

ZIN IN HET KINDERZIEKENHUIS

**De visie van verpleegkundigen op
hun competenties in spirituele zorg.**



Scriptie in het kader van afstudeeronderzoek aan de Universiteit voor Humanistiek

“Je ne savais pas trop quoi dire. Je me sentais très maladroit. Je ne savais comment l'atteindre, où le rejoindre... C'est tellement mystérieux le pays des larmes !”

“Voici mon secret. Il est très simple : on ne voit bien qu'avec le cœur. L'essentiel est invisible pour les yeux.”

Le Petit Prince d'Antoine de Saint-Exupéry

Universiteit voor Humanistiek
Kromme Nieuwegracht 29
3512 HD Utrecht

Mastervarianten: Geestelijke Begeleiding
Educatie
Variantcoördinatoren: prof. dr. Christa Anbeek
prof. dr. Wiel Veugelers

Zin in het kinderziekenhuis

De visie van verpleegkundigen op hun competenties in spirituele zorg

Student: Sabine Crooijmans
Studentnummer: 90035
Afstudeerdatum: 21 maart 2015

Begeleider: prof. dr. Arjan Braam
Meelezer: dr. Gaby Jacobs

Opdrachtgever: dr. Wim Smeets
hoofd Dienst Geestelijke Verzorging en Pastoraat
Radboudumc, Nijmegen

VOORWOORD

Enkele jaren geleden werden familieleden van mij plotsklaps geconfronteerd met de kwetsbaarheid van het bestaan. Wat een mooie, blijde tijd had moeten worden rondom nieuw leven, veranderde in een tijd van onzekerheid en uiteindelijk diep verdriet. Zij kregen daarbij een zeer professionele begeleiding in het Amalia Kinderziekenhuis, onderdeel van het Radboudumc te Nijmegen. Die professionaliteit bleek niet alleen uit medisch-technisch handelen, maar ook uit woord en gebaar. Artsen en verpleegkundigen waren tot steun in een tijd dat ‘zin’ een abstract begrip was.

Wat was het nu precies dat de zorgprofessionals hadden gezegd of gedaan? En hadden zij daar een opleiding voor gevolgd? Waarom beperkten zij zich niet tot medische handelingen? Een exact antwoord bleek lastig, maar mijn nieuwsgierigheid was gewekt. Ik besloot op onderzoek uit te gaan en werd aangenomen als stagiaire geestelijke verzorging in het Radboudumc. Tot mijn blijdschap kwam vanuit de Dienst Geestelijke Verzorging en Pastoraat ook een onderzoeksvraag betreffende de spirituele dimensie van zorg in het kinderziekenhuis. Het voor u liggende verslag is een consequentie van de nog altijd durende nieuwsgierigheid naar wat zorgprofessionals *doen* om zieke kinderen en hun ouders bij te staan, wat zij erover *weten* en wat hen *drijft*.

Sabine Crooijmans

Nijmegen, februari 2015

INHOUDSOPGAVE

Samenvatting			2
1 Inleiding			
2 Probleemstelling	2.1	Doelstelling	4
	2.2	Vraagstelling	4
	2.3	Deelvragen	4
	2.4	Opzet onderzoek	4
	2.5	Relevantie	5
3 Theoretisch kader			6
4 Literatuuronderzoek	4.1	Methode	15
	4.2	Bevindingen literatuuronderzoek	17
	4.3	Competenties op het gebied van spirituele zorg voor kinderverpleegkundigen	28
5 Operationalisering van de bevindingen uit de literatuur	5.1	Uitgangspunten	31
	5.2	De vragenlijst	32
6 Kwantitatief onderzoek	6.1	Methode	39
	6.2	Bevindingen kwantitatief onderzoek	40
	6.2.1	De respondenten	40
	6.2.2	Het begrip spiritualiteit	43
	6.2.3	Het verlenen van spirituele zorg	45
	6.2.4	Over assessment	46
	6.2.5	Over uitvoering	47
	6.2.6	Kind-specifieke eigenschappen van spirituele zorg	49
	6.2.7	Kennis over spirituele zorg	50
	6.2.8	Normatieve professionalisering (1)	52
	6.2.9	Normatieve professionalisering (2)	54
	6.2.10	Aanvullende gegevens uit de vragenlijsten	55
7 Conclusie	7.1	Beantwoording van de onderzoeksvragen	56
	7.2	Conclusies	59
	7.3	Aanbevelingen	63
Dankwoord			71
Literatuur			72
Bijlagen			77

SAMENVATTING

In deze scriptie staat de spirituele zorg als onderdeel van verpleegkundige zorg op de afdeling Medium Care van het Amalia Kinderziekenhuis centraal. Het onderzoek concentreert zich op professionalisering van de kinderverpleegkundige: *In hoeverre behoort spirituele zorg tot de professionaliteit van de verpleegkundigen van het Amalia Kinderziekenhuis?* Bij deze hoofdvraag horen de deelvragen: 1) Welke competenties voor kinderverpleegkundigen op het gebied van spirituele zorg zijn er op basis van literatuuronderzoek vast te stellen? 2) Welke van deze competenties op het gebied van spirituele zorg worden door kinderverpleegkundigen aangegeven als bij henzelf aanwezig? en 3) Wat is de relatie van de bevindingen uit deelvraag 2 met de niveaus van normativiteit van Tonja van den Ende?

