duiden dat leidt tot het vaststellen, omschrijven van ‘spirituele noden’. Spirituele *diagnostiek* en *assessment* liggen in die zin dicht bij elkaar, maar om een onderscheid te maken met het ‘medische’ dat weerklinkt in de term ‘diagnostiek’ wordt vandaag eerder de term *assessment* gehanteerd. Zie hiervoor: Johan BOUWER, *Pastorale Diagnostiek. Modellen en mogelijkheden*, Boekencentrum, Zoetermeer, 1998, p.25.

⁷⁰ P. H. CONE & T. GISKE, *Nurses’ Comfort Level with Spiritual Assessment*, p. 3132.

⁷¹ J. VAN DE GEER *et al.*, *Training Hospital Staff on Spiritual Care in Palliative Care Influences Patient-Reported Outcomes*, p. 750-752.

⁷² B. DEKONINCK *et al.*, *Spiritual Care Practices of Advanced Practice Nurses. A Multinational Study*, p. 543.

⁷³ N. VANLEENE, *‘Dum spiro, spero: Zolang ik ademhaal, hoop ik’*, p. 16.

⁷⁴ B. DEKONINCK *et al.*, *Spiritual Care Practices of Advanced Practice Nurses. A Multinational Study*, p. 543.

⁷⁵ P. H. CONE & T. GISKE, *Nurses’ Comfort Level with Spiritual Assessment*, p. 3133-3134.

⁷⁶ *Ibid.*, p. 3134.

verbinden met hun zorgpraktijk? In deze paragraaf komen we negen antwoorden op deze vraag op het spoor.

1.2.1. *Gebrek aan kennis en vaardigheden*

Gillian White stelde in zijn onderzoek vast dat ‘spiritualiteit’ voor verpleegkundigen vaak een vaag begrip blijft. In het beste geval stellen zij zich de vraag: ‘wat betekent *spiritualiteit* precies in deze multiculturele en postmoderne context⁷⁷?’ Andere verpleegkundigen vereenzelvigen spiritualiteit met religiositeit en stellen spirituele noden gelijk aan religieuze noden⁷⁸. Wanneer verpleegkundigen dit doen, achten ze zichzelf volgens onderzoek minder competent om spirituele zorg te verlenen⁷⁹.

Wanneer hét basisconcept ‘spiritualiteit’ onduidelijk blijft voor verpleegkundigen, is het ook niet zo verwonderlijk dat zij worstelen met begrippen zoals ‘spirituele noden’, en zelfs met ‘spirituele zorg’. Verpleegkundigen vinden het dan ook niet evident om deze concepten te verbinden met hun eigen zorgpraktijk en ondervinden dat ze te weinig voeling hebben met ‘spirituele taal’ op de werkvloer⁸⁰.

Daarenboven voelen verpleegkundigen zich oncomfortabel om in gesprek te gaan met een patiënt die er *andere geloofsovertuigingen* op nahoudt. Ze zijn immers bezorgd dat ze de zorgvrager zouden kwetsen, omdat ze te weinig kennis hebben van diens geloofsovertuigingen waardoor ze (naar hun aanvoelen) de patiënt minder goed kunnen ondersteunen⁸¹. Tenslotte missen verpleegkundigen naar eigen zeggen de nodige *communicatievaardigheden* (2.2.1.(b)) in het verlenen van eerstelijns spirituele zorg. Ook de vaardigheid om *tegemoet te komen aan de unieke spirituele noden* van zorgvragers (2.2.2.), is volgens vele verpleegkundigen nog onderontwikkeld⁸².

1.2.2. *Ervaring van gevoelens van angst ten opzichte van de zorgvrager*

Angst is een zeer verlamme factor als het gaat om spirituele zorgverlening. De angst om het onderwerp ‘spiritualiteit’ aan te kaarten in een gesprek situeert zich op

⁷⁷ Gillian WHITE, *Talking about Spirituality in Health Care Practice, a Resource for the Multi-Professional Health Care Team*, Londen/ Philadelphia, Jessica Kingsley Publishers, 2009, p. 47.

⁷⁸ D. BALDACCHINO, *Nursing Competencies for Spiritual Care*, p. 889; Marian de SOUZA, Jane BONE & Jacqueline WATSON, *Spirituality across Disciplines. Research and Practice*, Zwitserland, Springer, 2016, p. 62.; Mary R. O'BRIEN et al., *Meeting Patients' Spiritual Needs During End-of-Life Care. A Qualitative Study of Nurses' and Healthcare Professionals' Perceptions of Spiritual Care Training*, in *Journal of Clinical Nursing* 28 (2018) 182-189, p. 185-186.

⁷⁹ Linda ROSS et al., *Factors Contributing to Student Nurses'/Midwives' Perceived Competency in Spiritual Care*, in *Nurse Education Today* 36 (2016) 445-451, p. 450.

⁸⁰ D. SELBY, et al., *A Qualitative Analysis of a Healthcare Professional's Understanding and Approach to Management of Spiritual Distress in an Acute Care Setting*, p. 1200; Mieke VERMANDERE et al., *The Ars Moriendi Model for Spiritual Assessment. A Mixed-Methods Evaluation*, in *Oncology Nursing Forum* 42 (juli 2015) nr. 4, p. 294.

⁸¹ R. KEALL, J. M CLAYTON & P. BUTOW, *How Do Australian Palliative Care Nurses Address Existential and Spiritual Concerns?*, p. 3202.

⁸² N. VANLEENE, *'Dum spiro, spero: Zolang ik ademhaal, hoop ik'*, p. 15.

verschillende niveaus en hangt sterk samen met een gebrek aan zelfvertrouwen binnen dit domein.

In eerste instantie drukken verpleegkundigen de bezorgdheid uit dat ze *patiënten bang zouden maken* door dit onderwerp aan te halen in gesprekken of door te verwijzen naar de mogelijkheid om in gesprek te gaan met een spiritueel zorgverlener. ‘Zullen patiënten zich hierdoor immers niet heel oncomfortabel voelen?’ “They may think the end is near if the topic is raised”⁸³.

Ten tweede vrezende verschillende verpleegkundigen, in het onderzoek van Robyn Keall *et al.*, dat ze *diepe ‘spirituele wonden’ (opnieuw) zouden doen bloeden* door met patiënten in gesprek te gaan over hun spiritualiteit. Keal *et al.* noemden dit “the fear of what you may uncover”⁸⁴.

In de lijn hiervan vrezende verpleegkundigen er, als derde, voor dat ze een *vat vol vragen zouden openen die ze zelf niet zouden kunnen beantwoorden*. Soms voelt het dan ook veiliger aan om helemaal *niets te vragen* en zo het vat vol zorgen en vragen ongeopend te laten⁸⁵. Dat ook verpleegkundigen in Vlaanderen deze bezorgdheid delen, blijkt uit het onderzoek van professor A. Vandenhoeck. Verpleegkundigen stonden immers weigerachtig tegenover het uitvoeren van spirituele screening omdat ze angstig waren “voor wat de patiënt kon antwoorden en vooral voor wat zij hier dan mee aan moesten”⁸⁶.

Ten vierde blijken verpleegkundigen angstig om hun eigen spiritualiteit te onthullen aan patiënten, zeker wanneer de spiritualiteit (en/of religie) van de patiënt verschilt van die van de verpleegkundige. Verpleegkundigen willen patiënten immers niet het gevoel geven dat ze hun persoonlijke spiritualiteit aan hen willen opleggen⁸⁷. Deze factor speelt zowel een rol in landen waarin verschillende religieuze groeperingen eerder vijandig tegenover elkaar staan (bv. in regio’s in Malta), als in landen waarin er een zekere religieuze homogeniteit bestaat⁸⁸.

⁸³ D. SELBY, *et al.*, *A Qualitative Analysis of a Healthcare Professional’s Understanding and Approach to Management of Spiritual Distress in an Acute Care Setting*, p. 1200.

⁸⁴ R. KEALL, J. M. CLAYTON & P. BUTOW, *How Do Australian Palliative Care Nurses Address Existential and Spiritual Concerns?*, p. 3201.

⁸⁵ G. WHITE, *Talking about Spirituality in Health Care Practice*, p. 54.

⁸⁶ A. VANDENHOECK, *Voorzichtige stappen in spirituele screening*, p. 13.

⁸⁷ M. A. HELMING, *Integrating Spirituality into Nurse Practice*, p. 599.

⁸⁸ Gil BAR-SELA, *Training for Awareness of One’s Own Spirituality. A Key Factor in Overcoming Barriers to the Provision of Spiritual Care to Advanced Cancer Patients by Doctors and Nurses*, in *Palliative and Supportive Care* 6 (2018) 1-8, p. 7.

1.2.3. *Binnen professionele grenzen willen blijven (om geen schade te berokkenen aan het welzijn van patiënten)*

Verpleegkundigen zijn soms bang om hun professionele grenzen te overschrijden wanneer ze té ver zouden gaan in het verlenen van eerstelijns spirituele zorg⁸⁹. Deze angst hangt nauw samen met een gebrek aan kennis over hun specifieke verantwoordelijkheid binnen spirituele zorg⁹⁰. Bovendien wordt deze angst nog gevoed door het gevoel van ‘incompetentie’ wanneer het gaat om eerstelijns spirituele zorg. Hulpverleners leerden immers gedurende de opleiding om geen onverantwoorde risico’s te nemen en steeds vanuit hun ‘competenties’ te handelen⁹¹. “First, do no harm” is niet voor niets hét beroepsmotto van artsen, maar ook van verpleegkundigen. De spirituele dimensie is voor vele hulpverleners nog onontgonnen terrein. Ze willen dit terrein dan ook liever niet betreden om zo te vermijden dat patiënten met *nog meer* spirituele zorgen en vraagtekens zouden achterblijven⁹².

1.2.4. *Spirituele zorg als het afgebakende domein van spiritueel zorgverleners (pastores, moreel consulenten...)*

Sommige verpleegkundigen gaan er zelfs, op basis van het gevoel van incompetent te zijn, van uit dat het bijna ‘ongepast’ zou zijn om zelf spirituele zorg te verlenen, indien er experten ter zake (spiritueel zorgverleners) in de zorginstelling aanwezig blijken⁹³. Hierdoor verwijzen de verpleegkundigen in het onderzoek van Selby *et al.* bij het kleinste signaal van spirituele *pijn* (zie inleiding thesis), maar ook bij elke uitspraak over geloof door naar een spiritueel zorgverlener⁹⁴.

Uiteraard is dit op zich niet verkeerd en vele ziekenhuispastores in Vlaanderen zouden het wel degelijk waarderen mochten ze wat meer doorverwijzingen krijgen van verpleegkundigen. Maar doorverwijzingen mogen echter geen ‘vluchtroutes’ worden om te ontkomen aan de gevoelens van onzekerheid en incompetentie die leven bij verpleegkundigen. In die zin wordt het echt problematisch wanneer verpleegkundigen er stellig van overtuigd zijn dat spirituele zorg enkel het domein is van een spiritueel zorgverlener (en dat hun verpleegkundige zorgen beperkt blijven tot het medische)⁹⁵. Dergelijke visie is op termijn immers onhoudbaar, gezien de besparingen binnen

⁸⁹ D. SELBY, *et al.*, *A Qualitative Analysis of a Healthcare Professional’s Understanding and Approach to Management of Spiritual Distress in an Acute Care Setting*, p. 1200.

⁹⁰ S. MOOSAVI *et al.*, *Factors Affecting Spiritual Care Practices of Oncology Nurses*, p. 907.

⁹¹ Zie ook de kritiek van Waaijman op het competentiegerichte spiritueel competentieprofiel, eigen aan de moderne zorgcultuur.

⁹² E.A. HVIDT *et al.*, *‘We Are the Barriers’*, p. 113; A. VANDENHOECK, *Voorzichtige stappen in spirituele screening*, p. 14.

⁹³ D. SELBY, *et al.*, *A Qualitative Analysis of a Healthcare Professional’s Understanding and Approach to Management of Spiritual Distress in an Acute Care Setting*, p. 1202.

⁹⁴ *Ibid.*, p. 1200-1201.

⁹⁵ D. BALDACCHINO, *Nursing Competencies for Spiritual Care*, p. 892; M.J. BALBONI *et al.*, *Nurses and Physician Barriers to Spiritual Care Provision at the End of Life*, p. 404.

instellingen op het gebied van spirituele zorgverlening. De vraag is dan ook wie er de spirituele zorg op zich zal nemen, wanneer het spiritueel zorgverleningsteam wordt beperkt tot het strikte minimum⁹⁶.

Bovendien vermoeden sommige verpleegkundigen dat patiënten geen spirituele zorg verwachten van hen én dat spirituele zorg helemaal niet tot ‘hun domein’ behoort⁹⁷. Onderzoek wijst echter uit dat de meeste patiënten toch graag hun spirituele zorgen met verpleegkundigen delen⁹⁸.

Met andere woorden, spirituele zorg is een ‘gedeelde interdisciplinaire verantwoordelijkheid’ en als verpleegkundigen deze visie niet delen, vormt dit uiteraard een heuse barrière waardoor eerstelijns spirituele zorgverlening bemoeilijkt wordt⁹⁹.

1.2.5. “Unresolved symptoms”¹⁰⁰

De fysische, sociale, psychische én spirituele dimensies van de mens zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Vanuit die verbondenheid komen spirituele noden soms tot uiting doorheen lichamelijke klachten¹⁰¹. In de praktijk blijkt dat verpleegkundigen zich hier vaak of te laat of helemaal niet van bewust zijn, omdat zij zich voornamelijk richten op uitdrukkelijk *waarneembare* spirituele noden¹⁰². Hierdoor worden klachten, zoals chronische pijn, soms hardnekkig aangepakt met pijnstillers, terwijl een innerlijke spirituele pijn of strijd deze fysieke pijn, ondanks alle pijnstilling, aanhoudt¹⁰³. Het is ook deze praktijkervaring die dokter Cicely Saunders ertoe aanzette om het concept ‘palliatieve zorgen’ uit te denken¹⁰⁴.

1.2.6. *Spiritualiteit verpakt in medische vragen*

In de lijn van de vorige barrière worden worstelingen of vragen omtrent spiritualiteit niet altijd rechtstreeks gesteld, maar weerklinken ze soms doorheen een eerder

⁹⁶ D. SELBY, et al., *A Qualitative Analysis of a Healthcare Professional’s Understanding and Approach to Management of Spiritual Distress in an Acute Care Setting*, p. 1202.

⁹⁷ G. BAR-SELA, *Training for Awareness of One’s Own Spirituality*, p. 7; Debbie SELBY, *Patient Versus Health Care Provider Perspectives on Spirituality and Spiritual Care. The potential to miss the moment*, in *Annals of Palliative Medicine* 6 (2017) 143-152, p. 145-146.

⁹⁸ J. A. WILLIAMS et al., *Attention to Inpatients’ Religious and Spiritual Concerns*, p. 1265.

⁹⁹ Anne VANDENHOECK, *Mijn domein of ons domein? Over coöperatie en complementariteit tussen pastores en psychologen*, in *Pastorale Perspectieven* 5/151 (2011) 19-28, p. 24.

¹⁰⁰ R. KEALL, J. M CLAYTON & P. BUTOW, *How Do Australian Palliative Care Nurses Address Existential and Spiritual Concerns?*, p. 3201.

¹⁰¹ Anne VANDENHOECK, *Hoofdstuk 1 Integrale zorg en de rol van de spirituele dimensie*, in *Cursus Seminarie pastorale zorg* (onuitgegeven syllabus, Faculteit Theologie en Religiewetenschappen), Leuven, 2018, p. 3-5.

¹⁰² N. VANLEENE, *‘Dum spiro, spero: Zolang ik ademhaal, hoop ik’*, p. 15.

¹⁰³ R. KEALL, J. M CLAYTON & P. BUTOW, *How Do Australian Palliative Care Nurses Address Existential and Spiritual Concerns?*, p. 3201.

¹⁰⁴ Anita MEHTA & Lisa S. CHAN, *Understanding of the Concept of “Total Pain”. A Prerequisite for Pain Control*, in *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 10 (2008) p. 27.

medisch gelaagde vraag. Zo kan de patiënt vragen: “Waarom heb ‘ik’ deze ziekte?” “Vanwaar komen deze uitzaaiingen... terwijl ik gezond leef?” “Waarom betert ‘mijn ziekte’ niet?”¹⁰⁵

De laatste jaren wordt ook de vraag: ‘kan ik geen euthanasie krijgen?’ vaak gesteld. Dokter Marc Desmet geeft, vanuit zijn palliatieve praktijkervaring, aan dat mensen *niet altijd*, écht euthanasie willen. Door in gesprek te gaan met patiënten over hun euthanasievraag merkte hij in die zin op dat patiënten soms voor deze vraag kozen omdat ze over geen of weinig spirituele of religieuze taal beschikken om expressie te geven aan hun zinsdeficiëntie en het lijden dat ze ervaren. In dit verband spreekt Desmet over *euthanasie talk*. Daarom is het belangrijk om (vanuit een grote verbondenheid met de patiënt) steeds opnieuw de *vraag achter de euthanasievraag* te beluisteren¹⁰⁶.

Een verpleegkundige of arts die deze vragen louter als ‘medische vragen’ benadert, zal hier ook louter vanuit ‘medische expertise’ op antwoorden. Een zorgverlener met voldoende innerlijke ruimte (4.1.1.), heeft ook oor en oog voor de diepere vraag die achter deze medische (op het eerste gezicht ‘informatieve’) vraag kan schuilgaan.

1.2.7. *Spiritualiteit verpakt in gevoelsvragen*

Zoals we reeds aangaven bij de vorige barrière, hebben westerlingen in deze laatmoderne cultuur minder voeling met spirituele of religieuze taal om expressie te geven aan hun spirituele noden en/of krachtbronnen. Het gevolg is dat patiënten de zinsdeficiëntie die ze ervaren soms tot uitdrukking brengen doorheen gevoels- en symbooltaal. Het is dan ook een uitdaging voor verpleegkundigen om in dergelijke uitdrukkingen de stille stem van de spirituele dimensie te horen¹⁰⁷.

1.2.8. *Ethische vraagtekens rond spirituele zorg*

Een eerste ethisch vraagteken wordt geplaatst bij de asymmetrische machtsverhouding binnen de zorgrelatie die volgens sommige verpleegkundigen goede spirituele zorg in de weg kan staan¹⁰⁸.

Een tweede ethisch vraagteken duikt op bij vele verpleegkundigen als het gaat om de registratie van spirituele observaties. Het schriftelijk weergeven van de

¹⁰⁵ J. MENTEN, *Spiritualiteit in de kliniek. Een medisch standpunt* (2016); <https://docplayer.nl/28458585-Spiritualiteit-in-de-kliniek-een-medisch-standpunt-radiotherapeut-oncoloog-coordinator-palliatieve-zorg.html> (toegang 14.04.2019).

¹⁰⁶ Marc DESMET, *Euthanasie, waarom niet? Pleidooi voor nuance en niet-weten*, Tielt, Lannoo, 3^{de} ed., 2015, p. 122-123.

¹⁰⁷ A. VANDENHOECK, *Hoofdstuk 1 Integrale zorg en de rol van de spirituele dimensie*, p. 4-5.

¹⁰⁸ M. J. BALBONI *et al.*, *Nurse and Physician Barriers to Spiritual Care Provision at the End of Life*, p. 404.

spirituele dimensie (inclusief van de spirituele noden) van de patiënt is een grotere uitdaging dan het registreren van de lichamelijke reactie op een bepaald geneesmiddel¹⁰⁹. De spirituele dimensie beweegt zich immers op een dieper niveau en vraagt dus een zeer respectvolle en vertrouwelijke omgang¹¹⁰. De verpleegkundigen, die door Donia Baldacchino werden geïnterviewd, voelden dit zelf ook aan en stelden zich hier dan ook de nodige vragen bij.

Eenzijds zijn ze er zich van bewust dat *continue* (spirituele) zorg door het interdisciplinaire team enkel gegarandeerd kan worden indien de spirituele noden van de patiënt expliciet geregistreerd en *gecommuniceerd* worden. Anderzijds worstelden deze verpleegkundigen met ethische dilemma's hieromtrent. Wat met de inhoudelijke 'vertrouwelijkheid' van hetgeen de patiënt verteld heeft? Kan dit zomaar in teamverband worden gedeeld? En bovendien: schaden we de patiëntautonomie niet door te registreren? De patiënt *kies*t er immers voor om zijn spirituele zorgen te delen met die éne verpleegkundige bij wie hij zich comfortabel en veilig voelt¹¹¹.

Het is opvallend dat pastores met 'quasi' dezelfde ethische vragen worstelen wat registratie betreft¹¹². Ook zij proberen een balans te vinden tussen goede *communicatie* enerzijds en het beschermen van de *vertrouwensrelatie met de patiënt* anderzijds¹¹³. Het is dus duidelijk dat 'maatstaven' voor ethisch verantwoorde registratie nog verder onderzocht en vastgesteld moeten worden. In die zin kan het criterium, dat Vandenhoeck vooropstelt om informatie binnen een team te delen, zorgverleners al een heel eind op weg helpen: "Het criterium om informatie te verstrekken aan het team berust op de overtuiging dat de gedeelde informatie de behandeling en de heling van de patiënt bevordert"¹¹⁴.

De verpleegkundigen in het onderzoek van Balboni vonden voor zichzelf een balans tussen deze twee spanningsvelden door telkens eerst de toestemming te vragen aan de patiënt vooraleer zij aspecten van zijn spirituele dimensie zouden delen binnen het interdisciplinair team. Op die manier wordt enerzijds de continue spirituele zorg gegarandeerd, maar blijft anderzijds ook de patiëntautonomie gewaarborgd. Hoe dan ook is verdere educatie hieromtrent aangewezen¹¹⁵.

¹⁰⁹ R. KEALL, J. M. CLAYTON & P. BUTOW, *How Do Australian Palliative Care Nurses Address Existential and Spiritual Concerns?*, p. 3201.

¹¹⁰ C. LEGET, *Naar een 'spirituele checklist' in een palliatieve zorgverlening...*, p. 28.

¹¹¹ D. BALDACCHINO, *Nursing Competencies for Spiritual Care*, p. 893.

¹¹² Pastores worstelen in dit verband ook nog met de spanning tussen 'beroep' en 'ambt'. Zie hiervoor: A. VANDENHOECK, *De spirituele zorgverlener als drager van verhalen*, p.20-21.

¹¹³ A. VANDENHOECK, *De meertaligheid van de pastor in de gezondheidszorg*, p. 49.

¹¹⁴ *Ibid.*

¹¹⁵ D. BALDACCHINO, *Nursing Competencies for Spiritual Care*, p. 893.

Wanneer we het spiritueel competentieprofiel van naderbij bestuderen valt het op dat er geen aandacht wordt besteed aan deze ethische dilemma's rond schriftelijke registratie. Van zodra de verpleegkundigen een onderscheid kunnen maken tussen de drie vormen van spiritueel functioneren in relatie tot het ziek-zijn (competentie 4), lijkt de kous af...(2.2.2.)¹¹⁶

1.2.9. Gebrek aan werkervaring

Werkervaring is wezenlijk om goede spirituele zorg te verlenen. Verpleegkundigen met weinig werkervaring hebben vaak nog tijd nodig om hierin te groeien¹¹⁷.

1.3. Persoonlijke factoren van de verpleegkundige

Binnen deze analyse van de barrières die verpleegkundigen ervaren bij het verlenen van spirituele zorg, gaan we tot slot in op vijf (al dan niet permanente) persoonlijke factoren van de verpleegkundige.

1.3.1. Gebrek aan spiritueel en/of religieus zelfbewustzijn

Een eerste persoonlijke barrière is het gebrek aan spiritueel en/of religieus zelfbewustzijn. Volgens een groep geïnterviewde artsen heeft een zorgverlener die zelf gelovig is of een hoog spiritueel zelfbewustzijn heeft, meer aandacht voor de spiritualiteit en/of het geloof van de patiënt. Bovendien verloopt de spirituele communicatie in dit geval vlotter. Wanneer een zorgverlener echter niet gelovig is en ook geen spiritueel zelfbewustzijn opbouwt, wordt de drempel om over spiritualiteit te spreken met zorgvragers (nog) hoger¹¹⁸.

Deze vaststelling komt overeen met de bevindingen van Patricia Graham. Zij ontdekte dat studenten verpleegkunde met een sterk spiritueel zelfbewustzijn meer zelfvertrouwen hadden en zich bovendien comfortabeler voelden om spirituele zorg te verlenen¹¹⁹. In de lijn hiervan toont het onderzoek van Dekoninck aan dat verpleegkundigen die spiritualiteit belangrijk vinden in hun leven, meer bereidheid tonen om spirituele zorg te verlenen. Bovendien ervaart die groep van verpleegkundigen minder barrières die hen ervan zouden weerhouden om aandachtig te zijn voor de spirituele dimensie van hun patiënten¹²⁰. Het onderzoek van Ross wijst er tenslotte op dat verpleegkundigen, die op zoek gaan naar 'betekenis' en 'zin' in hun eigen leven, veel sterker zijn in het (h)erkennen van spirituele noden van zorgvragers

¹¹⁶ R. VAN LEEUWEN & B. CUSVELLER, *Verpleegkundige zorg en spiritualiteit*, p. 104.

¹¹⁷ N. VANLEENE, *'Dum spiro, spero: Zolang ik ademhaal, hoop ik'*, p. 15.

¹¹⁸ E.A. HVIDT *et al.*, *'We Are the Barriers'*, p. 114.

¹¹⁹ Patricia E. Mahon GRAHAM, *Nursing Student's Perception of How Prepared They Are to Assess Patients' Spiritual Needs*, onuitgegeven proefschrift tot verkrijging van de graad van doctor, College of Saint Mary, 2008, p. 46- 48.

¹²⁰ B. DEKONINCK *et al.*, *Spiritual Care Practices of Advanced Practice Nurses. A Multinational Study*, p. 539.

én dat ze op een diepgaander niveau spirituele zorg verlenen¹²¹. Dat zorgverleners (impliciet of expliciet) een belangrijke plaats toekennen aan een goed gevormd ‘spiritueel zelfbewustzijn’ binnen spirituele zorg, bewijst dat de eerste competentie binnen het spiritueel competentieprofiel fundamenteel is (2.2.1.(a))¹²².

1.3.2. Tegenzin om spirituele zorg te verlenen

Patiënten voelen snel aan welke verpleegkundigen oprecht geïnteresseerd zijn in hun spirituele zorgen en welke verpleegkundigen eerder ‘doen *alsof*’. De bevroegde patiënten in het onderzoek van Yardley *et al.* gaan er in die zin van uit dat sommige verpleegkundigen simpelweg *geen zin* hebben in het verlenen van spirituele zorg¹²³. Ook verpleegkundigen uit de studie van Keall *et al.* menen dergelijke aversie bij collega’s op te merken¹²⁴.

Het is niet toevallig dat het patiënten en verpleegkundigen opvalt dat sommige verpleegkundigen tekenen van tegenzin vertonen als het gaat om spirituele zorg. Om spirituele zorg te *kunnen* verlenen is er immers een zekere ‘*bereidwilligheid*’ nodig. Minton *et al.* noemen dit “a willingness to go there”¹²⁵. Deze *bereidwilligheid* situeert zich op twee niveaus. Als eerste gaat het om de *bereidwilligheid* zich buiten de *eigen comfortzone* te begeven. Zo dient de verlegenheid of desinteresse van de verpleegkundige om in gesprek te gaan over spiritualiteit overwonnen te worden¹²⁶. Met andere woorden, *persoonlijke bereidwilligheid* (en dus niet louter training) speelt een belangrijke rol in het overwinnen van de eigen comfortzone¹²⁷.

Als tweede krijgt deze *bereidwilligheid* gestalte in het *authentiek* en *geïnteresseerd* aanwezig zijn van de verpleegkundige, in de bereidheid om zich *open te stellen* voor de patiënt en om zich zo te *verplaatsen in het perspectief* van de patiënt¹²⁸. Door deze *bereidwilligheid* én een portie moed, wordt het voor de verpleegkundigen mogelijk om ‘daar’ te zijn, om een moment en ruimte te delen met een zorgvrager waarin de spirituele tekenen die gesignaleerd werden de nodige aandacht krijgen¹²⁹.

¹²¹ Linda ROSS, *Spiritual care. The Nurse’s Role*, in *Nursing Standard. Official Newspaper of the Royal College of Nursing* 8 (1994) 33-37, p. 35.

¹²² R. VAN LEEUWEN & B. CUSVELLER, *Verpleegkundig competentieprofiel zorg voor spiritualiteit*, p. 19.

¹²³ SJ YARDLEY, CE WALSH & A PARR, *Improving Training in Spiritual Care. A Qualitative Study Exploring Patient Perceptions of Professional Educational Requirement*, in *Palliative Medicine* 23 (2009) 601-607, p. 603-604.

¹²⁴ R. KEALL, J. M CLAYTON & P. BUTOW, *How Do Australian Palliative Care Nurses Address Existential and Spiritual Concerns?*, p. 3201.

¹²⁵ Mary E. MINTON *et al.*, *A Willingness To Go There. Nurses and Spiritual Care*, in *Journal of Clinical Nursing* 27 (2018) 173-181, p. 176.

¹²⁶ T. GISKE & P. H CONE, *Discerning the Healing Path*, p. 2930.

¹²⁷ *Ibid.*, p. 2926.

¹²⁸ N. VANLEENE, *‘Dum spiro, spero: Zolang ik ademhaal, hoop ik’*, p. 14.

¹²⁹ T. GISKE & P. H CONE, *Discerning the Healing Path*, p. 2930.

Dat sommige verpleegkundigen weerstand ervaren om over spiritualiteit te spreken met patiënten is volgens het onderzoek van Keal *et al.* in grote mate te wijten aan het feit dat zij zich hier heel oncomfortabel bij voelen. Dit gevoel kan gelinkt worden aan een *gebrek aan training gedurende de opleiding* enerzijds (1) of een persoonlijke ongevoeligheid voor spirituele zorg en spiritualiteit in het algemeen anderzijds (2)¹³⁰.

Deze eerste vaststelling (1) wordt bevestigd door het onderzoek van Fen Wu *et al.* De onderzoekers komen in deze studie immers tot de conclusie dat verpleegkundigen die gedurende de opleiding *meer getraind* werden in het verlenen van spirituele zorg hiertoe *een grotere bereidwilligheid* tonen in vergelijking met niet-getrainde verpleegkundigen. Ook vormingen binnen het werkveld hebben een significante invloed op de bereidwilligheid van verpleegkundigen als het gaat om spirituele zorg¹³¹.

Toch heeft ook een zekere ongevoeligheid voor spirituele zorg en spiritualiteit in het algemeen een grote impact op de perceptie van de verpleegkundige op deze dimensie van de zorg (2)¹³². Nochtans blijkt uit onderzoek dat spirituele vormingen ervoor kunnen zorgen dat de attitude van verpleegkundigen ten aanzien van spirituele zorg beduidend positiever wordt¹³³.

Conclusie? De persoonlijke barrière ‘tegenzin’ lijkt overbrugd te kunnen worden door ‘trainingen’. Dekonick *et al.* slaan dus, als het gaat om *bereidwilligheid*, de nagel op de kop met hun quote “preparadness is the key”¹³⁴.

1.3.3. Ontkenning als overlevingsstrategie

Patiënten kunnen zich in een ‘ontkenningsfase’ bevinden om op die manier de confrontatie met de harde realiteit te vermijden. Ook verpleegkundigen trekken soms de kaart van de ‘ontkenning’ als een strategie om te ‘overleven’ binnen de zorgsector. Hierdoor gaan ze spirituele noden uit de weg uit schrik voor de *emoties* die hiermee gepaard gaan¹³⁵.

¹³⁰ R. KEALL, J. M. CLAYTON & P. BUTOW, *How Do Australian Palliative Care Nurses Address Existential and Spiritual Concerns?*, p. 3201.

¹³¹ Li-Fen WU, Hui-Chen TSENG & Yu-Chen LIAO, *Nurse Education and Willingness to Provide Spiritual Care*, in *Nurse Education Today* 38 (2016) 36-41, p. 39.

¹³² S. MOOSAVI *et al.*, *Factors Affecting Spiritual Care Practices of Oncology Nurses*, p. 904.

¹³³ G. BAR-SELA *Training for Awareness of One's Own Spirituality*, p. 7.

¹³⁴ P. H. CONE & T. GISKE, *Nurses' Comfort Level with Spiritual Assessment*, p. 3134.

¹³⁵ N. VANLEENE, *'Dum spiro, spero: Zolang ik ademhaal, hoop ik*, p. 15.

1.3.4. *Maturiteit en/of leeftijd*

Of verpleegkundigen alert zijn voor de spirituele noden van mensen hangt ook sterk af van hun leeftijd en/of maturiteit. Hoe jonger de verpleegkundige, hoe voorzichtiger zij¹³⁶ zich opstelt als eerstelijns spiritueel zorgverlener. Bovendien biedt levenservaring verpleegkundigen soms de nodige maturiteit waardoor zij sneller zullen inspelen op spirituele noden¹³⁷. Volgens Giske en Cone heeft dit ook te maken met het feit dat persoonlijke maturiteit ervoor zorgt dat iemand sneller uit zijn comfortzone zal komen en zo meer *bereidwilligheid* toont om spirituele zorg te verlenen¹³⁸. Toch willen we dit meteen ook nuanceren, want als iemand op jonge leeftijd waarde hecht aan persoonlijke spiritualiteit, zal zijn/haar jonge leeftijd in deze context geen doorslaggevende rol spelen. De persoonlijke spiritualiteit speelt immers een wezenlijke rol in eerstelijns spirituele zorg (2.2.1.(a))¹³⁹.

1.3.5. *Persoonlijke draagkracht en welbevinden*

Om de spirituele zorgen en het lijden van patiënten steeds opnieuw te kunnen dragen, beschikken verpleegkundigen idealiter over een zekere *draagkracht*. Een gebrek aan persoonlijke draagkracht bemoeilijkt immers het verlenen van spirituele zorg. In de lijn hiervan vinden verpleegkundigen die zich *minder goed in hun vel* voelen het veel moeilijker om in te gaan op de spirituele noden van de zorgvrager¹⁴⁰. Uit onderzoek blijkt dat de draagkracht en het welbevinden van verpleegkundigen kan versterkt worden door interdisciplinaire samenwerking en overleg¹⁴¹.

Analytisch besluit hoofdstuk 1: aanbevelingen naar het beleid toe

In dit eerste hoofdstuk gingen we op zoek naar de voornaamste ‘eerstelijns spirituele zorgbarrières’ die verpleegkundigen ervaren. In de volgende delen pogen we, rekening houdend met deze barrières, verpleegkundigen ondersteuning te bieden door middel van *competenties* en *trainingen op maat* (deel 1 en deel 2) en een *visie op een ‘verbreiding van spirituele zorg’* (deel 3). In het besluit van dit eerste hoofdstuk willen we echter meteen aangeven dat het inzetten op deze *drie sporen* niet voldoende is. Er is immers ondersteuning nodig vanuit het beleid om verpleegkundigen daadwerkelijk tot eerstelijns spirituele zorgverlening te motiveren. Dit kan door een ‘gecoördineerde

¹³⁶ Aangezien de meeste verpleegkundigen ‘vrouwen’ zijn, verwijs ik in het vervolg van mijn thesis steeds naar ‘zij’ als we het hebben over een verpleegkundige. Hiermee wil ik uiteraard niet uitsluiten dat er ook mannelijke verpleegkundigen zijn.

¹³⁷ N. VANLEENE, *‘Dum spiro, spero: Zolang ik ademhaal, hoop ik*, p. 15.

¹³⁸ T. GISKE & P. H. CONE, *Discerning the Healing Path*, p. 2926.

¹³⁹ R. VAN LEEUWEN & B. CUSVELLER, *Verpleegkundige zorg en spiritualiteit*, p. 72; Susan, RONALDSON, *et al.*, *Spirituality and Spiritual Caring. Nurses’ Perspectives and Practice in Palliative and Acute Care Environments*, in *Journal of Clinical Nursing* 21 (2012) 2126-2135, p. 2131.

¹⁴⁰ N. VANLEENE, *‘Dum spiro, spero: Zolang ik ademhaal, hoop ik’*, p. 14.

¹⁴¹ *Ibid.*, p. 18.

spirituele zorgomgeving' te creëren¹⁴². In wat volgt formuleren we, op basis van de analyse van de 'eerstelijns spirituele zorgbarrières', vier aanbevelingen voor het beleid die hiertoe kunnen leiden.

Als eerste aanbeveling richten we tot het beleid een warme oproep om 'spirituele vormingen' binnen de zorgpraktijk, op 'regelmatige' basis, mogelijk te maken. Een *gebrek aan training* blijkt namelijk dé doorslaggevende reden te zijn waardoor verpleegkundigen moeite hebben met het verlenen van eerstelijns spirituele zorg¹⁴³. Meer zelfs, *kwaliteitsvolle spirituele vormingen* kunnen vele andere barrières (die als het ware als 'neveneffecten' beschouwd kunnen worden van een 'gebrek aan training') overbruggen (1.1.8.)¹⁴⁴.

Een pleidooi, naar het beleid toe, voor wat extra zorg-tijd per patiënt, vat onze tweede aanbeveling samen. Het is immers ontegensprekelijk zo dat verpleegkundigen een gebrek aan tijd ervaren (1.1.6.)¹⁴⁵. Het fenomeen '*moral distress*' is hiervan een jammerlijk gevolg¹⁴⁶.

Ten derde raden we het beleid aan om in te zetten op een goede integratie van spirituele zorg binnen de zorgpraktijk. Concreet zouden pastores toegang moeten krijgen tot het patiëntendossier¹⁴⁷. Daarnaast zou de aanwezigheid van een kapel, gebedsruimte of stille ruimte zowel patiënten als zorgverleners de mogelijkheid kunnen bieden om een stem te geven aan hun innerlijkheid (1.1.4.)¹⁴⁸.

In de lijn hiervan is het, als vierde, van groot belang dat er vanuit het beleid duidelijk wordt aangegeven dat spirituele zorg een 'gedeelde interdisciplinaire verantwoordelijkheid' is van élke zorgverlener¹⁴⁹. Dit impliceert dat van verpleegkundigen verwacht mag worden dat ze goede eerstelijns spirituele zorg verlenen. Terzelfdertijd is het de taak van het beleid om verpleegkundigen hierin te ondersteunen (zie bovenvermelde aanbevelingen).

¹⁴² T. GISKE & P. H. CONE, *Discerning the Healing Path*, p. 2933.

¹⁴³ S. MOOSAVI *et al.*, *Factors Affecting Spiritual Care Practices of Oncology Nurses*, p 904; M. J. BALBONI *et al.*, *Nurses and Physician Barriers to Spiritual Care Provision at the End of Life*, p. 407.

¹⁴⁴ P. H. CONE & T. GISKE *Nurses' Comfort Level with Spiritual Assessment*, p. 3133-3134.

¹⁴⁵ D. BALDACCHINO, *Nursing Competencies for Spiritual Care*, p. 891; M. J. BALBONI *et al.*, *Nurses and Physician Barriers to Spiritual Care Provision at the End of Life*, p. 407; E.A. HVIDT *et al.*, '*We Are the Barriers*', p. 112.

¹⁴⁶ N. VANLEENE, '*Dum spiro, spero: Zolang ik ademhaal, hoop ik*', p. 14.

¹⁴⁷ A. VANDENHOECK, *De spirituele zorgverlener als drager van verhalen*, p.21.; A. VANDENHOECK, *De meertaligheid van de pastor in de gezondheidszorg. resultaatgericht pastoraat in dialoog met het narratief- hermeneutisch model van C.V. Gerkin*, p. 49.

¹⁴⁸ L. VANDERBRUGGHEN, M. KERCKHOF & H. VAN DER MOTTE, *Praktijkvoorbeelden. Getuigenissen over de totstandkoming, visie en symboliek*, p. 12.

¹⁴⁹ A. VANDENHOECK, *Mijn domein of ons domein?*, p. 24.

Deel 1: Op zoek naar spirituele competenties op maat

**Hoe kunnen we het spiritueel competentieprofiel van van Leeuwen en Cusveller
verrijken en verbreden opdat verpleegkundigen eerstelijns spirituele zorg zouden
integreren in hun dagdagelijkse zorgpraktijk?**

2. Het spiritueel competentieprofiel van van Leeuwen en Cusveller van naderbij bekeken

In dit tweede hoofdstuk zoomen we in op het spiritueel competentieprofiel van van Leeuwen en Cusveller. Allereerst gaan we na vanuit welke context dit competentieprofiel precies ontstaan is en over welke eigenschappen het profiel beschikt. Vervolgens nemen we het competentieprofiel (competentie per competentie) grondig onder de loep.

2.1. Ontstaan en eigenschappen van het spiritueel competentieprofiel

Gedurende de laatste decennia opteerden verschillende auteurs ervoor om het biopsychosociale model, dat Engel in de jaren 1970 lanceerde¹⁵⁰, te verbreden naar een model waarin ook de spiritualiteit van de zieke mens een plaats kreeg¹⁵¹. In 1997 was het zo ver: het biopsychosociale **spiritueel** model vond zijn ingang in de gezondheidszorg¹⁵². Het duurde dan ook niet lang vooraleer de Wereldgezondheidsorganisatie (*World Health Organisation, Geneva, 1998*) “spiritualiteit/geloofsovertuigingen” erkende als één van de zes fundamentele domeinen die de kwaliteit van het leven van mensen bepaalt¹⁵³. Een jaar later kreeg het belang van ‘spiritueel welzijn’ ook een plaats binnen de definitie van gezondheid die de WHO formuleerde: “Health is a dynamic state of complete physical, mental, spiritual and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”¹⁵⁴.

Op internationaal niveau werden bovendien een aantal verwachtingen ten aanzien van verpleegkundigen, wat de integratie van spiritualiteit in de zorg betreft, geformuleerd. Allereerst moest de verpleegkundige in staat zijn om de spirituele noden van de patiënt te benoemen. Bovendien diende de verpleegkundige haar zorgplan af te stemmen op die spirituele noden, om ten slotte de verleende spirituele zorg te evalueren¹⁵⁵. In de praktijk bleek echter dat deze verwachtingen weinig houvast boden aan verpleegkundigen. Vanuit een moderne zorgcultuur, die professionaliteit hoog in het vaandel draagt, werd dan ook expliciet stilgestaan bij de vraag: “over welke competenties moeten verpleegkundigen precies beschikken om

¹⁵⁰ George L. ENGEL, *The Need for a New Medical Model. A Challenge for Biomedicine*, in *Science* 196 (1977) 129-136.

¹⁵¹ E. ASSING HVIDT *et al.*, ‘*We Are the Barriers*’, p. 108-120.