In eerste instantie is literatuuronderzoek uitgevoerd. Hierin worden acht thema's geïdentificeerd die betrekking hebben op spirituele zorg in relatie tot (kinder-) verpleegkundigen. Spirituele zorg aan kinderen valt uiteen in de *assessment* en de uitvoering. Essentieel hierbij is de relatie gebaseerd op vertrouwen die de verpleegkundige aangaat met elke patiënt en diens ouders. Binnen die relatie uit de patiënt spirituele nood op kind-specifieke wijzen zoals door spel, verhaaltjes en het stellen van vele vragen. Wanneer de gevonden literatuur wordt 'vertaald' in competenties en deze bevestigd worden, geeft een minderheid van de verpleegkundigen in kwantitatief onderzoek aan dat zij zich competent voelen om spirituele zorg te verlenen. Wanneer er wordt ingezoomd op de onderzoeksresultaten, voelen vele verpleegkundigen zich wel competent op deelaspecten van spirituele zorg. Een waarschijnlijke oorzaak voor deze schijnbare tegenspraak is gelegen in het feit dat veel kennis impliciet is.

De verpleegkundigen komen in de praktijk nauwelijks toe aan spirituele zorg. De voornaamste factor in dezen is een gebrek aan tijd. Als de verpleegkundigen de zorg wel verlenen, doen zij dit voornamelijk omdat ze het *als persoon* van waarde vinden of menen dat *de patiënt* deze dimensie van zorg waardevol vindt. De verpleegkundigen zien ruimte voor verbetering van spirituele zorg als onderdeel van verpleegkundige zorg door als *beroepsgroep* afspraken te maken en deze te integreren, door betere opleiding en door een verbetering van het beleid op het niveau van de *instelling*.

Mogelijkheden tot (verder) professionaliseren voor kinderverpleegkundigen zijn gelegen in het versterken van de aspecten waar reeds bekwaamheid op ervaren wordt en in het vergaren van kennis over de aspecten waar nu in mindere mate van wordt aangegeven dat men er zich competent in acht. Tevens is het een mogelijkheid te reflecteren op de impliciete kennis en onderliggende waarden die de spirituele dimensie van zorg als onderdeel van verpleegkundige zorg met zich meebrengt.

1 INLEIDING

Behoeft een kind spirituele zorg wanneer het ziek is? En zo ja: in hoeverre is de medisch professional competent om deze vorm van zorg te verlenen? Het *Handbook of Spiritual Development in Childhood and Adolescence* maakt gewag van een toenemende belangstelling onder wetenschappers voor spirituele zorg aan kinderen die voorheen onderbelicht bleef (Roehlkepartain, Benson, Ebstyne King & Wagener, 2005). In het Amalia Kinderziekenhuis, onderdeel van het Radboudumc te Nijmegen, staan vragen met betrekking tot spirituele zorg in de belangstelling tegen het licht van professionalisering en richtlijnontwikkeling. De afdeling Medium Care is daarbij van speciaal belang, aangezien hier veel langdurige kindergeneeskundige zorg plaatsvindt.

Deze afdeling voor patiënten van nul tot achttien jaar, is onderverdeeld in drie onderafdelingen: Het Strand (30 bedden), De Zee (30 bedden) en De Vuurtoren (12 bedden). De patiënten en hun ouders hebben op de afdeling Medium Care naast medische zorg ook sociale, maatschappelijke, pedagogische en psychologische ondersteuning tot hun beschikking. Wanneer een kind of een ouder worstelt met spirituele of existentiële vraagstukken, kan hij of zij terecht bij een geestelijk verzorger van de Dienst Geestelijke Verzorging en Pastoraat (DGVP). De DGVP heeft een richtlijn ontwikkeld met betrekking tot spirituele zorg en aan de hand van deze richtlijn kunnen verpleegkundigen beoordelen of zij patiënten naar de DGVP doorverwijzen. Deze richtlijn *Spiritualiteit als verpleegkundig aandachtsgebied* (DGVP, 2008) steunt op een holistische mensvisie en op de theorie van het 7x7-model van George Fitchett (2002). De richtlijn is echter opgesteld voor volwassen patiënten en houdt geen rekening met de specifieke doelgroep van het kinderziekenhuis.

In zijn standaardwerk *Stages of Faith* gaf James Fowler (1981) aan op welke wijze spiritualiteit door kinderen op andere wijze wordt ervaren en geuit dan door volwassenen. Elk kind maakt een andere fase door al naar gelang leeftijd en ontwikkeling en de communicatie met het kind en de ouders dient door de zorgprofessional daarop te worden aangepast (Himmelstein, Hilden, Morstad Boldt & Weissman, 2004). Het Radboudumc is een katholiek ziekenhuis, maar er is niet slechts aandacht voor de katholieke spiritualiteit. De DGVP wil zorgdragen voor de spirituele zorgbehoefte voor elke patiënt, ongeacht de religieuze of culturele achtergrond. Hierbij houdt men de open definitie van spiritualiteit aan uit de richtlijn *Spirituele zorg* van het Integraal Kankercentrum Nederland (Leget, Staps, Van de Geer, Mur-Arnoldi, Wulp & Jochemsen, 2010).

In hoeverre de patiënten en hun ouders spirituele zorg behoeven, wordt op het moment van schrijven van deze scriptie onderzocht door onderzoekers van de DGVP. In hoeverre verpleegkundigen zich competent achten om spirituele zorg te verlenen en waarop zij deze zorg funderen, is onderwerp van dit onderzoek. Opdrachtgever voor het onderzoek is de DGVP. De onderzoeker is aangesteld als geestelijk verzorger op de afdeling Medium Care van het Amalia Kinderziekenhuis. In de theoretische beginfase van het onderzoek heeft er regelmatig overleg plaatsgevonden tussen de opdrachtgever en de onderzoeker. Vragen vanuit de DGVP aan de onderzoeker waren: Hebben de aspecten uit de spirituele dimensie in de zorg volgens Fitchett en uit de richtlijn *Spirituele zorg* ook voor de kinderverpleegkundige op de werkvloer te maken met spiritualiteit? Achten kinderverpleegkundigen zich competent om spirituele zorg te verlenen? Wat is het specifieke van die zorg in de context van het *kinderziekenhuis*? Kan het onderzoek leiden tot aanpassing van de richtlijn *Spiritualiteit als verpleegkundig aandachtsgebied* aan de doelgroep van het kinderkziekenhuis?

2 PROBLEEMSTELLING

2.1 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is een bijdrage te leveren aan kennis over zorg aan zieke kinderen en hun ouders door de zorgprofessional vanuit de spirituele dimensie. Normatieve professionalisering vormt hierbij een toetsingskader, teneinde competenties van de zorgprofessionals op het gebied van spirituele zorg nader te concretiseren en bij te dragen aan een verhoging van de professionaliteit van zorgverleners op het gebied van spirituele zorg.

2.2 Vraagstelling

In hoeverre behoort spirituele zorg tot de professionaliteit van de verpleegkundigen van het Amalia Kinderziekenhuis?

2.3 Deelvragen

- 1) Welke competenties voor kinderverpleegkundigen op het gebied van spirituele zorg zijn er op basis van literatuuronderzoek vast te stellen?
- 2) Welke van deze competenties op het gebied van spirituele zorg worden door kinderverpleegkundigen aangegeven als bij henzelf aanwezig?
- 3) Wat is de relatie van de bevindingen uit deelvraag 2 met de niveaus van normativiteit van Tonja van den Ende?

2.4 Opzet onderzoek

In het Amalia Kinderziekenhuis staan zorgverleners uit vele disciplines rondom het bed van een patiënt. Om het onderzoek binnen de gestelde tijd haalbaar te maken, zal het zich richten op de zorgverlener die de meeste (zorg-)contacten heeft met het kind en diens ouders: de kinderverpleegkundige.

Het eerste deel van het onderzoek bestaat uit literatuuronderzoek. In literatuur betreffende verpleegkundigen, kinderen en spiritualiteit, zal worden gezocht naar informatie om te komen tot een lijst met competenties voor de beantwoording van deelvraag 1. Op basis van deze lijst zal een vragenlijst voor kinderverpleegkundigen worden ontwikkeld. Het tweede deel van het onderzoek betreft kwantitatief onderzoek. De vragenlijst wordt uitgezet voor het beantwoorden van de deelvragen twee en drie. In het Amalia Kinderziekenhuis werken 142 verpleegkundigen op de afdeling Medium Care. Zij vormen de onderzoekspopulatie.

In de vragenlijst is ook ruimte voor enkele open vragen zodat verpleegkundigen desgewenst een antwoord kunnen preciseren of aanvullen. De antwoorden op de open vragen zullen in een bijlage worden opgenomen en dienen ter completering van het kwantitatief onderzoek.

2.5 Relevantie

De zorg voor de meest kwetsbare patiënten, ernstig zieke kinderen, vraagt meer van verpleegkundigen dan slechts medisch-technische zorg. Zingevingsvragen dringen zich op en daarmee komt de spirituele dimensie van zorg in beeld. Verpleegkundigen zijn echter niet opgeleid om om te gaan met deze dimensie en blijken er ook niet bewust mee bezig, zo ervaart de onderzoeker in haar dagelijkse praktijk als geestelijk verzorger in het Amalia Kinderziekenhuis. De technische kant van het handelen overheerst. De Universiteit voor Humanistiek onderkent de dominantie van de technisch-instrumentele opvatting van professionaliteit reeds lang en dit droeg bij aan het opstarten van het onderzoeksprogramma 'Normatieve Professionaliteit'. In het licht van dit programma is de onderzoeker geïnteresseerd om te zien of kinderverpleegkundigen zich competent achten in de spirituele dimensie van zorg in hun dagelijks handelen en of zij ruimte zien voor verbeteringen.