¹⁵² Betty FERREL & Carla MUNEVAR, *Domain of Spiritual Care*, in *Progress in Palliative Care* 20 (2012) 66-71, p. 68.

¹⁵³ WHO (WORLD HEALTH ORGANISATION), *Health Promotion Glossary* (1998);

<https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf> (toegang 16.03.2019).

¹⁵⁴ WHO (WORLD HEALTH ORGANISATION), *Fifty-second world health assembly* (7 april 1999);

http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA52/ew24.pdf (toegang 30.04.2019).

¹⁵⁵ In zijn werk (Kees WAAIJMAN, *Spiritualiteit in de zorg. In de interactie tussen zorgvrager en zorgverlener*, in J. BOUWER (Red.), *Spiritualiteit en zingeving in de gezondheidszorg*, Kampen, Kok, 2004, p. 21) verwees Waaijman naar de uitspraken van *The United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting (UKCC)*, *The National Board for Nursing, Midwifery and Health Visiting for Scotland (NBS)* en de *American Association of Colleges of Nursing (AACN)* die Linda Ross in haar artikel beschreef: Linda Ross, *Teaching Spiritual Care*, in *Nurse Education Today* 16 (1996) 38-43, p. 38-39.

eerstelijns spirituele zorg te kunnen verlenen?”¹⁵⁶ In 2002 stelden van Leeuwen en Cusveller zich diezelfde vraag¹⁵⁷. Op basis van een uitgebreide internationale literatuurstudie, waarbij ze uiteindelijk 28 studies selecteerden, slaagden ze erin om een spiritueel competentieprofiel te ontwikkelen. Op die manier kregen van Leeuwen en Cusveller het voor elkaar om de hierboven, op internationaal niveau geformuleerde “abstracte idealen”, te vertalen naar de dagdagelijkse zorgpraktijk¹⁵⁸. Hierdoor werd de beroepsverantwoordelijkheid van verpleegkundigen, wat spirituele zorg betreft, duidelijker¹⁵⁹.

Voor hun onderzoek gingen de auteurs uit van een *functionele benadering* van spiritualiteit. Van Leeuwen en Cusveller baseerden zich dus niet op een inhoudelijke definiëring van spiritualiteit, maar focusten zich op de *manier waarop* mensen *functioneren* op spiritueel niveau¹⁶⁰. In hun literatuurstudie namen ze dan ook de volgende definitie als uitgangspunt:

Spiritualiteit is “het levensbeschouwelijk en religieus functioneren van de mens, waartoe ook de vragen van zingeving en zinervaring behoren”¹⁶¹.

Kenmerkend voor dit spiritueel competentieprofiel is dat ze allereerst een *professioneel minimum* voorschrijft. Van elke verpleegkundige wordt dus verwacht dat ze over deze competenties (2.2.) beschikken¹⁶². Ten tweede is het competentieprofiel *generiek*, wat wil zeggen dat de competenties ingezet kunnen worden in elke zorgsetting. Toch benadrukken van Leeuwen en Cusveller dat het spiritueel functioneren van patiënten kan verschillen in diverse zorgcontexten. Dit komt omdat de uitdrukking die patiënten geven aan hun spiritueel functioneren, sterk samenhangt met hun gezondheidsproblematiek. In die zin wijzen ze erop dat verpleegkundigen soms specifieke spirituele competenties kunnen nodig hebben om in te kunnen spelen op de spirituele noden van patiënten¹⁶³. Aansluitend hierop concretiseerde Annemieke Kuin alvast de spirituele competenties van van Leeuwen en Cusveller voor de spirituele zorg aan zorgvragers in de palliatieve fase¹⁶⁴. Ook Sabine Crooijmans onderzocht, in functie van haar scriptie, welke spirituele competenties essentieel zijn voor verpleegkundigen die tewerkgesteld zijn op de afdeling ‘pediatrie’. Zij toetste haar

¹⁵⁶ René VAN LEEUWEN & Bart CUSVELLER, *Nursing Competencies for Spiritual Care*, in *Journal of Advanced Nursing* 48 (2003) 234-246, p. 234.

¹⁵⁷ R. VAN LEEUWEN & B. CUSVELLER, *Verpleegkundig competentieprofiel zorg voor spiritualiteit*, p.7.

¹⁵⁸ K. WAAIJMAN, *Spiritualiteit in de zorg. In de interactie tussen zorgvrager en zorgverlener*, p. 32.

¹⁵⁹ R. VAN LEEUWEN & B. CUSVELLER, *Verpleegkundige zorg en spiritualiteit*, p. 34.

¹⁶⁰ R. VAN LEEUWEN & B. CUSVELLER, *Verpleegkundig competentieprofiel zorg voor spiritualiteit*, p.8.

¹⁶¹ *Ibid.*

¹⁶² R. VAN LEEUWEN & B. CUSVELLER, *Verpleegkundige zorg en spiritualiteit*, p. 34.

¹⁶³ R. VAN LEEUWEN & B. CUSVELLER, *Nursing Competencies for Spiritual Care*, p. 240.

¹⁶⁴ Annemieke KUIN, *Competenties voor het bieden van spirituele zorg aan patiënten in de palliatieve fase en hun naasten* (maart 2009); <https://docplayer.nl/3507185-Competenties-voor-het-bieden-van-spirituele-zorg-aan-patiënten-in-de-palliatieve-fase-en-hun-naasten.html> (toegang 29.11.2018).

opgestelde competentieprofiel via een kwantitatief onderzoek af aan de ervaringen van pediatrische verpleegkundigen, om zo te evalueren in welke mate de verpleegkundigen over deze competenties beschikken¹⁶⁵.

Concreet formuleerden van Leeuwen en Cusveller uiteindelijk zes competenties die zij thematisch onderverdeelden in drie domeinen. Het volledige competentieprofiel kan gevonden worden in bijlage 1. Hieronder volgt een beknopt overzicht:

1. "DOMEIN 1: Zelfhantering

- Competentie 1: De verpleegkundige kan eigen waarden, overtuigingen en gevoelens hanteren in de relatie met zorgvragers met verschillende levensovertuigingen.
- Competentie 2: De verpleegkundige kan op betrokken wijze communiceren met zorgvragers uit verschillende culturen over hun spiritualiteit.

2. DOMEIN 2: Spirituele dimensie van het verplegen

- Competentie 3: De verpleegkundige kan informatie verzamelen over de spiritualiteit van de zorgvrager en in samenspraak met die zorgvrager de zorgvraag vaststellen.
- Competentie 4: De verpleegkundige kan in samenspraak met de zorgvrager en in overleg met andere disciplines de zorg voor spiritualiteit van de zorgvrager afstemmen en het eigen aandeel in die zorg plannen en schriftelijk vastleggen.
- Competentie 5: De verpleegkundige kan de zorg voor spiritualiteit van de zorgvrager uitvoeren en die zorg, in samenspraak met de zorgvrager, in het (multi)disciplinair overleg evalueren.

3. DOMEIN 3: Kwaliteitszorg en deskundigheidsbevordering

- Competentie 6: De verpleegkundige levert een bijdrage aan de kwaliteitszorg en deskundigheidsbevordering op het gebied van zorg voor spiritualiteit binnen de zorginstelling¹⁶⁶.

¹⁶⁵ Sabine CROOIJMANS, *Zin in het kinderziekenhuis. De visie van verpleegkundigen op hun competenties in spirituele zorg* (onuitgegeven Scriptie, Universiteit voor Humanistiek), Utrecht, 2015.

¹⁶⁶ R. VAN LEEUWEN & B. CUSVELLER, *Verpleegkundig competentieprofiel zorg voor spiritualiteit.*, p.19-21.

2.2. Beknopte beschrijving van het spiritueel competentieprofiel van van Leeuwen en Cusveller

In wat volgt wordt dit competentieprofiel beschreven. Per domein wordt telkens eerst toegelicht welke plaats het domein inneemt binnen het geheel van het spiritueel competentieprofiel. Vervolgens worden competenties die onder dit domein geplaatst werden, verduidelijkt.

2.2.1. DOMEIN 1: Zelfhantering

Binnen het domein van de “zelfhantering”, gaat het om “de persoonlijke kwaliteiten die nodig zijn in de directe relatie tussen verpleegkundige en zorgvrager”¹⁶⁷. Deze competenties zijn fundamenteel om aan spirituele zorg te kunnen doen, omdat ze houvast bieden aan verpleegkundigen om zich te positioneren ten opzichte van de spiritualiteit van de patiënt¹⁶⁸. De eerste competentie doet beroep op de *continue spirituele zelfreflectie* van verpleegkundigen. Vervolgens beschrijft de tweede competentie *grondhoudingen* die in de *relatie* met de patiënt wezenlijk zijn om spirituele communicatie mogelijk te maken.

a. **Competentie 1: De verpleegkundige kan eigen waarden, overtuigingen en gevoelens hanteren in de relatie met zorgvragers met verschillende levensovertuigingen**

Om de eigen spiritualiteit (waarden, overtuigingen...) te *kunnen* hanteren in relatie met zorgvragers, moeten verpleegkundigen eerst en vooral hun eigen spiritualiteit (leren) kennen¹⁶⁹. Dit laatste is niet evident, zeker niet wanneer elke vorm van spirituele zelfreflectie wordt afgewezen omwille van een vertekend beeld van de betekenis van ‘spiritualiteit’ (1.2.1.). Om misverstanden te vermijden is het belangrijk om te begrijpen wat ‘spiritueel zelfbewustzijn’ kan betekenen¹⁷⁰. McSherry biedt in dit verband een heldere definiëring: “Spiritual awareness does not imply religiosity or piety, but the ability to explore positively one’s own attitudes and feelings about matters that are fundamental to our existence”¹⁷¹.

Volgens van Leeuwen en Cusveller, en andere studies staven deze overtuiging¹⁷², is een goed gevormd spiritueel zelfbewustzijn dé voorwaarde om aandachtig(er) te zijn

¹⁶⁷ R. VAN LEEUWEN & B. CUSVELLER, *Verpleegkundige zorg en spiritualiteit*, p. 131.

¹⁶⁸ K. WAAIJMAN, *Spiritualiteit in de zorg. In de interactie tussen zorgvrager en zorgverlener*, p. 22.

¹⁶⁹ Anne VANDENHOECK, Heidi DE CLERCQ & Bart FIVEZ, *Verborgene diepte. Zorgen voor de spiritualiteit van ouderen met dementie*, Leuven, Davidsfonds, 2008, p. 217.

¹⁷⁰ R. VAN LEEUWEN & B. CUSVELLER, *Verpleegkundige zorg en spiritualiteit*, p. 70.

¹⁷¹ Wilfred MCSHERRY, *Raising the Spirits*, in *Nursing Times* 92/3 (1996) 48-49, p. 49.

¹⁷² D. BALDACCHINO, *Nursing Competencies for Spiritual Care*, p. 890; Maria WASNER et al., *Effects of Spiritual Care Training for Palliative Care Professionals*, in *Palliative Medicine* 19 (2005) 99-104, p. 102-103; G. WHITE, *Talking about Spirituality in Health Care Practice*, p. 60.

voor de spirituele dimensie van patiënten. Naarmate verpleegkundigen regelmatig aan zelfreflectie doen, worden zij immers gevoeliger voor de spirituele noden van zorgvragers. Bovendien leidt zelfbegrip tot het beter begrijpen van anderen¹⁷³. Omgekeerd zal een verpleegkundige die weigert te reflecteren over de eigen spiritualiteit, omdat deze dat bijvoorbeeld irrelevant of te zweverig vindt, vaak weinig aandacht besteden aan de spiritualiteit van haar zorgvragers. Met andere woorden, *of* de verpleegkundige over (de eigen) spiritualiteit nadenkt en/of *de manier waarop* zij dit doet, heeft een grote impact op de manier waarop zij (al dan niet) spirituele zorg verleent¹⁷⁴.

Zoals hierboven werd benadrukt, fungeert reflectie als dé weg bij uitstek om de eigen spiritualiteit op het spoor te komen. Myriam Steemers-Van Winkoop heeft het in dit verband over 'spirituele introspectie'. Om verpleegkundigen in die 'spirituele introspectie' te ondersteunen werden reeds een aantal instrumenten ontwikkeld. Zo ontwierp Reed in 1986 de *Spiritual Perspective Scale* en stelde Tiesinga een lijst met uitdagende zelf-analytische vragen op¹⁷⁵.

Wanneer eenmaal de eigen spiritualiteit is verkend, dient de verpleegkundige deze te *hanteren in relatie* tot zorgvragers met verschillende levensovertuigingen. In wat volgt onderscheid ik vier 'hanteermethoden/spirituele hanteercompetenties' die ik filterde uit de literatuur en die de sub-competenties binnen deze eerste competentie verduidelijken (zie bijlage 1).

Allereerst zou de verpleegkundige in staat moeten zijn om **de eigen spiritualiteit even tussen haakjes te plaatsen** om zo de spiritualiteit van de zorgvrager met een groot respect en een professionele openheid te beluisteren¹⁷⁶. Concreet kan dit inhouden dat een niet-gelovige verpleegkundige toch bereid is om respectvol en onbevooroordeeld te luisteren naar de religieuze noden of krachtbronnen van een gelovige patiënt. Anderzijds zou een gelovige verpleegkundige open moeten staan voor de visie van niet-gelovige of andersgelovige zorgvragers¹⁷⁷. Met andere woorden, wanneer een patiënt en een verpleegkundige er een verschillende levensovertuiging op nahouden, is het toch van belang dat de verpleegkundige attent blijft voor de spirituele noden van de zorgvrager¹⁷⁸.

¹⁷³ D. BALDACCHINO, *Nursing Competencies for Spiritual Care*, p. 890.

¹⁷⁴ R. VAN LEEUWEN & B. CUSVELLER, *Verpleegkundige zorg en spiritualiteit*, p. 72; S. RONALDSON *et al.*, *Spirituality and Spiritual Caring. Nurses' Perspectives and Practice in Palliative and Acute Care Environments*, p. 2131.

¹⁷⁵ R. VAN LEEUWEN & B. CUSVELLER, *Verpleegkundige zorg en spiritualiteit*, p. 75-76.

¹⁷⁶ A. VANDENHOECK, H. DE CLERCQ & B. FIVEZ, *Verborgene diepte. Zorgen voor de spiritualiteit van ouderen met dementie*, p. 217.

¹⁷⁷ R. VAN LEEUWEN & B. CUSVELLER, *Verpleegkundige zorg en spiritualiteit*, p. 71.

¹⁷⁸ *Ibid.*, p. 73.

In sommige situaties, en hierop slaat de tweede hanteermethode, kan het spiritueel zelfbewustzijn echter aangewend worden als een “**instrument**”¹⁷⁹. In dit verband geeft Ross (1997) aan dat zelfbegrip ons in staat stelt om anderen beter te begrijpen¹⁸⁰. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer verpleegkundigen spirituele zorgen (bv. onmacht), spirituele noden (bv. verbonden zijn met anderen of met de natuur) of bepaalde (religieuze) symbolen van patiënten (h)erkennen. Deze kunnen een aanknopingspunt bieden voor de spirituele zorgrelatie¹⁸¹.

Als derde hanteermethode onderkennen we het groot belang om de **wisselwerking tussen de eigen spiritualiteit en de gevoelens die de verleende zorg bij de verpleegkundige oproept steeds opnieuw te evalueren**. Zoals Steemers-Van Winkoop aangeeft, gaat wat je meemaakt in de zorg niet zomaar aan je voorbij. Kees Waaijman wijst er op dat een zorgrelatie bestaat uit een actieve én een passieve component. Enerzijds zetten verpleegkundigen zich actief in door te helpen, te luisteren, iemands hand vast te houden... Maar anderzijds, en daar kan de zorgverlener niet onderuit, wordt de verpleegkundige geraakt door en botst deze op grenzen wanneer zij een patiënt moet zien lijden of wanneer zij geen antwoorden kent... Dit kan gevoelens van onmacht, angst, verdriet... oproepen¹⁸². Deze gevoelens kunnen zowel een positieve als een negatieve impact hebben op de spiritualiteit van de verpleegkundige. We spreken over een positieve invloed wanneer iemand bijvoorbeeld ‘gezondheid’ en de ‘kleine dingen in het leven’ meer gaat waarderen¹⁸³. Iemands spiritualiteit wordt negatief beïnvloed, wanneer de verpleegkundige voortaan enkel nog ‘lijden’ in de wereld ziet en zeer angstig wordt voor elk risico. In beide gevallen is het belangrijk om zich bewust te zijn van de impact die de dagelijkse confrontatie met patiënten heeft op de eigen spiritualiteit. Wanneer de confrontatie echter een blijvend negatief effect heeft op de spiritualiteit van de verpleegkundige, dient deze aan de alarmbel te trekken door hulp te zoeken en door grenzen te stellen. Dit is zowel noodzakelijk voor de zorgvrager als voor de verpleegkundige zelf¹⁸⁴. Een negatieve impact op de spiritualiteit van de verpleegkundige heeft immers (on)bewust invloed op de zorg die een zorgvrager krijgt, alsook op het spiritueel welzijn die de verpleegkundige ervaart¹⁸⁵.

Een vierde en hiermee samenhangende competentie/hanteermethode is het **(h)erkennen van persoonlijke grenzen in de omgang met de spiritualiteit van**

¹⁷⁹ A. VANDENHOECK, H. DE CLERCQ & B. FIVEZ, *Verborgen diepte. Zorgen voor de spiritualiteit van ouderen met dementie*, p. 217.

¹⁸⁰ D. BALDACCHINO, *Nursing Competencies for Spiritual Care*, p. 890.

¹⁸¹ A. VANDENHOECK, H. DE CLERCQ & B. FIVEZ, *Verborgen diepte. Zorgen voor de spiritualiteit van ouderen met dementie*, p. 218.

¹⁸² R. VAN LEEUWEN & B. CUSVELLER, *Verpleegkundige zorg en spiritualiteit*, p. 72-73.

¹⁸³ Cf. *Ibid.*, p. 76.

¹⁸⁴ M. WASNER *et al.*, *Effects of Spiritual Care Training for Palliative Care Professionals*, p. 102.

¹⁸⁵ R. VAN LEEUWEN & B. CUSVELLER, *Verpleegkundige zorg en spiritualiteit*, p. 72-73.

zorgvragers. Deze competentie, die slechts mogelijk is wanneer de eigen spiritualiteit gekend is, is van groot belang. Wanneer verpleegkundigen immers méér proberen te geven dan hun emotionele of spirituele draagkracht op dat moment aankan, lopen ze het risico op een burn-out of “compassiemoetheid” én kan dit nefaste gevolgen hebben voor de patiënt¹⁸⁶.

Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer de zorg bepaalde gevoelens oproept bij de zorgverlener die een negatief effect hebben op haar spiritualiteit, zoals hierboven vermeld. Het is ook mogelijk dat een verpleegkundige op grenzen botst, als een patiënt bijvoorbeeld vraagt om samen met haar te bidden, terwijl die verpleegkundige dat eigenlijk niet kan of niet wil. In deze context dient de verpleegkundige haar persoonlijke grenzen expliciet te verwoorden ten opzichte van de zorgvrager en binnen het team. Vervolgens wordt de patiënt het best doorverwezen naar een andere hulpverlener (een andere verpleegkundige of een pastor) die wél in staat is de spirituele zorg te bieden die de zorgvrager nodig heeft. Zo verwees een verpleegkundige uit een studie een zorgvrager heel professioneel (en terzelfdertijd eerlijk met de patiënt én met zichzelf) door, nadat deze patiënt haar vroeg om samen met haar te bidden. Bovendien deed ze dit zonder de verbondenheid met de patiënt te doorbreken:

“I don’t usually pray with my patients directly. But I can call the chaplain, who does. And I will promise to be holding you in my thoughts and heart today and throughout your journey”¹⁸⁷.

b. Competentie 2: De verpleegkundige kan op een betrokken wijze communiceren met zorgvragers uit verschillende culturen over hun spiritualiteit

Soms zijn verpleegkundigen bang dat ze geen antwoorden zullen kunnen bieden op de zinsvragen waarmee patiënten worstelen. Dit kan hen ervan weerhouden om een spiritueel gesprek aan te knopen met zorgvragers (1.2.2.). Toch is spirituele communicatie broodnodig en daar maakt McCavery ons van bewust: “Without the use of good communication, we can never expect to know, understand or become aware of individuals’ innermost fears, motives or spiritual concerns”¹⁸⁸. Met andere woorden, indien we niet leren communiceren met patiënten (wat ook inhoudt dat we leren zien wat patiënten naar ons toe proberen te communiceren, verbaal maar ook non-verbaal), dreigen spirituele noden van patiënten tussen de mazen van het net te

¹⁸⁶ Brian HUGHES *et al.*, *Spiritual Care and Nursing. A Nurse’s Contribution and Practice* (maart 2017); https://healthcarechaplains.org/docs/about/nurses_spiritual_care_white_paper_3_3_2017.pdf (toegang 1.11.2018); R. VAN LEEUWEN & B. CUSVELLER, *Verpleegkundige zorg en spiritualiteit*, p. 87.

¹⁸⁷ B. HUGHES *et al.*, *Spiritual Care and Nursing. A Nurse’s Contribution and Practice*.

¹⁸⁸ Wilfred MCSHERRY, *Making Sense of Spirituality in Nursing and Healthcare Practice*, London and Philadelphia, Jessica Kingsley Publishers, 2de ed., 2006, p. 155.

vallen¹⁸⁹. Bovendien blijkt uit onderzoek, en dat zal verpleegkundigen geruststellen, dat patiënten doorgaans geen ‘snelle’ antwoorden of ‘interventies’ verwachten¹⁹⁰. Ze hopen in de eerste plaats dat iemand naar hen wil *luisteren*, hen de *nodige aandacht* wil geven en hen zo laat aanvoelen dat ze er niet alleen voor staan¹⁹¹. Deze gedachte sluit nauw aan bij de presentietheorie van Andries Baart (2004) die aangeeft dat ‘presentie’ primeert op elke ‘interventie’ in de spirituele zorgrelatie¹⁹². Dit wordt door verpleegkundigen vaak ervaren als iets tegennatuurlijks, omdat ze beroepsmatig het meest gericht zijn op het vinden van oplossingen en hiervoor acties willen ondernemen¹⁹³. Maar welke competenties zijn er dan precies nodig om ‘present’ te zijn? In wat volgt gaan we op zoek naar een antwoord op deze vraag.

Vanuit hun beroepsprofiel beschikken verpleegkundigen meestal al over een aantal basisgespreksvaardigheden, zoals *empathie tonen*, *authentiek zijn en actief kunnen luisteren*. Deze vaardigheden zijn zeker waardevol, maar moeten nog verdiept worden door een aantal essentiële grondhoudingen om de kans tot ‘spirituele communicatie’ te vergroten¹⁹⁴.

Om er in eerste instantie voor te zorgen dat patiënten de nodige ruimte krijgen om expressie te geven aan hun spirituele noden, is het noodzakelijk dat verpleegkundigen een *veilige context* creëren die gedragen wordt door een *sfeer van vertrouwen*¹⁹⁵. Deze fase noemt Cone, binnen haar “model van verbondenheid”, de fase van (wederzijdse) *acceptatie*¹⁹⁶. Het non-verbaal gedrag van de verpleegkundige speelt in het creëren van zo’n context een cruciale rol. Door bij de patiënt/familie te zitten, door passende aanrakingen en door een open en betrokken houding, voelt de patiënt aan dat de verpleegkundige *tijd wil maken* voor hem/haar, bereid is om te *luisteren* en steun te bieden¹⁹⁷.

Wanneer een patiënt een verpleegkundige dan (uiteindelijk) vertrouwt, zal deze patiënt signalen geven van hetgeen zich diep vanbinnen afspeelt¹⁹⁸. Op zo’n moment is

¹⁸⁹ D. BALDACCHINO, *Nursing Competencies for Spiritual Care*, p. 891

¹⁹⁰ G. WHITE, *Talking about Spirituality in Health Care Practice*, p. 48; R. KEALL, J. M. CLAYTON & P. BUTOW, *How Do Australian Palliative Care Nurses Address Existential and Spiritual Concerns?*, p. 3200; B. FERRELL & C. MUNEVAR, *Domain of Spiritual Care*, p. 70.

¹⁹¹ R. VAN LEEUWEN & B. CUSVELLER, *Verpleegkundige zorg en spiritualiteit*, p. 85; B. HUGHES *et al.*, *Spiritual Care and Nursing. A Nurse’s Contribution and Practice*; M. E. MINTON *et al.*, *A Willingness To Go There. Nurses and Spiritual Care*, p. 179.

¹⁹² R. VAN LEEUWEN & B. CUSVELLER, *Verpleegkundige zorg en spiritualiteit*, p. 89.

¹⁹³ *Ibid.*, p. 85.

¹⁹⁴ *Ibid.*, p. 82-83.

¹⁹⁵ A. VANDENHOECK, H. DE CLERCQ & B. FIVEZ, *Verborgene diepte. Zorgen voor de spiritualiteit van ouderen met dementie*, p. 218.

¹⁹⁶ R. VAN LEEUWEN & B. CUSVELLER, *Verpleegkundige zorg en spiritualiteit*, p. 113-114.

¹⁹⁷ *Ibid.*, p. 83-88; R. VAN LEEUWEN & B. CUSVELLER, *Verpleegkundig competentieprofiel zorg voor spiritualiteit*, p. 19; Elaine WITTENBERG, Sandra L. RAGAN & Betty FERRELL, *Exploring Nurse Communication About Spirituality*, in *American Journal of Hospice & Palliative Medicine* 34 (2017), nr. 6, p. 569.

¹⁹⁸ R. VAN LEEUWEN & B. CUSVELLER, *Verpleegkundige zorg en spiritualiteit*, p. 83.

het van groot belang dat de verpleegkundige hiervoor attent is en *actief, meelevend, oprecht, gevoelig* en *oplettend luistert* naar hetgeen de patiënt vertelt, alsook naar de manier *waarop* hij/zij iets vertelt of vraagt en/of via non-verbaal gedrag uitdrukt¹⁹⁹. Als de verpleegkundige hieraan slaagt, noemt Cone de verbinding die op zo'n moment tussen de patiënt en de verpleegkundige ontstaat, de fase van het *steunen*.

In de praktijk blijkt deze fase minder evident te zijn dan ze in eerste instantie lijkt. Actief luisteren is immers meestal een grote uitdaging. Om actief te kunnen luisteren, dienen we ons hoofd immers vrij te maken van onze eigen interpretaties en oordelen, om zo ten volle *aandacht* te kunnen geven aan hetgeen de patiënt werkelijk wil zeggen (zie ook 'innerlijke ruimte' (4.1.1.))²⁰⁰. We luisteren ook op een actieve, meevoelende manier als we de ander ertoe aanzetten om zich te uiten door betekenisvolle vragen te stellen, door de patiënt de nodige tijd te geven om de juiste woorden te kiezen, maar ook en vooral door de patiënt de leiding te geven over de inhoud en het tempo van het gesprek²⁰¹. De spiritualiteit van de patiënt vormt immers steeds het uitgangspunt van de spirituele communicatie²⁰². Hiertoe moet de verpleegkundige soms haar eigen spiritualiteit tussen haakjes plaatsen (2.2.1.(a)).

De vaardigheden die in de vorige fases aan bod kwamen, met name *acceptatie* en *steunen* zijn volgens van Leeuwen en Cusveller vaardigheden die van elke verpleegkundige verwacht mogen worden. In een derde fase accepteert en steunt de verpleegkundige de patiënt niet alleen, maar is er ook sprake van een zekere *wederkerigheid*. Dit is volgens Cone de *zorgfase*. In deze fase deelt de verpleegkundige, volgens Cone, haar spiritualiteit met de patiënt en onthult de zorgverlener haar onmacht en kwetsbaarheid²⁰³.

Het delen van de eigen spiritualiteit kent uiteraard ethische grenzen. Het is immers niet de bedoeling dat verpleegkundigen hun eigen spiritualiteit opleggen aan zorgvragers. Zoals we eerder vermeldden zouden verpleegkundigen hun eigen spiritualiteit tussen haakjes moeten kunnen plaatsen (2.2.1.(a)). Ook Cone lijkt zich hier bewust van te zijn, want zij spreekt enkel over het onthullen van de eigen spiritualiteit wanneer de patiënt en de verpleegkundige dezelfde levensbeschouwing delen²⁰⁴. En dan nog is het belangrijk dat verpleegkundigen erover waken dat ze de patiënt steeds centraal stellen én dat ze zijn/haar tempo blijven volgen²⁰⁵.

¹⁹⁹ *Ibid.*; ID., *Verpleegkundig competentieprofiel zorg voor spiritualiteit*, p. 19.

²⁰⁰ W. McSHERRY, *Making Sense of Spirituality in Nursing and Healthcare Practice*, p. 156.

²⁰¹ M. E. MINTON *et al.*, *A Willingness To Go There. Nurses and Spiritual Care*, p. 4.

²⁰² R. VAN LEEUWEN & B. CUSVELLER, *Verpleegkundige zorg en spiritualiteit*, p. 83-84.

²⁰³ *Ibid.*

²⁰⁴ *Ibid.*

²⁰⁵ T. GISKE & P. H. CONE, *Discerning the Healing Path*, p. 2931.

Wanneer de verpleegkundige en de patiënt de onmacht en kwetsbaarheid die ze voelen met elkaar delen, kunnen we volgens Flanagan spreken van een diepe vorm van presentie. Die presentie gaat zelfs zo ver dat ze volgens Flanagan beschouwd kan worden als een *intersubjectieve ontmoeting*²⁰⁶. Een andere studie spreekt in dit verband van *being in a moment*. "A moment" ontstaat wanneer zorgverlener en zorgontvanger een *connectie* maken waarbij ze een heel persoonlijke, zelfs heilige ruimte met elkaar delen²⁰⁷. Marie de Hennezel heeft het in dit verband over een 'gedeelde ruimte' (3.2.2.)²⁰⁸.

Het spreekt voor zich dat verpleegkundigen niet zomaar een connectie kunnen maken met al hun patiënten en zo steeds moeiteloos een 'heilige ruimte' kunnen delen met hen. Dergelijke intersubjectieve ontmoeting kan immers, in eerste instantie belemmerd worden doordat de spirituele zorg voor een specifieke patiënt op emotioneel, spiritueel of levensbeschouwelijk vlak te veeleisend is voor de verpleegkundige. Het tijdig doorverwijzen heeft niets te maken met 'falen', maar juist met het professioneel kunnen omgaan met de eigen grenzen²⁰⁹. Hiervoor is kennis van de eigen spiritualiteit noodzakelijk (2.2.1.(a)). In tweede instantie, wat de intersubjectieve ontmoeting betreft, moet het soms ook gewoon 'klikken' tussen een verpleegkundige en een patiënt, zeker bij zoiets persoonlijks als een 'spiritueel gesprek'²¹⁰. Een gemeenschappelijke levensbeschouwing kan hierin een rol spelen.

Tenslotte zouden verpleegkundigen in staat moeten zijn om binnen het team te communiceren over de spiritualiteit van de patiënt, maar ook over die van zichzelf. Dit veronderstelt uiteraard een open en vertrouwde context waarin collega's op verhaal kunnen komen bij elkaar en waarin de spirituele dimensie van de patiënt beschouwd wordt als een verrijkende component binnen het interdisciplinair overleg²¹¹. In de praktijk blijkt dit echter niet evident te zijn (1.1.5.).

2.2.2. DOMEIN 2: Spirituele dimensies van het verplegen

Dankzij de volgende drie competenties zouden zorgverleners in staat moeten zijn om aan spiritualiteit gestalte te geven in hun dagdagelijkse zorgpraktijk²¹². Bijgevolg lopen deze drie competenties parallel met het verpleegkundig 'methodisch zorgproces' dat verpleegkundigen doorlopen voor de lichamelijke zorg van patiënten. Verpleegkundigen verzamelen immers gegevens, laten de arts een diagnose en

²⁰⁶ M. de SOUZA, J. BONE & J. WATSON, *Spirituality across Disciplines. Research and Practice*, p. 20.

²⁰⁷ M. E. MINTON *et al.*, *A Willingness To Go There. Nurses and Spiritual Care*, p.4- 5.

²⁰⁸ Marie de HENNEZEL, *De intieme dood. Levenslessen van stervenden*, Bloemendaal, Altamira-Becht, 2000, p. 93.

²⁰⁹ W. McSHERRY, *Making Sense of Spirituality in Nursing and Healthcare Practice*, p. 170.

²¹⁰ R. VAN LEEUWEN & B. CUSVELLER, *Verpleegkundige zorg en spiritualiteit*, p. 73.

²¹¹ A. VANDENHOECK, H. DE CLERCQ & B. FIVEZ, *Verborgene diepte. Zorgen voor de spiritualiteit van ouderen met dementie*, p. 218; R. VAN LEEUWEN & B. CUSVELLER, *Verpleegkundige zorg en spiritualiteit*, p. 93.

²¹² K. WAAIJMAN, *Spiritualiteit in de zorg. In de interactie tussen zorgvrager en zorgverlener*, p. 22.

interventies vaststellen, voeren de zorgen uit om die vervolgens te evalueren. Ook in het kader van eerstelijns spirituele zorg dienen gelijkaardige stappen gezet te worden. Het spiritueel methodisch zorgproces doorloopt achtereenvolgens de volgende fases: “spirituele gegevens verzamelen” – “spirituele diagnose en interventies vaststellen” – “spirituele zorg uitvoeren” – “spirituele zorg evalueren”. In wat volgt zal duidelijk worden dat dit verpleegkundig proces van eerstelijns spirituele zorg telkens opnieuw moet doorlopen worden en dus beschouwd kan worden als een *cyclisch* proces²¹³.

c. Competentie 3: De verpleegkundige kan informatie verzamelen over de spiritualiteit van de zorgvrager en in samenspraak met die zorgvrager de zorgvraag vaststellen

De vorige competenties maakten het mogelijk om voor de patiënt een veilige en vertrouwelijke context te creëren, waarin deze patiënt zijn/haar spirituele zorgen kon uiten. De derde competentie zet verpleegkundigen ertoe aan om, op basis van deze opgebouwde zorgrelatie, actief spirituele informatie te verzamelen, al dan niet met behulp van meetinstrumenten. Hierdoor wordt de situatie van de patiënt grondig geanalyseerd, waardoor verpleegkundigen in staat zouden moeten zijn om een passende zorgvraag te formuleren die aansluit bij de noden van de patiënt²¹⁴.

De ‘spirituele informatie’ die de verpleegkundige dient te verzamelen is tweevoudig. In eerste instantie verzamelt de verpleegkundige informatie over de ‘gewone/dagelijkse spiritualiteit’ van de patiënt²¹⁵. Geloof de patiënt in iets of iemand? Wat kan je als verpleegkundige opmaken uit het levensverhaal van de zorgontvanger? Hecht de patiënt waarde aan bepaalde gebruiken of rituelen (bijvoorbeeld dagelijks wandelen, bidden...)²¹⁶? Deze vorm van spiritualiteit kan expliciet bevraagd worden, maar kan soms ook uit ‘omgevingsfactoren’ afgeleid worden. Draagt de patiënt bijvoorbeeld religieuze symbolen? Of leest de zorgvrager bepaalde gedichten waar hij/zij inspiratie en kracht uit haalt²¹⁷?

In tweede instantie observeert en analyseert de verpleegkundige op basis van verbale en non-verbale expressies van de patiënt welke invloed het ziekte- en/of ouderdomsproces op die ‘gewone spiritualiteit’ heeft en omgekeerd²¹⁸. Via verbale uitdrukkingen zoals ‘ik heb geen zin in vandaag’, maar ook via non-verbaal gedrag zoals huilen, niet kunnen slapen, triestig voor zich uitstaren... geven patiënten iets weer van

²¹³ R. VAN LEEUWEN & B. CUSVELLER, *Verpleegkundige zorg en spiritualiteit*, p. 96.

²¹⁴ R. VAN LEEUWEN & B. CUSVELLER, *Verpleegkundig competentieprofiel zorg voor spiritualiteit*, p. 30.

²¹⁵ ID., *Verpleegkundige zorg en spiritualiteit*, p. 21.

²¹⁶ *Ibid.*; ID., *Verpleegkundig competentieprofiel zorg voor spiritualiteit*, p. 20.

²¹⁷ ID., *Verpleegkundige zorg en spiritualiteit*, p. 101.

²¹⁸ ID., *Verpleegkundig competentieprofiel zorg voor spiritualiteit*, p. 20.

hun (ziekte)beleving²¹⁹. Van verpleegkundigen mag verwacht worden dat ze deze signalen opmerken.

Het verzamelen van dergelijke spirituele informatie is essentieel omdat het de eerste stap is binnen het 'methodisch zorgproces'. Op basis van deze gegevens plannen verpleegkundigen de nodige interventies. De spirituele dimensie van de patiënt zou dus een wezenlijke rol mogen spelen in het anamneseproces²²⁰.

De vraag is *wel op welk moment* deze gegevens het best verzameld worden. 'Een eerste stap' lijkt immers te impliceren dat verpleegkundigen de spirituele beleving van de patiënt zouden moeten screenen gedurende een eerste gesprek bij het begin van de opname. Omwille van twee factoren is deze aanpak problematisch. Ten eerste is een vertrouwensrelatie dé voorwaarde voor spirituele communicatie, maar het opbouwen van een vertrouwensband vraagt wat groeitijd²²¹. Als tweede kunnen de noden, alsook de beleving van patiënten veranderen doorheen het ziekteproces²²². Met andere woorden, wanneer patiënten enkel aan het begin van hun opname bevraagd zouden worden, wordt enerzijds beroep gedaan op een vertrouwensband die er vaak nog niet is en anderzijds wordt de 'spirituele ontwikkeling' en de eventuele spirituele noden die ontstaan gedurende het ziekteproces van patiënten miskend. Daarom wordt het methodisch zorgproces het best beschouwd als een *cyclisch proces* dat door een continue *spirituele alertheid* van de verpleegkundige, zo nodig, telkens opnieuw wordt doorlopen²²³.

Dat verpleegkundigen op spiritueel niveau alert zijn/blijven is, volgens het onderzoek van Prins, geen evidentie. Een aantal filters zoals "geen (h)erkenning door verpleegkundigen en andere zorgverleners", "de patiënt vraagt geen begeleiding"... kunnen de lens van spirituele alertheid immers vertroebelen²²⁴. Hierdoor dreigen spirituele noden van patiënten niet of onvoldoende opgemerkt te worden²²⁵.

In sommige gevallen ontplooit spirituele communicatie zich vanzelf, waardoor de verpleegkundige snel in staat is om relevante spirituele informatie te verzamelen. Dit is het geval wanneer een patiënt zelf heel spontaan vertelt over zijn/haar spiritualiteit of wanneer een verpleegkundige ingaat op signalen die zij opmerkt en deze als aanknopingspunt voor een spiritueel gesprek gebruikt. In andere gevallen is het echter

²¹⁹ ID., *Verpleegkundige zorg en spiritualiteit*, p. 100; T. GISKE & P. H. CONE, *Discerning the Healing Path*, p. 2930.

²²⁰ ID., *Verpleegkundig competentieprofiel zorg voor spiritualiteit*, p. 97.

²²¹ ID., *Verpleegkundige zorg en spiritualiteit*, p. 21; ID., *Verpleegkundig competentieprofiel zorg voor spiritualiteit*, p. 98.

²²² Eva BUELENS & Annemie DILLEN, *Hoe doorverwijzen naar pastores in de ziekenhuiscontext?*, in *Pastorale perspectieven* 8/164 (2014) 16-21, p. 20.

²²³ R. VAN LEEUWEN & B. CUSVELLER, *Verpleegkundig competentieprofiel zorg voor spiritualiteit*, p. 96.

²²⁴ *Ibid.*, p. 98-99.

²²⁵ Liesbet VERVAECKE, *Spirit in de zorgverlening. Spirituele competenties en hun toepassingen in de praktijk*; [http://www.pastoralezorg.be/page/uitgelicht-liesbeth-vervaecke-spirituele-competencies/](http://www.pastoralezorg.be/page/uitgelicht-liesbeth-vervaecke-spirituele-competenties/) (toegang 11.10.2018).

aangewezen dat de verpleegkundige zélf een spiritueel gesprek opstart door gerichte vragen te stellen over de spiritualiteit van de patiënt.

Verschillende spirituele screeningsinstrumenten werden hiertoe ontwikkeld, bijvoorbeeld FICA, HOPE...²²⁶ Spirituele screeningsinstrumenten reiken verpleegkundigen een taal aan die hen ondersteunt bij het op gang brengen van spirituele communicatie. Bovendien maken dergelijke instrumenten verpleegkundigen in het algemeen alerter voor de spirituele dimensie van patiënten en wordt er een ruimte gecreëerd waarbinnen de patiënt kan vertellen over zijn/haar spiritualiteit en ziektebeleving²²⁷. Hierdoor kan de verpleegkundige het geloof en de spiritualiteit van de zorgvrager op het spoor komen en kunnen spirituele noden, maar ook krachtbronnen van de zorgontvanger (h)erkend worden²²⁸. Op die manier zorgt spirituele screening ervoor dat mensen die behoefte hebben aan “diepgaande spirituele zorgverlening”²²⁹ effectief ook doorverwezen worden naar een pastor²³⁰. Uiteraard is doorverwijzing niet louter afhankelijk van spirituele screening. Ook ‘spontane spirituele gesprekken’ of de intuïtie van de verpleegkundige (bv. indien een patiënt expressie geeft aan zinsdeficiëntie) kunnen aanleiding geven tot zinvolle doorverwijzingen²³¹.

Een essentieel kenmerk van de spirituele screening wordt aangereikt door Puchalski, wanneer ze aangeeft dat een spirituele screening steeds *patiënt-gecentreerd* moet zijn. Dit houdt onder meer in dat verpleegkundigen respect moeten hebben voor patiënten die liever (nog) niet willen spreken over hun spiritualiteit²³². Bovendien impliceert dit kenmerk dat spirituele screening niet mag gereduceerd worden tot het stellen en beantwoorden van standaardvragen. Met andere woorden, spirituele screening moet steeds recht blijven doen aan de ziektebeleving en het unieke levensverhaal van elke persoon²³³. In die zin worden spirituele screeningsinstrumenten beter beschouwd als referentiekaders die de spirituele gevoeligheid van verpleegkundigen ondersteunen, maar niet kunnen vervangen²³⁴. Een screeningsinstrument interpreteren als een ‘referentiekader’ impliceert ook dat een dieper gesprek, dat ontstaat vanuit de spirituele screening, niet uitgesloten mag worden²³⁵. Eva Buelens en Annemie Dillen formuleerden bovendien nog twee

²²⁶ C. PUCHALSKI, *Spirituele screening in het ziekenhuis*, p. 8.