3 THEORETISCH KADER

Spirituele zorg behoort tot de competentie van de zorgprofessional

Het *Oxford Textbook of Palliative Care for Children* omschrijft aandacht voor spirituele zorg door de zorgprofessional als onmisbaar:

Clinicians who are caring for children with life-threatening or life-limiting conditions must call upon their own physical, emotional, and spiritual energies and their own sources of meaning and resilience in order to deliver holistic, compassionate care.[...]

Attention to spirituality, broadly understood, can support clinicians in fulfilling their commitments to self and improving their service to others.

(Macauley & Hylton Rushton, 2012, p. 135).

Uit het voorgaande kan men afleiden dat aandacht voor spirituele zorg tot de kerncompetentie van de zorgprofessional behoort. In de dagelijkse praktijk is niet elke arts of verpleegkundige met de spirituele dimensie van de patiënt bezig, laat staan met die van zichzelf. Reacties op de verpleegpost op de aanwezigheid van de geestelijk verzorger lopen uiteen van een welwillende houding tot een reactie die luidt: “Ik vind geestelijke verzorging wel prima, als je maar niet in de weg loopt terwijl wij kinderen beter maken” (teamleidersoverleg Medium Care, 4 februari 2014).

In het in 2013 gepubliceerde *white paper*, stelde de European Association for Palliative Care (EAPC) kerncompetenties voor zorgprofessionals in de palliatieve zorgverlening op. Eén van de tien kerncompetenties is het tegemoetkomen aan de spirituele noden van de patiënt. De auteurs van het *white paper* stellen dat het kunnen bespreken door de zorgprofessional van spirituele noden met de patiënt en de familie, een bijdrage kan leveren aan het welzijn van de patiënt (Gamondi, Larkin & Payne, 2013).

Spiritualiteit en spirituele zorg

In het Radboudumc heeft de DGVP een richtlijn met betrekking tot spiritualiteit uitgewerkt. In deze richtlijn *Spiritualiteit als verpleegkundig aandachtsgebied* (DGVP, 2008) wordt aandacht besteed aan een holistische mensvisie en hierbij wordt gebruik gemaakt van de dimensies van George Fitchett (zie Figuur 1). In deze visie heeft de zorgprofessional oog voor zeven dimensies, waaronder een spirituele, die weer zeven aspecten van zingeving telt.



Figuur 1: 7 x 7 model van Fitchett (2002)

George Fitchett ontwikkelde, in samenwerking met collega's van het St. Luke's Medical Center in Chicago, het 7x7-model om verpleegkundigen gereedschap in handen te geven om de spirituele dimensie bij patiënten te kunnen verkennen (Fitchett, 2002). Fitchett gaat uit van een functionalistische benadering: bij spiritualiteit gaat het niet om *wat* het is, maar om *hoe* een persoon zin geeft aan het leven. Fitchett was bang dat door een substantialistische benadering patiënten zich uitgesloten zouden kunnen voelen. Voor deze visie haalde hij grote inspiratie uit het werk van James Fowler (1981) wiens theorie op het gebied van ontwikkelingsfasen bij kinderen met betrekking tot spiritualiteit dominant is in dit onderzoeksgebied. Ook Fowler kiest niet voor een substantialistische benadering van spiritualiteit, daar deze uitgaat van vastomlijnde betekenissen, bijvoorbeeld over religie.

Het 7x7-model gaat uit van een holistische benadering, van de hele persoon gezien in zijn context van gezondheid, cultuur, gezin, persoonlijkheid, et cetera. Fitchett vond het belangrijk niet alleen iets te weten over de geloofsovertuiging waartoe de patiënt zichzelf rekende, maar ook over zijn ervaringen, praktijken, relaties en veranderingen op het gebied van spiritualiteit. De manier waarop hij deze informatie wilde verkrijgen, was binnen een relatie van vertrouwen, door een kader aan te reiken waarbinnen de patiënt zou worden uitgenodigd om in eigen woorden zijn verhaal te doen.

In de holistische benadering wordt uitgegaan van de aanname dat het spiritueel welzijn niet losstaat van emoties, gedachtes en het lichamelijk welzijn. Iedere persoon is een heel mens, waarbij alle dimensies van die persoon in acht dienen te worden genomen door de zorgverlener.

De spirituele dimensie is een van de zeven dimensies en is zelf onderverdeeld in opnieuw zeven dimensies:

1) Zingeving en geloof

Deze dimensie betreft waar de patiënt zingeving en betekenis in vindt in het leven.

Voorbeelden kunnen zijn: de kinderen, God, genieten van het leven. Wat maakt het leven de moeite waard voor iemand?

2) Verantwoordelijkheden en de daaruit voortvloeiende consequenties

Deze dimensie kan voortkomen uit de vorige dimensie: waar voelt een persoon zich verantwoordelijk voor, wat is zijn taak of doel in het leven, wat ervaart iemand als een roeping? Dit kan het moederschap zijn, of het beroep dat iemand al heel lang uitoefent.

Wanneer dat niet meer kan door ziekte of overlijden van een dierbare, vindt een breukervaring plaats.

3) Ervaringen en emoties

Deze dimensie betreft bijzondere ervaringen en emoties van transcendent aard. Die kunnen van blijvende invloed zijn voor de patiënt, bijvoorbeeld een bijna-doodervaring, het gevoel gedragen te worden, maar ook een ervaring van in de steek gelaten te zijn.

4) Moed en groei

Deze dimensie betreft de vraag hoe een patiënt volhoudt, hoe hij zich ontwikkelt door de ziekteperiode heen met bijvoorbeeld hulp uit geloof of andere krachtbronnen. Het betreft leren loslaten en het besef dat andere zaken belangrijk worden.

5) Rituelen en gebruiken

Deze dimensie betreft datgene wat iemand gewend is te doen op het gebied van zaken die de patiënt zingeving verschaffen en daarmee het ziekzijn beïnvloeden, bijvoorbeeld mediteren, door de tuin wandelen, een kaarsje aansteken, het ontvangen van sacramenten. Wanneer gebruiken niet meer mogelijk zijn door de beperkende invloed van de opname, is er ook invloed.

6) Leven in gemeenschap en verbanden

Deze dimensie betreft de relaties waarin de patiënt zich thuis voelt, welke rol die relaties nu spelen en welke rol de patiënt daar nu in speelt. Gemeenschappen kunnen zijn een sportclub, vrienden, familie, gemeente/parochie, een klas.

7) Autoriteit en raadgeving

Deze dimensie betreft op welke manier mensen raad zoeken en bij wie. Dat kan bij (kerkelijke) professionals zijn, bij (bijbel-)teksten, vrienden, familie, inspirerende voorbeeldfiguren, et cetera.

Fitchett is Amerikaan en heeft zijn dimensies ontwikkeld in een Amerikaanse context. Zijn opvatting van spiritualiteit is sterk verbonden met, hoewel niet gelijk aan, religie. Voor een opvatting over spiritualiteit die meer aansluit bij de situatie in de sterk gesecculariseerde context van de Nederlandse samenleving en die een completering geeft van de dimensies van Fitchett, wordt binnen het Radboudumc gebruik gemaakt worden van de richtlijn *Spirituele zorg* (Leget, Staps, Van de Geer, Mur-Arnoldi, Wulp & Jochemsen, 2010). Deze landelijke richtlijn is tussen 2006 en 2010 tot ontwikkeld door de Agora Werkgroep in opdracht van het Integraal Kankercentrum Nederland. De richtlijn incorporeert de richtlijn *Existentiële crisis* uit 2005.

In de richtlijn *Spirituele zorg* wordt ook voor het, in Nederlandse oren wat zweverig klinkende, begrip spiritualiteit gekozen en de auteurs doen dit wanneer ze het over levensvragen (zin vragen/existentiële vragen) hebben. Terminaal zieke patiënten en hun naasten, komen (sterker) met deze vragen in aanraking dan gezonde mensen. De richtlijn is geschreven voor hun artsen, verpleegkundigen en andere zorgverleners en dient als middel ter kwaliteitsverbetering van de zorg.

In de richtlijn zijn de auteurs dichtbij de opvatting van palliatieve zorg van de World Health Organization gebleven die spreekt van totale zorg: zorg voor de lichamelijke, psychosociale en de spirituele aspecten van een mens. Geloof, religie, bevinding, levensbeschouwing, geestelijk leven: het zijn allemaal termen die met spiritualiteit in verband kunnen worden gebracht. In Nederland roept de term vele en verschillende associaties op. Om aan te sluiten bij internationale literatuur, hebben de auteurs gekozen voor de volgende omschrijving van het begrip spiritualiteit:

Spiritualiteit is ‘het levensbeschouwelijk functioneren van de mens, waartoe ook de vragen van zinervaring en zingeving gerekend worden’. Het gaat bij spiritualiteit om alle mogelijke - van godsdienstige tot alledaagse - bronnen van inspiratie. Voor sommige mensen ligt het accent hierbij op het gevoelsleven (bijv. bidden, genieten van de natuur, literatuur, muziek, kunst) of activiteiten (mediteren, rituelen voltrekken of zich inzetten voor een goede zaak), anderen beleven het meer intellectueel (contemplatie, studie). Spiritualiteit heeft invloed op het hele bestaan, is dynamisch, en heeft meer te maken met de bron van een levenshouding dan met een af te bakenen levensgebied.

(Leget, Staps, Van de Geer, Mur-Arnoldi, Wulp & Jochemsen, 2010, p. 4).

Als kenmerken van spirituele zorg (in de palliatieve zorg), noemen de auteurs:

- Aandacht voor de spirituele dimensie vanaf de start van de palliatieve fase.
- Verschillende, met elkaar samenhangende, betekenislagen.
- Patiënt heeft vragen en uitingen waarvoor geen oplossing is, maar die wel aandacht en betrokkenheid vereisen.