²²⁷ A. VANDENHOECK, *Voorzichtige stappen in spirituele screening*, p. 14.

²²⁸ C. PUCHALSKI, *Spirituele screening in het ziekenhuis*, p. 8.

²²⁹ *Ibid.*, p. 9.

²³⁰ A. VANDENHOECK, *Voorzichtige stappen in spirituele screening*, p. 13.

²³¹ E. BUELENS & A. DILLEN, *Hoe doorverwijzen naar pastores in de ziekenhuiscontext?*, p. 19.

²³² C. PUCHALSKI, *Spirituele screening in het ziekenhuis*, p. 8.

²³³ E. BUELENS & A. DILLEN, *Hoe doorverwijzen naar pastores in de ziekenhuiscontext?*, p. 20.

²³⁴ René VAN LEEUWEN *et al.*, *Aspects of Spirituality Concerning Illness*, in *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 21 (2008) 482-489, p. 488.

²³⁵ A. VANDENHOECK, *Voorzichtige stappen in spirituele screening*, p. 15.

aandachtspunten waarmee rekening gehouden moet worden als we aan spirituele screening willen doen. In eerste instantie is *erkenning nodig voor bepaalde patiëntengroepen*, zoals patiënten met een verminderd bewustzijn of dementerenden, *die zelfs met behulp van spirituele screening niet bereikt kunnen worden*. Ten tweede moet er gewezen worden op het feit dat *via spirituele screening enkel de patiënt wordt bevraagd en niet de familie*. Maar wie schenkt dan aandacht aan de spirituele noden van familieleden en vrienden²³⁶?

d. Competentie 4: De verpleegkundige kan in samenspraak met de zorgvrager en in overleg met andere disciplines zorg voor de spiritualiteit van de zorgvrager afstemmen en het eigen aandeel in die zorg plannen en schriftelijk vastleggen

Nadat voldoende spirituele gegevens van de patiënt werden verzameld, dient de verpleegkundige het spiritueel functioneren van de zorgvrager schriftelijk, maar ook mondeling te communiceren. Hierbij moet ingeschat worden welke persoon het meest geschikt is om in te spelen op de spirituele noden van de patiënt. Indien nodig of gewenst kan een verpleegkundige de zorgvrager in contact brengen met een spiritueel zorgverlener of met een verpleegkundige met dezelfde levensovertuiging als die van de patiënt. Het is ook wenselijk om beroep te doen op een spiritueel zorgverlener indien de spirituele zorg die een zorgvrager nodig heeft, niet helder is²³⁷. Deze competentie zorgt ervoor dat verpleegkundigen in staat zijn om de spirituele zorg te laten aansluiten bij de spirituele noden van de patiënt²³⁸.

Het mondeling of schriftelijk formuleren van de zogenaamde “spirituele diagnose” vraagt de nodige kennis en vaardigheid. Hiervoor zouden verpleegkundigen in staat moeten zijn om een onderscheid te maken tussen *drie vormen van spiritueel functioneren in relatie tot het ziek-zijn*. Onder deze drie vormen vallen de ‘gewone spiritualiteit’, de ‘spiritualiteit van het ziek zijn’ en de ‘verstoorde spiritualiteit’.

De ‘gewone spiritualiteit’ (bv. dagelijks bidden, teksten lezen, bepaalde muziek beluisteren...) dient de nodige aandacht te krijgen, door ervoor te zorgen dat deze ‘gevoed’ en dus ook gecontinueerd blijft tijdens het verblijf van de patiënt²³⁹. De gewone spiritualiteit kan immers een krachtbron zijn bij het doorleven van het ziekteproces²⁴⁰.

²³⁶ E. BUELENS & A. DILLEN, *Hoe doorverwijzen naar pastores in de ziekenhuiscontext?*, p. 20.

²³⁷ R. VAN LEEUWEN & B. CUSVELLER, *Verpleegkundig competentieprofiel zorg voor spiritualiteit*, p. 20.

²³⁸ *Ibid.*, p. 32.

²³⁹ R. VAN LEEUWEN & B. CUSVELLER, *Verpleegkundige zorg en spiritualiteit*, p.104.

²⁴⁰ K. WAAIJMAN, *Spiritualiteit in de zorg. In de interactie tussen zorgvrager en zorgverlener*, p. 27.

Wat de ‘spiritualiteit van het ziek zijn’ betreft, wordt de verpleegkundige uitgedaagd om de spirituele noden van de zorgvrager te benoemen. Indien mogelijk wordt de patiënt betrokken in het verwoorden van zijn of haar spirituele problematiek²⁴¹. Om de benoeming van spirituele noden te faciliteren werden reeds een aantal instrumenten (standaarddiagnoses) ontwikkeld. Toch zouden verpleegkundigen er zich bewust van moeten zijn dat hun analytisch vermogen en aanvoelen niet kan en mag beperkt worden tot dergelijke standaarddiagnoses. Elke patiënt is immers verschillend, waardoor de uitdrukking die ze geven aan hun spirituele nood kan verschillen en zo mogelijk niet meteen gelinkt kan worden aan de spirituele diagnoses die vermeld staan op het instrument. Standaarddiagnoses bieden dus een houvast, maar impliceren geen pasklare spirituele diagnose voor iedere patiënt²⁴².

Bij een ‘verstoorde spiritualiteit’ wordt doorverwijzing naar een spiritueel zorgverlener heel sterk aanbevolen. Waaijman geeft aan dat een neurotische gebedspraktijk, waanbeelden, buitensporige angst voor een straffende God... voorbeelden zijn van een, wat hij noemt, “onevenwichtige spiritualiteit”²⁴³.

Om tegemoet te kunnen komen aan de ‘gewone spiritualiteit’, alsook aan de ‘spiritualiteit van het ziek zijn’, dient de zorg *resultaatsgericht* gepland te worden. Verpleegkundigen stellen zich bij het plannen van spirituele zorg dan ook idealiter de vraag: ‘welk verschil hopen we te maken voor deze patiënt?’ Met andere woorden: ‘welke (spirituele) zorgresultaten worden verwacht bij deze patiënt?’

Hierbij is het goed om het algemeen doel van spirituele zorg voor ogen te houden. Spirituele zorg wordt immers in de eerste plaats verleend om het spiritueel welzijn van de patiënt te bevorderen²⁴⁴. De manier waarop het ‘toegenomen spiritueel welzijn’ gestalte krijgt, hangt af van de spirituele noden van de patiënt. Wanneer een patiënt bijvoorbeeld aangeeft geen zin meer te ervaren in het leven, kan het spiritueel welzijn toegenomen zijn op het moment dat hij/zij expressie geeft aan de hoop die hij/zij plots weer ervaart. Wanneer een patiënt altijd maar weent, maar niet wil praten over zijn of haar zorgen, kan het spiritueel welzijn verhoogd zijn op het moment dat hij of zij de eigen gevoelens weer wil of kan uiten²⁴⁵.

Uiteraard is het belangrijk om er zich bewust van te zijn dat spirituele noden niet steeds op korte termijn en misschien zelfs helemaal niet opgelost kunnen worden. Spirituele zorg laat zich immers niet in de eerste plaats vatten in termen zoals ‘snelle

²⁴¹ R. VAN LEEUWEN & B. CUSVELLER, *Verpleegkundige zorg en spiritualiteit*, p. 104.

²⁴² *Ibid.*, p. 107.

²⁴³ K. WAAIJMAN, *Spiritualiteit in de zorg. In de interactie tussen zorgvrager en zorgverlener*, p. 28.

²⁴⁴ R. VAN LEEUWEN & B. CUSVELLER, *Verpleegkundige zorg en spiritualiteit*, p. 110.

²⁴⁵ Cf. *Ibid.*, p. 112; *Ibid.*, p. 126.

resultaten' en 'oplossingen', maar eerder in relationele termen zoals 'steunen', 'zich kunnen uiten', 'nabijheid' en 'een verschil maken voor iemand'²⁴⁶.

e. Competentie 5: De verpleegkundige kan de zorg voor de spiritualiteit van de zorgvrager uitvoeren en de zorg in samenspraak met de zorgvrager en in het (multi)disciplinair overleg evalueren

Nadat de zorgvraag vastgelegd werd en een passend (interdisciplinair) spiritueel zorgverleningsplan voor de patiënt werd opgesteld, volgt de concrete uitvoering én evaluatie hiervan. Op die manier zou de zorgvrager de spirituele zorg moeten krijgen die tegemoet komt aan zijn/haar spirituele noden²⁴⁷. Dit impliceert dat spirituele zorg steeds verleend moet worden op maat van de patiënt, wat uiteraard niet wil zeggen dat verpleegkundigen geen inspiratie kunnen halen uit de algemene spirituele zorginterventies die beschreven worden in het spiritueel competentieprofiel²⁴⁸.

De concrete uitvoering van spirituele zorgverlening door verpleegkundigen kan op verschillende manieren gestalte krijgen. De verpleegkundige zou er alvast over moeten waken dat de 'gewone spiritualiteit' van de patiënt tijdens de opname gecontinueerd blijft en dat de patiënt, indien nodig, informatie krijgt over de beschikbaarheid van spirituele zorgverlening, over de aanwezigheid van een stille ruimte en de mogelijkheid om op zondag een viering bij te wonen. Bovendien kan een verpleegkundige eerstelijns spirituele zorg in de praktijk brengen door een zekere continue "spirituele alertheid" (2.2.1.(c)). Deze spirituele alertheid zet verpleegkundigen ertoe aan om aandacht te hebben voor de gedachten en gevoelens die de patiënt ervaart met betrekking tot zijn/haar ziekteproces en het lijden dat hierdoor eventueel ervaren wordt. Hierbij zou de verpleegkundige in staat moeten zijn om in gesprek te gaan over levens-en zinsvragen en om troost te bieden. Indien nodig, zouden familieleden en/of vrienden op spiritueel niveau begeleid moeten worden. Deze begeleiding kan concreet gestalte krijgen door naar hun gevoelens/gedachten te luisteren, maar ook door hen, indien gewenst, door te verwijzen naar een spiritueel zorgverlener²⁴⁹.

Om te kunnen achterhalen of de spirituele zorg ook effectief 'een verschil' heeft gemaakt en zo een bijdrage heeft geleverd aan het spiritueel welzijn van de patiënt, moet die spirituele zorg *geëvalueerd* worden. Idealiter (en indien mogelijk) gebeurt die evaluatie in overleg met de zorgvrager. Hoe heeft deze de spirituele zorg zelf ervaren? Welke verschillen merkt hij/zij op, op spiritueel niveau? Uiteraard dienen de gewenste spirituele zorgresultaten ook als een toetssteen bij uitstek om de spirituele zorg te

²⁴⁶ *Ibid.*, p. 111; A. VANDENHOECK, *De meertaligheid van de pastor in de gezondheidszorg*, . 2.

²⁴⁷ R. VAN LEEUWEN & B. CUSVELLER, *Verpleegkundig competentieprofiel zorg voor spiritualiteit*, p. 35.

²⁴⁸ *Ibid.*, p. 113.

²⁴⁹ *Ibid.*, p. 35.

evalueren. Hoe dan ook is het belangrijk om *constant* te evalueren welk effect de spirituele zorg heeft op de patiënt en deze evaluatie niet uit te stellen tot het einde van de opname. In dit geval kan de zorg immers niet tijdig aangepast worden aan de (nieuwe) spirituele noden van de zorgvrager²⁵⁰. Of zoals hierboven reeds vermeld: spirituele zorg beweegt zich op het ritme van een *cyclisch* proces.

Uit het onderzoek van Baldacchino blijkt echter dat verpleegkundigen de neiging hebben om deze ‘evaluatiefase’, wat spirituele zorg betreft, over het hoofd te zien. In die zin gaven verschillende verpleegkundigen aan dat ze er ‘geen idee’ van hebben hoe hun eerstelijns spirituele zorg op de patiënten overkomt. Volgens de ondervraagde verpleegkundigen geven patiënten nu eenmaal geen (correcte) feedback als het gaat om de spirituele zorg die ze krijgen.... Maar Baldacchino vermoedt dat een gebrek aan reflectie op de verpleegkundige zorg, een gebrek aan training en een gebrek aan inzicht in het *continue* van spirituele zorg hierin een doorslaggevende rol speelt²⁵¹.

2.2.3. DOMEIN 3: Kwaliteitszorg en deskundigheidsbevordering

Organisaties (bv. een ziekenhuis, een bureau voor thuiszorg...) waarin verpleegkundigen werken, creëren een context waarbinnen de zorg gestalte krijgt. Deze context bepaalt grotendeels op welke manier en in welke mate verpleegkundigen eerstelijns spirituele zorg kunnen integreren in hun dagdagelijkse praktijk. Omgekeerd dragen verpleegkundigen de verantwoordelijkheid om, vanuit hun praktijkervaringen, feedback te geven aan deze organisatie en zo bij te dragen aan de kwaliteit van de zorg²⁵². In de onderstaande competentie wordt dit aspect verder uitgediept.

f. **Competentie 6: De verpleegkundige levert een bijdrage aan de kwaliteitszorg en deskundigheidsbevordering op het gebied van zorg voor spiritualiteit binnen de zorginstelling**

Zoals hierboven beknopt werd vermeld, is het niet alleen de organisatie die bepaalt op welke manier spirituele zorg geïntegreerd kan worden. Ook verpleegkundigen kunnen hierin een sturende rol spelen op basis van hun praktijkervaringen. Zij zouden immers competent moeten zijn om structurele barrières die ze ervaren bij het verlenen van spirituele zorg aan te kaarten (bijvoorbeeld gedurende intervisiegesprekken). Een ‘structurele barrière’ kan bijvoorbeeld het ontbreken van de spirituele dimensie in het (elektronisch) anamneseformulier en/of gedurende interdisciplinaire overlegmomenten zijn²⁵³. Vanuit dergelijke praktijkervaringen zouden

²⁵⁰ R. VAN LEEUWEN & B. CUSVELLER, *Verpleegkundige zorg en spiritualiteit*, p. 117.

²⁵¹ D. BALDACCHINO, *Nursing Competencies for Spiritual Care*, p. 892.

²⁵² R. VAN LEEUWEN & B. CUSVELLER, *Verpleegkundige zorg en spiritualiteit*, p. 130; K. WAAIJMAN, *Spiritualiteit in de zorg. In de interactie tussen zorgvrager en zorgverlener*, p. 22.

²⁵³ R. VAN LEEUWEN & B. CUSVELLER, *Verpleegkundige zorg en spiritualiteit*, p. 135.

verpleegkundigen beleidsaanbevelingen kunnen formuleren om spirituele zorg te faciliteren en beter te kunnen integreren.

Indien er vervolgens verbeterprojecten worden doorgevoerd, wordt van verpleegkundigen verwacht dat ze die in hun zorgpraktijk toepassen. Bovendien wordt van zorgverleners verwacht dat ze andere verpleegkundigen coachen in het verlenen van eerstelijns spirituele zorg²⁵⁴.

Bovenvermelde competenties zijn fundamenteel om een bijdrage te kunnen leveren aan de kwaliteitszorg. Hierbij mag het openstaan voor kansen om de eigen (spirituele) deskundigheid te bevorderen, niet ontbreken. Door te reflecteren over het eigen handelen, eventueel met behulp van een supervisor, wordt de kwaliteit van de spirituele zorg verhoogd²⁵⁵. Hiermee komen we opnieuw bij de eerste competentie van dit competentieprofiel uit en is de cirkel van de spirituele competenties rond.

²⁵⁴ *Ibid.*, p. 135-136.

²⁵⁵ *Ibid.*

3. Een waarderende, maar ook kritische en verrijkende blik op het spiritueel competentieprofiel

In het vorige hoofdstuk namen we het spiritueel competentieprofiel van van Leeuwen en Cusveller grondig onder de loep. In dit derde hoofdstuk geven we feedback op dit competentieprofiel. Deze feedback is tweevoudig.

In eerste instantie belichten we de **sterktes van dit competentieprofiel**. Wat kunnen we allereerst waarderen aan de inhoudelijke samenstelling van het competentieprofiel? En welke invloed heeft dit competentieprofiel gehad op opleidingen en op onderzoek?

In een tweede fase **evalueren we het spiritueel competentieprofiel naar 'volledigheid' en 'praktische haalbaarheid'**. Vanuit het perspectief van de 'eerstelijns spirituele zorgbarrières' (hoofdstuk 1), maar ook op basis van literatuur, stellen we vast dat dit spiritueel competentieprofiel nog te weinig houvast biedt aan verpleegkundigen binnen deze *hedendaagse zorgcontext*. Verpleegkundigen ervaren immers te veel barrières die niet overbrugd lijken te worden door de competenties in dit competentieprofiel. Deze vaststelling vloeide voort in een eerste onderzoeksvraag: hoe kunnen we het spiritueel competentieprofiel van van Leeuwen en Cusveller *verrijken en verbreden* opdat verpleegkundigen eerstelijns spirituele zorg zouden integreren in hun dagdagelijkse zorgpraktijk?

Als antwoord op deze eerste deelonderzoeksvraag formuleren we vijf aanbevelingen. Een aantal aanbevelingen werden reeds zeer expliciet uitgewerkt in de literatuur (3.2.2.). De meeste aanbevelingen *distilleerde* ik echter uit de literatuur en/of leidde ik af door het competentieprofiel vanuit de lens van de 'eerstelijns spirituele zorgbarrières', die verpleegkundigen ervaren *binnen deze hedendaagse zorgcontext* (hoofdstuk 1), te bestuderen en te evalueren. De vijf aanbevelingen, met aanzetten tot *verrijkende* en *verbredende* competenties, kunnen het competentieprofiel *verrijken*, omdat ze het 'potentieel'²⁵⁶ in zich dragen om ondersteuning te bieden aan verpleegkundigen zodat zij specifieke 'eerstelijns spirituele zorgbarrières' zouden kunnen overwinnen.

3.1. Waardering voor het spiritueel competentieprofiel?

Zoals bij het begin van hoofdstuk 2 reeds werd vermeld, zijn van Leeuwen en Cusveller erin geslaagd om **de beroepsverantwoordelijkheid van verpleegkundigen**, wat

²⁵⁶ Ik kies hier zorgvuldig voor het woord 'potentieel', omdat deze competenties enkel op basis van inzichten uit de literatuur samengesteld zijn, maar (nog) niet aan de praktijk getoetst werden. Met andere woorden, er is nog onderzoek nodig om uit te maken of deze competenties in de zorgpraktijk van verpleegkundigen ook daadwerkelijk een verschil kunnen maken.

spirituele zorg betreft, te **concretiseren**²⁵⁷. Dit verdient alvast de nodige waardering. Nadat Waaijman het competentieprofiel bestudeerd had, kwam hij bovendien tot de conclusie dat van Leeuwen en Cusveller **een inhoudelijk sterk competentieprofiel** samenstelden. Zij hebben immers ingezoomd op de voornaamste attitudes en handelingen (*competenties*) die wezenlijk zijn om spirituele zorg te kunnen verlenen²⁵⁸. Wat de inhoud betreft, verdient de subtiele nadruk die het competentieprofiel legt op de ‘continue spirituele alertheid’, onze bijzondere appreciatie.

Hierop aansluitend bewijst het competentieprofiel haar nut binnen **verpleegkundige opleidingen**. De attitudes en handelingen kunnen immers begrepen worden als eindtermen die studenten zouden moeten behalen gedurende de opleiding²⁵⁹. In dit verband gaven van Leeuwen en Cusveller zelfs twee concrete richtlijnen mee. Allereerst wijzen ze op het belang van ‘reflectie’. Door gedurende de opleiding de nodige reflectievaardigheden te ontwikkelen, zouden verpleegkundigen in hun praktijk in staat moeten zijn om te leren van hun ervaringen. Hiermee wordt de nadruk gelegd op de eerste competentie binnen het competentieprofiel (2.2.1.(a))²⁶⁰. Als tweede raadden ze spiritueel vormingswerkers aan om met casestudies te werken en studenten te laten oefenen via rollenspellen. Zo kunnen zij op een systematische manier (en binnen een veilige context) praktijkervaringen opdoen in het verlenen van spirituele zorg. Concreet leren studenten, dankzij dergelijke praktijkoefeningen, om spirituele uitdrukkingen van zorgvragers te (h)erkennen en hierop in te spelen met behulp van spirituele communicatievaardigheden (2.2.1.(b))²⁶¹.

Ten slotte is dit competentieprofiel **zeer invloedrijk (geweest) binnen internationaal onderzoek**. In 2006 ging Baldacchino via diepte-interviews op zoek naar de belangrijkste spirituele competenties vanuit de beleving van verpleegkundigen in Malta. Zij kwam tot de conclusie dat de competenties binnen de eerste twee domeinen van het competentieprofiel van van Leeuwen en Cusveller volgens Maltese verpleegkundigen, van fundamenteel belang zijn. Het derde domein (“kwaliteitszorg en deskundigheidsbevordering”²⁶²) werd door de verpleegkundigen niet vermeld. Dit zou te wijten zijn aan de samenstelling van de steekproef. Managers werden immers niet betrokken in het onderzoek²⁶³. In plaats daarvan werden twee alternatieve domeinen naar voor geschoven. Binnen het eerste domein stonden de competenties die verpleegkundigen nodig hebben om vlot te kunnen communiceren met patiënten, maar ook met het interdisciplinair team en met spiritueel vormingswerkers centraal.

²⁵⁷ R. VAN LEEUWEN & B. CUSVELLER, *Verpleegkundige zorg en spiritualiteit*, p. 34.

²⁵⁸ K. WAAIJMAN, *Spiritualiteit in de zorg. In de interactie tussen zorgvrager en zorgverlener*, p. 22.

²⁵⁹ *Ibid.*, p. 22.

²⁶⁰ R. VAN LEEUWEN & B. CUSVELLER, *Nursing Competencies for Spiritual Care*, p. 245.

²⁶¹ *Ibid.*

²⁶² R. VAN LEEUWEN & B. CUSVELLER, *Verpleegkundig competentieprofiel zorg voor spiritualiteit*, p.21.

²⁶³ D. BALDACCHINO, *Nursing Competencies for Spiritual Care*, p. 894.

Het tweede domein zoomt in op het bewaken van ethische kwesties in de (spirituele) zorg (1.2.8.)²⁶⁴.

In 2009 publiceerde van Leeuwen *et al.* een artikel over de tool (*spiritual care competence scale* (SCCS)) die zij ontwikkelden op basis van het spiritueel competentieprofiel van van Leeuwen en Cusveller. In het onderzoek testten zij de validiteit en betrouwbaarheid ervan bij student-verpleegkundigen. Dit instrument kan gebruikt worden om de competenties van student-verpleegkundigen te testen, maar ook om na te gaan welke spirituele competenties bij verpleegkundigen, die reeds in het werkveld staan, extra ondersteuning nodig hebben gedurende vormingen²⁶⁵. In die zin zou de tool ingezet kunnen worden om de evolutie, die verpleegkundigen doormaken dankzij trainingen, in kaart te brengen²⁶⁶.

3.2. Vijf aanbevelingen vanuit een kritische blik op het spiritueel competentieprofiel

3.2.1. Pleidooi voor het thematiseren van kennisgerichte competenties

Wanneer we het competentieprofiel van van Leeuwen en Cusveller bestuderen, is het allereerst merkwaardig dat er louter wordt gefocust op *vaardigheden*. Een aantal *vaardigheden* in dit competentieprofiel veronderstellen echter de nodige *voorkennis*. Uit onderzoek blijkt dat verpleegkundigen, in een hedendaagse zorgcontext, vaak *niet* beschikken over die nodige (voor)kennis (1.2.1.). Het gebrek aan kennis is voor hen dan ook (bewust of onbewust) een belemmering om spirituele zorg te verlenen²⁶⁷. In die zin vermoed ik dat het aangewezen is om een aantal kennisgerichte competenties op te nemen in het competentieprofiel. In wat volgt belicht ik dan ook vijf sleuteltermen die ik distilleerde uit de literatuur en die, vanuit een hedendaags verpleegkundig perspectief, van belang kunnen zijn om bepaalde vaardigheden uit het spiritueel competentieprofiel te *kunnen* bezitten en in handelingen te kunnen vertalen.

De eerste twee sleuteltermen die voor verpleegkundigen de nodige houvast kunnen bieden bij het verlenen van spirituele zorg zijn **spiritualiteit** en **spirituele zorg**. Uit de literatuur blijkt dat verpleegkundigen problemen ervaren bij het begrijpen van deze twee concepten. Dit roept uiteraard vragen op. Hoe kunnen verpleegkundigen hun eigen spiritualiteit, maar ook die van zorgvragers herkennen en hanteren (zie competentieprofiel) als het voor hen niet eens duidelijk is wat 'spiritualiteit' precies

²⁶⁴ Ewan Kelly, *Chapter 57 Competences in Spiritual Care Education and Training*, in Mark COBB, Christina M. PUCHALSKI & Bruce RUMBOLD (ed.), *Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare*, Oxford, Oxford University Press, p. 438.

²⁶⁵ René VAN LEEUWEN *et al.*, *The Validity and Reliability of an Instrument To Assess Nursing Competencies in Spiritual Care*, in *Journal of Clinical Nursing* 18 (2009), p. 2865.

²⁶⁶ E. Kelly, *Chapter 57 Competences in Spiritual Care Education and Training*, p. 438.

²⁶⁷ G. WHITE, *Talking about Spirituality in Health Care Practice*, p. 47; D. BALDACCHINO, *Nursing Competencies for Spiritual Care*, p. 889; L. ROSS *et al.*, *Factors Contributing to Student Nurses'/Midwives' Perceived Competency in Spiritual Care*, p. 450.

betekent²⁶⁸? En bovendien: hoe kunnen verpleegkundigen überhaupt spirituele zorg verlenen als ze zich hier maar weinig bij kunnen voorstellen? Een recente studie van Ross *et al.* wijst er bovendien op dat het van wezenlijk belang is dat verpleegkundigen een ‘brede kijk’ hebben op ‘spiritualiteit en spirituele zorg’. Wanneer zij spiritualiteit/spirituele zorg niet louter begrijpen in religieuze categorieën, achten zij zichzelf immers competentere om spirituele zorg te verlenen²⁶⁹.

Uiteraard hoeven we niet te verwachten van verpleegkundigen dat ze de concepten ‘spiritualiteit’ en ‘spirituele zorg’ tot in de puntjes kunnen definiëren. Zelfs onderzoekers slagen hier niet in. Bijna in elke publicatie over spiritualiteit of spirituele zorg wordt een persoonlijke omschrijving van deze begrippen gegeven. Dit is uiteraard niet zo verbazingwekkend gezien de aard van ‘spiritualiteit’. Spiritualiteit verwijst immers naar een werkelijkheid (de menselijke geest en het hetgeen ons overstijgt) die zo “complex”, “meerdere” en “ruim” is, dat ze nooit in één enkele definitie gevat *kan* worden²⁷⁰. Desondanks lijkt het me noodzakelijk dat verpleegkundigen, indien we het belangrijk vinden dat zij spirituele zorg willen/kunnen verlenen, begeleid worden in hun zoektocht naar de betekenis van spiritualiteit. Dankzij die begeleiding zouden verpleegkundigen ten minste enige notie moeten hebben van ‘een’ betekenis van spiritualiteit waarmee ze in de praktijk aan de slag kunnen²⁷¹. De consensusdefinitie over spiritualiteit, die in 2014, op internationaal niveau en dat onder leiding van Dr. Puchalski werd geformuleerd, kan alvast de nodige houvast bieden:

“Spirituality is a dynamic and intrinsic aspect of humanity through which persons seek ultimate meaning, purpose, and transcendence, and experience relationship to self, family, others, community, society, nature and the significant or sacred. Spirituality is expressed through beliefs, values, traditions and practices”²⁷².

Ook wat ‘spirituele zorg’ betreft (én de verantwoordelijkheid van verpleegkundigen binnen dit zorgterrein²⁷³), laten we verpleegkundigen beter niet tasten in het duister. Een mogelijke omschrijving van ‘spirituele zorg’ is de volgende:

Spiritual care is “meeting people where they are and assisting them in connecting or reconnecting to things, practices, ideas and principles that are at

²⁶⁸ R. VAN LEEUWEN & B. CUSVELLER, *Verpleegkundig competentieprofiel zorg voor spiritualiteit*, p.19.

²⁶⁹ L. ROSS *et al.*, *Factors Contributing to Student Nurses’/Midwives’ Perceived Competency in Spiritual Care*, p. 450; L. ROSS *et al.*, *Nursing and midwifery students’ perceptions of spirituality and spiritual care competency*, 69.

²⁷⁰ B. FERRELL & C. MUNEVAR, *Domain of Spiritual Care*, p. 67; A. VANDENHOECK, *Hoofdstuk 1 Integrale zorg en de rol van de spirituele dimensie*, p. 2.

²⁷¹ Ik gebruik hier bewust *een* betekenis van spiritualiteit, omdat *dé* betekenis slechts ‘benaderd’ kan worden.

²⁷² C. PUCHALSKI *et al.*, *Improving the Spiritual Dimension of Whole Person Care*, p. 646.

²⁷³ Deze verantwoordelijkheid zou duidelijk gemaakt kunnen worden vanuit het spiritueel competentieprofiel, maar ook door duidelijk aan te geven *wanneer* verpleegkundigen best doorverwijzen naar spiritueel zorgverleners.

*the core of their being – the breath of their life, making a connection between yourself and that person*²⁷⁴.

Een derde sleutelbegrip waar verpleegkundigen voldoende kennis over zouden moeten hebben, om spirituele zorg te *kunnen* verlenen, is de betekenis van een **spirituele nood**. Spirituele zorg is er immers op gericht om tegemoet te komen aan de spirituele noden van de patiënt en zo zijn/haar spiritueel welzijn te verhogen²⁷⁵. Dat bleek al uit de verwachtingen die in de jaren 1990 werden geformuleerd ten aanzien van verpleegkundigen²⁷⁶. Verpleegkundigen moeten immers spirituele noden van de patiënt kunnen herkennen en benoemen én moeten hun zorgplan daarop afstemmen²⁷⁷.

In dezelfde lijn staat elke competentie binnen het competentieprofiel in het teken van de spirituele noden van zorgvragers. De vaardigheid om zich bewust te zijn van de *eigen spiritualiteit*²⁷⁸, om een *veilige context te creëren* waarin op een *betrokken manier* wordt gecommuniceerd²⁷⁹, om *spirituele informatie te verzamelen*, een *zorgplan* te maken en die vervolgens *uit voeren*²⁸⁰ en om ten slotte *bij te dragen aan de kwaliteit van de zorg...*²⁸¹: elke vaardigheid is erop gericht om *attenter te zijn voor en in te spelen op* de spirituele noden van de patiënt.

Uit onderzoek blijkt echter dat het identificeren van spirituele noden, voor vele verpleegkundigen een moeilijke opgave is, omdat ze niet zeker zijn wat dit precies betekent. In die zin worden spirituele noden en religieuze noden soms met elkaar vereenzelvigd²⁸².

De betekenis van ‘spirituele noden’ kan als volgt verduidelijkt worden (zie ook inleiding): Wanneer mensen een tekort aan zin ervaren in hun leven, spreken we van *spirituele pijn*. *Spirituele noden* ontstaan vanuit dergelijke spirituele pijn (of zinsdeficiëntie) die mensen ervaren met als doel de *zin* en *betekenis* in hun leven te beschermen en/of op het spoor te komen²⁸³. Het is dan ook belangrijk dat verpleegkundigen, artsen, spiritueel zorgverleners... tegemoet komen aan deze noden. De nood aan ‘verbondenheid’, ‘controle’, ‘religie’ of om te spreken over geloof, ‘een

²⁷⁴ JS LUNN, *Spiritual Care in a Multi-Religious Context*, in *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy* 18 (2003) 153-166, p. 154.

²⁷⁵ R. VAN LEEUWEN & B. CUSVELLER, *Verpleegkundige zorg en spiritualiteit*, p. 110.

²⁷⁶ L. ROSS, *Teaching Spiritual Care*, p. 38-39.

²⁷⁷ L. ROSS, *Teaching Spiritual Care*, p. 38 -43.

²⁷⁸ R. VAN LEEUWEN & B. CUSVELLER, *Verpleegkundig competentieprofiel zorg voor spiritualiteit*, p.19.

²⁷⁹ *Ibid.*

²⁸⁰ *Ibid.*, p. 20-21.

²⁸¹ *Ibid.*, p. 21.

²⁸² Mark COBB, *The Dying Soul. Spiritual Care at the End of Life*, Buckingham, OUP, p. 90; M. de SOUZA, J. BONE & J. WATSON, *Spirituality across Disciplines*, p. 62.

²⁸³ Karlijn DEMASURE & Kristiaan DEPOORTERE, *Meestappen. Pastoraal begeleiding in moeilijke levenssituaties*, Antwerpen, Halewijn, 2001, p. 104.

positieve kijk', 'zelfwaardering'... zijn enkele van de vele voorbeelden van *spirituele noden*²⁸⁴. Bij deze voorbeelden valt op dat binnen die spirituele noden ook een specifiek 'religieuze nood' werd genoemd. Met andere woorden, spirituele noden omvatten (bij gelovige mensen) soms ook religieuze noden, maar spirituele noden kunnen niet gereduceerd worden tot religieuze noden²⁸⁵.

Indien we verwachten van verpleegkundigen dat ze patiënten tijdig kunnen doorverwijzen naar een spiritueel zorgverlener, is het ten vierde, uiteraard aangewezen dat zij enige notie hebben van de **rol van spiritueel zorgverleners vanuit verschillende tradities zoals een pastor, moreel consulent, imam, rabbijn**²⁸⁶.

Wat pastores betreft valt het op dat zij vaak vereenzelvigd worden met de kerk én dat hun takenpakket, vanuit het standpunt van zorgverleners, vaak gereduceerd wordt tot het uitvoeren van rituelen²⁸⁷. Dat deze visie op pastores bij veel verpleegkundigen leeft, blijkt uit een onderzoek waarin pastores in de eerste plaats pas worden ingeschakeld op het einde van iemands leven of wanneer verpleegkundigen expliciet ethische of religieuze noden vaststellen²⁸⁸. Dit laatste onthult dat verpleegkundigen er vaak van overtuigd zijn dat enkel gelovige patiënten (of patiënten die expliciet worstelen met het geloof) nood hebben aan pastorale zorg. Uit het PROMS-onderzoek van Snowden *et al.* (2013) blijkt echter dat spiritueel zorgverleners een verschil maken bij zowel gelovige als niet-gelovige patiënten. Deze vaststelling is dan ook van groot belang voor zorgverleners om beter te begrijpen wat de pastor in deze hedendaagse, multiculturele context kan betekenen²⁸⁹.

Bovendien hangen doorverwijzingen vaak af van subjectieve factoren. Zo zal een gelovige verpleegkundige meer doorverwijzen²⁹⁰. Pastores, maar ook spiritueel vormers, worden dan ook uitgedaagd om de pastorale beroepsidentiteit te leren verwoorden binnen een interdisciplinair team. Het focusmodel bijvoorbeeld reikt pastores hiervoor een taal aan die begrepen kan worden in context van de gezondheidszorg²⁹¹. Daarenboven blijkt uit onderzoek dat een positief contact tussen

²⁸⁴ C. Peter HERMANN, *Spiritual Needs of Dying Patients.*, p. 67-72; DEGRYSE, Liesbeth, *Spirituele screening op de afdeling Algemene Medische Oncologie, UZ Leuven* (2015); [http://www.pastoralezorg.be/cms2/uploads/elisabeth/file/uitgelicht/Liesbeth_degryse\(1\).pdf](http://www.pastoralezorg.be/cms2/uploads/elisabeth/file/uitgelicht/Liesbeth_degryse(1).pdf) (toegang 1.05.2019).

²⁸⁵ Cécile CHARBONNEAU & Bruno BÉLANGER, *Identification of Spiritual and Religious Needs of Terminally Ill Patients Receiving Palliative Home-Care*, in *Journal for the Study of Spirituality* 3 (2013) 33-45, p. 35.

²⁸⁶ A. VANDENHOECK, H. DE CLERCQ & B. FIVEZ, *Verborgen diepte. Zorgen voor de spiritualiteit van ouderen met dementie*, p. 219; J. MENTEN, *Spiritualiteit in de kliniek. Een medisch standpunt* (2016).

²⁸⁷ A. VANDENHOECK, *Mijn domein of ons domein?*, p. 21.

²⁸⁸ Urs WINTER-PFÄNDLER, Kevin FLANNELLY & Christoph MORGENTHALER, *Referrals to Health Care Chaplaincy by Head Nurses*, in *Holistic nursing practice* 25 (2011) 26-32, p. 29.

²⁸⁹ Snowden en Telfer verwezen in hun werk (Austyn SNOWDEN & Iain J M TELFER, *Patient Reported Outcome Measure of Spiritual Care as Delivered by Chaplains*, in *Journal of Health Care Chaplaincy* 23 (2017) nr. 4, p. 135) naar het onderzoek van Snowden waarin deze uitkomst werd gevonden, zie: Austyn SNOWDEN, *The construction of the Lothian PROM*, in *The Scottish Journal of Healthcare Chaplaincy* 16 (2013) 3- 13. Tot dit laatste artikel kreeg ik geen toegang.

²⁹⁰ U. WINTER-PFÄNDLER, K. FLANNELLY & C. MORGENTHALER, *Referrals to Health Care Chaplaincy by Head Nurses*, p. 29.

²⁹¹ A. VANDENHOECK, *De meertaligheid van de pastor in de gezondheidszorg*, p. 25.

de pastor en verpleegkundigen een cruciale rol speelt in de doorverwijzingen die een verpleegkundige doet naar de pastor²⁹².

Tenslotte is het, binnen de huidige multiculturele context, van belang dat verpleegkundigen over de nodige **basis**kennis beschikken omtrent de **verschillende religies**²⁹³. Van Leeuwen en Cusveller gaven zelf aan dat competenties met betrekking tot de inhoud en de noden van specifieke levensbeschouwingen weinig aandacht kregen in hun competentieprofiel. Zij pleitten dan ook voor meer onderzoek binnen dit domein²⁹⁴. Volgens Baldacchino is het belangrijk dat verpleegkundigen enige notie hebben van belangrijke (overgangs)rituelen en van de voornaamste voedingsvoorschriften om zo tegemoet te kunnen komen aan de spirituele noden van de patiënt²⁹⁵.

Uiteraard hoeven verpleegkundigen geen vermomde religiewetenschappers te worden. Patiënten verwachten dit ook helemaal niet van hen. Ze gaan liever in gesprek met een verpleegkundige die geïnteresseerd is in de eigenheid van hun spiritualiteit én die kan toegeven dat zij hier eigenlijk weinig of niets van af weet. Op die manier komt een verpleegkundige veel *authentiek* over²⁹⁶. Bovendien bestaat dé christen, dé moslim, dé jood niet. Het is dus van wezenlijk belang om vanuit een geïnteresseerde attitude het gesprek aan te gaan met patiënten die over hun *unieke geloofsbeleving* willen praten.

3.2.2. Pleidooi voor het thematiseren van *in*competenties binnen het spiritueel competentieprofiel

Het lijkt wat paradoxaal. Waarom zouden we *in*competenties integreren in een *competentieprofiel*? En bovendien: wat zijn die *in*competenties precies, als het gaat om spirituele zorgverlening?

Als we het competentieprofiel van van Leeuwen en Cusveller aandachtig bestuderen, valt het op dat elke spirituele competentie wordt voorgesteld als een *aan te leren activiteit* die verpleegkundigen zouden moeten *kunnen uitvoeren*²⁹⁷. “De verpleegkundige *kan* eigen waarden, overtuigingen (...) *hanteren*, *kan* op een betrokken wijze *communiceren*, *kan* spirituele zorg *uitvoeren*, *levert* een bijdrage...”²⁹⁸ In eerste instantie lijkt dit niet zo verbazingwekkend gezien de betekenis van een ‘competentie’. Een ‘competentie’ is volgens het woordenboek “een geïntegreerd

²⁹² U. WINTER-PFÄNDLER, K. FLANNELLY & C. MORGENTHALER, *Referrals to Health Care Chaplaincy by Head Nurses*, p. 29.

²⁹³ R. VAN LEEUWEN & B. CUSVELLER, *Verpleegkundige zorg en spiritualiteit*, p. 30.

²⁹⁴ R. VAN LEEUWEN & B. CUSVELLER, *Nursing Competencies for Spiritual Care*, p. 236.

²⁹⁵ D. BALDACCHINO, *Nursing Competencies for Spiritual Care*, p. 890.

²⁹⁶ J. CLARKE, *Spiritual Care in Everyday Nursing Practice*, p. 128.

²⁹⁷ K. WAALJMAN, *Spiritualiteit in de zorg. In de interactie tussen zorgvrager en zorgverlener*, p. 23.

²⁹⁸ R. VAN LEEUWEN & B. CUSVELLER, *Verpleegkundig competentieprofiel zorg voor spiritualiteit*, p. 30

geheel van kennis en inzicht, vaardigheden en attitudes. Het is het vermogen om beroepstaken die essentieel zijn voor een functie-rol adequaat te verrichten²⁹⁹. In die zin beschouwen we iemand als ‘competent’ als die een bepaalde werksituatie goed kan beoordelen, om vervolgens op een gepaste wijze kennis en vaardigheden *toe te passen*³⁰⁰.

Waaijman stelt deze *competentiegerichte benadering* inzake ‘spirituele zorg’ echter in vraag. Meer zelfs, hij wijst erop dat deze eenzijdige benadering, die eigen is aan de “moderne zorgcultuur”, leidt tot een “bewustzijnsvernauwing” binnen de “zorg” in het algemeen. Door ‘competenties’ het hoogste woord te geven binnen de zorg, horen zorgverleners de stille, maar wezenlijke stem van de *passieve kant van de zorg* niet meer. “Zorg wordt immers niet slechts gekenmerkt door actief kunnen (competentie), maar evenzeer door passief dulden. Zorg is actief én passief”³⁰¹.

Maar wat moeten we ons dan voorstellen bij dit ‘passief dulden’, ofwel de *passieve component van de zorg*? We noemen de *passieve component van de zorg* ‘passief’ omwille van **drie verschillende redenen**. De meest voor de hand liggende reden is dat de *passieve kant van de zorg* zich niet laat vatten in ‘doe-termen’. De *passieve component van de zorg*, en dit is dan ook een tweede kenmerk, *gebeurt* immers *aan* de verpleegkundige. Wanneer verpleegkundigen geconfronteerd worden met het lijden van zorgvragers, met hun vragen en onmacht, kunnen zij *plots* ‘geraakt worden’. Levinas omschrijft onze menselijke passiviteit tegenover het lijden als “een goddelijke zwakte in de mens, die bestaat in de onmogelijkheid onverschillig te blijven jegens de nood van de ander”³⁰². Doordat die ander hen raakt, kunnen verpleegkundigen heel wat ‘onmacht ervaren’, of het gevoel hebben dat ze ‘geen antwoorden kunnen geven’, of louter ‘lijdzaam kunnen toekijken’...³⁰³ Met andere woorden: verpleegkundigen staan *passief en lijdzaam* tegenover het lijden van hun patiënten. Als derde, voegt Waaijman hieraan toe dat verpleegkundigen het moment waarop ze ‘geraakt zullen worden’ niet kunnen plannen. Hierdoor worden verpleegkundigen telkens opnieuw *verrast* door de confrontatie met elke lijdende ander³⁰⁴.

In eerste instantie lijkt dit laatste wat naïef: is het binnen een zorgcontext dan zo ‘verrassend’ dat verpleegkundigen het lijden van anderen in de ogen zullen moeten kijken? En kunnen verpleegkundigen zich niet wat meer ‘mentaal wapenen’ tegen

²⁹⁹ *Woordenboek.org. Nederlands woordenboek*; <https://www.woorden.org/woord/competentie> (toegang 16.02.2019).

³⁰⁰ R. VAN LEEUWEN & B. CUSVELLER, *Nursing Competencies for Spiritual Care*, p. 236.

³⁰¹ K. WAAIJMAN, *Spiritualiteit in de zorg. In de interactie tussen zorgvrager en zorgverlener*, p. 20.

³⁰² *Ibid.*, p. 25.

³⁰³ *Ibid.*, p. 24.

³⁰⁴ *Ibid.*

dergelijke confrontaties? Levinas geeft hierop een passend antwoord: “De ander in zijn nood verontrust mij, spreekt mij aan, niet te ontwijken”³⁰⁵. Hierdoor raakt het gelaat van die *unieke ander* ons telkens opnieuw. Dit heeft te maken met de “goddelijke zwakte in de mens” waar hierboven naar verwezen werd³⁰⁶. En bovendien: “Wie heeft zoveel eelt op zijn ziel dat hij niet geraakt wordt als het om een leeftijdsgenoot, een collega of een klein kind gaat?”³⁰⁷

Conclusie? De passieve kant van de zorg *gebeurt aan* verpleegkundigen. “Dat de ander ons aankijkt, ons treft in zijn nood – daar kunnen we ons niet tegen weren”³⁰⁸. Op zo’n moment hebben verpleegkundigen het gevoel dat ze zo weinig “kunnen doen”. Bovendien is het moment waarop de confrontatie de verpleegkundige raakt tot in haar ziel *niet te voorzien*³⁰⁹. Dit zijn voor Waaijman voldoende redenen om te besluiten dat iedereen *incompetent* is wat de *passieve kant van de zorg* betreft³¹⁰.

Wat eerst een pleidooi leek voor de integratie van *incompetenties* binnen de *spirituele zorg*, lijkt nu eerder op een pleidooi voor de integratie van *incompetenties* in de *zorg in het algemeen*. Dit komt omdat spirituele zorg volgens Waaijman niet zomaar één dimensie *binnen de zorg* in de meest algemene zin van het woord is. In tegendeel, ‘spiritualiteit’ en ‘spirituele zorg’ zijn volgens Waaijman het kloppend hart van de zorg. Met andere woorden: de *ziel van de zorg* bestaat uit *incompetenties en spiritualiteit* (zie hoofdstuk 5 en hoofdstuk 6).

Dit vraagt wat extra verduidelijking. We stellen ons dan ook de vraag: waarom wil Waaijman deze *incompetenties* koste wat het kost integreren in het *spiritueel competentieprofiel*? Of anders geformuleerd: waarom zijn deze *incompetenties* überhaupt zo fundamenteel voor (spirituele) zorg? Het “onvermogen om onverschillig te blijven” en het “geraakt worden door het gelaat van de ander” zijn, volgens Waaijman, van fundamenteel belang om spirituele zorg én zorg in het algemeen³¹¹ te *kunnen* verlenen³¹². En dit omdat ‘passiviteit’ en dus ‘incompetentie’ **aan de basis liggen van elke (zorg)relatie**. De filosofie van Martin Buber verheldert dit. We kunnen volgens hem pas spreken over een relatie wanneer een “ik geraakt word door een jij

³⁰⁵ *Ibid.*, p. 25; Emmanuel LEVINAS, *De Dieu qui vient à l'idée*, Paris, Vrin, 1982, p. 120.

³⁰⁶ K. WAAIJMAN, *Spiritualiteit in de zorg. In de interactie tussen zorgvrager en zorgverlener*, p. 25; E. LEVINAS, *De Dieu qui vient à l'idée*, p. 118.

³⁰⁷ K. WAAIJMAN, *Spiritualiteit in de zorg. In de interactie tussen zorgvrager en zorgverlener*, p. 25.

³⁰⁸ *Ibid.*, p. 23.

³⁰⁹ *Ibid.*, p. 25.

³¹⁰ *Ibid.*, p. 23.

³¹¹ Waaijman is van mening dat spirituele zorg deel uit maakt van het hart van de zorg zelf. Hij ziet spirituele zorg dus niet als één van de vier dimensies *binnen de zorg*, maar als de ziel van de zorg zelf. Zie hiervoor: K. WAAIJMAN, *Spiritualiteit in de zorg. In de interactie tussen zorgvrager en zorgverlener*, p. 21.

Deze gedachte wordt doorgetrokken in hoofdstuk 5 en 6.

³¹² *Ibid.*, p. 25.

en waar ik ja zeg op deze aanraking”³¹³. We kunnen uiteraard ook geraakt worden door een ander en hier verder geen gehoor aan geven, zoals de priester en de Leviet deden (hoofdstuk 5: het verhaal van de barmhartige Samaritaan). Als we dat doen, riskeren we volgens Levinas onze diepmenselijke kern te verloochenen. Het gelaat van de ander doet immers beroep op onze “onafwijsbare verantwoordelijkheid” die ons ten diepste ‘mens’ maakt...³¹⁴ Bovendien is het opbouwen van een (zorg)relatie, waarin de lijdende ander ten volle wordt gerespecteerd, onmogelijk wanneer elke vorm van verantwoordelijkheid ontbreekt (bij verpleegkundigen)³¹⁵.

Het mag duidelijk zijn dat verpleegkundigen zich bewust zouden moeten worden van hun eigen ‘aanraakbaarheid en kwetsbaarheid’/*incompetenties* binnen de zorg om zo een zorgrelatie met zorgvragers op te bouwen³¹⁶. Volgens Steemers-Van Winkoop biedt een relatie immers een fundamenteel draagvlak om de spiritualiteit van de patiënt “te herkennen en te hanteren” in de zorg³¹⁷. Een **zorgrelatie tussen de verpleegkundige en de zorgvrager schept immers een wezenlijke, vertrouwelijke context waarbinnen spirituele zorg verleend kan worden**³¹⁸. En over het belang van een **relatie** als voorwaarde om spirituele zorg te kunnen verlenen, zijn van Leeuwen en Cusveller het trouwens roerend eens (2.2.1. (b/c)). Met andere woorden: pas wanneer verpleegkundigen zich écht bewust worden van hun *incompetenties*, ontstaat er een zorgrelatie, op basis waarvan zij (spirituele) zorg kunnen verlenen met behulp van hun *spirituele competenties*.

a. Illustratie van het belang van het erkennen van incompetenties

Door middel van onderstaande redenering probeer ik te verduidelijken waarom *erkenning voor en het toelaten van de eigen incompetenties* zo belangrijk is binnen de zorg. Bovendien wordt duidelijk welke impact de *miskening van deze incompetenties* heeft op de patiënt, alsook op de zorgverlener.

Het risico van een oplossings-en competentiegerichte benadering

Wanneer verpleegkundigen geconfronteerd worden met zorgvragers die lijden, zinsvragen stellen, onmacht ervaren... worden zij soms overweldigd door een gevoel van onmacht. Vanuit een oplossingsgerichte instelling, die verpleegkundigen zich reeds gedurende de opleiding eigen maken (1.1.4.), is het verleidelijk om als volgt te redeneren: wat kunnen we hier *doen*? En welke *competenties* kunnen we hiervoor

³¹³ *Ibid.*, p. 25.; cf. Martin BUBER, *Ich und Du*, Köln, Hegner, 1966, p. 18.

³¹⁴ K. WAAIJMAN, *Spiritualiteit in de zorg. In de interactie tussen zorgvrager en zorgverlener*, p. 25-26; E. LEVINAS, *De Dieu qui vient à l'idée*, p. 119.

³¹⁵ K. WAAIJMAN, *Spiritualiteit in de zorg. In de interactie tussen zorgvrager en zorgverlener*, p. 25-26.

³¹⁶ *Ibid.*, p. 23.

³¹⁷ *Ibid.*, p. 26.

³¹⁸ *Ibid.*, p. 25.

inzetten? Deze redenering heeft echter grote gevolgen, zowel voor de verpleegkundige als voor de zorgvrager die worstelt met zinsdeficiëntie. Verpleegkundigen gaan er immers, vanuit een oplossingsgerichte visie, van uit dat zij iets zouden moeten *kunnen doen*, dat ze *competentie moeten verwerven* in categorieën waarin iedereen in zekere zin *incompetent blijft*. Zo is de ervaring van onmacht en zinsdeficiëntie niet zomaar weg te werken (met behulp van *competenties*)³¹⁹. Wanneer verpleegkundigen dit toch proberen, botsen ze vaak tevergeefs op een muur van blijvende onmacht.

Het gevolg hiervan is dat sommige verpleegkundigen uitspraken van onmacht, of zinsdeficiëntie ontwijken en relativiseren. Als de patiënt zélf niet op de proppen komt met existentiële vragen, zal de verpleegkundige die uit vrees niet willen ‘oproepen’ bij de patiënt. Vragen zoals: “Hoe gaat het écht met jou?” worden dan ook liever vermeden³²⁰. Hierdoor blijft de zorgvrager geïsoleerd achter, want hij/zij wordt niet gehoord in zijn/haar onmacht³²¹. Door de emotionele afstand die op die manier ontstaat tussen de verpleegkundige en de patiënt, is er geen sprake meer van een *steunende zorgrelatie*. Hierdoor wordt spirituele zorg, en dus eigenlijk het wezen van de zorg, onmogelijk³²².

Erkenning geven aan incompetenties leidt tot een gemeenschappelijke ruimte waardoor een zorgrelatie ontstaat

Verpleegkundigen kunnen er ook voor kiezen om bij de ervaring van onmacht, hun oplossings- en competentiegerichte denken even tussen haakjes te plaatsen. Hierdoor kan de verpleegkundige er zich van bewust worden dat onmacht ervaren, alsook geen oplossingen of antwoorden weten, niet hetzelfde betekent als ‘falen’. Integendeel, wanneer verpleegkundigen hun onmacht toelaten en zich bewust zijn van hun *incompetenties*, kan onmacht volgens Marie de Hennezel fungeren als een positieve kracht³²³.

Door een gedeeld gevoel van onmacht ontstaat immers een gemeenschappelijke ruimte tussen de verpleegkundige en de zorgvrager. In deze gemeenschappelijke ruimte hoeft niets *gedaan te worden*. De verpleegkundige en de patiënt hoeven er enkel te *zijn (passief)*³²⁴. Op die manier ontstaat een echte zorg-relatie tussen de verpleegkundige en de zorgvrager. Deze zorgrelatie schept een ruimte waarin de verpleegkundige haar spirituele competenties kan inzetten. Concreet kan de verpleegkundige *ruimte geven* aan de onmacht van de patiënt, door actief te luisteren

³¹⁹ A. VANDENHOECK, *Hoofdstuk 1 Integrale zorg en de rol van de spirituele dimensie*, p. 8.

³²⁰ K. TORNØE et al., *A Mobile Hospice Nurse Teaching Team's Experience*, p. 4.

³²¹ A. VANDENHOECK, *Hoofdstuk 1 Integrale zorg en de rol van de spirituele dimensie*, p. 8.

³²² K. WAAIJMAN, *Spiritualiteit in de zorg. In de interactie tussen zorgvrager en zorgverlener*, p. 21.

³²³ M. DE HENNEZEL, *De intieme dood. Levenslessen van stervenden*, p. 93.

³²⁴ A. VANDENHOECK, *Hoofdstuk 1 Integrale zorg en de rol van de spirituele dimensie*, p. 8.

en door de patiënt aan te moedigen om zélf antwoorden te zoeken die bij hem of haar passen. De patiënt laten aanvoelen dat hij/zij niet alleen is, is hierbij van onschatbare waarde³²⁵.

Met andere woorden: pas wanneer verpleegkundigen hun *competentiegerichte denken* kunnen loslaten en hun onmacht, hun aanraakbaarheid en kwetsbaarheid onder ogen durven zien, ontstaat er in plaats van *isolement, verbondenheid*. Deze verbondenheid is een voedingsbodem voor een *steunende zorgrelatie* waarbinnen verpleegkundigen hun *spirituele competenties* in de praktijk kunnen brengen.

3.2.3. Pleidooi voor integratie van tijd-gerelateerde competenties (gezien de drukbezette zorgpraktijk)

Vele verpleegkundigen ervaren hun drukbezette zorgpraktijk als de harde realiteit die hen ervan weerhoudt om spirituele zorg te verlenen (1.1.6.). Ook in het onderzoek van Selby *et al.* bleek dat verpleegkundigen over te weinig tijd beschikten om aan spirituele zorgverlening te doen. In hun conclusie stelden de onderzoekers zich dan ook de vraag: wat kunnen we nog verwachten van verpleegkundigen, wat eerstelijns spirituele zorg betreft, binnen deze actuele zorgcontext³²⁶? Helming gaat in de introductie van haar artikel nog een stap verder door zich af te vragen of het (binnen deze drukbezette gezondheidssector) wel realistisch is dat we ervan blijven uitgaan dat verpleegkundigen spirituele zorg integreren in hun dagdagelijkse zorgpraktijk³²⁷.

Wanneer we vanuit dit perspectief naar het spiritueel competentieprofiel kijken, stellen we vast dat het spiritueel takenpakket van verpleegkundigen *tijdsintensief* is. In het onderzoek van Selby *et al.* leken verpleegkundigen (op een acute dienst weliswaar) reeds te weinig tijd te hebben om even ‘aandachtig te luisteren’, ‘aanwezig te zijn bij de patiënt’ en/of om ‘doorverwijzingen te doen naar de spiritueel zorgverlener’. De verwachtingen ten aanzien van verpleegkundigen in het spiritueel competentieprofiel liggen echter nog wat hoger. Verpleegkundigen zouden, naast bovenstaande taken, immers informatie moeten verzamelen over de ‘gewone spiritualiteit’ (2.2.1.(c)), zouden in staat moeten zijn om “spirituele noden van patiënten te benoemen” om vervolgens een plan op te stellen om tegemoet te kunnen komen aan die spirituele noden (2.2.1.(d)).

Aangezien de drukbezette context van de gezondheidszorg niet zo snel zal veranderen, is het wenselijk om gedurende trainingen, opleidingen, supervisie... *erkenning* te *geven* aan die context en hier vervolgens ook op in te spelen. Concreet

³²⁵ M. R. O'BRIEN *et al.*, *Meeting Patients' Spiritual Needs During End-of-Life Care*, p. 187.

³²⁶ D. SELBY, *et al.*, *A Qualitative Analysis of a Healthcare Professional's Understanding and Approach to Management of Spiritual Distress in an Acute Care Setting*, p. 1202-1203.

³²⁷ M. A. HELMING, *Integrating Spirituality into Nurse Practice*, p. 599.

kunnen **drie tijd-gerelateerde competenties** mogelijk houvast bieden aan verpleegkundigen bij het verlenen van spirituele zorg *binnen een drukbezette context*.

Een eerste tijd-gerelateerde competentie die ik distilleerde uit het onderzoek van Giske en Cone (2015) wordt door de bevroagde verpleegkundigen **“Discerning time”** genoemd. Deze verpleegkundigen geven, net zoals vele anderen, te kennen dat zij een hoge werkdruk ervaren in de zorg. In die zin is het volgens hen een kunst om attent te zijn voor het *moment* waarop patiënten iets van zichzelf (en van hun spirituele zorgen) willen onthullen. Het vermogen om dergelijke ‘onthullingsmomenten’ te *onderscheiden* van ‘gewone momenten’ vraagt uiteraard om een zekere alertheid van de verpleegkundige (zie 2.2.). Door deze patiënten (eventueel op een rustiger, ander moment) de nodige aandacht te geven, maken verpleegkundigen op een professionele manier gebruik van hun tijd én bieden ze ruimte aan de patiënt om zich (op spiritueel niveau) uit te drukken³²⁸. Uit onderzoek blijkt bovendien dat als verpleegkundigen de tijd vinden om naar hun patiënten te luisteren, dit hen veel voldoening geeft³²⁹.

Voorlopig is er (voor zover ik hier zicht op heb) nog geen verder onderzoek gedaan of deze competentie effectief een verschil maakt in de spirituele zorg die verpleegkundigen verlenen. Toch geven vele zorgverleners, soms impliciet, aan dat deze vaardigheid belangrijk is om spirituele zorg binnen drukke werkcontexten een plaats te geven³³⁰. De vraag blijft uiteraard wie de meest geschikte persoon is om deze vaardigheid aan te leren aan verpleegkundigen én op welke manier dit kan gebeuren. Ik vermoed dat verpleegkundigen met veel ervaring in eerstelijns spirituele zorg de meest aangewezen personen zijn om andere verpleegkundigen hierin te begeleiden. Hun verpleegkundige ervaring alsook hun ervaring om spirituele zorg, op doordachte momenten, binnen de zorg te integreren is immers een grote troef. Bovendien kunnen *good practices, casestudies* en *bedside teaching* (door een verpleegkundige) hierin vermoedelijk passende methodieken zijn (4.2.6.).

Het probleem is echter dat vele verpleegkundigen (hoe graag ze dat ook willen) niet altijd de tijd of een rustiger moment *vinden* om een spiritueel gesprek aan te gaan met hun patiënten. Dit en andere factoren zorgen ervoor dat sommige verpleegkundigen het risico lopen op een burn-out, omdat ze ervaren te weinig te kunnen betekenen voor hun patiënten³³¹. Andere zorgverleners geven dan weer aan dat het tijdsgebrek hen ervan weerhoudt om elke vorm van spirituele zorg te verlenen en wijzen dan ook elk signaal van spirituele bezorgdheid bij hun patiënten af³³².

³²⁸ T. GISKE & P. H. CONE, *Discerning the Healing Path*, p. 2930.

³²⁹ *Ibid.*, p. 2932.

³³⁰ E.A. HVIDT *et al.*, *‘We Are the Barriers’*, p. 112.

³³¹ T. GISKE & P. H. CONE, *Discerning the Healing Path*, p. 2932; N. VANLEENE, *‘Dum spiro, spero: Zolang ik ademhaal, hoop ik’*, p. 14.

³³² E.A. HVIDT *et al.*, *‘We Are the Barriers’*, p. 112-113.

Een tweede tijd-gerelateerde competentie zou verpleegkundigen dan ook tot het besef moeten brengen dat **eerstelijns spirituele zorg** niet zo zeer **uitgedrukt** hoeft te worden in termen van *kwantiteit*, maar eerder **in termen van *kwali-tijd***. Dit betekent concreet dat verpleegkundigen zich geen zorgen moeten maken wanneer ze een patiënt niet de tijd kunnen geven die ze eigenlijk zouden willen. Uit onderzoek blijkt zelfs dat patiënten dit helemaal niet verwachten van verpleegkundigen³³³. Wat wél van belang is, is dat verpleegkundigen inzien zijn dat *kleine tekenen die slechts een klein beetje extra tijd vragen én die vaak tijdens de zorg kunnen gesteld worden*, een wereld van verschil kunnen maken voor het spiritueel welzijn, alsook voor het herstelproces van de patiënt. Het gaat dan concreet om kleine tekenen van empathie, aandacht, passende en ondersteunde aanrakingen... En dit terwijl verpleegkundigen proberen om niet gehaast over te komen, maar eerder '*mindful*'³³⁴.

Het mag duidelijk zijn dat niet enkel het besef van het belang van kwali-tijd, in plaats van kwantiteit belangrijk is, maar dat verpleegkundigen ook vaardigheden zouden moeten aanleren om **op een korte tijd gestalte te kunnen geven aan die kleine tekenen van verbondenheid**. Ook hier lijken verpleegkundige rolmodellen de meest geschikte coaches. Helming voegt hier nog aan toe dat verpleegkundigen dergelijke *kleine tekenen van verbondenheid* vaak al integreren in hun praktijk en dat ze op die manier, zonder dat ze zich hier zelf bewust van zijn, reeds spirituele zorg verlenen³³⁵. Het zou dus mooi zijn indien we verpleegkundigen hiervan bewust kunnen maken en hen zo zelfvertrouwen kunnen geven op het gebied van eerstelijns spirituele zorg (6.2.2.).

Als derde zouden spiritueel vormingswerkers verpleegkundigen erop moeten wijzen dat **spirituele zorg wezenlijk deel uit maakt van de lichamelijke zorg die ze verlenen** en dat ze dus vaak niet veel extra tijd moeten spenderen aan eerstelijns spirituele zorg. Dit thema komt expliciet aan bod in hoofdstuk 6. In het volgende punt (3.2.4.) krijgen we hiervan al een voorsmaakje.

3.2.4. *Pleidooi voor erkenning van belang van 'verpleegkundige competenties' binnen eerstelijns spirituele zorg*

Clarke wijst er in haar boek op dat verpleegkundigen spirituele zorg als een 'toevoegsel' ervaren *bovenop* de zorg die ze al verlenen. De zorg op zich (die gefocust is op lichamelijke zorg), doet immers al in grote mate beroep op de verantwoordelijkheid van verpleegkundigen én is zeer arbeids- en tijdsintensief. Het is volgens haar dan ook niet verbazingwekkend dat spiritualiteit/spirituele zorg niet de

³³³ B. HUGHES et al., *Spiritual Care and Nursing. A Nurse's Contribution and Practice*.

³³⁴ M. A. HELMING, *Integrating Spirituality into Nurse Practice*, p. 601-604; M. E. MINTON et al., *A Willingness To Go There. Nurses and Spiritual Care*, p. 179.

³³⁵ M. A. HELMING, *Integrating Spirituality into Nurse Practice*, p. 601.

aandacht krijgt binnen de zorg die ze zou moeten krijgen³³⁶. In die zin pleit Clarke ervoor om spirituele zorg opnieuw de plaats te geven die ze oorspronkelijk had, met name *in het hart van de zorg zelf* (hoofdstuk 5).

In de lijn hiervan opteert ze ervoor om spirituele zorg te integreren *in* de lichamelijke zorg die verpleegkundigen verlenen³³⁷. Ze verantwoordt deze redenering op basis van de ware betekenis van ‘holistische zorg’ én geeft hierbij concrete voorbeelden. In hoofdstuk 6 wordt hier dieper op ingegaan. Wat in dit hoofdstuk vooral vermeldingswaardig is, is de kritiek die Clarke formuleert op de hedendaagse benadering van eerstelijns spirituele zorg, waar ook het spiritueel competentieprofiel van van Leeuwen en Cusveller sporen van draagt. In wat volgt belichten we haar twee kritische noten.

Als eerste punt van kritiek wijst Clarke erop dat de hedendaagse benadering van spirituele zorg te sterk **gericht is op ‘spirituele communicatie’**³³⁸. Ook de bevroegde zorgverleners in het Vlaams onderzoek van Vanleene stellen zich vragen bij deze eenzijdige focus³³⁹. En inderdaad, het spiritueel competentieprofiel focust nadrukkelijk op spirituele gespreksvaardigheden alsof spirituele zorg enkel verleend kan worden door in gesprek te gaan met de patiënt. Meer specifiek zoomt de tweede competentie van het competentieprofiel expliciet in op spirituele communicatie, maar ook de derde competentie (vragenlijsten gebruiken) en de vijfde competentie (spreken over levensvragen, luisteren, aandacht geven aan spirituele zorgen gedurende lichamelijke verzorging...) blijven consequent het belang van spirituele communicatie benadrukken³⁴⁰.

Uiteraard is communicatie binnen spirituele zorg van cruciaal belang. Dit benadrukte McCavery al toen hij aangaf dat we zonder communicatie de angsten en beweegredenen van mensen niet kunnen kennen (2.2.1(b))³⁴¹. Ook Clarke ontkent het belang van spirituele communicatie niet. Volgens haar zouden verpleegkundigen, om spirituele communicatie mogelijk te maken, een vertrouwensvolle omgeving moeten creëren (zie ook 2.2.1.(b)). Wanneer de patiënt iets wil vertellen over zijn/haar spiritualiteit stellen verpleegkundigen zich het best *geïnteresseerd* en *authentiek* op. Clarke staat echter twijfelachtig ten opzichte van het gebruik van formele screeningsinstrumenten om de spirituele noden van patiënten te beoordelen. Dergelijke instrumenten kunnen de relatie tussen de verpleegkundige en de patiënt verstoren én ze doen verpleegkundigen geloven dat ze niet in staat zijn om spirituele

³³⁶ J. CLARKE, *Spiritual Care in Everyday Nursing Practice*, p. 28.

³³⁷ *Ibid.*, p. 1-4.

³³⁸ *Ibid.*, p. 30.

³³⁹ N. VANLEENE, *‘Dum spiro, spero: Zolang ik ademhaal, hoop ik’*, p. 16.

³⁴⁰ R. VAN LEEUWEN & B. CUSVELLER, *Verpleegkundig competentieprofiel zorg voor spiritualiteit*, p. 19-21.

³⁴¹ W. MCSHERRY, *Making Sense of Spirituality in Nursing and Healthcare Practice*, p. 155.

zorg te verlenen, wanneer ze moeite hebben met het gebruik ervan. En dit terwijl verpleegkundigen er vaak wél in slagen om aan spirituele *assessment* te doen gedurende de lichamelijke verzorging. Anderzijds bewijzen spirituele screeningsinstrumenten bij sommige patiënten toch hun nut³⁴².

Ondanks het feit dat Clarke wel degelijk een plaats toekent aan spirituele communicatie binnen eerstelijns spirituele zorg, is ze van mening dat eerstelijns spirituele zorg van verpleegkundigen niet *kan* en *mag* beperkt worden tot ‘spirituele communicatie’. En dit omwille van twee redenen.

Allereerst omdat sommige patiënten met wie verpleegkundigen in contact komen niet (meer) over voldoende cognitieve vaardigheden beschikken om na te denken over hun spiritualiteit, laat staan om hierover in gesprek te gaan³⁴³. Er zijn ook patiënten die zich verbaal onvoldoende of helemaal niet kunnen uitdrukken...³⁴⁴ Heeft deze patiëntengroep dan geen recht op spirituele zorg?

Een tweede reden om eerstelijns spirituele zorg niet te reduceren tot ‘spirituele *communicatie*’ komen we op het spoor wanneer Clarke wijst op de *kernactiviteiten/kernvaardigheden* van verpleegkundigen. In dit verband geeft ze immers aan dat ‘spirituele communicatie’, maar ook ‘communicatie’ in het algemeen geen deel uitmaakt van hun *kernvaardigheden*. Verpleegkundigen bevinden zich immers in een unieke positie: zij nemen de *lichamelijke zorg* van patiënten op zich. Doorheen die *lichamelijke verzorging* kunnen zij, door middel van kleine tekenen, de waardigheid van de patiënt versterken om zo gestalte te geven aan spirituele zorg (hoofdstuk 6)³⁴⁵. Bovendien bouwen verpleegkundigen, gedurende de *lichamelijke zorgen*, een *relationele band* op met de patiënt. Deze *relationele band* zorgt ervoor dat patiënten zich vrij voelen om expressie te geven aan hun spirituele noden. Clarke wijst er in die zin zelfs op dat die relationele band *op zich*, alsook de *zorg*, de *compassie*, de *aanraking*... reeds als spirituele zorg beschouwd mogen worden. Met andere woorden, de *relationele band* is niet louter een *mogelijkheidsvoorwaarde* tot spirituele zorg (2.2.1. (b)), maar *is* reeds ten volle ‘spirituele zorg’³⁴⁶ (zie hoofdstuk 6).

Wanneer we spirituele zorg echter reduceren tot ‘spirituele *communicatie*’ dan verwachten we van verpleegkundigen dat ze zichzelf forceren om te doen waar een spiritueel zorgverlener zich voornamelijk op focust³⁴⁷. Hierdoor vergeten we dat verpleegkundigen hun *specifieke verpleegkundige vaardigheden (lichamelijke zorg en*

³⁴² J. CLARKE, *Spiritual Care in Everyday Nursing Practice*, p. 128-131; Eva BUELENS & Annemie DILLEN, *Hoe doorverwijzen naar pastores in de ziekenhuiscontext?*, in *Pastorale perspectieven* 8/164 (2014).

³⁴³ *Ibid.*, p. 30.

³⁴⁴ N. VANLEENE, *Dum spiro, spero: Zolang ik ademhaal, hoop ik*, p. 16.

³⁴⁵ J. CLARKE, *Spiritual Care in Everyday Nursing Practice*, p. 192.

³⁴⁶ *Ibid.*, p. 32.

³⁴⁷ *Ibid.*, p. 31.

relatie) kunnen aanwenden om spirituele zorg te verlenen. Het is dan ook niet verwonderlijk dat verpleegkundigen zich vaak onbekwaam voelen om spirituele zorg te verlenen, want ze herkennen in hun eigen *lichamelijke zorg en relationele omgang met patiënten* niets van wat 'spirituele zorg' zou 'moeten' zijn volgens die hedendaagse benadering³⁴⁸. Bovendien, en dat is toch wel een wezenlijk argument, leggen vele patiënten de nadruk op kwaliteitsvolle, liefdevolle *zorg*, in plaats van op 'spirituele communicatie' wanneer hen gevraagd wordt wat zij verwachten van de spirituele zorg die verpleegkundigen verlenen³⁴⁹.

Als tweede kritiekpunt op de hedendaagse benadering van spirituele zorg, merkt Clarke op dat er een **probleemoplossende, rationele benadering** wordt gehanteerd om de spirituele dimensie van mensen te ondersteunen. Zo wordt de cyclus van de verpleegkundige zorg (beoordelen, doelen stellen, plannen, interventies uitvoeren en evalueren) getransponeerd naar de spirituele zorg. Deze probleemoplossende "mantra" kan ook herkend worden in het spiritueel competentieprofiel van van Leeuwen en Cusveller (zie competentie 3, 4 en 5). Clarke stelt zich hierbij echter de vraag of zo'n probleemoplossende benadering wel geschikt is om gestalte te geven aan de zorg voor de spirituele dimensie van mensen. Deze dimensie wordt immers gekenmerkt door irrationaliteit, mysterie en persoonlijkheid³⁵⁰.

Clarke is niet de enige die huiverachtig staat tegenover een oplossingsgerichte benadering wat spirituele zorg betreft. Ook Nettleton definieert de tendens om spirituele zorg te verlenen door middel van de probleemoplossende mantra (beoordelen, doelen stellen, plannen, interventies uitvoeren en evalueren) als volgt: it's "the creeping medicalization of phenomena"³⁵¹. Parallel hiermee beweert Walter: "The great spiritual teachers of the world would surely turn in their graves to hear spirituality turned into a discourse of clients, needs, goals, care plans and outcomes!"³⁵²

In de lijn hiervan bekritiseert Clarke de **gerichtheid op spirituele noden**. De bevroegde zorgverleners uit het Vlaamse onderzoek van Vanleene geven in die zin aan dat we vaak vergeten om de **spirituele krachtbronnen** van patiënten te achterhalen en te ondersteunen³⁵³. Doordat we te veel focussen op de *noden* van mensen, riskeren we hen als 'objecten' te benaderen. Volgens Clarke staat deze visie een positieve

³⁴⁸ *Ibid.*, p. 31.

³⁴⁹ *Ibid.*, p. 29.

³⁵⁰ *Ibid.*, p. 28.

³⁵¹ S. NETTLETON, *The Sociology of Health and Illness*, Cambridge, Polity Press, 2002, p. 157.

³⁵² Tony WALTER, *The Ideology and Organisation of Spiritual Care. Three Approaches*, in *Palliative Medicine* 11 (1997) 21-30, p. 27.

³⁵³ N. VANLEENE, *'Dum spiro, spero: Zolang ik ademhaal, hoop ik'*, p. 16.

relatie in de weg. En laat het nu net die *relatie* zijn die wezenlijk is voor verpleegkundige én eerstelijns spirituele zorg³⁵⁴.

Uiteraard mogen we niet vergeten hoe belangrijk het is dat verpleegkundigen attent zijn voor de spirituele noden van de patiënten. Van verpleegkundigen wordt (op internationaal niveau) niet zomaar verwacht dat ze de spirituele noden van hun patiënten detecteren om vervolgens zo veel mogelijk tegemoet te komen aan die noden (zie hoofdstuk 2: inleiding)³⁵⁵. En deze verwachting wil Clarke ook helemaal niet minimaliseren. Ook zij speelt in haar boek in op manier waarop verpleegkundigen de spirituele noden van patiënten kunnen achterhalen via spirituele communicatie³⁵⁶. Toch is het belangrijk dat we attent zijn voor de boodschap achter haar oproep. En die boodschap lijkt me drievoudig.

De eerste boodschap heeft betrekking op *de lens waardoor we naar patiënten kijken*. We zouden er immers over moeten waken dat we patiënten niet reduceren tot *objecten* met een waaier aan noden zonder meer. In die zin is het van wezenlijk belang dat we patiënten blijven benaderen als ‘subjecten’ met wie we in *relatie* treden om hen zo op een persoonlijke manier te ontmoeten (6.2.1.)³⁵⁷.

Dit relationele aspect is dan ook een tweede thema dat Clarke lijkt te belichten. “Nurses and midwives learn about patients’ hopes, dreams, expectations, values, beliefs and how they live out their beliefs through getting to know them and relating to them as persons”³⁵⁸. Door te wijzen op het *relationele aspect* hoopt ze vermoedelijk de puur systematische, rationele manier waarop verpleegkundigen pogen om spirituele noden te achterhalen, te doorbreken. Hierdoor wordt spirituele zorg trouwens dichterbij gebracht bij de *relationele aard* van verpleegkundige zorg (6.1.2.).

En wie zijn de verpleegkundigen dan binnen dit geheel? Verpleegkundigen zouden zichzelf, volgens Clarke, en dat is dan ook het derde thema dat we kunnen distilleren uit haar boodschap, moeten beschouwen als ‘tochtgenoten’³⁵⁹. Met andere woorden, verpleegkundigen zijn niet zozeer degenen die alle *problemen oplossen* en steeds *tegemoet komen aan elke (spirituele) nood* van de patiënt. Verpleegkundigen zijn eerder ‘medestanders’, ‘compagnons’ gedurende de reis van de patiënt naar genezing, herstel of gedurende het proces van het loslaten van het leven...³⁶⁰ Dit betekent dat ook zij niet altijd antwoorden weten, dat ze ook onmacht ervaren en dit gevoel ook toelaten (3.2.2.).

³⁵⁴ J. CLARKE, *Spiritual Care in Everyday Nursing Practice*, p. 27-29.

³⁵⁵ L. ROSS, *Teaching Spiritual Care*, p. 38-39.

³⁵⁶ J. CLARKE, *Spiritual Care in Everyday Nursing Practice*, p. 127-131.

³⁵⁷ *Ibid.*, p. 29.

³⁵⁸ *Ibid.*, p. 128.

³⁵⁹ *Ibid.*, p. 128.

³⁶⁰ *Ibid.*, p. 27; *Ibid.*, p. 33; *Ibid.*, p. 128.

3.2.5. *Pleidooi voor integratie van competenties, specifiek verwacht van verpleegkundigen die de leiding nemen op het gebied van spirituele zorg (spiritueel ankerfiguur)*

In deze laatste pijler pleiten we ervoor om competenties te integreren in het spiritueel competentieprofiel die verpleegkundigen, die de leiding nemen op het gebied van spirituele zorg, zouden moeten bezitten. Dergelijke verpleegkundigen noemen we in deze masterproef een ‘spiritueel ankerfiguur’.

Gedurende mijn literatuurstudie kon ik hier weinig expliciete informatie over vinden. Giske en Cone pleiten wel voor sterke verpleegkundige leiders op het gebied van spirituele zorg en ook White spreekt over ‘verpleegkundige adviseurs’ binnen dit domein³⁶¹. Om, op basis van de bevindingen binnen deze thesis, te achterhalen over welke competenties deze ‘spiritueel ankerfiguur’ het best zouden beschikken, schuiven we drie argumenten naar voor die kunnen staven waarom een verpleegkundige als ‘spiritueel ankerfiguur’ van belang kan zijn op een afdeling.

Een eerste argument ligt voor de hand: sommige verpleegkundigen hebben nu eenmaal meer persoonlijke affiniteit met spiritualiteit dan andere. Die persoonlijke affiniteit heeft een grote impact op de kwaliteit en diepgang van de eerstelijns spirituele zorg die verpleegkundigen verlenen³⁶². Het spreekt dus voor zich dat een ‘spiritueel ankerfiguur, die er uiteraard vrijwillig voor kan kiezen om ‘spiritueel ankerfiguur’ te worden, zou moeten beschikken over een **sterke gevoeligheid voor spiritualiteit**. Bovendien probeert de ‘spiritueel ankerfiguur’ deze gevoeligheid idealiter te integreren in het eigen leven, alsook in de eigen zorgpraktijk (met behulp van de competenties van van Leeuwen en Cusveller én de competenties die in de hierboven vermeldde pijlers toegelicht werden).

Een tweede argument ontdekken we opnieuw in het competentieprofiel zelf. Competentie 6 (2.2.3.(f)) schrijft immers voor dat verpleegkundigen in staat zouden moeten zijn om andere verpleegkundigen te coachen in het verlenen van eerstelijns spirituele zorg³⁶³. Gezien het eerste argument, én gezien het feit dat verpleegkundigen moeten kunnen groeien in dit luik van de zorg (1.2.9.), lijkt het me aangewezen dat een ‘spiritueel ankerfiguur, als ‘expert in eerstelijns spirituele zorg’, deze competentie op zich neemt. Met andere woorden, de ‘spiritueel ankerfiguur’ kan een **coachende rol opnemen** binnen het team wat eerstelijns spirituele zorg betreft.

³⁶¹ T. GISKE & P. H. CONE, *Discerning the Healing Path*, p. 2933; G. WHITE, *Talking about Spirituality in Health Care Practice*, p. 48.

³⁶² B. DEKONINCK *et al.*, *Spiritual Care Practices of Advanced Practice Nurses. A Multinational Study*, p. 539; L. ROSS, *Spiritual Care. The Nurse's Role*, p. 35.

³⁶³ R. VAN LEEUWEN & B. CUSVELLER, *Verpleegkundig competentieprofiel zorg voor spiritualiteit*, p. 21.

Om deze coachende rol concreet vorm te geven kan *bedside teaching* (4.2.6.) allereerst heel inspirerend zijn³⁶⁴. Hierbij zou de spiritueel ankerfiguur ervoor kunnen zorgen dat nieuwe verpleegkundigen getraind worden in het verlenen van spirituele zorg³⁶⁵.

Als tweede kan de spiritueel ankerfiguur ook het *voortouw nemen in de 'verbetertrajecten' die worden doorgevoerd* om de spirituele zorg op de afdeling beter te integreren in de zorg³⁶⁶.

Als derde zou de spiritueel ankerfiguur erover kunnen waken dat de *spirituele dimensie voldoende aandacht krijgt gedurende het interdisciplinair overleg* en dat er ook *in de uitvoering voldoende compassievolle aandacht wordt gegeven aan spirituele noden en krachtbronnen van patiënten*. In hoofdstuk 4 zullen we zien dat de pastor in het opvolgingsproject van Frieda Boeykens deze taak op zich neemt (4.1.4.). Aangezien een pastor niet op elke afdeling én bij elk interdisciplinair overleg aanwezig kan zijn, kunnen 'spiritueel ankerfiguren' hierin een zeer waardevolle rol spelen. Of er voldoende compassievolle aandacht is voor de spirituele dimensie van patiënten kan de spiritueel ankerfiguur bovendien aftoetsen door de spirituele observaties op te volgen in het elektronisch patiëntendossier (indien hiervoor ruimte is voor verpleegkundigen), maar ook door binnen het team goed te observeren.

Als vierde kan de spiritueel ankerfiguur het voortouw nemen in het *vergroten van de innerlijke ruimte* van de verpleegkundigen binnen het team (4.1). Concreet zou de spiritueel ankerfiguur het initiatief kunnen nemen om in gesprek te gaan met individuele verpleegkundigen of met het team om zo te polsen naar de beleving van de verpleegkundigen bij een bepaalde casus. Giske en Cone geven in die zin aan dat een sterke leider ervoor kan zorgen dat de maturiteit van de verpleegkundigen binnen het team vergroot én dat op die manier de bereidwilligheid om spirituele zorg te verlenen kan toenemen³⁶⁷. En zoals we in hoofdstuk 1 hebben gezien is 'bereidwilligheid' van groot belang om eerstelijns spirituele zorg te verlenen (1.3.2.).

Veel verpleegkundigen ervaren een 'gebrek aan spirituele gedragenheid binnen het team' als een grote barrière die hen ervan weerhoudt om spirituele zorg te blijven verlenen (1.1.5.). Wie weet kan de 'spirituele ankerfiguur' door zijn/haar coachende houding deze barrière overbruggen. Verder onderzoek is hiervoor aangewezen. Hoe dan ook zijn we er ons van bewust dat het tot stand brengen van 'spirituele gedragenheid binnen een team' tijd vraagt én dat de medewerking en openheid van

³⁶⁴ K. TORNØE *et al.*, *A Mobile Hospice Nurse Teaching Team's Experience*, p. 1.

³⁶⁵ G. WHITE, *Talking about Spirituality in Health Care Practice*, p. 48.

³⁶⁶ R. VAN LEEUWEN & B. CUSVELLER, *Verpleegkundig competentieprofiel zorg voor spiritualiteit*, p. 21.

³⁶⁷ T. GISKE & P. H. CONE, *Discerning the Healing Path*, p. 2933.

teamleden een cruciale rol speelt. In die zin kunnen en mogen we niet alle druk op de schouders van de ‘spiritueel ankerfiguur’ leggen.

Dit brengt ons bij een derde en laatste argument dat aantoont dat een ‘spiritueel ankerfiguur’ een wezenlijke rol kan spelen in de integratie van eerstelijns spirituele zorg. In een tweede onderdeel van de zesde competentie wordt vermeld dat verpleegkundigen in staat zouden moeten zijn om “werkproblemen op het gebied van de zorg voor spiritualiteit aan zorgvragers” aan te kaarten³⁶⁸. Ik vermoed dat ook hier de ‘spiritueel ankerfiguur’ een **leidende rol** kan spelen door **problemen die zorgverleners op zijn/haar afdeling ervaren te signaleren aan de ziekenhuispastor**³⁶⁹.