Het per definitie multidisciplinaire karakter van de palliatieve zorg maakt dat elke discipline eigen taken kent, maar ook nauw met elkaar samenwerkt. Patiënten maken een worsteling door. In eerste instantie vragen levensvragen oprechte aandacht van elke zorgverlener. In tweede instantie kunnen er situaties ontstaan, waar er op aanvraag van de patiënt begeleiding gewenst is. In derde instantie kan er een existentiële crisis optreden waarbij interventie mogelijk is van geestelijk verzorger, maatschappelijk werker en/of psycholoog.

Competenties in spirituele zorg

Met de richtlijn *Spiritualiteit als verpleegkundig aandachtsgebied* wil de DGVP menslievende zorg bevorderen (DGVP, 2008). In het kader van de visie op menslievende zorg, acht het Radboudumc het een uitgangspunt voor verpleegkundigen dat zij aandacht besteden aan de spirituele dimensie volgens Fitchett tijdens hun zorgpraktijk (DGVP, 2008). Verpleegkundigen worden verondersteld competent te zijn in alle dimensies van verpleegkundige zorg, waaronder de spirituele zorg.

‘Competent’ zijn wordt door Van Dale synoniem geacht met ‘bevoegd’ of ‘bekwaam’ zijn. In een poging om de competenties op het gebied van spirituele zorg door verpleegkundigen helder op papier te krijgen, hebben Van Leeuwen en Cusveller (2004) in opdracht van het Prof. Dr. G.A. Lindeboom Instituut uitgebreid literatuuronderzoek verricht. Zij hielden daarbij een functionalistische benadering van spiritualiteit aan en includeerden het religieuze en het existentialistische, naast vragen die ingaan op betekenis en het doel van het leven.

In het onderzoek stellen Van Leeuwen en Cusveller dat spiritualiteit eigen is aan mensen en dat dit met zich meebrengt dat verpleegkundigen hun eigen spiritualiteit met zich meedragen in hun zorgpraktijk. Het is mogelijk dat er spanning bestaat tussen persoonlijke overtuigingen in het spirituele domein van de verpleegkundige en die van de patiënt. Een professionele omgang hiermee vraagt om competentie op dit gebied van de verpleegkundige.

Competent zijn is, in het onderzoek, het hebben van een set aan vaardigheden die kan worden toegepast in een professionele omgeving. De vraag die Van Leeuwen en Cusveller in hun onderzoek stelden was: “Wat zijn de competenties die een verpleegkundige nodig heeft om adequate spirituele zorg te kunnen verlenen?”. Zij onderzochten 29 documenten. Het onderzoek was kwalitatief, semigestructureerd en exploratief. De resultaten werden verdeeld over een analytisch kader:

- Patiëntgerelateerde interventies en activiteiten, zoals: observeren, verkennen, diagnosticeren, coachen, informeren, adviseren, preventie, educatie, zorgen voor continuïteit en coördinatie van de zorg;
- Organisatiegerelateerde taken, zoals multidisciplinaire samenwerking, het cultiveren van de institutionele omstandigheden;
- Beroepsgerelateerde taken, zoals: houding, persoonlijke kwaliteiten, persoonlijke verantwoordelijkheid, kennis, visie, methodieken.

Nadat de onderzochte literatuur was ondergebracht in bovengenoemd kader, werd geconcludeerd dat er drie domeinen te onderscheiden waren, met de volgende beschrijvingen:

1. Bewustzijn en inzet van het zelf: competenties met betrekking tot relaties tussen verpleegkundigen en patiënten;
2. Spirituele dimensies van verplegen: competenties met betrekking tot de verschillende fasen in het verpleegkundig proces;

3. Kwaliteit en expertise: competenties met betrekking tot de organisatorische context waarbinnen de spirituele zorg verricht dient te worden.

De competentielijst werd gecompleteerd door een beschrijving van het domein, situaties waarin spirituele zorg gewenst is, een beschrijving van de competentie, een beschrijving van waar het gedrag van de verpleegkundige op gericht zou moeten zijn en de gewenste uitkomst van de zorg.

Hoewel de competentielijst zeer uitgebreid is, wordt de vraag hoe spirituele zorg binnen de professionele verpleegkundige verantwoordelijkheid past, niet beantwoord. De auteurs vragen zich af of, indien zij meer dan 29 documenten hadden bestudeerd, dit een vollediger beeld had opgeleverd. Daarbij tekenen zij aan dat de studie de uitkomst van literatuuronderzoek is en niet een praktijkgericht onderzoek. Bovendien is in het literatuuronderzoek geen rekening gehouden met de verschillende soorten verpleegkundige zorg en andere variabelen die mogelijk van invloed zouden kunnen zijn.

Er bestaat geen objectieve maatstaf om voornoemde competenties te meten, noch is voornoemde lijst gericht op de specifieke groep van *kinderverpleegkundigen*. Het Lindeboomonderzoek kan wel als basis van verder literatuuronderzoek dienen, om te zoeken naar competenties voor kinderverpleegkundigen op het gebied van spirituele zorg. Vervolgens kan men aan zorgprofessionals de vraag stellen of zij zichzelf competent achten om tijdens het werk aandacht te besteden aan de spirituele dimensie als onderdeel van verpleegkundige zorg. De antwoorden geven een indicatie over het gevoel van bekwaamheid dat de kinderverpleegkundigen zelf ervaren wanneer zij met de spirituele dimensie van zorg worden geconfronteerd.

Professionaliteit is meer dan een optelsom van competenties

De professionaliteit van een verpleegkundige bestaat niet uit een simpele optelsom van competenties. Een volgende vraag in het onderzoek betreft de normativiteit: op basis waarvan vinden verpleegkundigen dat spirituele zorgverlening tot hun professionaliteit behoort? Reflectie op normen en waarden behoort evenzeer tot de professionaliteit van de zorgverlener als bijvoorbeeld technische vaardigheden. Een verpleegkundige kan zich volledig competent achten om spirituele zorg te verlenen en het persoonlijk ook een goede dimensie van zorg

vinden, maar ervan afzien omdat zij¹ van mening is dat deze zorg niet bij haar takenpakket thuishoort. De wijze waarop verpleegkundigen afweten of zij spirituele zorg verlenen, heeft dan ook wellicht niet alleen te maken met een gevoel van vaardig zijn, maar ook met onderliggende normen en waarden.

Tonja van den Ende vraagt in haar boek *Waarden aan het werk. Over kantelmomenten en normatieve complexiteit in het werk van professionals* (2011) aandacht voor de wijze waarop normen en waarden tot uiting komen in het dagelijks werk van professionals. Deze aandacht is nodig vanwege de invloed die voornoemde wijze heeft op dat dagelijks werk, maar ook op de organisatie waarin de professional werkt en zelfs op de samenleving. Door maatschappelijke ontwikkelingen is het de laatste decennia echter complexer geworden om het werk “goed” te organiseren.

Wat “goed” werk kan inhouden, wordt in een voorbeeld door Van den Ende benoemd:

Goede zorg: verpleegkundigen hebben een heel helder beeld voor ogen wat dat inhoudt. Zij noemen bijvoorbeeld de aandacht voor de vraag en behoeften van de cliënt; wat breder kijken dan de cliënt zelf en ook de zorgbehoefte van de eventueel aanwezige partner erbij betrekken; het efficiënt omgaan met tijd en middelen, want verpleegkundigen begrijpen heel goed dat hun tijd niet onbepaald is; een rechtvaardige verdeling van lasten en lusten in een zorgorganisatie; en uitwisseling met en afstemming tussen professionals uit verschillende zorgorganisaties.

(Van den Ende, 2011, p.23).

Het bovenstaande laat zien dat er altijd morele aspecten verbonden zijn aan het professioneel handelen in de zorgverlening. Van den Ende verwijst naar Michael Polanyi en de term *tacit knowledge*. Hiermee bedoelde Polanyi impliciete kennis die een belangrijk onderdeel is van professioneel handelen. Van den Ende noemt tevens Donald Schön die spreekt over de *reflective practitioner*. Professionals krijgen regelmatig te maken met gevallen waarvoor geen protocollen of regels zijn, maar toch reageren zij er niet volkomen willekeurig op. Hun kennis en handelen berust in dat geval op wat Schön *knowing-in-action* noemt, kennis door doen. Het professionele handelen levert op deze manier ervaringskennis op en deze kennis staat in de zorg (en daarbuiten) bekend als *practice-based evidence*.

¹ Er is in deze scriptie gekozen voor het vrouwelijk persoonlijk voornaamwoord bij het verwijzen naar verpleegkundigen. Daar waar ‘zij’ staat kan vanzelfsprekend ook ‘hij’ gelezen worden.

Professionaliteit wordt echter vaak aangeduid op basis van *evidence-based practice*. Hierbij spelen protocollen, meetbaarheid en doelmatigheid een grote rol. Moreel-normatieve aspecten van zorg, of werk in het algemeen, passen minder goed in deze technisch-instrumentele opvatting van professionaliteit. Waarden maken deel uit van het impliciete kennisdeel van het professioneel handelen en zijn derhalve niet in een competentielijstje te vatten.

Van den Ende noemt het begrip normatieve professionaliteit als oplossingsrichting om om te gaan met eerdergenoemde toegenomen complexiteit. Enkel en alleen normen en waarden benaderen vanuit een technisch-instrumenteel oogpunt, volstaat niet. Professionals, zoals verpleegkundigen, maken altijd normatieve afwegingen in hun werk en deze zijn niet immer in lijsten en protocollen vast te leggen.

Van den Ende maakt onderscheid tussen normatieve professionaliteit en professionalisering: “Normatieve professionaliteit is de notie die aanduidt dat professionele praktijken en professionaliteit per definitie normatief zijn en die hiervoor aandacht vraagt. Normatieve professionalisering verwijst naar de omgang met die normativiteit.” (Van den Ende, 2011, p. 36).

Uit onderzoek van Van den Ende bleek dat de normatieve professionalisering zich afspeelt op vijf niveaus van normativiteit.