Ook Giske en Cone verwijzen bij deze competentie naar verpleegkundige leiders (binnen spirituele zorg)³⁷⁰. De spiritueel ankerfiguur heeft immers een extra grote gevoeligheid én expertise binnen eerstelijns spirituele zorg waardoor deze (vanuit de waarde die hij/zij hecht aan spirituele zorg - zie argument 1) ook sneller initiatief zal nemen om iets aan deze problemen te doen. In die zin kan de spiritueel ankerfiguur gevoelens van weerstand, onkunde of onwetendheid die hij/zij opmerkt bij het team aan de orde stellen bij de pastor waarna initiatieven genomen kunnen worden (bv. een spirituele vorming (hoofdstuk 4), invoering van het gebruik van een vereenvoudigd spiritueel screeningsinstrument, speelse reminders aan spirituele zorg...). Bovendien zou de spiritueel ankerfiguur een *vertrouwenspersoon* voor de verpleegkundigen van het team kunnen zijn, met wie zij hun worstelingen die verband houden met eerstelijns spirituele zorg kunnen delen. Ook deze worstelingen kan de spiritueel ankerfiguur aankaarten bij de pastor die verdere stappen kan ondernemen...

Besluit

In dit derde hoofdstuk hebben we een waarderende, maar ook kritische blik geworpen op het spiritueel competentieprofiel van van Leeuwen en Cusveller. We zijn enerzijds tot de vaststelling gekomen dat het spiritueel competentieprofiel *waardering* verdient omwille van vier redenen. Allereerst biedt het competentieprofiel een schematische, bevattelijke weergave van de beroepsverantwoordelijkheid van verpleegkundigen wat eerstelijns spirituele zorg betreft. Als tweede is die bevattelijke weergave nog eens inhoudelijk sterk ook. Zo sterk zelfs dat het competentieprofiel, als derde, binnen opleidingen de nodige houvast kan bieden én dat ze, als vierde, haar sporen naliet binnen internationaal onderzoek.

³⁶⁸ R. VAN LEEUWEN & B. CUSVELLER, *Verpleegkundig competentieprofiel zorg voor spiritualiteit*, p. 21.

³⁶⁹ G. WHITE, *Talking about Spirituality in Health Care Practice*, p. 48.

³⁷⁰ *Ibid.*

Anderzijds werden binnen de literatuur expliciete of impliciete kritiekpunten geformuleerd op het spiritueel competentieprofiel. Op basis van deze kritiekpunten, maar ook vanuit de barrières die verpleegkundigen ervaren bij het verlenen van eerstelijns spirituele zorg (hoofdstuk 1), formuleerden we dan ook vijf aanbevelingen die het spiritueel competentieprofiel zouden kunnen *verrijken*, maar ook *verbreden*.

De integratie van kennisgerichte competenties (3.1.1.), *incompetenties* (3.1.2.) en tijd-gerelateerde competenties (3.1.3.), kunnen beschouwd worden als *verrijkende spirituele competenties*. De twee daaropvolgende competenties noemen we eerder *verbredende spirituele competenties* omdat ze telkens ingaan op specifieke aspecten binnen het competentieprofiel en deze competenties *in een breder denkkader* plaatsen. Zo pleitte Clarke (3.2.4.) ervoor om de hedendaagse benadering van eerstelijns spirituele zorg door verpleegkundigen (die vaak beperkt blijft tot *spirituele communicatie*) te verbreden. *Lichamelijke zorg* en de *zorgrelatie* bieden volgens haar belangrijke aanknopingspunten tot het verlenen van eerstelijns spirituele zorg (hoofdstuk 6). Bovendien lieten we drie spirituele competenties aan bod komen waarover enkel een 'spiritueel ankerfiguur' zouden moeten beschikken (3.2.5.).

Volgens Ewan Kelly biedt een lijst met spirituele competenties (hoofdstuk 2 en 3.2.) echter onvoldoende ondersteuning aan verpleegkundigen in het verlenen van spirituele zorg. Verpleegkundigen moeten immers capabel zijn om met complexe situaties om te gaan. Hiervoor is spirituele vorming noodzakelijk³⁷¹. Bovendien wordt de nood aan een spirituele vorming sterk bevestigd doordat vele verpleegkundigen het gebrek aan training als één van de belangrijkste barrières aanduiden die hen ervan weerhoudt om spirituele zorg te verlenen (1.1.8.). In 'deel 2' van deze thesis (hoofdstuk 4) gaan we dan ook dieper in op de concrete opbouw van spirituele vormen en zoeken we naar wezenlijke pijlers, die ervoor kunnen zorgen dat verpleegkundigen op een continue én kwaliteitsvolle manier, eerstelijns spirituele zorg verlenen.

³⁷¹ E. Kelly, *Chapter 57 Competences in Spiritual Care Education and Training*, p. 438.

Deel 2: Op zoek naar spirituele vormingselementen op maat

Welke elementen zijn essentieel binnen spirituele vormingen opdat verpleegkundigen op een *continue* en *kwaliteitsvolle manier* eerstelijns spirituele zorg zouden integreren in hun dagdagelijkse zorgpraktijk?

4. Eerstelijns spirituele vorming voor verpleegkundigen - op zoek naar wezenlijke stapstenen tot blijvende kwaliteitsvolle eerstelijns spirituele zorg

Om ervoor te zorgen dat verpleegkundigen eerstelijns spirituele zorg kunnen verbinden met hun dagdagelijkse zorgpraktijk is 'spirituele vorming' noodzakelijk (1.1.8.)³⁷². De vraag is dan ook: **welke elementen zijn essentieel binnen spirituele vormingen opdat verpleegkundigen op een *continue* en *kwaliteitsvolle manier* eerstelijns spirituele zorg zouden integreren in hun dagdagelijkse zorgpraktijk?** Of concreter: welke *inhoud* dient aan bod te komen? Welke *doelen* worden het best nagestreefd? Welke *methodieken* worden het best gehanteerd? En tenslotte: in welke mate kunnen deze *drie aspecten de barrières die verpleegkundigen ervaren* (hoofdstuk 1) overbruggen?

Om deze vragen te beantwoorden bestuderen we in een eerste stap het vormingstraject voor eerstelijns spirituele zorg van Frieda Boeykens als een voorbeeld van *good practice*. Zij ontwikkelde dit project voor de palliatieve zorgeenheid De Haven in het AZ Sint-Blasius in Dendermonde. Boeykens heeft haar vorming niet gebaseerd op het competentieprofiel van van Leeuwen en Cusveller en ze richtte zich specifiek tot verpleegkundigen in de palliatieve zorg³⁷³. Toch hebben we ervoor gekozen om haar vormingstraject als casestudie te bestuderen binnen deze thesis (die zich richt op algemene verpleegkunde) omdat de doelen en de methodieken die zij vooropstelt ook inspirerend en vernieuwend kunnen zijn voor spiritueel vormingswerkers die verpleegkundigen willen vormen *buiten* de palliatieve context. In wat volgt geef ik dit vormingsproject (op basis van gekregen documenten³⁷⁴ en een gesprek³⁷⁵) in een verslag weer.

In een tweede stap reflecteren we, op basis van deze casus, die we toetsen aan de literatuur, over de meest wezenlijke elementen binnen een spirituele vorming. Concreet formuleren we, onder de vorm van acht pijlers, een antwoord op de hierboven gestelde onderzoeksvraag. We hopen dat deze pijlers spiritueel vormingswerkers (waaronder ook zorgpastores) op weg kunnen zetten om kwaliteitsvolle spirituele vormingen aan te bieden aan verpleegkundigen. Verpleegkundigen, die na deze vorming, op hun beurt kwaliteitsvolle eerstelijns spirituele zorg zullen (blijven) verlenen aan hun patiënten.

³⁷² E. Kelly, *Chapter 57 Competences in Spiritual Care Education and Training*, p. 438.

³⁷³ Frieda BOEYKENS, *Projectvoorstel. Vormingsproject eerstelijns spirituele zorg (PZO)* (2018); http://www.palliatief.be/accounts/143/attachments/Prijs%20Passie%20voor%20palliatieve%20zorg/vormingsproject_1stelijns_spirituele_zorg_pze.pdf (toegang 21.03.2019).

³⁷⁴ F. BOEYKENS, *Projectvoorstel. Vormingsproject eerstelijns spirituele zorg (PZO)*; ID., *Spirituele zorg op de palliatieve eenheid – Het diamantmodel in de praktijk* (zie bijlage 2).

³⁷⁵ Op 18 maart 2019 ging ik in gesprek met Frieda Boeykens om het vormingstraject, vanuit haar ervaring (én een half jaar na het geven van de vorming) te beluisteren.

4.1. Casusbespreking: “Het diamantmodel in de dagelijkse praktijk van de palliatieve zorgseenheid De Haven, AZ Sint-Blasius”³⁷⁶

“Drie gebeurtenissen liggen aan de basis van het *ontstaan* van het project. Als eerste werd, toen ik net kwam werken in het AZ Sint-Blasius, de kwaliteit van de zorg in de palliatieve zorgseenheid gemeten. Toen bleek vooral spirituele zorg lagere cijfers te krijgen. Als tweede werd in 2011 het Klinisch Werkstation³⁷⁷ ingevoerd in het AZ Sint-Blasius, waarin het diamantmodel werd verwerkt op basis waarvan verpleegkundigen spirituele observaties konden noteren. Als derde kreeg ik de vraag vanuit het beleid of ik hier ook mee wou werken, want de JCI³⁷⁸ raadde dit aan. Vanuit de KWS- implementatieploeg van ons ziekenhuis kreeg ik te horen: “je moet het maar eens uitleggen”. Een eerste keer heb ik dat ook zo gedaan, maar dat werkte natuurlijk niet...”³⁷⁹

4.1.1. *Diamantmodel als inhoudelijk ankerpunt*

Inhoudelijk steunt dit vormingstraject op het **diamantmodel** (zie bijlage 3) dat in het AZ Sint-Blasius gebruikt wordt als een tool om aan spirituele screening te doen³⁸⁰. Dit model werd ontwikkeld door Carlo Leget. Hij baseerde zich hiervoor op de middeleeuwse ‘ars moriendi’, wat letterlijk “kunst van het sterven” betekent³⁸¹. De ‘ars moriendi’, afkomstig uit de katholieke traditie, had als doel katholieken tijdens de laatste fase van hun leven te begeleiden. In de middeleeuwen werd er immers van uitgegaan dat stervenden moesten weerstaan aan vijf verleidingen (“ongeloof”, “wanhoop”, “gierigheid”, “hoogmoed” en “ongeduld”) om een plaats in de hemel te verdienen³⁸². Om aan deze verleidingen te weerstaan, kreeg de stervende mens gelukkig de steun van engelen en heiligen die hem de weg van de deugden toonden. Deze vijf deugden zijn: “geloof”, “hoop”, “liefde”, “nederigheid” en “geduld”³⁸³. Idealiter bereidde de mens zich echter al *gedurende het leven* voor op zijn stervensproces door zich bewust te richten op deze vijf deugden. De ‘ars moriendi’ was

³⁷⁶ F. BOEYKENS, *Projectvoorstel. Vormingsproject eerstelijns spirituele zorg (PZO)*.

³⁷⁷ Het klinisch werkstation (KWS) is een elektronisch patiëntendossier ontworpen door Nexuz Health (Leuven). Voor deze beschrijving zie: *Nexuzhealth*; <https://nexuzhealth.be/> (toegang 11.05.2019).

³⁷⁸ JCI staat voor de “Joint Commission International”. Deze organisatie bepaalt op internationaal niveau de ‘normen’ (JCI standards) wat de kwaliteit van de zorg en de patiëntveiligheid betreft. Indien een zorginstelling voldoet aan deze hoge kwaliteitseisen reikt JCI een ziekenhuisaccreditering uit. Voor deze beschrijving zie: *JCI-accreditering* (juni 2018); <https://www.uzleuven.be/jci> (toegang 27.03.2018).

³⁷⁹ Gesprek met Frieda Boeykens, 18/03/19.

³⁸⁰ UZ Leuven was de eerste die het diamantmodel in samenwerking met Carlo Leget (de bedenker van het model) inzette als spirituele checklist. Zie hiervoor: C. LEGET, *Naar een ‘spirituele checklist’ in een palliatieve zorgseenheid...*, p. 19-28.

³⁸¹ Carlo LEGET, *Ruimte om te sterven. Een weg voor zieken, naasten en zorgverleners*, Tielt, Uitgeverij Lannoo, 2003, p. 17-18.

³⁸² C. LEGET, *Ruimte om te sterven. Een weg voor zieken, naasten en zorgverleners*, p. 18-19.

³⁸³ *Ibid.*, p. 18-19.

dan ook bedoeld voor élke mens (wat zijn levensfase ook mocht zijn)³⁸⁴. *Ars vivendi* en *ars moriendi* lagen in die zin in het verlengde van elkaar.

Na de 15^{de} eeuw bleek dit model niet meer te passen binnen de moderne cultuur³⁸⁵. Leget ontdekte echter dat de thema's die aan bod komen in de 'ars moriendi' nog steeds een belangrijke rol spelen gedurende het stervensproces van iedere mens (wat zijn levensbeschouwing ook mag zijn). Hij koos er dan ook voor om het model te actualiseren³⁸⁶. Leget merkte immers op dat er binnen de moderne (zorg)cultuur nood is aan een houvast om sterfelijkheid bespreekbaar te maken, aangezien een gemeenschappelijk maatschappelijk denkkader hierover in de huidige (zorg)cultuur ontbreekt³⁸⁷.

In tegenstelling tot de middeleeuwse *ars moriendi* hoeven mensen volgens Leget vandaag niet te kiezen tussen 'goed' en 'kwaad', maar bewegen zij zich constant tussen verschillende spanningsvelden³⁸⁸. Deze vijf spanningsvelden zijn: "ik en de ander" (over vragen rond authenticiteit, autonomie), "weten en geloven" (over het perspectief van het leven na de dood), "vasthouden en loslaten" (over afscheid nemen en loslaten), "vergeven en vergeten" (over levensbalans opmaken, hanteren van schuldgevoelens), "doen en laten" (over controle houden en rol van medische wetenschap)³⁸⁹. Telkens zijn beide polen even belangrijk, vandaar dat een "gelukkig evenwicht" tussen de twee spanningsvelden wenselijk is³⁹⁰. Wie er bijvoorbeeld voor zou kiezen om binnen het spanningsveld "ik en de ander" één van beide polen te laten vallen "komt terecht in een onvruchtbaar type van individualisme of een ongelukkige vorm van altruïsme"³⁹¹.

Net zoals bij de oude 'ars moriendi', spelen deze vijf (geactualiseerde) spanningsvelden een rol in ieder mensenleven en dat in en doorheen onze contacten met anderen en met onszelf. De manier waarop we gedurende het leven met deze spanningen zijn omgegaan, laat dan ook sporen na gedurende de terminale fase. Ter illustratie: iemand die gedurende zijn leven altijd al moeite had met loslaten, zal hier ook gedurende zijn terminale fase mee geconfronteerd worden. Met andere woorden, ook het 'ars moriendi model' van Leget brengt spanningsvelden in kaart die beroep doen op onze 'levenskunst'³⁹².

³⁸⁴ Carlo LEGET, *Van levenskunst tot stervenskunst. Over spiritualiteit in de palliatieve zorg*. Tielt, Uitgeverij Lannoo, 2008, p. 76.

³⁸⁵ M. VERMANDERE et al., *The Ars Moriendi Model for Spiritual Assessment*, p. 295.

³⁸⁶ *Ibid.*

³⁸⁷ Carlo LEGET, *Ars moriendi in het ziekenhuis. Twee praktijken belicht*, in Wim SMEETS (Red.), *Handboek spiritualiteit in de palliatieve zorg*, Almere, Parthenon, 2016, p. 117.

³⁸⁸ M. VERMANDERE et al., *The Ars Moriendi Model for Spiritual Assessment*, p. 295.

³⁸⁹ C. LEGET, *Naar een 'spirituele checklist' in een palliatieve zorgzaamheid...*, p. 22.

³⁹⁰ *Ibid.*, p. 19.

³⁹¹ *Ibid.*, p. 19.

³⁹² C. LEGET, *Van levenskunst tot stervenskunst*, p. 102.

Om tenslotte te belichten dat de spanningsvelden van toepassing zijn bij elke mens die de dood in de ogen kijkt (of die persoon nu religieus is of niet), hanteert Leget in zijn boek een “niet-religieus vertrekpunt”. Slechts in een laatste stap zoomt hij per spanningsveld kort in op de christelijke traditie (waartoe hij zelf behoort). Hij gaat er immers van uit dat religie een belangrijke rol kan spelen bij het naderende levenseinde³⁹³.

In het vinden van een “gelukkig evenwicht”³⁹⁴ tussen de verschillende spanningsvelden speelt “**innerlijke ruimte**” een cruciale rol. De ervaring van “innerlijke ruimte” kan het best vergeleken worden met het gevoel dat je hebt wanneer je heel hard hebt moeten lachen of wanneer je je emoties kon kanaliseren in de vorm van een flinke huilbui³⁹⁵. Op zo’n moment ervaar je immers een zekere ontspanning, opluchting en bevrijding waardoor plots nieuwe mogelijkheden zichtbaar worden. “Innerlijke ruimte” is dan ook een metafoor, verwijzend naar een “gemoedstoestand waarin iemand in staat is om zich in alle vrijheid en rust te verhouden tot directe emoties en houdingen die door een situatie opgeroepen worden”³⁹⁶. Dit betekent concreet dat innerlijke ruimte ervoor kan zorgen dat iemand emoties (zoals angst, verdriet, woede, maar ook plezier) bewust toelaat, *zonder* dat hij zich hier volledig door laat meeslepen³⁹⁷. Emoties (zoals angst, onrust, woede) kunnen immers zo overheersend zijn dat er nauwelijks nog ruimte overblijft voor andere perspectieven. Door zich bewust te worden van dergelijke opslorpemde gevoelens en deze de nodige ruimte te geven, ontstaat er opnieuw meer innerlijke ruimte om ook andere emoties, perspectieven en interpretaties toe te laten³⁹⁸. Om goed te leven en te sterven is innerlijke ruimte dan ook van wezenlijk belang³⁹⁹.

Vanuit bovenstaande gedachtegoed kunnen we afleiden dat de innerlijke ruimte van patiënten onmiskenbaar de nodige aandacht vergt. In de terminale fase van hun leven blijkt hun innerlijke ruimte immers vaak volledig ingenomen te worden door angst en/of schuldgevoelens⁴⁰⁰. Spirituele zorg heeft in deze context dan ook als doel deze ruimte bij patiënten te herstellen of te vergroten⁴⁰¹. Innerlijke ruimte biedt immers de mogelijkheid om de levensvragen waarmee patiënten worstelen vanuit verschillende perspectieven te benaderen en zo te streven naar een evenwicht tussen de verschillende spanningsvelden⁴⁰².

³⁹³ C. LEGET, *Ruimte om te sterven*, p. 22-23.

³⁹⁴ C. LEGET, *Naar een ‘spirituele checklist’ in een palliatieve zorgenheid...*, p. 19.

³⁹⁵ ID., *Van levenskunst tot stervenskunst*, p. 89.

³⁹⁶ ID., *Ruimte om te sterven*, p. 44-45.

³⁹⁷ ID., *Van levenskunst tot stervenskunst*, p. 87.

³⁹⁸ ID., *Ruimte om te sterven*, p. 20-21.

³⁹⁹ ID., *Van levenskunst tot stervenskunst*, p. 105.

⁴⁰⁰ *Ibid.*, p. 88.

⁴⁰¹ *Ibid.*, p. 72.

⁴⁰² *Ibid.*, p. 72.

Om dit te *kunnen* verwezenlijken bij patiënten zouden ook zorgverleners over de nodige innerlijke ruimte moeten beschikken. En dit omwille van de volgende twee redenen.

Allereerst is het noodzakelijk dat zorgverleners, **uit zelfzorg**, luisteren naar de eigen innerlijke stem. De hoge werkdruk in de zorgsector kan er immers toe leiden dat zorgverleners het contact met hun innerlijke zelf verliezen waardoor ze opgebrand geraken (burn-out) en/of hun gedrevenheid en betrokkenheid afneemt⁴⁰³. Om dit te vermijden, raadt Leget zorgverleners aan om iedere dag de tijd te nemen even naar binnen te keren en zo de eigen 'innerlijke tuin' te verzorgen⁴⁰⁴. In een tijd waarin mensen constant externe prikkels zoeken, is het wel de vraag *op welke manier* zorgverleners dit kunnen doen. Leget verwijst, in zijn boek '*Van levenskunst tot stervenskunst*', naar meerdere toegangspoorten tot de innerlijke ruimte. Naast stilte en spirituele tradities (bv. mindfulness), heeft Leget het over lichaamsbeweging, tuinieren én, last but not least, 'humor'⁴⁰⁵. Humor (maar dan wel geen cynische of zwarte humor) helpt om onze innerlijke ruimte vrij te maken, omdat het situaties in een nieuw, verrassend daglicht plaatst. Humor is dan ook een belangrijke parameter van iemands innerlijke ruimte⁴⁰⁶.

Aansluitend hiermee en als tweede reden, heeft de **innerlijke ruimte van de zorgverlener een zeer grote invloed op het herstelproces van de innerlijke ruimte van de patiënt**. Een zorgverlener die beschikt over een grote innerlijke ruimte zal immers in staat blijken om zichzelf even tussen haakjes te plaatsen en zich zo open te stellen als een klankbord voor de patiënt⁴⁰⁷. Patiënten zullen een zorgverlener met voldoende innerlijke ruimte dan ook veel sneller in vertrouwen nemen⁴⁰⁸. Een patiënt kan bijvoorbeeld vertellen dat zij komende zondag niet thuis met de kinderen rond de tafel zal eten... Een zorgverlener met veel innerlijke ruimte zal (misschien zelfs onbewust) attent zijn voor de verschillende betekenisvelden die achter deze uitspraak schuilen. Bedoelt de patiënt dat zij dan nog in het ziekenhuis zal verblijven en dat het dus *fysiek* onmogelijk is om bij de kinderen te zijn? Of schuilt achter deze uitspraak een resem aan *emoties* omdat zij deze gezellige momenten thuis mist? Of verlangt zij naar *sociale verbondenheid* met de kinderen? Of vraagt de patiënt zich af wat haar leven nog *zinvol* maakt, als zij geen 'moederfiguur' meer kan zijn voor haar kinderen, zoals zij dat vroeger altijd was geweest...⁴⁰⁹? Door op een vrijblijvende manier te peilen naar de

⁴⁰³ *Ibid.*, p. 103.

⁴⁰⁴ C. LEGET, *Ruimte om te sterven*, p. 19-21.

⁴⁰⁵ ID., *Van levenskunst tot stervenskunst*, p. 105-140.

⁴⁰⁶ ID., *Ruimte om te sterven*, p. 153.

⁴⁰⁷ *Ibid.*, p. 189.

⁴⁰⁸ C. LEGET, *Van levenskunst tot stervenskunst*, p. 72.

⁴⁰⁹ *Ibid.*, p. 57-58.

innerlijke gelaagdheid van een uitspraak (of een vraag)⁴¹⁰, vergroot een zorgverlener de innerlijke ruimte van de patiënt. Op die manier biedt de zorgverlener aan de patiënt immers de gelegenheid om stil te staan bij datgene wat zich innerlijk afspeelt. Terzelfdertijd wordt een kans geboden om hierover uit te wisselen. Dit alles kan een zeer bevrijdend effect hebben, waardoor er meer innerlijke ruimte vrijkomt voor andere perspectieven, emoties...

4.1.2. Doelstellingen binnen deze vorming

Inhoudelijk steunt het vormingstraject van Frieda Boeykens dus op de zeer verrijkende inhoud van het door Leget ontwikkelde diamantmodel. In deze tweede stap zoomen we in op de *zeven doelstellingen* die centraal staan. Aan het begin van deze vorming waren deze doelen ook voor de deelnemende verpleegkundigen duidelijk:

- 1) “Ik heb inzicht in de begrippen spiritualiteit en spirituele zorg.
- 2) Ik herken de inhoud van het diamantmodel voor mezelf en in mijn contacten met patiënten en omgeving.
- 3) Ik maak het onderscheid tussen observatie (wat je ziet, hoort, aanvoelt) en interpretatie (welke betekenis geef ik eraan).
- 4) Ik registreer relevante observaties in de spirituele observatie in KWS.
- 5) In mijn zorg (doen en laten) werk ik met mijn spirituele observaties op een manier die respondeert (aansluit) bij wat ik zie, hoor, voel.
- 6) Ik kan mijn spirituele observaties bespreekbaar maken en interpreteren in het team.
- 7) Ik kan indien nodig doorverwijzen naar de tweedelijnszorg (psycholoog/pastor)”⁴¹¹.

4.1.3. Concrete opbouw vorming

Om ervoor te zorgen dat de deelnemende verpleegkundigen deze doelen konden bereiken, werd in juni 2018 een *vorming* gegeven. Boeykens kreeg 4 uur de tijd om deze vorming te geven aan een groep verpleegkundigen die deze vorming verplicht moesten volgen. Vrijwilligers konden ervoor kiezen om ook deel te nemen. Dat er voor een spirituele vorming *voldoende tijd* wordt voorzien, is volgens Boeykens van fundamenteel belang. Er is immers tijd nodig om te verinnerlijken, diepgaand te reflecteren, te oefenen, uit te wisselen, terug te koppelen...⁴¹²

⁴¹⁰ Deze gelaagdheid situeert zich in de vier dimensies van de mens (zie biopsychosociaal spiritueel model (2.1.))

⁴¹¹ Bijlage 2

⁴¹² Gesprek met Frieda Boeykens, Leuven, 18 maart 2019.

a. Langzaam groeien in spiritualiteit door verinnerlijking

Bij het begin van de vorming werd het centrale concept ‘innerlijke ruimte’ (Carlo Leget, 2003), aan de hand van een stukje **poëzie** en een **oefening in het focussen** geëxploreerd⁴¹³. Hierdoor werd meteen duidelijk dat de spirituele dimensie een dimensie is van een “andere orde”. Boeykens verwees gedurende het gesprek, waarin ze vertelde over deze vorming, dan ook naar Wies Beckers, een verpleegkundige palliatieve zorgen. Beckers kwam in een getuigenis op de Elisabethsite tot de conclusie dat “de spirituele dimensie van een mens gediend is met *verlangzaming, verstillings en verinnerlijking*”⁴¹⁴. Er is volgens Boeykens dan ook meer nodig dan ‘reflectie’ om tot spirituele ontwikkeling te komen, omdat de spirituele dimensie deze cognitieve activiteit voor een stuk overstijgt. In die zin verwijst Boeykens naar “werkwoorden van een andere dynamiek”, namelijk “leegheid, ontvangen, genade ervaren, verinnerlijken, mediteren, omgaan met teksten en symbolen (poëzie)...”⁴¹⁵. Het gaat om een “zijnsmodus en daarin groei je, maar dan moet het voedsel krijgen”⁴¹⁶.

Dit groeiproces kan je volgens haar niet forceren. Terzelfdertijd kan je verpleegkundigen niet dwingen om hun spirituele dimensie actief te laten bloeien door hier geregeld tijd voor te nemen. “Voor sommige verpleegkundigen is dat een brug te ver”. Hoe dan ook: “iemand die zelf werkt aan de eigen spiritualiteit... dat straalt af op hun spirituele zorg”⁴¹⁷. En dat wordt ook bevestigd door de literatuur⁴¹⁸.

b. Reflectiemomenten in een veilige context – een wezenlijke fase die verbinding mogelijk maakt met de dagdagelijkse zorgpraktijk

Uiteraard kunnen en mogen reflectiemomenten niet ontbreken, want ook reflecteren draagt bij tot spiritueel zelfbewustzijn en dus ook tot de alertheid voor de spirituele dimensie van patiënten⁴¹⁹. Ook van Leeuwen en Cusveller wezen hierop (3.1.)⁴²⁰. In deze vorming werden dan ook drie reflectiemomenten geïntegreerd.

Om verpleegkundigen inzicht te geven in het begrip ‘spiritualiteit’, liet Boeykens hen hierover *brainstormen*. Uit dit eerste reflectiemoment ontstond een rijkelijke *spirituele woordenwolk* die het diensthoofd ophing op de afdeling om de

⁴¹³ Bijlage 2

⁴¹⁴ Wies BECKERS, *Wies Beckers getuigt over haar ervaring als verpleegkundige met spiritualiteit op de palliatieve zorgeenheid* (2014); <http://www.pastoralezorg.be/page/elisabeth-eerstelijns-spirituele-zorg-spiritualiteit-op-palliatieve-eeenheid/> (toegang 21.03.2019).

⁴¹⁵ Gesprek met Frieda Boeykens, Leuven, 18 maart 2019.

⁴¹⁶ *Ibid.*

⁴¹⁷ *Ibid.*

⁴¹⁸ D. BALDACCHINO, *Nursing Competencies for Spiritual Care*, p. 890.

⁴¹⁹ Katrien CORNETTE & Wies BECKERS, *Groeien in spirituele zorg. Een training aangeboden aan palliatieve teams in Vlaanderen*, in *Pastorale Perspectieven* 8/142 (maart 2009) 45-47, p. 45.

⁴²⁰ R. VAN LEEUWEN & B. CUSVELLER, *Nursing Competencies for Spiritual Care*, p. 245.

verpleegkundigen hieraan te herinneren⁴²¹. Naar deze woordenwolk werd gedurende de hele vorming telkens teruggekoppeld.

De twee hierop volgende reflectiemomenten hadden als doel om het diamantmodel “op het eigen leven te leggen”. Verpleegkundigen zouden hierna beter in staat moeten zijn om de inhoud ervan ook te (h)erkennen zowel bij zichzelf als bij patiënten en hun familieleden⁴²². Het is deze fase van de vorming die gedurende een vorige vorming ontbrak. Bij deze gelegenheid had Boeykens het diamantmodel enkel en alleen toegelicht. “Verpleegkundigen vertelden me toen: ‘het is te veel’. Hierdoor vond het werken met het diamantmodel te weinig ingang in het dagdagelijkse reflecteren”⁴²³.

Ter inleiding van het tweede reflectiemoment, werd een fragment uit de film “Le tout nouveau testament” (vanaf de 16^{de} minuut) getoond. Vervolgens kregen de verpleegkundigen de opdracht om (in kleine groepjes) na te denken over de vraag: “stel je voor dat je vandaag een SMS krijgt met de boodschap dat je over welgeteld één week zal overlijden, wat zou er jou dan het meest in die week bezighouden?”⁴²⁴ Nadien werd aan de hele groep gevraagd welke ervaringen ze konden associëren met de spirituele woordenwolk én met de inhoud van het diamantmodel.

In een derde reflectiemoment kwam het *diamantspel* aan bod. Dit *diamantspel* (zie bijlage 4), ontworpen door Boeykens, zette de deelnemers ertoe aan in kleine groepjes het diamantmodel te verbinden met het eigen leven⁴²⁵.

c. Spirituele observaties vanuit het diamantmodel – oefenen door middel van filmfragment

Om de inhoud van het diamantmodel ook te leren herkennen in het verhaal van patiënten en familieleden, werden twee fragmenten uit de DVD “Tot in den draai” getoond. Nadien kregen de verpleegkundigen de opdracht om te verwoorden welke spanningsvelden (uit het diamantmodel) ze herkenden⁴²⁶.

d. Onderscheid leren maken tussen observatie en interpretatie

De afbeelding “Vrouw met de balans”, een schilderij van Johannes Vermeer, werd gebruikt om verpleegkundigen een onderscheid te leren maken tussen hetgeen ze

⁴²¹ Gesprek met Frieda Boeykens, Leuven, 18.03.19.

⁴²² *Ibid.*; F. BOEYKENS, *Projectvoorstel. Vormingsproject eerstelijns spirituele zorg (PZO)*.

⁴²³ Gesprek met Frieda Boeykens, Leuven, 18.03.19.

⁴²⁴ Bijlage 2

⁴²⁵ F. BOEYKENS, *Projectvoorstel. Vormingsproject eerstelijns spirituele zorg (PZO)*.

⁴²⁶ Bijlage 2

‘observeren’ en vervolgens ‘interpreteren’⁴²⁷. In een eerste fase moesten ze, aan de hand van deze afbeelding, vertellen wat ze hierin *gezien of aangevoeld hadden*. In een tweede stap werd aan de deelnemers gevraagd *welke betekenis ze hieraan gaven*⁴²⁸.

e. Spirituele observaties – wat doen we ermee? Registreren door middel van ‘KWS-testpatiënt’ en passende interventies in de zorg integreren

Op basis van de spirituele observaties die de deelnemers hadden verwoord na het zien van de fragmenten uit “Tot in den draai”, kregen de deelnemers de opdracht om die spirituele observaties te registreren⁴²⁹. Opnieuw moesten ze hierbij het onderscheid maken tussen hun ‘observaties’ (wat hebben ze precies gezien, gehoord, aangevoeld?) enerzijds en hun ‘interpretaties’ (“wat betekent dit nu voor de zorg?”⁴³⁰) anderzijds⁴³¹. Hierbij trekt de palliatieve zorgenaar de kaart van het “gedeelde beroepsgeheim”⁴³². Boeykens adviseerde de verpleegkundigen immers om in het verwoorden van hun spirituele observaties “zo dicht mogelijk bij de woorden van de patiënt te blijven en bij wat je ziet”. Uiteraard hoeft dit niet als de patiënt expliciet vraagt om hetgeen hij/zij verteld heeft niet te delen in het team. Hoe dan ook, en daar legde Boeykens sterk de nadruk op gedurende het gesprek, is registratie “bedoeld om goede spirituele zorg te verlenen en niet om eigen oordelen te voeden”⁴³³. Met andere woorden: vanuit een veroordelende blik naar patiënten kijken is *not done* en het gedeelde beroepsgeheim moet uiteraard te allen tijde gegarandeerd blijven.

Nadat deze verschillende observaties werden geregistreerd en binnen het team werden gedeeld (wat betreft de interpretatie hiervan), kregen de deelnemers de opdracht om te brainstormen over passende interventies en zo aansluiting te vinden bij de spirituele noden van de patiënt⁴³⁴. Of anders gezegd: wat betekent dat nu *concreet* voor de zorg die we verlenen aan die specifieke patiënt?

f. In gesprek gaan over spiritualiteit als mogelijke interventie

Naar aanleiding van de vorming vroeg een verpleegkundige: “hoe kan je nu eigenlijk (als verpleegkundige) een gesprek over spiritualiteit voeren met patiënten?” Deze vraag herformuleerde Boeykens tot de volgende: “hoe kan je als verpleegkundige aansluiten op de spirituele gelaagdheid in een gesprek?” De verpleegkundigen konden

⁴²⁷ Bijlage 2; Johannes Vermeer – Vrouw met de balans (1662); <http://www.schilderijen.nu/schilderij/johannes-vermeer/vrouw-met-een-balans?i=24780> (toegang 28.03.2019).

⁴²⁸ Bijlage 2

⁴²⁹ Bijlage 2

⁴³⁰ Gesprek met Frieda Boeykens, Leuven, 18.03.19.

⁴³¹ Bijlage 2

⁴³² Gesprek met Frieda Boeykens, Leuven, 18.03.19.

⁴³³ *Ibid.*

⁴³⁴ Bijlage 2

een antwoord op deze vraag ontdekken via het “4-lagenmodel”, ontwikkeld door Jan Michiels⁴³⁵.

g. Doorverwijzing naar pastor of psychoog als mogelijke interventie

Op het einde van de vorming werd via een groepsgesprek stilgestaan bij de eigenheid van de beroepsidentiteit van een pastor, maar ook bij deze van een psycholoog. Wat zijn de raakvlakken tussen beide disciplines en waarin onderscheiden deze zich van elkaar? Daarnaast werd ook stilgestaan bij indicatoren die om doorverwijzing vragen en op welke manier verpleegkundigen kunnen omgaan met de eventuele weerstand van een patiënt of familie bij doorverwijzing. Wat kan je bijvoorbeeld doen als een patiënt aangeeft niet gelovig te zijn als je hem/haar voorstelt om eens in gesprek te gaan met een pastor⁴³⁶?

4.1.4. Continuering van de vorming

Na de vorming richtten Boeykens én het diensthoofd van de eenheid De Haven zich op de “continuering van de vorming”. “Volgehouden aandacht voor het werken met spirituele observaties”, was hierbij de doelstelling⁴³⁷. Concreet steunt dit continueringsproces op twee pijlers waarin de spiritueel zorgverlener een wezenlijke rol speelt:

a. Vraag om aandacht voor geregistreerde spirituele observaties tijdens interdisciplinair overleg

Het is de taak van de pastor om hier blijvende aandacht voor te vragen en dat is volgens Boeykens soms een opgave, omdat de gevoeligheid voor de spirituele dimensie na een tijdje weer vervlakt. Toch is en blijft deze aangehouden aandacht van onmisbare waarde. Door gedurende het interdisciplinair overleg ruimte te creëren voor de spirituele component van de zorg, kan er in interdisciplinair verband afgetoetst worden hoe het team zich het best zou afstemmen op de spirituele noden van de patiënt en de familie. Bovendien kan de spiritueel zorgverlener op die manier “gericht ingezet worden ter ondersteuning van de spirituele zorg gegeven door het team”⁴³⁸. Boeykens pleit dan ook voor een gestructureerde methodiek waarbij elke dimensie van de patiënt systematisch wordt overlopen. Om de aandacht voor de spirituele observaties te versterken, heeft het diensthoofd geopperd om in de

⁴³⁵ Gesprek met Frieda Boeykens, Leuven, 18.03.19; Bijlage 2

⁴³⁶ Bijlage 2

⁴³⁷ F. BOEYKENS, *Projectvoorstel. Vormingsproject eerstelijns spirituele zorg (PZO)*.

⁴³⁸ *Ibid.*

toekomst tijdens het interdisciplinair overleg de observaties te projecteren op het scherm⁴³⁹.

b. Viervoudig verbetertraject

Het verbetertraject, dat werd uitgedacht in overleg met het diensthoofd van de eenheid De Haven enerzijds en met professor Vandenhoeck anderzijds, volgt vier sporen.

Spoor 1: meting van spirituele observaties in KWS

Dit eerste spoor werd voorgesteld door het diensthoofd. Vanuit de tendens ‘meten is weten’, zou er in de toekomst nagegaan worden hoeveel spirituele observaties er worden geregistreerd en/of wie er precies registreerde. Boeykens formuleerde hierover wel enkele bedenkingen. “Het doel [van deze meting] is dat er blijvende aandacht wordt gevraagd voor spirituele zorg.” De *manier waarop* er aandacht gevraagd wordt voor spirituele zorgverlening “kan wel als controle aanvoelen”. In die zin mogen we volgens Boeykens niet uit het oog verliezen dat “spirituele observaties een *middel* zijn om te kijken wat er gaande is en wat dit betekent voor de zorg”⁴⁴⁰. Dit middel mag geen *doel* op zich worden dat nagestreefd wordt omdat dit vanuit het beleid wordt gemeten.

Spoor 2: inzichten vanuit de vorming opfrissen door middel van reminders

Het idee om te werken met speelse reminders werd aangereikt door professor Vandenhoeck. Na de vorming werd de *spirituele woordenwolk* opgehangen op de afdeling. Bovendien wordt er na ieder interdisciplinair overleg een vraag, uit het diamantmodel, geplaatst op het overdrachtsblad. De arts staat er voor open om (in de toekomst) na ieder interdisciplinair overleg gedurende 15 minuten over die vraag (in teamverband) te reflecteren⁴⁴¹.

Spoor 3: spiritueel zorgverlener als coach van interdisciplinair team

Met hun vragen of opmerkingen kunnen teamleden steeds bij de pastor terecht⁴⁴².

Spoor 4: “creëren van een stilteplek waar innerlijke ruimte kan beleefd worden”⁴⁴³

Om ervoor te zorgen dat zorgverleners regelmatig naar binnen kunnen keren, werd in de eenheid reeds een zeer uitnodigende stille ruimte ingericht. Een verpleegkundige die bijna met pensioen gaat, vertelde aan Boeykens: “als ik met pensioen ben, zou ik in

⁴³⁹ Gesprek met Frieda Boeykens, Leuven, 18 maart 2019.

⁴⁴⁰ *Ibid.*

⁴⁴¹ *Ibid.*

⁴⁴² F. BOEYKENS, *Projectvoorstel. Vormingsproject eerstelijns spirituele zorg (PZO)*.

⁴⁴³ *Ibid.*

de stille ruimte terug willen keren om een boek te lezen”⁴⁴⁴. Bovendien wordt momenteel, op initiatief van de pastorale dienst van het ziekenhuis, een ontwerp uitgedacht om een “stiltetuin” aan te leggen. “Deze tuin wordt een plek waar letterlijk innerlijke ruimte kan vrijgemaakt worden, voor en door (palliatieve) patiënten, bezoekers en medewerkers van het ziekenhuis”⁴⁴⁵. Op die manier worden ook de zorgverleners uitgenodigd om af en toe te *verinnerlijken, te verstillen en te verlangzamen...*

4.1.5. Evaluatie op korte en op lange termijn

Vooraleer de vorming (4.1.3.) volledig werd afgerond konden de verpleegkundigen nog *vragen stellen*, waarna de vorming als geheel werd *geëvalueerd*⁴⁴⁶. Boeykens gaf gedurende ons gesprek aan dat de deelnemers zeer positief waren over deze vorming⁴⁴⁷. Een deelnemer drukte zijn appreciatie als volgt uit: “de vorming maakt bewust wat we spontaan elke dag doen”⁴⁴⁸. Ook de arts op de palliatieve eenheid toonde, samen met de geriateren in het ziekenhuis, interesse in deze vorming⁴⁴⁹. Bovendien registreerden de deelnemers na deze vorming (alvast op korte termijn) beduidend meer. “Na verloop van tijd vervlakt het weer”, geeft Boeykens aan. “Het zijn dezelfde die het doen en dezelfde die het niet doen”. Daarom “blijft de pastor een belangrijk speerpunt” (4.1.4.)⁴⁵⁰.

4.2. Reflectie op de praktijk in AZ-Sint Blasius

In wat volgt belichten we systematisch de meest wezenlijke pijlers op basis waarvan kwaliteitsvolle spirituele trainingen ontwikkeld kunnen worden. Deze pijlers blijken uit onderzoek immers van groot belang om verpleegkundigen te ondersteunen in het (aanhoudend) verlenen van kwaliteitsvolle eerstelijns spirituele zorg.

4.2.1. Werken vanuit een tool om spirituele assessment mogelijk te maken

Ondanks kritische stemmen (zie kritiek van Clarke (3.2.4.)) biedt spirituele *screening* (zoals werd aangegeven in hoofdstuk 2) een meerwaarde in de spirituele zorg die verpleegkundigen verlenen. De *meerwaarde* van een spiritueel screeningsinstrument schuilt in de mogelijkheden die het biedt om een groot aantal barrières die verpleegkundigen ervaren (zie hoofdstuk 1) te overbruggen. Op die manier wordt de

⁴⁴⁴ Gesprek met Frieda Boeykens, Leuven, 18 maart 2019.

⁴⁴⁵ *Ibid.*

⁴⁴⁶ Bijlage 2

⁴⁴⁷ Gesprek met Frieda Boeykens, Leuven, 18 maart 2019.

⁴⁴⁸ F. BOEYKENS, *Projectvoorstel. Vormingsproject eerstelijns spirituele zorg (PZO)*.

⁴⁴⁹ Gesprek met Frieda Boeykens, Leuven, 18 maart 2019.

⁴⁵⁰ *Ibid.*

kwaliteit van de verleende spirituele zorg geoptimaliseerd⁴⁵¹. Opdat verpleegkundigen, patiënten en ziekenhuispastores die meerwaarde zouden kunnen ervaren is spirituele vorming *noodzakelijk*⁴⁵². Spirituele vorming biedt een zekere garantie dat het spiritueel screeningsinstrument correct wordt gebruikt én dat de verpleegkundigen de nodige motivatie vinden om ook effectief met het instrument aan de slag te gaan⁴⁵³.

In deze spirituele vorming stond het diamantmodel van Leget centraal. Mieke Vermandere kon in haar doctoraatsonderzoek bevestigen dat dit model een handige tool is om aan spirituele *assessment* te doen (zowel door artsen als door verpleegkundigen in de palliatieve thuiszorg)⁴⁵⁴. Het gebruik van het diamantmodel heeft volgens de bevindingen van de 21 deelnemende verpleegkundigen en artsen⁴⁵⁵, vele voordelen⁴⁵⁶. Concreet kan deze tool verschillende barrières helpen overbruggen die verpleegkundigen ervaren bij het verlenen van spirituele zorg (zie hoofdstuk 1).

Allereerst kan de ‘spirituele taalbarrière’ (1.2.1.) overwonnen worden dankzij het gebruik van dit diamantmodel. Het model reikt de zorgverleners immers een *spirituele taal* aan waardoor de communicatie over spiritualiteit vlotter verloopt⁴⁵⁷.

Ten tweede blijkt het gebruik van het diamantmodel een *positief effect* te hebben op *het zelfvertrouwen* van de zorgverleners op het gebied van spirituele zorg⁴⁵⁸. Zorgverleners durven het hierdoor aan zelf het initiatief te nemen om een gesprek over spiritualiteit aan te knopen met hun patiënten. Zorgvragers doen dit immers meestal niet spontaan. Het opstarten van zo’n spiritueel gesprek voelde voor de meesten in eerste instantie onwennig aan, maar eens de conversatie op gang kwam, voelden zij zich comfortabeler⁴⁵⁹.

Ten derde werden de patiënten openhartiger doordat de verpleegkundige/arts het spiritueel gesprek inleidde. Gezien de seculiere context (1.1.2.) is dit niet evident. Het voordeel hiervan was dat zorgverleners *meer zicht kregen op de spirituele noden en krachtbronnen van patiënten*, waardoor zij *veel beter in staat bleken te zijn om in te spelen op die spirituele noden, verwachtingen en krachtbronnen*. Dat deze

⁴⁵¹ E. BUELENS & A. DILLEN, *Hoe doorverwijzen naar pastores in de ziekenhuiscontext?*, p. 19.

⁴⁵² A. VANDENHOECK, *Voorzichtige stappen in spirituele screening*, p. 14.

⁴⁵³ E. BUELENS & A. DILLEN, *Hoe doorverwijzen naar pastores in de ziekenhuiscontext?*, p. 19; A. VANDENHOECK, *Voorzichtige stappen in spirituele screening*, p. 14.

⁴⁵⁴ Mieke VERMANDERE, *Spirituality at the End of Life. Art or science?*, onuitgegeven proefschrift tot verkrijging van de graad van doctor in de biomedische wetenschappen, K.U. Leuven, 2014.

⁴⁵⁵ M. VERMANDERE *et al.*, *The Ars Moriendi Model for Spiritual Assessment*, p. 293.

⁴⁵⁶ De artsen en verpleegkundigen kregen een introductiesessie rond ‘spirituele zorg’ en het ars-moriendi model. Hoe lang deze introductie precies duurde wordt niet vermeld. Zie hiervoor: Mieke VERMANDERE, *Implementation of the Ars Moriendi Model in Palliative Home Care. A Pilot Study*, in *Progress in Palliative Care* 21 (2013) 278-285, p. 279-280.

⁴⁵⁷ *Ibid.*, p. 297.

⁴⁵⁸ *Ibid.*, p. 299.

⁴⁵⁹ *Ibid.*, p. 297.

zorgverleners hierdoor *kwaliteitsvollere zorg konden bieden* waarin de patiënt als ‘persoon’ centraal stond, hoeft dan ook niet te verwonderen⁴⁶⁰.

Ten vierde werd de *relatie tussen de patiënt en de zorgverlener veel hechter* dankzij het gebruik van het diamantmodel⁴⁶¹.

Hoe dan ook: om een spirituele *assessment* te doen slagen lijkt het volgens de deelnemers noodzakelijk om eerst te *observeren* of de patiënt over voldoende “innerlijke ruimte” beschikt. De spirituele *assessment* verliep immers beduidend moeilijker bij patiënten bij wie dergelijke “innerlijke ruimte” ontbrak. Ook een empathische houding van de zorgverlener zelf en aandacht voor stilte (gedurende het gesprek) bleken *deal breakers* gedurende de spirituele communicatie⁴⁶².

Voor spiritueel vormers die verpleegkundigen in de palliatieve zorg willen opleiden in eerstelijns spirituele zorg blijkt dit screeningsinstrument een aanrader. Uiteraard bestaan er nog tal van andere screeningsinstrumenten die op andere afdelingen zeer nuttig kunnen zijn en die dus ook in trainingen centraal kunnen staan. Zo zijn FICA, HOPE en SPIRIT nog drie internationale voorbeelden van spirituele screeningsinstrumenten⁴⁶³. In onze contreien werden drie Spiritwijzers uitgewerkt: één voor “algemene ziekenhuizen”, één voor de “ouderenzorg” én één voor de “geestelijke gezondheidszorg”. Ze werden ontwikkeld met als doel zorgverleners te ondersteunen en aan te moedigen om zelf in gesprek te gaan met patiënten enerzijds en om adequate doorverwijzingen te doen naar de pastor anderzijds⁴⁶⁴. Hoe dan ook lijkt de metafoer “innerlijke ruimte” mij *op elke afdeling* van wezenlijk belang om op een kwaliteitsvolle manier (spirituele) zorg te verlenen.

Naast de bovenvermelde voordelen van het diamantmodel die ook opgaan voor andere screeningsinstrumenten (zie hoofdstuk 2), bieden screeningsinstrumenten ook meer inzicht in de rol van een pastor én in de indicatoren om naar een pastor door te verwijzen⁴⁶⁵. Reden genoeg dus om een spiritueel screeningsinstrument op te nemen in een spirituele training. Uiteraard is de nodige steun vanuit het beleid hiervoor noodzakelijk⁴⁶⁶.

⁴⁶⁰ *Ibid.*, p. 299.

⁴⁶¹ *Ibid.*, p. 298-299.

⁴⁶² *Ibid.*, p. 297.

⁴⁶³ C. PUCHALSKI, *Spirituele screening in het ziekenhuis*, p. 8.

⁴⁶⁴ *Spiritwijzer*; <https://www.caritas.be/nl/pastoraal-en-identiteit/pastoraal/spiritwijzer#algemene> (toegang 1.04.2019).

⁴⁶⁵ E. BUELENS & A. DILLEN, *Hoe doorverwijzen naar pastores in de ziekenhuiscontext?*, p. 19.

⁴⁶⁶ *Spiritwijzer*; <https://www.caritas.be/nl/pastoraal-en-identiteit/pastoraal/spiritwijzer#algemene> (toegang 1.04.2019).

4.2.2. Een plek om innerlijke ruimte te maken om zo te groeien in spiritualiteit

Een tweede sterke pijler waarop deze vorming steunt is “*verinnerlijking, verlangzaming en verstilling*”⁴⁶⁷. Vertoeven op een plek waar de innerlijke stem beluisterd kan worden, is van onschatbare waarde om eerstelijns spirituele zorg te kunnen verlenen en dit omwille van verschillende redenen.

Als eerste kan *de persoonlijke spiritualiteit groeien door contemplatie* (en niet louter door reflectie). Dit is belangrijk, want spirituele ontwikkeling heeft een grote impact op de spirituele zorg die verpleegkundigen verlenen. Wie aan zijn/haar eigen spiritualiteit werkt, wie zoekt naar zin in zijn/haar leven zal immers op een diepgaander niveau spirituele zorg verlenen⁴⁶⁸. Als tweede zorgt ‘tijd alleen’ er volgens McSherry voor dat *zorgverleners zichzelf (en dus ook hun eigen spiritualiteit) beter kunnen begrijpen*. Hij drukt dit als volgt uit: “We can only truly find and understand ourselves by going into our own inner wilderness”⁴⁶⁹. Zoals eerder vermeld werd (2.2.1.(b)), kan het spiritueel zelfbegrip ertoe leiden dat de verpleegkundige in staat is om patiënten beter te begrijpen⁴⁷⁰. Tenslotte houdt het beluisteren van de innerlijke stem ook verband met een *vorm van ‘zelfzorg’*. Zonder dergelijke zelfzorg zullen verpleegkundigen, volgens Leget, nooit in staat zijn om het zware werk vol te houden, noch om innerlijke ruimte vrij kunnen maken om met de nodige aandacht naar het verhaal van de zorgvrager te kunnen luisteren⁴⁷¹.

Boeykens gaf gedurende het gesprek terecht aan dat ‘verinnerlijking’ voor sommige verpleegkundigen een brug te ver zal zijn én dat niemand verpleegkundigen ertoe kan dwingen om tijd te nemen om naar de eigen innerlijke stem te luisteren. Dat proces is gewoon té persoonlijk... We kunnen uiteraard wel kansen creëren zodat verpleegkundigen (vrijblijvend) kunnen vertoeven in hun eigen innerlijke ruimte (via focusoefening, stille ruimte, stiltetuin, vraag op opvolgingsblad uit diamantmodel...) ⁴⁷².

Na het bestuderen van de metafoer “innerlijke ruimte” in het boek *Van levenskunst tot stervenskunst* werd ik me er van bewust dat er nog meer toegangspoorten zijn die leiden tot innerlijke ruimte (4.1.1.). Ieder kan de wegen bewandelen die bij zijn/haar unieke ‘zijn’ passen. Zo wenden sommigen de kracht van humor aan en leggen anderen contact met hun innerlijk door te sporten.

⁴⁶⁷ W. BECKERS, *Wies Beckers getuigt over haar ervaring als verpleegkundige met spiritualiteit op de palliatieve zorg* (2014).

⁴⁶⁸ L. ROSS, *Spiritual Care. The Nurse's Role*, p. 35.

⁴⁶⁹ W. MCSHERRY, *Making Sense of Spirituality in Nursing and Healthcare Practice*, p. 165.

⁴⁷⁰ D. BALDACCHINO, *Nursing Competencies for Spiritual Care*, p. 890.

⁴⁷¹ C. LEGET, *Ruimte om te sterven*, p. 20-21.

⁴⁷² Gesprek met Frieda Boeykens, Leuven, 18 maart 2019.

Net zoals een zorgverlener de innerlijke ruimte van een patiënt kan vergroten, kunnen ook zorgverlener, onder elkaar, ademruimte geven aan elkaars innerlijke ruimte. De pastor of de 'spiritueel ankerfiguur' (3.2.5.) kan hierin een grote rol spelen. Wanneer een pastor of 'spiritueel ankerfiguur' en een verpleegkundige bijvoorbeeld gewerkt hebben rond een gemeenschappelijke casus, kan de pastor of 'spiritueel ankerfiguur' op een vrijblijvende manier vragen aan de verpleegkundige: 'wat doet dit nu met jou?' Ook de pastor vindt op dat moment misschien ruimte om aan te geven wat hem of haar geraakt heeft. In die zin is er ook nood aan een gedeelde innerlijke ruimte binnen het verpleegkundig team, maar dit blijkt niet altijd zo evident te zijn (1.1.5.).

4.2.3. Ruimte om te reflecteren over spiritualiteit en diamantmodel

De grens tussen verinnerlijking en reflectie lijkt flinterdun, omdat verinnerlijking soms kan leiden tot reflectie en reflectie vaak verinnerlijking teweegbrengt. Volgens Piret Paal *et al.* is het mogelijk om vanuit de ervaring van verstilling (bv. meditatie, retraite...) de *persoonlijke betekenis van het begrip 'spiritualiteit' op het spoor te komen*⁴⁷³. In diezelfde volgorde heeft ook Boeykens haar vorming opgebouwd. Eerst werd een verstillingsmoment gehouden, om zich vervolgens (in groep) te buigen over het concept 'spiritualiteit'. In een volgende vorming zou Boeykens de deelnemers explicieter vragen om, na te hebben gebrainstormd over de betekenis van spiritualiteit, een aantal begrippen uit de woordenwolk te verbinden met hun persoonlijke spiritualiteit. Op die manier zouden de deelnemers nog sterker uitgedaagd worden om hun *eigen spiritualiteit* onder woorden te brengen.

Verschillende auteurs wijzen er echter op dat het onderkennen van de eigen spiritualiteit niet voldoende is. Zo vinden Paal *et al.* het ook belangrijk dat verpleegkundigen zich bewust worden van hun *eigen spirituele noden*⁴⁷⁴. Clarke gaat er dan weer van uit dat het noodzakelijk is dat verpleegkundigen hun *eigen krachtbronnen* kennen en deze aanwenden in de relatie met de patiënt (hoofdstuk 6)⁴⁷⁵.

Een zeer efficiënte werkwijze om ervoor te zorgen dat de spirituele screening (vanuit het diamantmodel) ook werkelijk ingang vindt in de dagdagelijkse zorgpraktijk van verpleegkundigen, bleek de inleef- en reflectieoefening. Door de ervaring van patiënten én het diamantmodel even op het eigen leven te leggen, komt reflectie op gang. Verpleegkundigen leven zich beter in in de beleving van de patiënt, wat dan

⁴⁷³ Piret PAAL, Traugott ROSER & Eckhard FRICK, *Developments in Spiritual Care Education in German-Speaking Countries*, in *BMC Medical Education* 14 (2014) 1-7, p. 6.

⁴⁷⁴ P. PAAL, T. ROSER & E. FRICK, *Developments in Spiritual Care Education in German-Speaking Countries*, p. 6.

⁴⁷⁵ J. CLARKE, *Spiritual Care in Everyday Nursing Practice*, p. 139.

weer leidt tot meer empathie. Bovendien zullen verpleegkundigen uitspraken van patiënten vlotter kunnen linken aan het diamantmodel.

4.2.4. *Ruimte om te spreken over spiritualiteit*

Zoals reeds vermeld, ervaren verpleegkundigen soms onwennigheid om het over spiritualiteit te hebben (1.1.2.). Volgens White helpt het uitwisselen van ideeën over spiritualiteit om deze angst te overwinnen. Bovendien kan dergelijke uitwisseling ervoor zorgen dat verpleegkundigen ontdekken dat spiritualiteit toch bijzonder veel te maken heeft met de gezondheidszorg, dat het begrip veel meer omvat dan ‘geloof’ én dat ‘spiritualiteit’ door elk teamlid vanuit de persoonlijke beleving kan ingevuld worden⁴⁷⁶. Op die manier kan de barrière ‘gebrek aan kennis’ overwonnen worden (1.2.1.).

4.2.5. *Mondelinge en schriftelijke communicatie en samenwerking binnen interdisciplinair team*

Ondervraagde zorgverleners in het onderzoek van Vanleene gaven aan dat interdisciplinaire samenwerking (met ook de mogelijkheid om ervaringen te delen met elkaar) van onschatbare waarde is om blijvende aandacht te hebben voor eerstelijns spirituele zorg⁴⁷⁷. Interdisciplinaire samenwerking kan vorm krijgen via mondelinge en schriftelijke communicatie. Deze training zet dan ook expliciet in op beide communicatievormen (mondeling overleg en registratie).

In verschillende studies, die spirituele trainingen bestuderen, wordt zelfs aangeraden om zorgverleners te trainen in *interdisciplinair verband*. Het benaderen van spirituele zorg en spiritualiteit vanuit diverse standpunten wordt immers als een enorme rijkdom ervaren⁴⁷⁸. Joep van de Geer *et al.*, die de effecten van trainingen binnen de palliatieve context bestudeerden, ontdekten dat de spirituele training binnen hun onderzoek een positief effect had op het slaappatroon van patiënten én op de kwaliteit van de zorg. De onderzoekers verbonden deze positieve resultaten met het feit dat de training werd gegeven binnen een interdisciplinair verband. Volgens hen volstaat het trainen van slechts één geselecteerde disciplinegroep (bijvoorbeeld enkel en alleen verpleegkundigen) op een afdeling niet. Zeker bij palliatieve zorgen die van nature om een interdisciplinaire aanpak vragen, is training binnen een *interdisciplinair verband* sterk aangewezen (bijvoorbeeld ook artsen betrekken)⁴⁷⁹.

⁴⁷⁶ G. WHITE, *Talking about Spirituality in Health Care Practice*, p. 56-58.

⁴⁷⁷ N. VANLEENE, *Dum spiro, spero: Zolang ik ademhaal, hoop ik*, p. 15.

⁴⁷⁸ Piret PAAL, Yousef HELO & Eckhard FRICK, *Spiritual Care Training Provided to Healthcare Professionals. A Systematic Review*, in *Journal of Pastoral Care & Counseling* 69 (2015) 19-30, p. 27.

⁴⁷⁹ J. VAN DE GEER *et al.*, *Training Hospital Staff on Spiritual Care in Palliative Care Influences Patient-Reported Outcomes*, p. 750-752.

4.2.6. *Werken met praktische opdrachten om verbinding mogelijk te maken met dagdagelijkse zorgpraktijk*

De concrete methodiek die het best gehanteerd wordt gedurende een spirituele vorming hangt sterk af van de doelen die vooropgesteld worden. Daarom is het zo belangrijk om deze doelen helder te formuleren. Indien ‘het leren kennen van de eigen spiritualiteit én ‘hierover reflecteren vanuit de dagdagelijkse zorgpraktijk’ centraal staat binnen een training of opleidingsonderdeel, zijn het schrijven van een kort essay, het bijhouden van een logboek... passende methodieken⁴⁸⁰.

De doelen binnen deze spirituele vorming waren eerder praktijkgericht. Praktische opdrachten bevorderen het leggen van de link tussen de theorie en de dagdagelijkse zorgpraktijk⁴⁸¹. Een louter theoretische aanpak werkt niet motiverend voor verpleegkundigen. Dit bleek ook uit de eerste praktijkervaring van Boeykens (4.1.3.).

In de hierboven beschreven vorming werd gewerkt met een filmpje. Daarna zochten de verpleegkundigen verbanden met het diamantmodel om de gevonden verbanden nadien te registreren. Vervolgens gingen de verpleegkundigen per twee in gesprek om zo de spirituele gelaagdheid in het verhaal van de gesprekspartner te leren herkennen.

Ook in de literatuur wordt aangeraden om te werken vanuit een *casus* en te oefenen via een *rollenspel*. Het is bovendien interessant om een kort *verbatim* te bespreken⁴⁸². Een gesprek tussen een patiënt (P) en een zorgverlener (Z) kan als volgt verlopen:

“P: Ik weet niet of ik morgen nog wakker wil worden.

Z: Ze komen u zo halen voor een scan en dan zien we wel weer. Ik kom morgen terug om de resultaten met u te bespreken”⁴⁸³.

Aan de deelnemende verpleegkundigen kan gevraagd worden of ze reeds geconfronteerd werden met een uitspraak (of een variant) zoals in bovenstaande dialoog en wat ze vinden van de reactie van de zorgverlener. Waarom zou deze zo reageren? Hoe staat het met de innerlijke ruimte van deze zorgverlener? Welk effect heeft dit op de patiënt en diens innerlijke ruimte? Kon de zorgverlener anders gereageerd hebben? Zo ja, hoe? Welk verschil hopen we op die manier te maken voor de patiënt?

⁴⁸⁰ P. PAAL, Y. HELO & E. FRICK, *Spiritual Care Training Provided to Healthcare Professionals*, p. 27.

⁴⁸¹ P. PAAL, T. ROSER & E. FRICK, *Developments in Spiritual Care Education in German-Speaking Countries*, p. 1.

⁴⁸² *Ibid.*, p. 16; R. VAN LEEUWEN & B. CUSVELLER, *Nursing Competencies for Spiritual Care*, p. 245.

⁴⁸³ A. VANDENHOECK, *Hoofdstuk 1 Integrale zorg en de rol van de spirituele dimensie*, p. 7.

Vanuit deze (of een andere) casus kan een *rollenspel* opgebouwd worden waarbij de spiritueel vormingswerker de rol van de patiënt invult en de verpleegkundigen in een beurtsysteem telkens de rol als verpleegkundige opnemen. Op die manier kunnen *spirituele communicatievaardigheden* inge oefend worden, wat voor verpleegkundigen soms nog een uitdaging blijkt (1.2.1.). Bovendien zouden verpleegkundigen gedurende dit rollenspel kunnen aanleren hoe ze, vanuit een *compassievolle houding én binnen een beperkte tijd* eerstelijns spirituele zorg kunnen verlenen (zie 1.1.6. en 2.2.3.)⁴⁸⁴.

Tenslotte wordt *bedside teaching* in meerdere onderzoeken, in de palliatieve context weliswaar, aangeprezen als doeltreffende methodiek binnen spirituele trainingen⁴⁸⁵. Deze methodiek werd in Noorwegen bedacht naar aanleiding van de vaststelling dat verpleegkundigen, in de thuiszorg en in woonzorgcentra, steeds meer geconfronteerd werden met palliatieve patiënten. Het grote probleem was echter dat vele verpleegkundigen zich angstig voelden om met de lijdensweg en naderende dood van dergelijke patiënten om te gaan. Omwille van die reden schrok het verlenen van eerstelijns spirituele zorg deze verpleegkundigen af (1.1.1.)⁴⁸⁶. Het gevolg hiervan was dat vele zorgvragers eenzaam achterbleven met existentieel en spiritueel lijden.

In 2010 werd in Noorwegen dan ook een “*mobile hospice nurse spiritual and existential care teaching team*” opgericht⁴⁸⁷. Dit team wou verpleegkundigen in hun zorgpraktijk ondersteunen bij het detecteren van spiritueel en existentieel lijden bij patiënten.

Concreet kregen de deelnemende verpleegkundigen opleiding om een (spiritueel) gesprek op te starten, om hun meeleven te betuigen en actief te luisteren⁴⁸⁸. De begeleiders streefden er, zoals ze zelf aanhaalden, naar om de verpleegkundigen te leren op welke manier je iemand *vanuit het hart* kan verzorgen en hoe je met elke *unieke patiënt* een *relatie* opbouwt⁴⁸⁹.

Bij deze praktische vorm van leren loopt een verpleegkundige (die expert is in eerstelijns spirituele zorg in de palliatieve context) mee met de verpleegkundige als tweede gesprekspartner. In eerste instantie *toont* de begeleider *voor* op welke manier eerstelijns spirituele zorg verleend kan worden. “Sometimes they need to **hear** the kind of questions I ask and **see** how I relate to the patient”, zo getuigde een begeleider van het team⁴⁹⁰. De gedachte dat het observeren van een rolmodel van onschatbare waarde is om nadien zelf eerstelijns spirituele zorg te kunnen verlenen, sluit nauw aan

⁴⁸⁴ P. PAAL, T. ROSER & E. FRICK, *Developments in Spiritual Care Education in German-Speaking Countries*, p. 6.

⁴⁸⁵ K. TORNØE et al., *A Mobile Hospice Nurse Teaching Team’s Experience*, p. 5; J. VAN DE GEER et al., *Training Hospital Staff on Spiritual Care in Palliative Care Influences Patient-Reported Outcomes*, p. 748.

⁴⁸⁶ K. TORNØE et al., *A Mobile Hospice Nurse Teaching Team’s Experience*, p. 2.

⁴⁸⁷ *Ibid.*, p. 2.

⁴⁸⁸ *Ibid.*, p. 1.

⁴⁸⁹ *Ibid.*, p. 7.

⁴⁹⁰ *Ibid.*, p. 5.

bij de visie van Ann Bradshaw (1997). Zij was er immers van overtuigd dat spirituele zorg niet zozeer aangeleerd, maar slechts *voorgeleefd* kan worden door rolmodellen⁴⁹¹. Baldacchino stelt deze redenering echter in vraag. Aangezien spirituele zorg onvoldoende aandacht krijgt in de zorgpraktijk van de meeste verpleegkundigen, lijkt het haar onwaarschijnlijk dat er veel rolmodellen zijn waaraan verpleegkundigen zich kunnen spiegelen⁴⁹². Deze vorm van *bedside teaching* komt dan ook tegemoet aan beide visies doordat deze methodiek begeleiders (als experts in eerstelijns spirituele zorg) als rolmodel mee op pad stuurt met de verpleegkundigen.

De begeleider is echter niet alleen een *rolmodel*, maar neemt ook de rol van *supervisor* op zich. De verpleegkundigen worden immers, in een tweede stap, gemotiveerd om zelf in gesprek te gaan met patiënten en om aan hun spirituele noden tegemoet te komen. Zo kan de verpleegkundige *al doende groeien* in het verlenen van eerstelijns spirituele zorg⁴⁹³. De begeleider blijft, op dat moment, zo veel mogelijk op de achtergrond.

Nadien wordt het korte gesprek (dat ontstaat gedurende het toedienen van medicatie, het meten van de temperatuur, de lichamelijke verzorging...) telkens geëvalueerd. De verpleegkundige wordt aangezet om te *reflecteren* over haar handelen en rol in het gesprek. Hierbij zou de verpleegkundige ook in staat moeten zijn om de eigen sterktes en uitdagingen wat spirituele zorgverlening betreft te verwoorden⁴⁹⁴. Bovendien krijgt zij de nodige *feedback*⁴⁹⁵. De focus op *diepgaande reflectie* en *feedback van een observator* wordt in de literatuur sterk aangeraden⁴⁹⁶.

Kelly is er eveneens van overtuigd dat verpleegkundigen ondersteund moeten worden in het toepassen van kennis en vaardigheden in complexe, unieke situaties én om hier nadien kritisch over te reflecteren. Pas dan kunnen verpleegkundigen écht bekwaam worden in het verlenen van eerstelijns spirituele zorg⁴⁹⁷.

De positieve effecten die deze trainingsvorm had op de deelnemende verpleegkundigen, ontgingen ook de begeleiders van het *mobile team* niet. Zij gaven in het onderzoek aan dat ze merkten hoe de verpleegkundigen steeds meer *zelfvertrouwen* kregen, dat hun *bereidheid om zich open te stellen* en *om in gesprek te gaan* met de patiënt toenam. Bovendien toonden ze veel meer *moed* om samen met de patiënt te vertoeven in de “room of death”⁴⁹⁸. Op die manier groeiden de

⁴⁹¹ Ann BRADSHAW, *Teaching Spiritual Care to Nurses. An Alternative Approach*, in *International Journal of Palliative Nursing* 3 (1997) 51-57, p. 56.

⁴⁹² Donia R. BALDACCHINO, *Teaching on Spiritual Care. The Perceived Impact on Qualified Nurses*, in *Nurse Education in Practice* 11 (2011) 47-53, p. 47.

⁴⁹³ K. TORNØE et al., *A Mobile Hospice Nurse Teaching Team's Experience*, p. 5.

⁴⁹⁴ *Ibid.*, p. 5; E. Kelly, *Chapter 57 Competences in Spiritual Care Education and Training*, p. 438.

⁴⁹⁵ K. TORNØE et al., *A Mobile Hospice Nurse Teaching Team's Experience*, p. 5.

⁴⁹⁶ W. MCSHERRY, *Making Sense of Spirituality in Nursing and Healthcare Practice*, p. 165.

⁴⁹⁷ E. Kelly, *Chapter 57 Competences in Spiritual Care Education and Training*, p. 438.

⁴⁹⁸ K. TORNØE et al., *A Mobile Hospice Nurse Teaching Team's Experience*, p. 7.

verpleegkundigen in hun mogelijkheden om tegemoet te komen aan de spirituele noden van de patiënten⁴⁹⁹.

Vanuit de sterktes van deze vorm van leren, vinden Paal *et al.* het dan ook een gemiste kans dat deze methodiek zelden wordt gehanteerd in spirituele trainingen⁵⁰⁰. De onderzoekers van deze *bedside teaching* zijn er, hoe dan ook, van overtuigd dat deze methodiek ervoor kan zorgen dat de kwaliteit van de zorg die verpleegkundigen verlenen geoptimaliseerd wordt. Bovendien stellen ze zelfs voor om verpleegkundige expertgroepen samen te stellen binnen de geriatrische zorg en de zorg voor dementerenden en om ook op deze afdelingen *bedside teaching* in te voeren. Verder onderzoek hierover is nog aangewezen⁵⁰¹.

4.2.7. Opleiding in kleine groepen waardoor 'veiligheid' gegarandeerd wordt

Boeykens wees erop dat het belangrijk is om de vorming in kleine groepen te organiseren, om er op die manier voor te zorgen dat de deelnemers zich 'veilig' voelen. Activiteiten zoals 'reflecteren over de eigen 'spiritualiteit' (4.2.3.), 'praktische opdrachten uitvoeren waarin deelnemers uit hun comfortzone moeten komen' (4.2.6.)... vereisen immers een veilige omgeving. Ook Vermandere wees op dit gegeven in haar doctoraatsonderzoek naar aanleiding van een vorming bij de introductie van het diamantmodel in de palliatieve thuiszorg⁵⁰².

4.2.8. Opvolging na de vorming

Om ervoor te zorgen dat de spirituele training een duurzaam effect heeft op de kwaliteit van de eerstelijns spirituele zorg van verpleegkundigen én dat eerstelijns spirituele zorg werkelijk geïmplementeerd blijft in de zorg, is opvolging van groot belang⁵⁰³. In deze opvolging speelt de **spiritueel zorgverlener** een cruciale rol en dat op verschillende vlakken.

Vooreerst is de spiritueel zorgverlener als het ware een *levende reminder* aan het belang van de spirituele dimensie binnen de zorg. Uit het Vlaams onderzoek van Vanleene blijkt in die zin ook dat verpleegkundigen (en andere zorgverleners) alerter blijven voor spirituele zorg als de spiritueel zorgverlener "zichtbaar, beschikbaar en aanwezig" is in het team⁵⁰⁴. Meer zelfs, indien het contact met de pastor goed verloopt, zullen verpleegkundigen sneller doorverwijzen naar de pastor⁵⁰⁵.

⁴⁹⁹ *Ibid.*, p. 7.

⁵⁰⁰ P. PAAL, T. ROSER & E. FRICK, *Developments in Spiritual Care Education in German-Speaking Countries*, p. 6.

⁵⁰¹ K. TORNØE *et al.*, *A Mobile Hospice Nurse Teaching Team's Experience*, p. 8.

⁵⁰² M. VERMANDERE, *Implementation of the Ars Moriendi Model in Palliative Home Care*, p. 280.

⁵⁰³ P. PAAL, T. ROSER & E. FRICK, *Developments in Spiritual Care Education in German-Speaking Countries*, p. 6.

⁵⁰⁴ N. VANLEENE, *'Dum spiro, spero: Zolang ik ademhaal, hoop ik'*, p. 15.

⁵⁰⁵ U. WINTER-PFÄNDLER, K. FLANNELLY & C. MORGENTHALER, *Referrals to Health Care Chaplaincy by Head Nurses*, p. 29.

Vervolgens zijn pastores op de afdeling de aangewezen personen om verpleegkundigen te *coachen* in het verlenen van eerstelijns spirituele zorg. Zo kunnen verpleegkundigen in het opvolgingstraject van Boeykens steeds bij haar terecht met vragen (4.1.4.).

Uit de literatuur blijkt echter dat het soms nodig is om nog een stap verder te gaan. Zo geven verpleegkundigen aan dat ze nood hebben aan *feedback* over de spirituele zorg die ze verlenen⁵⁰⁶. *Intervisie*, waarin concrete casussen worden besproken, kunnen bovendien een gelegenheid zijn om te leren uit elkaars ervaringen⁵⁰⁷. Paal *et al.* stellen in die zin zelfs voor om *supervisie* te organiseren voor verpleegkundigen waarin ze onder begeleiding kunnen reflecteren over hun eigen handelen, maar ook moeilijkheden bespreekbaar kunnen maken⁵⁰⁸. De vraag is uiteraard of dit binnen de drukbezette werkomgeving van zorgsectoren wel haalbaar is.

Hoe dan ook, om opvolgingsprojecten te doen slagen, is er steun nodig vanuit het beleid. Uit het praktijkvoorbeeld van Boeykens blijkt, in die zin, dat er soms een evenwicht gevonden moet worden tussen de resultaatsgerichte opvolgingsprocedures vanuit het beleid (aantal registraties tellen) en de kwaliteitsgerichte blik van een pastor op eerstelijns spirituele zorg.

Besluit: deel 2

In deel 2 (hoofdstuk 4) van deze thesis gingen we op zoek naar elementen, die belangrijk zijn binnen spirituele vormingen, zodat verpleegkundigen op een *continue* en *kwaliteitsvolle manier* eerstelijns spirituele zorg zouden verlenen. Om dergelijke elementen te ontdekken, vertrokken we vanuit een concrete casus uit de praktijk. Daarna toetsten we deze casus aan de literatuur om vervolgens acht concrete pijlers te kunnen formuleren.

Deze pijlers hadden betrekking op de *inhoud* van de vorming (spiritueel screeningsinstrument, ‘innerlijke ruimte’ leren maken, reflectie en communicatie over ‘(eigen) spiritualiteit’ en over het spiritueel screeningsinstrument). Bovendien werden enkele *methodische tools* aangereikt (nadruk op *reflecteren*, *praktische opdrachten*, *opvolging na de vorming*). Daarnaast schonken we ook aandacht aan de *samenstelling van de groepen* die dergelijke spirituele vorming zouden krijgen. Trainingen binnen *interdisciplinair verband* én in *kleine groepen* lijken tot de beste resultaten te leiden. Ten slotte toonden deze pijlers dat niet enkel pastores de rol als ‘spiritueel

⁵⁰⁶ N. VANLEENE, ‘Dum spiro, spero: Zolang ik ademhaal, hoop ik’, p.15.

⁵⁰⁷ *Ibid.*, p. 15.

⁵⁰⁸ P. PAAL, T. ROSER & E. FRICK, *Developments in Spiritual Care Education in German-Speaking Countries*, p. 7.

vormingswerkers' op zich kunnen nemen. Ook verpleegkundigen, met expertise wat spirituele zorg betreft (spiritueel ankerfiguur: 3.2.5.), kunnen een belangrijke rol spelen in het vormen van verpleegkundigen binnen dit zorgterrein (bv. via *bedside teaching*).

In de twee vorige delen probeerden we de 'eerstelijns spirituele zorgbarrières' van verpleegkundigen (hoofdstuk 1) te overbruggen door middel van *spirituele competenties* en *spirituele vormingselementen op maat* (deel 1 en deel 2). In het derde hoofdstuk ontdekten we echter, dankzij Waaijman (3.2.2.) en Clarke (3.2.4.), dat eerstelijns spirituele zorg niet gereduceerd mag worden tot één aspect binnen de verpleegkundige zorg. Integendeel, eerstelijns spirituele zorg is, in essentie, de onderliggende grondtoon van de gehele verpleegkundige zorg. In het derde en laatste deel van deze thesis gaan we dan ook vanuit een theologische reflectie (hoofdstuk 5) en vanuit een reflectie op de verpleegkundige praktijk (hoofdstuk 6) op zoek naar die onderliggende grondtoon. Concreet komen we, in hoofdstuk 5, enkele grondhoudingen op het spoor, die vervolgens in hoofdstuk 6 geconcretiseerd worden binnen de verpleegkundige zorgpraktijk.

Deel 3: Op zoek naar een breder denkkader voor eerstelijns spirituele zorg

Hoe kunnen we eerstelijns spirituele zorg integreren in een breder denkkader, vanuit een theologische reflectie enerzijds en vanuit een reflectie op de verpleegkundige zorgpraktijk anderzijds?

5. Is er nog plaats voor ‘spiritualiteit’ in het hart van de zorg(verlener)? – Een theologische reflectie

“Wat bezielt je?”, luidt de titel van het boek waarvan Martien Pijnenburg en Carlo Leget de redacteurs zijn. “Wat bezielt⁵⁰⁹ je, om geïnspireerd te blijven werken in het ziekenhuis?”⁵¹⁰ Deze vraag is, binnen de hedendaagse zorgcontext, prangend, indringend, bijna oproepend. Het fenomeen *bezielde zorg verlenen* wordt immers uitgedaagd door factoren zoals een immens hoge werkdruk, verzakelijking van de zorgsector, economisering, een competentiegerichte focus...⁵¹¹ Dat “ontzielde zorg”⁵¹² een negatieve impact heeft op de kwaliteit van de zorg én op het welzijn van de zorgverlener is dan ook niet zo verwonderlijk⁵¹³.

Maar waarin schuilt ‘de ziel van de zorg’? En hoe kan deze ziel ook zorgverleners vandaag ‘be-zielen’ om zo de kwaliteit van de zorg, alsook het eigen welzijn te verhogen? Om een antwoord te formuleren op deze twee vragen, bekijken we de ‘zorg’ in dit vijfde hoofdstuk door een **theologische lens**. Deze theologische reflectie zal ons doen inzien dat spiritualiteit verweven is met de gehele zorg en dus niet enkel één afzonderlijk aspect is binnen de zorg.

5.1. Op zoek naar de ziel van de zorg – een theologische reflectie

Al sinds de middeleeuwen namen religieuzen het initiatief om zieken te verzorgen. Zij deden dit niet ‘zomaar’, maar zagen hun engagement als een ‘roeping’ tot, en uitingsvorm van **barmhartigheid**, waar Jezus in Zijn boodschap én doorheen Zijn levenswijze meermaals naar verwees⁵¹⁴. Barmhartigheid was voor deze religieuzen dan ook dé drijfveer bij uitstek, dé motiverende kracht om goede zorgen te verlenen.

Maar waarom precies? Een antwoord op deze vraag vinden we bij Lucas die via Jezus gelovigen oproept: “Wees barmhartig zoals Abba barmhartig is” (Lc. 6,36). Deze zin onthult dat God zich ontfermt over de mens en dat de mens, om in het voetspoor van God te leven, zich ook zou moeten ontfermen over anderen⁵¹⁵. Meer zelfs, Jezus

⁵⁰⁹ Bezieling wordt in deze thesis begrepen als “de kracht die je gaande houdt en waarvan je vervuld bent”. Het duidt op de drijfveren voor de keuze om als professional in de zorg te gaan werken (...). Het is de bron van waaruit het werk als zinvol en zingevend kan beleefd worden”. Zie hiervoor: Martien PIJENBURG & Carlo LEGET (red.), *Wat bezielt je? Geïnspireerd-blijven-werken in het ziekenhuis*, Eindhoven, Damon, 2011, p. 7.

⁵¹⁰ M. PIJENBURG & C. LEGET (red.), *Wat bezielt je? Geïnspireerd-blijven-werken in het ziekenhuis*, . 7.

⁵¹¹ *Ibid.*, p. 8; K. WAAIJMAN, *Spiritualiteit in de zorg. In de interactie tussen zorgvrager en zorgverlener*, p. 32.

⁵¹² Gert OLTUIS, *Bezielde zorgen. Het goede zien in het werk dat je doet*, in Martien, PIJENBURG & Carlo, LEGET (red.), *Wat bezielt je? Geïnspireerd-blijven-werken in het ziekenhuis*, Eindhoven, Damon, 2011, p. 16.

⁵¹³ M. PIJENBURG & C. LEGET (red.), *Wat bezielt je? Geïnspireerd-blijven-werken in het ziekenhuis*, p. 8.

⁵¹⁴ *Ibid.*, p. 7; Gerben HEITINK, *Barmhartigheid en kwaliteit van zorg*, in Martien, PIJENBURG & Carlo, LEGET (red.), *Wat bezielt je? Geïnspireerd-blijven-werken in het ziekenhuis*, Eindhoven, Damon, 2011, p. 67;

⁵¹⁵ Een lang gesprek met Annelies van Heyst. “Barmhartig zijn zonder ander neer te drukken” (4 november 2008);

https://zorgethiek.nu/wp-content/uploads/eleoscoop_interview_van_heijst.pdf?fbclid=IwAR2_IVp_k3FlfsQaoCp9oS4kAM0Ntony3Km2k8pAcdRLcoHj3foRQ761JI0 (toegang 10.04.2019).

zegt in het Mattheüsevangelie: “Ik verzeker jullie, alles wat je voor één van deze minste broeders van Mij hebt gedaan, heb je voor Mij gedaan” (Mt. 25,40). Met andere woorden, in het zorg dragen voor mensen kan je Christus ontmoeten⁵¹⁶. Volgens Gerben Heitink is dit van grote waarde binnen de zorg die gelovigen verlenen: “Deze ontmoeting met Jezus in het gelaat van de arme, de zieke, schept een eigen dynamiek van geven en ontvangen. Wie denkt te geven, wordt zich bewust hoeveel hij van de ander mag ontvangen”⁵¹⁷.

God navolgen in Zijn barmhartigheid om zo Christus te ontmoeten in en doorheen die barmhartigheid, zijn bezielende krachten voor christenen om zelf uitdrukking te geven aan hun barmhartigheid binnen de zorg. Maar wat betekent ‘barmhartigheid’ precies? Iemand is barmhartig als hij/zij een warm hart heeft voor de arme⁵¹⁸. Concreet gaat het erom dat we de nood en het lijden van de ander erkennen en dat we er ons door laten raken, om hier vervolgens op te antwoorden in woord en daad in de vorm van liefde, zorg, vergeving, geduld...⁵¹⁹

Deze beschrijving onthult reeds dat barmhartigheid twee betekenislagen omvat die onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Waaijman wijst er in dit verband op dat in het Oude Testament twee woorden gebruikt worden om ‘barmhartigheid’ handen en voeten te geven. Enerzijds staat het woord “*rechamim*” in de Bijbel, wat verwijst naar ‘vertederend, geraakt worden tot in het binnenste door het gelaat van de ander’ (*passieve component*). Anderzijds weerklinkt “*chesed*”, wat de gerichtheid op de ander en het zorgvuldig handelen oproept (*actieve component van barmhartigheid*)⁵²⁰.

Deze twee betekenislagen, die een “twee-eenheid”⁵²¹ vormen, zijn ook herkenbaar in het verhaal van de barmhartige Samaritaan (Lc. 10). De priester en de Leviet lopen de gewonde man voorbij, ook al *zagen* ze hem. Met andere woorden, zij ondernamen geen actie om de man in nood te helpen. De Samaritaan daarentegen *zag* de man en “*werd met ontferming bewogen*”⁵²². Omwille van de dynamiek tussen *geraakt worden* en *actie ondernemen*, wordt hij ook wel de ‘barmhartige Samaritaan’ genoemd.

In de hedendaagse zorgsector is het onwaarschijnlijk dat aan patiënten zorg wordt geweigerd. Zorgverleners zijn er immers voor opgeleid en beschikken over de nodige competenties om op een professionele manier initiatief te nemen wanneer

⁵¹⁶ G. OLTHUIS, *Bezield zorgen. Het goede zien in het werk dat je doet*, p. 68.

⁵¹⁷ *Ibid.*, p. 68.

⁵¹⁸ Marc STEEN, *Abba. Vader*, Tielt, Lannoo, 1999, p. 156.

⁵¹⁹ K. WAAIJMAN, *Spiritualiteit in de zorg. In de interactie tussen zorgvrager en zorgverlener*, p. 37; M. STEEN, *Abba. Vader*, p. 157.

⁵²⁰ K. WAAIJMAN, *Spiritualiteit in de zorg. In de interactie tussen zorgvrager en zorgverlener*, p. 21.

⁵²¹ *Ibid.*, p. 36.

⁵²² G. HEITINK, *Barmhartigheid en kwaliteit van zorg*, p. 69.

iemand te kampen heeft met fysieke en/of mentale klachten. De actieve component, krijgt dan ook voldoende aandacht⁵²³. Wat echter dreigt verloren te gaan is de voeling met de *passieve component* binnen de zorg (3.2.2.). Dit kan nefaste gevolgen hebben voor de kwaliteit van de zorg⁵²⁴. Maar waarom precies? Wat voegt de *passieve component* kwalitatief toe aan de zorg?

5.1.1. *Ziel van de zorg (barmhartigheid) als sleutel tot kwaliteitsvolle zorg?*

Dat zorgverleners goede lichamelijke zorgen moeten bieden (op de juiste manier medicatie toedienen, op hygiënische wijze wonden verzorgen...) staat buiten kijf⁵²⁵. Maar, vanuit het perspectief van de zorgvrager, staat of valt de kwaliteit van de zorg vaak met het aan- of afwezig zijn van een **steunende intermenselijke zorgrelatie**⁵²⁶. Op een kwaliteitsvolle manier zorg verlenen betekent dus niet enkel iets voor een patiënt *doen* (*actieve component*), maar ook *iemand* voor de zorgvrager *zijn* (*passieve component*)⁵²⁷. En daar is bezieling voor nodig (passieve component), want die bezieling beïnvloedt wezenlijk de manier *waarop* de zorgen (actieve component) verleend worden. In wat volgt gaan we op zoek naar **drie theologische bouwstenen**. Deze zijn van wezenlijk belang om vanuit een barmhartige motivatie zorg te verlenen opdat een intermenselijke zorgrelatie gestalte zou krijgen.

Het **fundament** van barmhartige zorg (dat tot uitdrukking komt in een steunende zorgrelatie), komen we op het spoor door de twee betekenislagen van ‘zorg’ onder ogen te nemen. Enerzijds wijst het Oudindische *surksati* naar “zorg dragen voor”. Hierin schuilt de *actieve component* van het woord ‘zorg’. Anderzijds onthult het grondwoord *sorgo* dat ook zorgverleners zich *zorgen maken*, “in de zorgen zitten”. Het lijden van de zieke mens kan zorgverleners (als medemens) immers ook ten diepste raken⁵²⁸. Heitink wijst er in dit verband op dat deze twee betekenislagen van ‘zorg’ in het leven van elke mens verweven zijn: er zijn tijden waarin we *zorgen voor* anderen, maar er zijn ook tijden waarin er voor ons *gezorgd wordt* en waarin *we ons zorgen maken*. Dit toont aan hoe *kwetsbaar* we zijn als mens en hoe sterk we met elkaar verbonden zijn in en doorheen die kwetsbaarheid. Meer zelfs, juist omdat we zo kwetsbaar zijn, zijn we op elkaar aangewezen. De ene keer als iemand die ‘zorgt voor’, de andere keer als iemand die ‘zorg ontvangt’⁵²⁹.

⁵²³ Een lang gesprek met Annelies van Heijst. “Barmhartig zijn zonder ander neer te drukken” (4 november 2008).

⁵²⁴ K. WAAIJMAN, *Spiritualiteit in de zorg. In de interactie tussen zorgvrager en zorgverlener*, p. 37.

⁵²⁵ Een lang gesprek met Annelies van Heijst. “Barmhartig zijn zonder ander neer te drukken” (4 november 2008).

⁵²⁶ G. HEITINK, *Barmhartigheid en kwaliteit van zorg*, p. 74; Brian HUGHES et al., *Spiritual Care and Nursing. A Nurse’s Contribution and Practice*.

⁵²⁷ Thijs TROMP, *Minder hard – meer hart! Zorgethiek en management. Een werkzame combinatie*, Utrecht, Reliëf, 2006, p. 12.

⁵²⁸ K. WAAIJMAN, *Spiritualiteit in de zorg. In de interactie tussen zorgvrager en zorgverlener*, p. 33.

⁵²⁹ G. HEITINK, *Barmhartigheid en kwaliteit van zorg*, p. 74.

Die wederkerige afhankelijkheid wordt ook theologisch uitgedrukt in de prangende vraag die de mens aan God stelt volgens de Schrift (Gen. 4,9): “Ben ik dan de hoeder van mijn broeder?” Vanuit een theologisch standpunt luidt het antwoord uiteraard volmondig ‘ja’. Elke mens is immers beeld van God⁵³⁰. Die wederzijdse verbondenheid met elkaar en met God wordt ook wel een **verbondsrelatie** genoemd. Een verbondsrelatie, zoals bijvoorbeeld uitgedrukt in Samuël 20 (tussen David en Jonathan), laat zien dat ‘verbondspartners’ elkaar eeuwige trouw beloven en dat beide partners die verantwoordelijkheid voor altijd zullen nakomen. Een trouwe verbondspartner zijn en blijven is een levenshouding, waar de ander zich (in tijden van nood) zonder meer op kan beroepen. Met andere woorden, iemand in nood hoeft niet om genade te smeken⁵³¹. Vanuit dit verbond, dat God sloot met gelovigen, krijgt de zorg de nodige bezieling.

Maar hoe geven gelovigen dan expressie aan die **verbondsrelatie**? Twee bouwstenen (die een stevig fundament vinden in het concept van de verbondsrelatie) zijn hierbij wezenlijk. Een eerste bouwsteen is ‘**het lijden van de ander zien en vervolgen met ontferming in beweging komen**’, zoals het verhaal van de barmhartige Samaritaan weerspiegelt. Gebaseerd op een tweede bouwsteen krijgt barmhartigheid expressie door pogingen te ondernemen om de ander **vanuit solidariteit en loyaliteit** te ondersteunen en opnieuw in de eigen kracht te laten staan⁵³². Barmhartigheid mag dus geen *neerbuigende, bijna onderdrukkende compassie* worden of uit *eigenbelang* gestalte krijgen⁵³³. Daarnaast blijkt dat ook God wil dat mensen in hun kracht blijven staan (cfr. psalm 146). Hij spreekt hen immers aan als Zijn verbondspartners⁵³⁴.

5.1.2. *Ziel van de zorg (compassie) als sleutel tot kwaliteitsvolle zorg in de hedendaagse context?*

Vanuit een theologisch perspectief biedt ‘barmhartigheid’ dus de nodige bezieling/inspiratie aan gelovigen om steunende intermenselijke relaties op te bouwen met patiënten en zo de kwaliteit van de zorg te bevorderen. Maar wat heeft ‘barmhartigheid’ nog te bieden in tijden waarin zorgverleners niet *in de eerste plaats* zorg verlenen vanuit een *roeping*, maar omdat dit hun *beroep* is? Wat met ‘barmhartigheid’ als de zorg voor de zieken vandaag niet meer in eerste instantie beschouwd wordt als een uiting van *naastenliefde*, maar als een *sociaal grondrecht*⁵³⁵?

⁵³⁰ Frits MERTENS, *Zorgers zijn spirituele doeners*, in Martien, PIJENBURG & Carlo, LEGET (red.), *Wat bezielt je? Geïnspireerd-blijven-werken in het ziekenhuis*, Eindhoven, Damon, 2011, p. 29.

⁵³¹ G. HEITINK, *Barmhartigheid en kwaliteit van zorg*, p. 72.

⁵³² *Ibid.*, p. 75.

⁵³³ M. STEEN, *Abba. Vader*, p. 157; Annelies VAN HEIJST, *Van professie naar professionaliteit*, in Martien, PIJENBURG & Carlo, LEGET (red.), *Wat bezielt je? Geïnspireerd-blijven-werken in het ziekenhuis*, Eindhoven, Damon, 2011, p. 61.

⁵³⁴ G. HEITINK, *Barmhartigheid en kwaliteit van zorg*, p. 72.

⁵³⁵ M. PIJENBURG & C. LEGET (red.), *Wat bezielt je? Geïnspireerd-blijven-werken in het ziekenhuis*, p. 12.

Kan barmhartigheid, als oeroude ziel van de zorg, vandaag nog inspiratie bieden aan niet-christelijke zorgverleners en op welke manier dan precies?

Het antwoord is volmondig 'ja'. De ziel van de zorg, namelijk barmhartigheid, is zo bezielend dat ze tot op vandaag zowel christelijke als niet-christelijke zorgverleners kan inspireren. Dit neemt uiteraard niet weg dat er in de hedendaagse verpleegkundige literatuur in 'seculiere termen' wordt gesproken over de *bezieling* binnen de zorg. 'Compassie tonen' in de zorg wordt dan ook voorgesteld als een wezenlijke deugd van zorgverleners⁵³⁶. Maar wat kunnen we verstaan onder 'compassievolle zorg' en wat is het verband met 'barmhartige zorg'? Om een antwoord op deze laatste vraag van dit vijfde hoofdstuk te formuleren, nemen we het fundament van barmhartige zorg (met name de verbondsrelatie) én de twee bouwstenen die hierop steunen (met name 'het lijden van de ander zien en hierdoor in beweging komen' en 'solidariteit en loyaliteit') als uitgangspunt.

Binnen barmhartige zorg verwezen we naar de *verbondsrelatie* als fundament van de intermenselijke zorgrelatie. Mensen zijn immers aangewezen op elkaar (als beeld van God). Uit interviews die Frits Mertens afnam bij 20 zorgverleners, blijkt dat de verbondenheid tussen mensen, ook bij niet-christelijke zorgverleners, iets van het mysterie van het leven oproept⁵³⁷. "**Evenmenselijkheid**" fungeert dus (als seculiere vertaling van de verbondsrelatie) als hét fundament van compassievolle zorg⁵³⁸. Gert Olthuis spreekt in dit verband over een "bondgenootschap in medemenselijkheid"⁵³⁹. Even-menselijkheid zorgt er immers voor dat zorgverleners de patiënt als een gelijkwaardig *mens* benaderen⁵⁴⁰. In dezelfde lijn definieert Baart compassie als een vorm van liefde die aanzet tot vermenselijking⁵⁴¹. "Zo alleen ontstaat wederkerigheid, ook als het om een asymmetrische relatie gaat waarin de ene persoon zorgverlener is en de andere persoon zorgbehoevende"⁵⁴².

Het benaderen van de patiënt als mens houdt allereerst in dat zorgverleners er zich bewust van zijn dat de zieke mens meer is dan alleen een lichaam dat 'behandeld' en 'onderzocht' moet worden. Het betekent dat zorgverleners, naast het lichamelijke aspect, erkenning geven aan de *ziektebeleving* van de patiënt die ze verzorgen. Een ziekte, handicap, ingreep... heeft immers een grote impact op de menselijke persoon (zie hoofdstuk 6)⁵⁴³. Om aan deze vorm van evenmenselijkheid gestalte te geven is het

⁵³⁶ K. WAAIJMAN, *Spiritualiteit in de zorg. In de interactie tussen zorgvrager en zorgverlener*, p. 36.

⁵³⁷ F. MERTENS, *Zorgers zijn spirituele doeners*, p. 29.

⁵³⁸ G. HEITINK, *Barmhartigheid en kwaliteit van zorg*, p. 74.

⁵³⁹ G. OLTHUIS, *Bezield zorgen. Het goede zien in het werk dat je doet*, p. 21.

⁵⁴⁰ G. HEITINK, *Barmhartigheid en kwaliteit van zorg*, p. 74.

⁵⁴¹ Andries BAART & Marius NUY, *Hals over kop en nog langzamer. Omzien naar ziekte en zorg*, Amsterdam, Uitgeverij SWP, 2006, p. 22.

⁵⁴² G. HEITINK, *Barmhartigheid en kwaliteit van zorg*, p. 74 -75.

⁵⁴³ G. OLTHUIS, *Bezield zorgen. Het goede zien in het werk dat je doet*, p. 21.

dus belangrijk dat zorgverleners **empathisch** zijn en een groot **invoelingsvermogen** hebben. Heitink spreekt in dit verband over **‘receptiviteit’**⁵⁴⁴. Receptiviteit drukt, volgens Baart uit, hoe de zorgverlener ervoor *openstaat* om de wereld van de patiënt in zich op te nemen én om zich hierdoor te laten raken⁵⁴⁵. Volgens de filosofe Martha Nussbaum ligt een sterk inlevingsvermogen aan de basis van compassie⁵⁴⁶. Om hiertoe in staat te zijn zou de zorgverlener over voldoende ‘innerlijke ruimte’ moeten beschikken (4.1.1.).

Deze inleving kent uiteraard ook grenzen. Niemand, behalve die *unieke* zorgvrager, weet immers hoe het voelt om zorgvrager te zijn. Als deze grenzen niet gerespecteerd worden, dreigen zorgverleners patiënten te betuttelen of als een object te benaderen. Maar vanuit compassievolle zorg, waarin evenmenselijkheid van fundamenteel belang is, is het juist zo wezenlijk om de ander te laten groeien als mens en dat kan alleen door de patiënt inspraak te geven, door beroep te doen op zijn/haar unieke krachten⁵⁴⁷. **Discretie, eerbied en respect** zijn hierin dan ook onontbeerlijke grondhoudingen⁵⁴⁸.

En dat compassievolle zorg, omwille van haar ‘evenmenselijke insteek’, ook effectief als positief wordt ervaren door patiënten blijkt uit het doctoraatsonderzoek van Margaretha van der Cingel. Meer zelfs, compassievolle zorg stelt de verpleegkundige beter in staat om zorgdoelen op te merken en te kaderen. Bovendien blijkt compassievolle zorg voor de zorgverlener zelf een zeer positief effect te hebben op hun persoonlijk spiritueel welbevinden. Compassie in de zorgrelatie leidt er immers toe dat zorgverleners gemotiveerder zijn en meer plezier halen uit hun werk. Het intermenselijk contact met de patiënt wordt door hen dan ook ervaren als een geschenk⁵⁴⁹.

Besluit – Is er nog plaats voor ‘spiritualiteit’ in het hart van de zorg(verlener)?

In dit vijfde hoofdstuk ontdekten we dat ‘barmhartigheid’ voor gelovigen dé drijvende kracht is om zorg te verlenen⁵⁵⁰. ‘Barmhartigheid’ is zelfs zo bezielend dat ze tot op heden zowel gelovige als niet-gelovige zorgverleners de nodige inspiratie kan bieden.

⁵⁴⁴ Vanuit theologische oogpunt spraken we in dit verband over ‘zien en met ontferming bewogen worden’.

⁵⁴⁵ Andries BAART & Mieke GRYPDONCK, *Verpleegkunde en presentie. Een zoektocht in dialoog naar de betekenis van presentie voor verpleegkundige zorg*, Den Haag, Lemma, 2008, p. 59.

⁵⁴⁶ Martha NUSSBAUM, *Upheavals of Thought. The Intelligence of Emotions*, Cambridge, Cambridge University Press, 2001, p. 302.

⁵⁴⁷ G. HEITINK, *Barmhartigheid en kwaliteit van zorg*, p. 74.

⁵⁴⁸ *Ibid.*, p. 75.

⁵⁴⁹ Margaretha VAN DER CINGEL, *Compassie in de verpleegkundige praktijk*, Boom, Uitgeverij Lemma, 2012, p. 154.

⁵⁵⁰ Waaijman wijst er op dat ‘barmhartigheid’ in elke grote spiritualiteit een centrale plaats inneemt. Zie hiervoor: K. WAAIJMAN, *Spiritualiteit in de zorg. In de interactie tussen zorgvrager en zorgverlener*, p. 37-39.

We spreken dan wel over ‘compassievolle zorg’ waarin “bondgenootschap in medemenselijkheid” centraal staat⁵⁵¹.

Uiteraard verwijst ‘compassievolle zorg’, in vergelijking met ‘barmhartigheid’ niet naar een bezielende verbinding met God. Toch durf ik, na deze reflectie, te stellen dat ook ‘compassievolle zorg’ in wezen *spiritueel* is. En dit omwille van de drie volgende redenen.

Als eerste omdat compassievolle zorg gestalte krijgt in een steunende *verbinding* tussen zorgverlener en zorgvrager (“bondgenootschap in medemenselijkheid”⁵⁵²). Dat we ons als mens *kunnen verbinden* met anderen, hebben we te danken aan onze spirituele dimensie (‘spirit’)⁵⁵³.

Als tweede blijkt deze ‘*verbinding met*’ en ‘*het compassievolle zorgen voor*’ zinnen betekenisvol te zijn in het leven van de zorgvrager, maar ook in het leven van zorgverleners. Ook ‘spiritualiteit’ heeft, als we uitgaan van de consensusdefinitie van Puchalski, wezenlijk betrekking op het zoeken naar zin via die verbindingen met anderen⁵⁵⁴.

Als derde krijgt iemands spiritualiteit, iemands bezieling, handen en voeten in de manier waarop die persoon omgaat met het leven. In de zorg krijgt compassie gestalte in menswaardige zorg⁵⁵⁵.

Op de titelvraag van dit hoofdstuk ‘Is er nog plaats voor spiritualiteit in het hart van de zorg(verlener)?’, zou ik dus volmondig ‘ja’ antwoorden. ‘Compassievolle zorg’ is immers ‘spiritueel’ én ligt aan de basis van goede, menswaardige zorg. Om kwaliteitsvolle zorg te *kunnen* bieden zou spiritualiteit dus het ‘leidmotief’ van de gehele zorg moeten zijn. Met andere woorden, spiritualiteit en spirituele zorg beperken zich niet tot één aspect van de zorg. Deze stelling krijgt handen en voeten in hoofdstuk 6.

⁵⁵¹ G. OLTHUIS, *Bezield zorgen. Het goede zien in het werk dat je doet*, p. 21.

⁵⁵² *Ibid.*

⁵⁵³ J. CLARKE, *Spiritual Care in Everyday Nursing Practice*, p. 39.

⁵⁵⁴ C. PUCHALSKI et al., *Improving the Spiritual Dimension of Whole Person Care*, p. 646.

⁵⁵⁵ *Ibid.*

6. Zorgrelatie en lichamelijke verzorging als toegangswegen tot spirituele zorg die verpleegkundigen kunnen bewandelen? - Een reflectie op de verpleegkundige zorgpraktijk

Zoals we reeds in hoofdstuk 3 (3.2.4.) vermeldden, ervaren veel verpleegkundigen eerstelijns spirituele zorg als een 'toevoegsel' bovenop hun drukbezette zorgpraktijk. Door de eenzijdige focus op *spirituele communicatie* binnen de hedendaagse benadering van spirituele zorg, (h)erkennen verpleegkundigen in hun eigen zorgpraktijk immers niets van wat 'spirituele zorg' hoort te zijn volgens die hedendaagse benadering. Is dit de reden waarom de barrières die verpleegkundigen ervaren hardnekkig blijven bestaan (hoofdstuk 3)? Onderzoek is hierover aangewezen, waardoor de vraag voorlopig open blijft.

Hoe dan ook lijken trainingen (hoofdstuk 4) volgens Clarke slechts een beperkte impact te hebben⁵⁵⁶. Clarke ontkent het belang van *spirituele communicatie* niet⁵⁵⁷. Ze wijst er echter wel op dat verpleegkundigen nog twee andere toegangswegen tot spirituele zorg kunnen bewandelen die voor hen vermoedelijk veel *natuurlijker* aanvoelen omdat ze wezenlijk deel uitmaken van verpleegkundige activiteiten en vaardigheden⁵⁵⁸. Deze twee wegen zijn: de weg van de 'zorgrelatie' én de weg van de 'lichamelijke verzorging'⁵⁵⁹. Door te wijzen op deze twee wegen, wil Clarke spiritualiteit opnieuw (hoofdstuk 5) volledig *integreren in* de dagdagelijkse zorgpraktijk van verpleegkundigen. Op die manier wil ze vermijden dat de eerstelijns spirituele zorg van verpleegkundigen nog langer wordt *gereduceerd tot spirituele communicatie*⁵⁶⁰.

De vraag is dan ook wat deze twee componenten van verpleegkundige zorg precies te maken hebben met spiritualiteit of met spirituele zorg. Met andere woorden: **waarom zijn deze twee componenten van verpleegkundige zorg ('zorgrelatie' en 'lichamelijke verzorging') adequate toegangswegen tot spirituele zorg?** In een eerste luik gaan we op zoek naar een antwoord op deze onderzoeksvraag. Bovendien is het vanzelfsprekend dat niet elke vorm van 'zorgrelatie' of 'lichamelijke zorg' automatisch het spiritueel welzijn van patiënten verhoogt. Maar **op welke manier dienen verpleegkundigen hun zorg dan te verlenen en een zorgrelatie op te bouwen opdat dit een positieve impact zou hebben op het spiritueel welzijn van patiënten?** In een tweede luik gaan we in op deze tweede onderzoeksvraag.

⁵⁵⁶ J. CLARKE, *Spiritual Care in Everyday Nursing Practice*, p. 1.

⁵⁵⁷ *Ibid.*, p. 127-141.

⁵⁵⁸ *Ibid.*, p. 192.

⁵⁵⁹ *Ibid.*, p. 57.

⁵⁶⁰ *Ibid.*, p. 4.

6.1. Zorgrelatie en lichamelijke zorg als adequate toegangswegen tot spirituele zorg?

6.1.1. *Model van de integrale persoon als kritiek op hedendaagse verborgen dualistische benadering.*

Om te verklaren waarom deze twee componenten van de verpleegkundige praktijk wezenlijke toegangswegen zijn tot spirituele zorg, schuift Clarke een model naar voor waarin een holistisch mensbeeld wordt afgebeeld⁵⁶¹. Een *holistisch mensbeeld* houdt in dat de mens niet alleen de som is van zijn verschillende dimensies (“lichaam” (“body”) en “ziel” (“mind” en “spirit”)), maar dat hij een *geheel (van deze dimensies)* vormt⁵⁶². Deze drie componenten zijn dus niet zomaar te scheiden van elkaar, maar overlappen elkaar op een dynamische manier en staan constant in interactie met elkaar (zie bijlage 5)⁵⁶³.

Verpleegkundigen gaan ervan uit dat ze patiënten benaderen vanuit een holistische mensvisie, maar van Hooft, en dat in navolging van Clarke, doorpikt deze illusie. Zo vertelt van Hooft (2006) dat het opvalt dat literatuur over verpleegkundige educatie uitpuilt van zinnen zoals “the whole person”. Maar wanneer aan docenten verpleegkunde wordt gevraagd wat dit precies betekent, zeggen zij meestal: “a client is not only a body, but something else besides” (Stan van Hooft, *Caring about Health*, p. 94⁵⁶⁴). Volgens van Hooft wijst dit zinsdeel “something else besides” op een *verborgen dualistische visie*. Vanuit een dualistische visie, die ingang vond in de westerse wereld sinds Descartes (17^{de} eeuw), wordt het lichaam immers gescheiden van de geest⁵⁶⁵. Met andere woorden, in tegenstelling tot wat de meeste verpleegkundigen denken, wordt de menselijke persoon in de praktijk *niet gezien* als een eenheid⁵⁶⁶. Maar zoals Clarke aangeeft: “True holism is only possible when practitioners are able to abolish the division between body and mind/spirit in their care”⁵⁶⁷.

Deze *verborgen dualistische visie* heeft uiteraard een **grote impact op de manier waarop de spirituele dimensie wordt benaderd**, en in het verlengde hiervan ook **op de kwaliteit van de zorg**.

Ten eerste wordt de spirituele dimensie, vanuit een dualistische visie, *los van het geheel* benaderd. In de westerse wereld krijgt de ‘mind’ meer aandacht dan het

⁵⁶¹ J. CLARKE, *Spiritual Care in Everyday Nursing Practice*, p. 35.

⁵⁶² *Ibid.*, p. 56.

⁵⁶³ *Ibid.*, p. 36.

⁵⁶⁴ Geciteerd in J. CLARKE, *Spiritual Care in Everyday Nursing Practice*, p. 35.

⁵⁶⁵ J. CLARKE, *Spiritual Care in Everyday Nursing Practice*, p. 37, 53.

⁵⁶⁶ *Ibid.*, p. 55.

⁵⁶⁷ *Ibid.*, p. 48

lichaam⁵⁶⁸. Dit zou wel eens kunnen verklaren waarom *spirituele communicatie*, waarin zorgverleners via de geest de spirituele dimensie proberen aan te spreken, binnen de hedendaagse benadering hoogtij viert (3.2.4.)⁵⁶⁹.

Ten tweede blijkt dat, doordat zorgverleners het lichaam van de patiënt niet zozeer beschouwen als ‘een persoon’, maar als “medisch territorium gekoloniseerd door de geneeskunde”, de kwaliteit van de zorg wordt aangetast⁵⁷⁰. Zo verwijst Clarke naar patiënten die ervan getuigen dat ze zichzelf als ‘vlees’ begonnen te voelen doordat ze ervaren hoe zorgverleners hen benaderden als een ‘object’ en niet als een ‘mens’⁵⁷¹. Ook de titel van het artikel dat Annelies van Heijst schreef, geeft weer hoe patiënten een ziekenhuisopname soms beleven: “Ze zijn de hele dag met je bezig maar geen mens kijkt naar je om”⁵⁷².

6.1.2. *Zorgrelatie als wezenlijke toegangsweg tot spirituele zorg?*

Om als eerste aan te tonen dat de ‘zorgrelatie’ van fundamenteel belang is binnen spirituele zorg, verwijst Clarke naar het model dat zij promoot (6.1.1.). Hierin zijn “lichaam”, “spirit” en “mind” wezenlijk en dynamisch verbonden met elkaar. Deze relationele dynamiek *in* de menselijke persoon is volgens de auteur een patroon dat onthult dat de **mens in essentie ook in verbondenheid leeft met anderen én die verbondenheid ook nodig heeft**. We zijn immers aangewezen op anderen om onszelf te ontdekken, om onszelf uit te drukken, om lief te hebben...⁵⁷³ De filosoof John Macmurray, (1891-1976) gaf, als hij over het over *spiritualiteit* had, bovendien aan dat ons mens-zijn in de eerste plaats weerspiegeld wordt in onze relaties met anderen⁵⁷⁴. Wanneer aan mensen wordt gevraagd wat ‘spiritualiteit’ voor hen betekent, verwijzen ze ook vaak naar de *verbondenheid* die ze ervaren in relaties⁵⁷⁵. Deze relationele realiteit vond trouwens eveneens zijn ingang in de consensusdefinitie van spiritualiteit die onder leiding van Puchalski werd geformuleerd⁵⁷⁶.

Toch lijkt de moderne/nieuwe spiritualiteit in de eerste plaats de focus te leggen op het *individu* en ‘zelfontplooiing’, waardoor ‘relaties’ die in hoge mate expressie geven aan ‘spiritualiteit’, soms over het hoofd gezien worden. Zelfs binnen het

⁵⁶⁸ *Ibid.*, p. 55.

⁵⁶⁹ *Ibid.*, p. 35.

⁵⁷⁰ G. OLTHUIS, *Bezielde zorgen. Het goede zien in het werk dat je doet*, p. 20; J. CLARKE, *Spiritual Care in Everyday Nursing Practice*, p. 55.

⁵⁷¹ *Ibid.*, p. 146.

⁵⁷² Annelies, VAN HEIJST, *Ze zijn de hele dag met je bezig, maar geen mens kijkt naar je om. Zorgverlening tussen interventie en presentie*, in *Pastorale Nieuwsbrief* 134 (2007), p. 31-39.

⁵⁷³ J. CLARKE, *Spiritual Care in Everyday Nursing Practice*, p. 41.

⁵⁷⁴ *Ibid.*, p. 42; JOHN MACMURRAY, *Search for Reality in Religion*, Londen, Quaker Home Service & the John Macmurray Society, 1995, p. 72.

⁵⁷⁵ *Ibid.*, p. 41.

⁵⁷⁶ C. PUCHALSKI *et al.*, *Improving the Spiritual Dimension of Whole Person Care*, p. 646.

verpleegkundig zorgproces lijkt deze eenzijdige focus sporen nagelaten te hebben. Spirituele zorg wordt er immers gereduceerd tot het identificeren van en het tegemoetkomen aan de noden van de patiënt (3.2.4.)⁵⁷⁷.

Volgens Clarke staat deze eenzijdige focus op ‘noden’ echter de zorgrelatie in de weg. Door de zorgrelatie louter te zien als een ‘middel’ om zo spirituele noden te kunnen achterhalen en vervolgens bepaalde zorgresultaten te bereiken, wordt de ‘zorgrelatie’ op zich onvoldoende naar waarde geschat⁵⁷⁸. En laat het nu net die relationele band zijn die zo wezenlijk is voor mensen en voor hun spiritueel welzijn. Zo geeft Clarke aan: “Any encounter can have spiritual effects in terms of being deeply ‘touched’ in the depths of your being in a positive or negative way and it can be the start of an ongoing process which colours a patient’s whole experience of their disease and its management”⁵⁷⁹.

Meer zelfs, wanneer mensen ziek zijn of een grote ingreep moeten ondergaan kunnen ze zich heel geïsoleerd en eenzaam voelen⁵⁸⁰. De relationele band met verpleegkundigen, die letterlijk *bedside* staan, speelt dan ook een cruciale rol. Patiënten krijgen dankzij die band opnieuw *het gevoel dat ze deel uitmaken van de wereld*. In de lijn hiervan zorgt deze verbondenheid ervoor dat de *innerlijke verbondenheid in de patiënt* (tussen zijn/haar verschillende dimensies) opnieuw versterkt wordt. Dit gevoel kan leiden tot een gevoel van ‘completeheid’ en ‘heelheid’. Meer zelfs, de relationele verbondenheid en veilige omgeving die verpleegkundigen creëren, kunnen ertoe leiden dat zorgvragers de nodige ruimte – of ‘innerlijke ruimte’ (4.1.1.) – krijgen om hun ziek-zijn, helingsproces of proces van loslaten te kunnen kaderen en in een nieuw daglicht te plaatsen. Hierdoor kunnen patiënten eventueel zelfs nieuwe perspectieven en doelen ontdekken⁵⁸¹. Met andere woorden, een steunende zorgrelatie is een adequate toegangsweg tot spirituele zorg die verpleegkundigen met zelfvertrouwen moeten kunnen bewandelen.

En daar wringt het schoentje soms, want zoals eerder aangegeven herkennen verpleegkundigen geen spirituele zorg in hun dagdagelijkse zorgen voor patiënten. Indien we hen echter op het hart zouden kunnen drukken hoe wezenlijk de zorgrelatie is voor het spiritueel welzijn van patiënten, zal hun zelfvertrouwen groeien om sterke en steunende zorgrelaties op te bouwen⁵⁸².

⁵⁷⁷ J. CLARKE, *Spiritual Care in Everyday Nursing Practice*, p. 46.

⁵⁷⁸ *Ibid.*, p. 106.

⁵⁷⁹ *Ibid.*, p. 47.

⁵⁸⁰ *Ibid.*, p. 32.

⁵⁸¹ *Ibid.*, p. 32-33.

⁵⁸² *Ibid.*, p. 31-32.

6.1.3. *Lichamelijke zorg als adequate toegangsweg tot spirituele zorg?*

Opnieuw verwijst Clarke naar het model van de integrale persoon dat ze naar voor schuift, om te verduidelijken waarom ook lichamelijke zorg van wezenlijk belang is binnen spirituele zorg. Dit model verbeeldt hoe alle dimensies van de mens sterk met elkaar verbonden zijn (zie bijlage 5).

Ter illustratie van deze verbondenheid verwijst Clarke naar een onderzoek van Morse *et al.* (1995). Hieruit blijkt dat ziekte niet alleen invloed heeft op het lichaam, maar ook op de manier waarop de zieke mens zijn lichaam ervaart⁵⁸³. Zieke mensen krijgen in die zin vaak het gevoel dat er een kloof ontstaat tussen hun lichaam én hun ware 'zelf'. Het zieke lichaam eist immers plots alle aandacht op, is zeer kwetsbaar en bovenal niet of amper te controleren. Dit heeft tot gevolg dat zieken hun lichaam niet zozeer als een deel van zichzelf, maar eerder als 'de vijand' ervaren⁵⁸⁴.

Door deze onderzoeksresultaten te koppelen aan het model van de integrale persoon kunnen we dan ook besluiten dat **lichamelijke, maar ook psychische ziekten het potentieel hebben om de innerlijke verbondenheid tussen de verschillende dimensies in de mens (die zo fundamenteel zijn om zich als een 'geheel' te voelen) te verstoren**. Er ontstaat als dusdanig een zekere 'desintegratie' binnenin de mens, met als gevolg dat de patiënt zich heel 'gebroken' voelt en het gevoel van waardigheid verliest. Het is dus van wezenlijk belang dat er opnieuw een brug wordt gebouwd tussen het 'nieuwe lichaam' en het 'zelf' van de patiënt. Binnen die re-integratie kan de verpleegkundige een cruciale rol spelen (6.2.2.)⁵⁸⁵.

We kunnen vanuit het model van de integrale persoon eveneens vaststellen dat de **spirituele dimensie ("spirit") zich in en doorheen het lichaam van de mens bevindt**. Het model suggereert immers dat elk deel van de mens, gezien kan worden in een ander deel⁵⁸⁶. Clarke zegt niet voor niets: "Spirituality is actually *embodied*"⁵⁸⁷. Met andere woorden, als je een patiënt *ziet*, zie je voor een stuk zijn/haar ziel, want het lichaam is als een 'omhulsel van de ziel'. Als je een patiënt aanraakt, raak je ook de 'spirituele dimensie' van hem/haar aan⁵⁸⁸.

De hedendaagse benadering van spirituele zorg die verpleegkundigen 'zouden moeten' verlenen, mist dus duidelijk een belangrijk (bovenstaand verwoord) aanknopingspunt. Maar ook binnen de verpleegkundige zorgen (in het algemeen)

⁵⁸³ J.M. MORSE, J.L. BOTTORFF & S. HUTCHINSON, *The Paradox of Comfort*, in *Nursing Research* 44 (1995) 14-19, p. 14-19.

⁵⁸⁴ J. CLARKE, *Spiritual Care in Everyday Nursing Practice*, p. 144-145.

⁵⁸⁵ *Ibid.*, p. 49.

⁵⁸⁶ *Ibid.*, p. 56.

⁵⁸⁷ *Ibid.*, p. 30.

⁵⁸⁸ *Ibid.*, p. 50.

wordt lichamelijke zorg soms niet naar waarde geschat of zelfs gemarginaliseerd. De meer technische, probleemoplossende, consulterende kant van de zorg daarentegen, wordt veel meer geapprecieerd⁵⁸⁹. Volgens Clarke is deze tendens opnieuw te wijten aan het feit dat verpleegkundigen geen zorgen verlenen op basis van een holistisch mensbeeld in de ware zin van het woord⁵⁹⁰. Clarke besluit dan ook: “Adopting an embodied spirituality which values and celebrates the body could be another tool to provoke change and bring the body back into the foreground of nursing”⁵⁹¹.

6.2. “(...) it is about *how* we care”⁵⁹²

De hamvraag blijft uiteraard: **op welke manier dienen verpleegkundigen hun zorg dan te verlenen en een zorgrelatie op te bouwen opdat dit een positieve impact zou hebben op het spiritueel welzijn van patiënten?** Om een antwoord op deze vraag te vinden, is het belangrijk het doel dat we met spirituele zorg willen bereiken voor ogen te houden. “The aim of spiritual care is to help the patient to feel like a whole integrated individual who is able to find some balance and harmony, and ultimately, some meaning in their life”, zo stelt Clarke⁵⁹³. Met andere woorden, zich ‘compleet’ voelen of de innerlijke verbondenheid tussen de verschillende dimensies sterk ervaren, is een belangrijke graadmeter voor het spiritueel welzijn van een persoon. Maar ook de ‘waardigheid van de menselijke persoon’ lijkt volgens Clarke, van essentieel belang om over ‘spiritueel *welzijn*’ te kunnen spreken⁵⁹⁴.

Zoals we eerder vermeldden, kan de ervaring van ziek-zijn ervoor zorgen dat er een kloof ontstaat tussen de verschillende dimensies van de mens, waardoor de patiënt zich *niet* meer ‘volledig’ of ‘compleet’, maar ook niet meer waardig voelt. Helaas houden rationaliserende tendensen binnen de gezondheidszorg deze fragmentatie soms in stand. Vanuit een puur rationaliserende visie benaderen zorgverleners de patiënt immers als een *object*. Hierdoor zien zorgverleners enkel nog de *noden* van de patiënt (3.2.4.), bouwen ze een *relatie* op met de patiënt om zo die *noden* te achterhalen en verzorgen ze het lichaam als een *object*, alsof geen ziel in dit lichaam schuilgaat. Met andere woorden, vanuit een ‘objectbenadering’ zien zorgverleners vooral ‘zorgresultaten’ voor ogen, maar hebben zij geen of weinig aandacht voor de mens die schuilt achter die ‘zorgresultaten’. Dit heeft uiteraard nefaste gevolgen voor het spiritueel welzijn van de patiënt, omdat een ‘objectbenadering’ bij de patiënt gevoelens van *fragmentatie* oproept, in plaats van *integratie*. Indien we wensen dat patiënten zich opnieuw ‘compleet’ én waardig zullen

⁵⁸⁹ *Ibid.*, p. 52-53.

⁵⁹⁰ *Ibid.*, p. 55.

⁵⁹¹ *Ibid.*, p. 52-53.

⁵⁹² *Ibid.*, p. 31.

⁵⁹³ *Ibid.*, p. 101.

⁵⁹⁴ *Ibid.*, p. 111.

voelen, is het dus **wezenlijk om hen als een geheel van hun dimensies of als *subjecten te benaderen***⁵⁹⁵.

6.2.1. *Grondhoudingen om zorgrelatie op te bouwen met patiënten die spiritueel welzijn kan verhogen*

*Zich bewust zijn van de andere persoon (subject) én zo erkenning geven aan hun intrinsieke waardigheid als mens, is volgens Clarke, dé basis van een relatie binnen spirituele zorg*⁵⁹⁶. Buber beweert echter dat dit alleen mogelijk is indien we ook onszelf als een *subject* positioneren ten opzichte van de ander of, anders gezegd, als we ‘volledig’ onszelf zijn⁵⁹⁷. Zo stelt Buber: “The basic word I-You can only be spoken with one’s whole being. The basic word I-It can never be spoken with one’s whole being” (Buber, *I and Thou*, 1997, p. 54⁵⁹⁸). *Authenticiteit en jezelf zijn*, zijn dan ook twee grondhoudingen die verpleegkundigen zichzelf eigen moeten maken.

Toch lijkt ‘jezelf zijn’ en ‘professioneel’ zijn’, voor de nodige spanning te zorgen binnen de hedendaagse gezondheidssector. Enerzijds zijn er uiteraard grenzen binnen een professionele zorgrelatie. Anderzijds mag de afstand tussen de patiënt en de verpleegkundige niet zo groot worden, dat de essentiële *menselijkheid* van de verpleegkundige én haar *gelijkwaardigheid* met de patiënt volledig lijkt te vervagen⁵⁹⁹.

Compassie is dan ook een derde, maar volgens Clarke *fundamentele*, grondhouding binnen de zorgrelatie. Compassie ontstaat immers vanuit het besef dat je als *subject* aangewezen bent op andere *subjecten*⁶⁰⁰. We noemden *evenmenselijkheid* niet voor niets een basisvoorwaarde binnen compassievolle zorg (hoofdstuk 5). *Compassie* zal zorgverleners er intrinsiek toe aanzetten om *zorgrelaties* met hun patiënten op te bouwen vanuit puur *humane beweegredenen* en niet (in de eerste plaats) om beoogde doelen te realiseren of noden te kunnen identificeren⁶⁰¹. Een persoon werkelijk als een ‘jij’ beschouwen impliceert immers dat je openstaat voor die persoon én dat je hem/haar volledig accepteert zoals die is⁶⁰².

Bovendien zet échte compassie verpleegkundigen ertoe aan *empathisch* en *present* te zijn enerzijds, maar ook om *discreet* te zijn anderzijds (zie hoofdstuk 5). Volgens Clarke is een zorgverlener pas écht present, als deze zijn/haar ‘hele zelf’ voor de patiënt inzet. Hiervoor is het noodzakelijk om (innerlijke) ruimte te maken voor de

⁵⁹⁵ *Ibid.*, p.103.

⁵⁹⁶ *Ibid.*, p.43.

⁵⁹⁷ *Ibid.*, p.103.

⁵⁹⁸ Geciteerd in J. CLARKE, *Spiritual Care in Everyday Nursing Practice*, p.103.

⁵⁹⁹ *Ibid.*, p.109.

⁶⁰⁰ *Ibid.*, p.42.

⁶⁰¹ *Ibid.*, p.109.

⁶⁰² *Ibid.*, p.102.

ander (4.1.1)⁶⁰³. De discretie van de verpleegkundige houdt dan weer in dat deze erop uit is om de ander te ondersteunen om zijn/haar volle potentieel te bereiken⁶⁰⁴.

Tot slot, en dat is niet onbelangrijk, wordt de verpleegkundige, dankzij 'compassie' meer mens. Compassie is immers een natuurlijk aspect die eigen is aan ons menszijn. Dit kan dan ook het spiritueel welzijn van verpleegkundigen zelf verhogen⁶⁰⁵.

Onze lichamelijke zorg zorgt ervoor dat we een relatie met anderen kunnen hebben, want zonder lichaam zou niemand ons kunnen zien, horen, voelen...⁶⁰⁶ Dit betekent ook dat de lichamelijke van de verpleegkundige als een *instrument* kan aangewend worden tot spirituele zorg. Zo kunnen oogcontact, rustige bewegingen, gaan zitten of zich wat buigen wanneer de patiënt iets wil vragen of zeggen... kleine maar belangrijke signalen geven aan de patiënt. Deze signalen kunnen bepaalde gedachten en gevoelens oproepen bij de patiënt: 'de verpleegkundige is geïnteresseerd in mij als mens', 'ik ben waardevol', 'ik hoor er nog bij', 'ik mag er zijn...' Dergelijke non-verbale tekenen die gestalte geven aan de boven genoemde grondhoudingen, kunnen dan ook een wezenlijke rol spelen in het spiritueel welzijn van de patiënt⁶⁰⁷.

6.2.2. *Lichamelijke verzorging die spiritueel welzijn van patiënten kan verhogen*

Ook via lichamelijke verzorging is het mogelijk om aan deze grondhoudingen gestalte te geven en zo een bijdrage te leveren aan het spiritueel welzijn van de patiënt. Deze lichamelijke verzorging kan trouwens de relationele band tussen de patiënt en de verpleegkundige versterken. In wat volgt laten we vijf concrete vormen van lichamelijke zorg aan bod komen, waarbij we telkens vermelden *op welke manier* deze lichamelijke zorgen het best verleend worden én welke effecten dit kan hebben op het spiritueel welzijn van de patiënt.

Een *passende aanraking van het lichaam van de patiënt* is een eerste vorm van lichamelijke zorg. Zoals we eerder vermeld hebben, kan het lichaam beschouwd worden als het 'omhulsel van de ziel'. Met andere woorden, als je het lichaam van de patiënt aanraakt, raak je ook de persoon zelf aan⁶⁰⁸. Clarke merkt echter op dat lichamelijke aanrakingen uit het westers gezichtsveld zijn verdwenen. Dit is volgens haar te wijten aan een overheersend rationaliserende, technische én verborgen dualistische aanpak waarbij de focus ligt op de 'mind' van de persoon (6.1.1.). Hierdoor

⁶⁰³ *Ibid.*, p.122.

⁶⁰⁴ *Ibid.*, p.43.

⁶⁰⁵ *Ibid.*, p. 47-48.

⁶⁰⁶ *Ibid.*, p.48.

⁶⁰⁷ *Ibid.*, p. 117-118.

⁶⁰⁸ *Ibid.*, p.156

verliezen we echter uit het oog dat passende, steunende aanrakingen sporen van liefde kunnen achterlaten in ons lichaam, die bovendien levenslang herinnerd kunnen worden⁶⁰⁹. Bovendien vergeten we dat emoties van empathie, compassie, presentie... zelfs geuit kunnen worden doorheen puur *technische aanrakingen* (zoals de aanrakingen bij een bloedafname)⁶¹⁰. Met andere woorden, passende aanrakingen, waarbij rekening wordt gehouden met culturele, maar ook persoonlijke gewoontes, zijn van wezenlijk belang binnen spirituele (verpleegkundige) zorg⁶¹¹.

Uiteraard hangt het effect van de aanraking op het spiritueel welzijn van de patiënt af van *de manier waarop* de zorgverlener de patiënt aanraakt. Doet de zorgverlener dit gehaast, ruw, met koude handen én steeds met handschoenen aan? Of doet zij dit op een rustige, zachte manier, met warme handen én zonder handschoenen indien dat medisch gezien mogelijk is⁶¹²? Het mag duidelijk zijn dat de tweede manier van aanraken gestalte krijgt door een compassievolle grondhouding van de zorgverlener.

Volgens Clarke is deze manier van aanraken in wezen een *spirituele act*. Bereid zijn om iemand die ziek is (en misschien zelfs bij anderen ‘walging’ oproept door de ernst van de ziekte), van huid op huid aan te raken is, is bij uitstek een gebaar van compassie. Het verwondert dan ook niet dat deze vorm van omgaan met de zieken en ‘marginalen in de maatschappij’, aangeprezen wordt in religieuze tradities⁶¹³.

Bovendien is het vanzelfsprekend dat alleen een zachte aanpak een *positief effect* heeft op het *spiritueel welzijn van de patiënt*. Allereerst kunnen compassievolle aanrakingen het *gevoel van waardigheid* van de patiënt herstellen en/of versterken. Ten tweede komt de patiënt, dankzij dergelijke aanrakingen, *opnieuw in contact met zichzelf*. Zoals we eerder aangaven wordt het ‘zieke lichaam’ door de zieke mens soms als een ‘vijand’ beschouwd. Passende aanrakingen kunnen in die zin een brug bouwen tussen de ziel én het lichaam van de patiënt. Ten derde zorgt een passende aanraking voor *verbondenheid tussen degene die aanraakt en degene die aangeraakt wordt*, wat de zorgrelatie snel versterkt. Via aanrakingen kunnen verpleegkundigen immers hun *empathie* tonen aan de patiënt en kunnen ze uitdrukken dat ze *present* willen zijn voor hem of haar. Patiënten voelen zich hierdoor waardevol en dit scheidt een vertrouwensband met de verpleegkundige. Dit zou volgens Clarke wel eens kunnen verklaren waarom zorgvragers hun angsten en spirituele zorgen bij voorkeur, gedurende de lichamelijke zorg, aan verpleegkundigen toevertrouwen⁶¹⁴. En als

⁶⁰⁹ *Ibid.*, p.159.

⁶¹⁰ *Ibid.*, p. 157.

⁶¹¹ *Ibid.*, p. 163.

⁶¹² *Ibid.*, p. 175.

⁶¹³ *Ibid.*, p. 160.

⁶¹⁴ *Ibid.*, p. 157-160.

patiënten hierover graag willen praten, is het uiteraard van groot belang dat verpleegkundigen bereid zijn om hiernaar te luisteren (2.2.1. en 2.2.2.)⁶¹⁵.

'*Moet ik het jou even wat comfortabeler maken?*', is een veel voorkomende vraag die verpleegkundigen aan patiënten stellen. Voor de meeste verpleegkundigen lijkt 'comfort', in eerste instantie, een lichamelijke toestand. Wat verpleegkundigen echter vaak niet weten is dat *lichamelijk comfort* ook op het spiritueel welzijn van de patiënt een positief effect kan hebben. Door een kussen te verleggen en comfortabel achter de rug van de patiënt te schikken, door een glas water binnen handbereik van de patiënt neer te zetten, door de patiënt te helpen bij het aantrekken van andere kledij... kan de patiënt immers voelen hoe waardevol hij/zij is. Het spreekt voor zich dat deze kleine, maar voor de patiënt wezenlijke handelingen, gestalte krijgen dankzij de *empathie (één van de grondhoudingen binnen compassie)* van de zorgverlener voor de patiënt. Maar er is meer: door het lichamenlijk comfort schept de zorgverlener de ruimte voor de zorgvrager om zich opnieuw verbonden te voelen met het lichaam dat hem/haar (even) in de steek laat. Deze comfortabele staat kan er dan ook voor zorgen dat de patiënt zijn/haar situatie even kan overzien doordat het lichamenlijk ongemak wat wordt 'verzacht'. Het woord 'comfort' verwijst niet voor niets naar een staat van 'zijn' waarin de persoon zichzelf *in staat* ziet om met een bepaalde situatie te leven...⁶¹⁶ Met andere woorden, verpleegkundigen kunnen door compassievolle handelingen die het lichamenlijk comfort van de patiënt verhogen, indirect een bijdrage leveren aan de kijk van de patiënt op zijn/haar leven.

De laatste drie vormen van lichamenlijke verzorging, waarop zeer hulpbehoevende zorgvragers beroep doen, zijn: *patiënten helpen bewegen, zorgvragers helpen wassen* en *zorgvragers helpen eten*. Ik laat deze drie vormen van lichamenlijke verzorging onder één noemer vallen, omdat elke vorm van lichamenlijk zorg gepaard gaat met een zeker *controleverlies* bij de patiënt. Volgens het onderzoek van Hermann (2001), die achterhaalde wat de meest frequente spirituele noden zijn bij palliatieve patiënten, werd de *nood aan controle* sterk benadrukt⁶¹⁷. Verpleegkundigen kunnen, volgens Clarke, het 'verlies aan controle', die opgeroepen wordt door deze drie vormen van lichamenlijke zorgen, wat verlichten door *compassievolle* zorgen.

Hoofdstuk vijf vermeldt het reeds: compassie is gebaseerd op evenmenselijkheid die allereerst uitdrukking krijgt in *empathie*. *Empathie* en *een sterk invoelingsvermogen* zijn binnen deze drie vormen van lichamenlijke verzorging van onschatbare waarde. De *empathie* van de zorgverlener kan er immers voor zorgen dat hij/zij goed aanvoelt waar de patiënt pijn zou kunnen hebben en waar de patiënt extra ondersteuning nodig

⁶¹⁵ *Ibid.*, p. 127.

⁶¹⁶ J. CLARKE, *Spiritual Care in Everyday Nursing Practice*, p. 114-115.

⁶¹⁷ C. P. HERMANN, *Spiritual Needs of Dying Patients. A Qualitative Study*, p. 67-72

heeft, gedurende het bewegen⁶¹⁸. Stevige aanrakingen bieden de patiënt in die context een gevoel van 'veiligheid'. In tweede instantie zorgt empathie ervoor dat de zorgverlener de *privacy waarborgt* van de patiënt tijdens het wassen. Terzelfdertijd is de verpleegkundige er zich goed van bewust dat 'gewassen worden door iemand' voor patiënten heel indringend kan aanvoelen omdat de intimiteit en kwetsbaarheid van de patiënt op het spel staat⁶¹⁹. Tenslotte zorgt empathie ervoor dat de zorgverlener het eettempo van de zorgvrager volgt én dat deze ook een ruimte schept waarin de patiënt op een rustige manier kan eten⁶²⁰. Met andere woorden, de empathie van de zorgverlener is een belangrijke grondhouding waardoor de patiënt zich *veilig* voelt bij de zorgverleners en de zorgverlener *vertrouwt*.

Om dit vertrouwen nog te versterken is het belangrijk dat de zorgverlener *goed communiceert* over wat er precies zal gebeuren én dat de zorgverlener gedurende de lichamelijke verzorging iets over zichzelf deelt (bv. over een hobby) zonder hierbij professionele grenzen te overschrijden. Hierdoor wordt de '*evenmenselijkheid*' van de verpleegkundige belicht. Bovendien zorgt communicatie met de patiënt ervoor dat hij/zij voelt dat hij/zij erbij hoort, wat de waardigheid van de patiënt kan versterken. Ook humor (vooral bij het wassen van patiënten) helpt de patiënt soms om de schaamte die hij/zij voelt wat te overbruggen⁶²¹.

Toch zijn er grenzen aan empathie (5.1.2.). Vanuit échte compassie streven mensen er immers naar om de mens in nood te helpen zodat hij zijn volle potentieel te kan bereiken⁶²². *Discretie* is hiervoor van wezenlijk belang, zeker wanneer we het gevoel van controleverlies hopen te verlichten.

Bij elke vorm van lichamelijke verzorging is het dan ook aangewezen om de patiënt zo veel mogelijk te betrekken bij het verzorgingsproces door hem/haar keuzes te laten maken. Op die manier toont de zorgverlener dat hij/zij de patiënt naar waarde schat en geïnteresseerd is in hem/haar als mens. Kan/wil de patiënt een inbreng hebben in het bewegen van zijn/haar lichaam? Kan/wil de patiënt zijn/haar intieme delen zelf wassen? Wat zijn zijn/haar persoonlijke en culturele voorkeuren hierin? Wordt de patiënt het liefst gewassen door een vrouw of een man? Wil de patiënt graag bidden voor het eten? Dit laatste kan er immers voor zorgen dat de patiënt opnieuw verbinding ervaart met zijn/haar geloof⁶²³.

⁶¹⁸ J. CLARKE, *Spiritual Care in Everyday Nursing Practice*, p. 170.

⁶¹⁹ *Ibid.*, p. 179.

⁶²⁰ *Ibid.*, p. 181-184.

⁶²¹ J. CLARKE, *Spiritual Care in Everyday Nursing Practice*, p. 174.

⁶²² *Ibid.*, p. 43.

⁶²³ *Ibid.*, p. 175,-176; *Ibid.*, p. 183-184.

Door de patiënt ondersteuning en veiligheid te bieden enerzijds én hem/haar zelf ook (binnen deze veilige context) initiatief te laten nemen (door keuzes te maken, door kleine zorgtaakjes op zich te nemen...) anderzijds, kan de patiënt opnieuw voeling krijgen met zijn/haar eigen lichaam. Het lichaam wordt zo niet langer als 'de vijand' beschouwd, maar als een deel van zichzelf waarover de patiënt opnieuw (mits de nodige ondersteuning) wat controle krijgt. Met andere woorden, deze benadering leidt niet tot *fragmentatie* van de verschillende dimensies van de mens, maar tot *re-integratie*⁶²⁴.

Besluit

In dit laatste hoofdstuk toonden we, met behulp van het model van de integrale persoon (zie bijlage 5), aan dat relaties met anderen, alsook de verbondenheid met het eigen lichaam, noodzakelijk zijn om van 'spiritueel welzijn' te kunnen spreken.

We ontdekten ook op welke manier aan de grondhouding 'compassie' gestalte gegeven kan worden binnen een zorgrelatie en binnen lichamelijke zorg. Dankzij compassievolle zorg wordt de *waardigheid* van de menselijke persoon, maar ook de *verbondenheid* met anderen én met het eigen lichaam hersteld. Compassievolle zorg kan er bovendien toe leiden dat hulpbehoevende patiënten ondersteund worden opdat ze (in de mate van het mogelijke) opnieuw wat meer levens-noodzakelijke controle zouden krijgen over het eigen lichaam.

⁶²⁴ *Ibid.*, p. 56.

BESLUIT

Uit onderzoek blijkt dat eerstelijns spirituele zorg weinig ingang vindt in de dagdagelijkse zorgpraktijk van verpleegkundigen⁶²⁵. De hoofdonderzoeksvraag van deze thesis was dan ook: *hoe kunnen we verpleegkundigen ondersteunen opdat zij eerstelijns spirituele zorg zouden integreren in hun dagdagelijkse zorgpraktijk?*

Om een gefundeerd antwoord op deze onderzoeksvraag te kunnen formuleren, brachten we in een *eerste hoofdstuk* (op basis van een uitgebreide literatuurstudie) de ‘eerstelijns spirituele zorgbarrières’ die verpleegkundigen ervaren in kaart.

Deze analyse maakte ons er, allereerst, van bewust dat het feit dat eerstelijns spirituele zorg weinig ingang vindt in de dagdagelijkse zorgpraktijk van verpleegkundigen, begrepen kan worden als een **‘symptoom’ van onze westerse en seculiere cultuur** (1.1.1-1.1.3.). Vanuit deze sterk oplossingsgerichte context hoeft het niet te verwonderen dat er weinig aandacht wordt besteed aan spiritualiteit en religie binnen het geheel van de gezondheidszorg (1.1.4. en 1.1.5.), maar ook binnen opleidingen (en vormingen op de werkvloer) (1.1.8.). Dit laatste is problematisch, want spirituele vormingen blijken doorslaggevend te zijn in het verlenen van spirituele zorg. Bovendien kunnen vormingen ertoe leiden dat heel wat andere professionele (1.2.), maar ook persoonlijke barrières (1.3.) overwonnen worden.

Als tweede stellen we vast dat spirituele zorg de vinger op de wonde legt van de gezondheidssector. Deze is onmiskenbaar, soms tegen wil en dank, onderworpen aan een zekere economische wetmatigheid. Verpleegkundigen ervaren **‘tijdsgebrek’** dan ook als een belangrijke ‘eerstelijns spirituele zorgbarrière’, waardoor zij vaak geconfronteerd worden met *‘moral distress’* (1.1.6.).

Om verpleegkundigen houvast te bieden bij het overwinnen van specifieke ‘eerstelijns spirituele zorgbarrières’ en hen op die manier te ondersteunen bij het verlenen van spirituele zorg, volgden we drie sporen.

In het **eerste deel** van deze thesis (hoofdstuk 2 en 3) volgden we een **competentiegericht spoor**. Meer specifiek beschreven we in *hoofdstuk 2* het spiritueel competentieprofiel van van Leeuwen en Cusveller. Door dit profiel vanuit het hedendaags verpleegkundig perspectief (hoofdstuk 1) te bekijken, merkten we op dat het profiel een zeer waardevolle basis is, maar echter nog te weinig houvast biedt aan verpleegkundigen (wat spirituele zorg betreft). Hieruit volgde dan ook de eerste deelonderzoeksvraag: *hoe kunnen we het spiritueel competentieprofiel voor verpleegkundigen van van Leeuwen en Cusveller verrijken en verbreden opdat*

⁶²⁵ E.J. TAYLOR, et al., *Self-Reported Frequency of Nurse-Provided Spiritual Care*, p. 34.

verpleegkundigen eerstelijns spirituele zorg zouden integreren in hun dagdagelijkse zorgpraktijk?

Als antwoord op deze vraag formuleerden we in *hoofdstuk 3* vijf aanbevelingen met aanzetten tot competenties die het, in *hoofdstuk 2* beschreven, competentieprofiel zouden kunnen verrijken en verbreden. Deze aanbevelingen distilleerden we uit expliciet of impliciet vermelde kritiekpunten op het profiel vanuit de literatuur enerzijds, maar ook op basis van de ‘eerstelijns spirituele zorgbarrières’ anderzijds. Concreet pleitten we voor de integratie van drie *verrijkende competenties*, namelijk: kennisgerichte competenties (3.1.1.), incompetenties (3.1.2.), maar ook tijd-gerelateerde competenties (3.1.3.). Daarop volgde het pleidooi voor het thematiseren van twee *verbredende competenties*. Een eerste *verbredende competentie* legt de nadruk op het belang van ‘verpleegkundige competenties’ binnen spirituele zorg (3.1.4.). De tweede *verbredende competentie* houdt een pleidooi in voor de integratie van drie competenties, specifiek verwacht van verpleegkundigen die de leiding nemen op het gebied van spirituele zorg (spiritueel ankerfiguren) (3.1.5.).

In deel twee (hoofdstuk 4) volgden we het **spoor van de spirituele vormingen**. Op die manier probeerden we tegemoet te komen aan dé reden bij uitstek waardoor eerstelijns spirituele zorg bij verpleegkundigen vaak uitblijft (1.1.8.). Concreet gingen we in *hoofdstuk 4* op zoek naar een antwoord op de tweede deelonderzoeksvraag: *welke elementen zijn essentieel binnen spirituele vormingen opdat verpleegkundigen op een continue en kwaliteitsvolle manier eerstelijns spirituele zorg zouden integreren in hun dagdagelijkse zorgpraktijk?*

In een eerste stap bestudeerden we de spirituele vorming die Frieda Boeykens ontwierp en ook in de praktijk bracht (4.1.). In een tweede stap toetsten we haar vorming aan de literatuur, op basis waarvan we uiteindelijk acht wezenlijke elementen binnen spirituele vormingen op het spoor kwamen (4.2.). Concreet wordt het werken met een *spiritueel screeningsinstrument* sterk aangeraden (4.2.1.). Ook het oefenen in het maken van *innerlijke ruimte* lijkt *binnen elke zorgcontext* wezenlijk (4.2.2.). Er zou bovendien voldoende ruimte moeten te zijn om te *reflecteren* én te *communiceren over spiritualiteit* (4.2.3. en 4.2.4.). Om tegemoet te leren komen aan de spirituele noden van patiënten (2.2.2.), zou het inoefenen van de mondelinge en de schriftelijke communicatie binnen een interdisciplinair team die hiermee gepaard gaat zeker aan bod moeten komen (4.2.5.). Maar ook *praktische opdrachten (rollenspel, werken vanuit een verbatim, bedside teaching)* lijken hierbij van groot belang (4.2.6.). Deze elementen vragen om een vertrouwelijke context. Daarom worden spirituele vormingen het best georganiseerd binnen kleine groepen (4.2.7.). Tenslotte blijkt dat *opvolging na de vorming* van wezenlijk belang is om ervoor te zorgen dat

verpleegkundigen op een *continue* manier eerstelijns spirituele zorg zouden verlenen (4.2.8.).

In het derde en laatste deel van deze thesis (hoofdstuk 5 en 6) volgden we **het spoor van de verbreding van de hedendaagse benadering van spirituele zorg**. Verpleegkundigen vermoeden soms dat spirituele zorg tot het ‘afgebakend domein’ van de spiritueel zorgverlener behoort (1.2.4.). Deze ‘eerstelijns spirituele zorgbarrière’ onthult dat verpleegkundigen maar weinig herkennen in hun eigen zorgpraktijk van wat spirituele zorg (volgens de hedendaagse benadering) zou ‘moeten’ zijn. In die zin gingen we dan ook op zoek naar een antwoord op de derde deelonderzoeksvraag: *hoe kunnen we eerstelijns spirituele zorg integreren in een breder denkkader, vanuit een theologische reflectie enerzijds en vanuit een reflectie op de verpleegkundige praktijk anderzijds?*

Vanuit een theologische reflectie kwamen we in *hoofdstuk 5* tot de vaststelling dat *spiritualiteit* deel uitmaakt van het hart van de *gehele zorg*. Concreet wezen we enkele grondhoudingen aan die van belang zijn binnen ‘bezielde’ zorg, waarvan ‘barmhartigheid’ of ‘compassie’ de fundamentele bouwstenen vormden. In *hoofdstuk 6*, waarin we ons baseerden op het inspirerende boek van Clarke, achterhaalden we waarom een ‘steunende zorgrelatie’ en ‘lichamelijke zorg’ voor verpleegkundigen wezenlijke toegangswegen zijn tot spirituele zorg (6.1.). Vervolgens (6.2.) gaven we handen en voeten aan de grondhoudingen die in *hoofdstuk 5* werden belicht.

Slotbeschouwingen

Ik hoop dat deze masterproef extra houvast kan bieden aan docenten verpleegkunde, spiritueel vormingswerkers en zorgpastores bij het vormen van verpleegkundigen in eerstelijns spirituele zorg. Bovendien zou het mooi zijn, indien deze masterproef naar het beleid toe een aanzet kan geven tot een betere integratie van spirituele zorg binnen de gehele zorg (besluit hoofdstuk 1: concrete aanbevelingen). Zoals reeds vermeld, is er steun nodig vanuit het beleid om deze drie sporen ook werkelijk ingang te doen vinden in de dagdagelijkse zorgpraktijk.

Dit onderzoek is gebaseerd op een diepgaande literatuurstudie. Met andere woorden, de sporen die binnen deze thesis werden uitgewerkt, missen voorlopig nog de toets van de praktijk. Verder onderzoek is dan ook aangewezen om te evalueren of de integratie van het verrijkend competentieprofiel, van de spirituele trainingselementen, maar ook van de verbredende visie op eerstelijns spirituele zorg binnen opleidingen, trainingen én het beleid, er ook *werkelijk* toe kan leiden dat ‘verpleegkundigen’ en ‘eerstelijns spirituele zorg’ een harmonieuze combinatie wordt binnen de hedendaagse zorgcontext.

BIJLAGEN

Bijlage 1: Verpleegkundig competentieprofiel van Leeuwen en Cusveller ⁶²⁶

DOMEIN	COMPETENTIES
Zelfhantering	<p>De verpleegkundige kan eigen waarden, overtuigingen en gevoelens hanteren in de relatie met zorgvragers met verschillende levensovertuigingen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • respect tonen voor levensovertuiging van de zorgvrager: onbevooroordeeld jegens mensen, kerken en levensbeschouwelijke stromingen • reflecteren op de wisselwerking tussen eigen spiritualiteit (waarden en overtuigingen) en de reacties die de te verlenen/verleende zorg bij haar oproepen: bijv. gevoelens van onmacht, verdriet, angst voor ziekte, lijden en dood en de invloed van persoonlijke ervaringen • open staan voor andere interpretaties dan de eigen, voorkomt het pathologiseren van spiritualiteit, voorkomt het opdringen van de eigen levensovertuiging aan de zorgvrager • herkennen en erkennen van persoonlijke grenzen in het omgaan met de spiritualiteit van de zorgvrager en deze verwoorden ten opzichte van de zorgvrager en in het team • tijdig en adequaat verwijzen naar een andere zorgverlener (bijv. collega of geestelijk verzorger)
	<p>De verpleegkundige kan op een betrokken wijze communiceren met zorgvragers uit verschillende culturen over hun spiritualiteit</p> <ul style="list-style-type: none"> • actief luisteren naar aspecten van ‘gewone’ spiritualiteit van de zorgvrager en naar spirituele aspecten in relatie tot zijn ziekte/handicap • accepteren van de ander, is betrokken, meelevend, geeft vertrouwen, is empathisch, echt, gevoelig, oprecht, belangeloos, nabij, raakt aan • relevante gesprekstechnieken toepassen (o.a. opvangen van de reactie van de zorgvrager op slecht

⁶²⁶ R. VAN LEEUWEN & B. CUSVELLER, *Verpleegkundig competentieprofiel zorg voor spiritualiteit.*, p.19-21.

	nieuws en aspecten van transculturele communicatie)
Spirituele dimensie van het verplegen	<p>De verpleegkundige kan informatie verzamelen over de spiritualiteit van de zorgvrager en in samenspraak met die zorgvrager de zorgvraag vaststellen</p> <ul style="list-style-type: none"> • informatie verzamelen, ordenen en verhelderen over de 'gewone spiritualiteit': levensbeschouwelijke achtergrond, religieuze biografie, het levensverhaal, betekenis van mystieke en religieuze ervaringen, gebruiken, rituelen, symbolen en tradities op het dagelijks leven • vragen en/of observeren wat de invloed/betekenis is van de eigen spiritualiteit van de zorgvrager op de beleving van en het omgaan met de ziekte/handicap en welke invloed/betekenis de ziekte/handicap heeft op die spiritualiteit (o.a. signaleren non-verbaal gedrag en symbooltaal) • het gebruiken van meetinstrumenten/vragenlijsten bij een spiritueel assessment • kan de spirituele zorgvraag van de zorgvrager vaststellen en het schriftelijk formuleren
	<p>De verpleegkundige kan in samenspraak met de zorgvrager en in overleg met andere disciplines zorg voor de spiritualiteit van de zorgvrager afstemmen en het eigen aandeel in die zorg plannen en schriftelijk vastleggen</p> <ul style="list-style-type: none"> • het schriftelijke en mondeling rapporteren over het spiritueel functioneren van de zorgvrager (zorgvraag, planning, uitvoering en evaluatie) en zorgdragen voor de continuïteit in de zorg voor spiritualiteit • inschatten wie de benodigde zorg voor de spiritualiteit van de zorgvrager het best kan verzorgen • indien gewenst de zorg voor spiritualiteit overdragen aan een verpleegkundigen met dezelfde levensovertuiging als de zorgvrager • de zorgvrager indien gewenst verwijzen naar geestelijk verzorgen (bij geloofs-en /of levensvragen, uitvoering rituelen) en ziet er op toe dat het contact wordt gelegd • zo nodig consulteren van een geestelijk verzorger bij vragen over de spirituele begeleiding van de zorgvrager

	<p>De verpleegkundige kan de zorg voor de spiritualiteit van de zorgvrager uitvoeren en die zorg in samenspraak met de zorgvrager in het (multi)disciplinair overleg evalueren</p> <ul style="list-style-type: none">• de zorgvrager helpen bij het continueren van diens spirituele gebruiken ('gewone' spiritualiteit) zoals o.a. rituelen, gebed, meditatie, lezen, muziek, of voert deze voor de zorgvrager uit• informatie geven over faciliteiten in de instelling (o.a. aanbod geestelijk verzorger, stiltecentrum, vieringen)• aandacht voor spiritualiteit bij de verlening van basiszorg aan de zorgvrager (o.a. klimaat/sfeer afdeling, bij de lichamelijke zorg, dagelijkse rituelen)• in gesprekken met de zorgvrager aandacht besteden aan diens gedachten en/of gevoelens die handicap, ziekte, lijden of dood oproepen• bespreken van levens-en zingevingsvragen met de zorgvrager tegen de achtergrond van diens levensverhaal (o.a. angst en onzekerheid, leven in perspectief zetten, verhelderen levensvisie, incongruenties benoemen, ondersteunen bij verwerkingsproces, helpen bij beslissingen, ondersteuning bij zelfaanvaarding, weerbaarheid, afronden levensdoel/levensbalans, omgaan met doodswens/euthanasieverzoek, stimuleren er met anderen over te spreken)• bieden van hoop en troost (o.a. vragen naar toekomstplannen, helpen doelen stellen, is realistisch, aanmoedigen van plezier in het alledaagse, goede momenten gebruiken)• toepassen van ontspanningsoefeningen en complementaire interventies• zo nodig begeleiden van familie/bekenden op het gebied van spiritualiteit (o.a. informatie over faciliteiten in de instelling, zoals aanbod geestelijke verzorging, begeleiden bij communicatie met de zorgvrager, aandacht voor hun eigen gedachten/gevoelens)• in samenspraak met de zorgvrager nagaan of er in de zorgverlening voldoende aandacht is geweest voor het verhaal van de zorgvrager, of de spirituele zorgvraag goed gesteld is en of de zorg daar goed op afgestemd is geweest
--	--

Kwaliteitszorg en deskundigheidsbevordering	De verpleegkundige levert bijdrage aan de kwaliteitszorg en de deskundigheidsbevordering op het gebied van zorg voor spiritualiteit binnen de zorginstelling <ul style="list-style-type: none">• stelt werkproblemen op het gebied van de zorg voor spiritualiteit aan zorgvrager aan de orde in intervisiegesprekken en coacht andere zorgverleners op dat gebied• doet beleidsaanbevelingen aan het management over zorg voor spiritualiteit• voert verbeterprojecten uit op het gebied van zorg voor spiritualiteit
--	---

Bijlage 2: Spirituele zorg op de palliatieve eenheid – Het diamantmodel in de praktijk (opgenomen met toestemming van Frieda Boeykens)

Spirituele zorg op de palliatieve eenheid

Het diamantmodel in de praktijk

5 en 12 juni 2018



Benodigheden:

Schrijfbord en stiften, enkele laptops en KWS-testpatiënt, diamantspel, DVD "Tot in den draai", DVD "Le tout nouveau testament", setjes met vragen over je dag, leidraad focusoefening, "Chinese" vrijwilliger om associaties te noteren in een worddocument, schema van het 4-lagen gespreksmodel, kladpapier en balpennen, rustgevende muziek, afbeelding "vrouw met balans" van Vermeer, gedicht van Rutger Kopland "een lege plek".

*Ga nu maar liggen liefste in de tuin,
de lege plekken in het hoge gras, ik heb
altijd gewild dat ik dat was, een lege
plek voor iemand, om te blijven.*

Rutger Kopland

Doelstellingen

Ik heb inzicht in de begrippen spiritualiteit en spirituele zorg.

Ik herken de inhoud van het diamantmodel voor mezelf en in mijn contacten met patiënten en omgeving.

Ik maak het onderscheid tussen observatie (wat je ziet, hoort, aanvoelt) en interpretatie (welke betekenis geef ik eraan).

Ik registreer relevante observaties in de spirituele observatie in KWS.

In mijn zorg (doen en laten) werk ik met mijn spirituele observaties op een manier die respondeert (aansluit) bij wat ik zie, hoor, voel.

Ik kan spirituele observaties bespreekbaar maken en interpreteren in het team.

Ik kan indien nodig doorverwijzen naar de tweedelijnszorg (psycholoog/pastor).

Opdrachten/verloop

- 1) Verwelkoming – overlopen programma – gedicht
- 2) Focusoefening: innerlijke ruimte maken
- 3) Associatie-oefening bij het begrip spiritualiteit: inventariseren op het bord
- 4) Fragment uit de film “Le tout nouveau testament”(vanaf 16’): stel je voor dat je vandaag een SMS krijgt met de boodschap dat je over welgeteld één week zal overlijden, wat zou er jou dan het meest in die week bezighouden?
Uitwisseling in kleine groep
Nadien vragen in de grote groep: 1) Wat kan je van jullie uitwisseling verbinden met de associaties op het bord?
2) Wat kan je van jullie uitwisseling verbinden met de vijf spanningsvelden uit het diamantmodel.
- 5) Inzoomen op het diamantmodel:
 - Via associatie bij de afbeelding “Vrouw met de balans”
Vragen: 1) Wat zie je (klemtoon ligt op observaties)
2) Welke betekenis hechten wij er aan?
3) Mijn interpretatie
 - Via het spelen van het diamantspel (in kleine groep)
 - Via fragmenten uit de video *Tot in den draai*
Peter: 9.10’ tot 14.57’ en 22.40 tot 23.88
Welke spanningsvelden herken je?
 - Voortdurend teruggaan naar het bord met de associaties rond spiritualiteit
- 6) Wat doen we met onze observaties?
 - Registreren
Oefenen in KWS aan de hand van de observaties uit “Tot in den draai”
 - Bespreekbaar maken/interpreteren in het team
 - Responderen/aansluiten in je eigen zorg: Illustratie via fragmenten uit “tot in den draai”, oefenen in gepaste interventies.
- 7) Bijzondere aandachtspunten (in aansluiting op de vragen die zijn genoteerd)

- Hoe voer ik een gesprek over spiritualiteit?
Herformuleren in hoe sluit ik aan op de spirituele gelaagdheid in een gesprek.
Cfr. 4-lagen model

Illustreer met de opdracht:

Wat is er vandaag gebeurd?

Hoe was jouw dag vandaag?

Wat heb je vandaag gedaan?

Hoe kijk je terug op je voorbije dag?

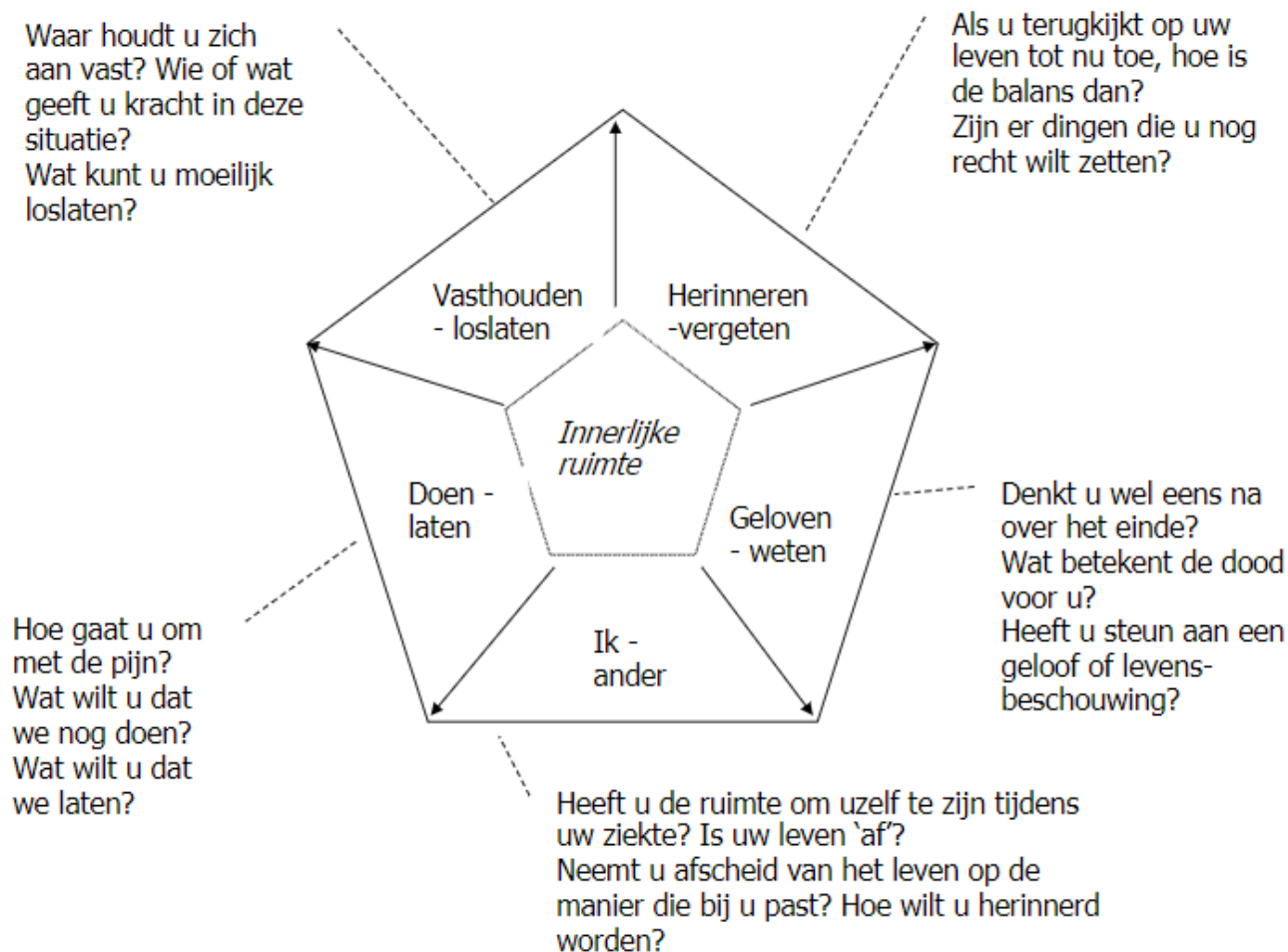
Via deze opdracht herkennen van het spirituele woordenboek van je gesprekspartner.

- Doorverwijzing pastor/psycholoog
Via groepsgesprek stilstaan bij raakvlak en onderscheid tussen de disciplines.
Wat zijn indicatoren van doorverwijzing?
Hoe werk je met eventuele weerstanden bij pt/familie bij doorverwijzing (bvb. pastorale? Neen, ik ben niet gelovig)

8) Vragenronde

9) Evaluatie

Bijlage 3: Diamantmodel Carlo Leget⁶²⁷



⁶²⁷ C. LEGET, *Van levenskunst tot stervenskunst*, p. 159.

Bijlage 4 : Diamantspel 'doen en laten' (opgenomen met toestemming van Frieda Boeykens)

 doen en laten	 doen en laten	 doen en laten	Kan ik dingen laten gebeuren?	Kan ik aanvaarden wat ik niet kan veranderen?	Ben ik in staat geweest (iets) te veranderen als het nodig was?
 doen en laten	 doen en laten	 doen en laten	Hoe ga ik om met falen en slagen?	Heb ik de zaken graag onder controle?	Kan ik genieten van ontspannen, niks doen?
 doen en laten	 doen en laten	 doen en laten	Hoe ervaar ik het om hulp te vragen?	Waar hoop ik mijn talenten en ervaring te kunnen inzetten?	Is een actief leven belangrijk voor mij?

Bijlage 5: Model van de integrale persoon⁶²⁸

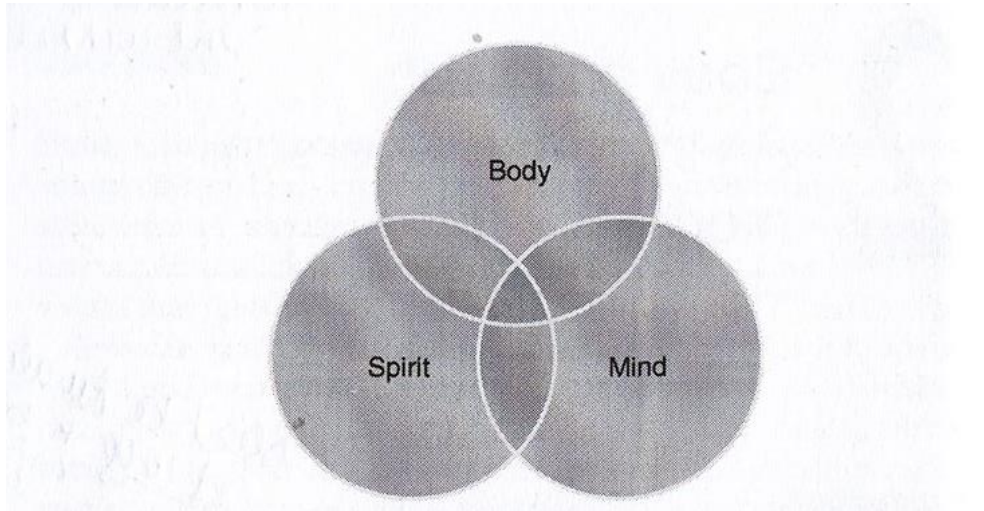


Diagram 2.1 The usual way of depicting how body, mind and spirit relate: A basic Venn diagram

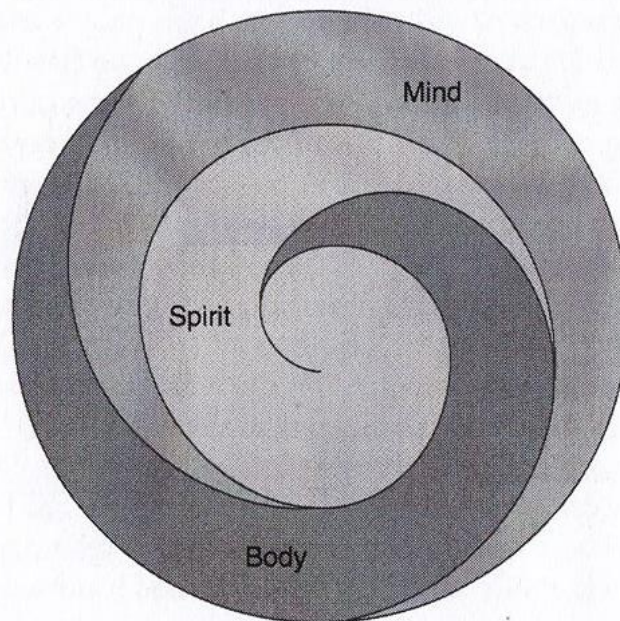


Diagram 2.2 Spiral integrated model of body, mind and spirit showing overlaying dynamic and interpenetrating parts with constant movement between each part

⁶²⁸ J. CLARKE, *Spiritual Care in Everyday Nursing Practice*, p. 36.