Het zijn:

1. Het niveau van de *persoonlijke* normen en waarden van de professional;
2. Het niveau van de normen en waarden van de *cliënt*, patiënt, consument, student, et cetera (en diens netwerk);
3. Het niveau van de *met het beroep* samenhangende normen en waarden;
4. Het niveau van de normen en waarden van de *organisatie* waarbinnen men het beroep uitoefent;
5. Het niveau van de normen en waarden van de *samenleving* waarbinnen men leeft en werkt.

(Van den Ende, 2011, pp. 36-37)

Op elk niveau kan door een professional spanningen worden ervaren. Ook tussen de niveaus ervaren professionals spanningen: elke beslissing of afweging die “goed” voelt op het ene

niveau, kan op een ander niveau een conflict opleveren. De professional moet dan keuzes maken. Daar het vaak om impliciete kennis gaat, zijn dit geen gemakkelijke keuzes. Tevens hebben normen en waarden voor mensen vaak ook een emotionele lading. Een derde reden waarom het lastig kan zijn, is dat normen en waarden voor verschillende mensen ook een verschillende invulling hebben. Van den Ende spreekt van kantelmomenten. Dit zijn situaties waarin de zorgprofessional een conflict binnen één van de niveaus of tussen de niveaus ervaart, maar niet direct weet welke norm (of achterliggende waarde) prioriteit krijgt. In de dagelijkse werkpraktijk komen kantelmomenten steeds terug voor professionals.

Onder het kopje 'beleid' op de website van het Amalia Kinderziekenhuis wordt veel aandacht besteed aan beschrijving van zorgprofielen, protocollen en *evidence based practice*. Deze zaken voeren de boventoon bij de reguliere opvatting van professionaliteit, zegt Van den Ende (2011). Ze betoogt echter dat professioneel handelen ook andere facetten kent en hoewel deze veel minder goed of niet meetbaar zijn, maken met name morele facetten een groot deel uit van de impliciete kennis van de professional. Deze morele facetten, of waarden, resoneren mee in het dagelijks handelen waarbij de waarden meestal *onbewust* uiting vinden via het handelen. Dit onderzoek gaat in op de ervaring van competentie in spirituele zorg als onderdeel van de verpleegkundige zorg in het dagelijks handelen van de verpleegkundige en beoogt tevens de inherente moraliteit te belichten.

4 LITERATUURONDERZOEK

4.1 Methode

Om te komen tot beantwoording van de eerste deelvraag is er uitvoerig literatuuronderzoek uitgevoerd. Als basis dient het toonaangevende Nederlandse onderzoek van het Lindeboom Instituut *Nursing competencies for spiritual care* (Van Leeuwen & Cusveller, 2004).

Van Leeuwen en Cusveller beschrijven in dit onderzoek spirituele competenties voor verpleegkundigen op het gebied van patiëntgerelateerde taken, organisatiegerelateerde taken en beroepsgerelateerde taken. De zoektermen *spirituality* en *religion* uit dit onderzoek zijn overgenomen en aangevuld met *faith*. De zoektermen *nursing*, *education*, *competencies* en *professional responsibility* zijn onder invloed van ervaringen uit zoekopdrachten verworpen tot *nursing education*, *clinical competence* en *nurse-patient relations*, *nursing* en *attitude*. Daaraan is toegevoegd, gezien de specifieke onderzoeksgroep, *child*, *children*, *pediatric*, *adolescent* en *adolescence*.

De volgende zoekopdracht is in Psychinfo (all fields) en Pubmed (MeSHterms) uitgezet: (spirituality OR religion OR faith) AND (child OR children OR pediatric OR adolescent OR adolescence) AND (nursing education OR clinical competence OR nurse-patient relations OR nursing OR attitude). Dit leverde 3119 hits op. Hierna is alle literatuur geschrapt die ouder was dan tien jaar. Vervolgens is van elk document de samenvatting doorgenomen. De literatuurlijst is vervolgens teruggebracht op basis van relevantie voor de onderzoeksvraag. Elk document moest betrekking hebben op: 1) spiritualiteit en zieke kinderen of 2) spiritualiteit en verpleegkundigen of 3) spiritualiteit, zieke kinderen en verpleegkundigen.

De documenten die overbleven vormen een literatuurlijst bestaande uit 18 artikelen, hoofdstukken in boeken en een dissertatie. De dissertatie betreft een kwantitatieve studie naar de spirituele zorgpraktijken van verpleegkundigen. De drie hoofdstukken uit de boeken zijn beschouwend van aard, met betrekking tot theorieën en onderzoek naar spiritualiteit, kinderen en ziekte.

Van de veertien artikelen op de literatuurlijst zijn er tien beschouwend van aard en gepubliceerd in tijdschriften voor verpleegkundigen (zes Amerikaanse en vier Britse). In de resterende vier artikelen beschrijven de auteurs de opzet en resultaten van hun eigen onderzoek. Het eerste onderzoek is Amerikaans en hierbij werd gewerkt met testgroepen waarna kwantitatief onderzoek werd ingezet om het effect van een educatiesessie aan kinderverpleegkundigen over spirituele zorg op hun inzet van spirituele zorg in de praktijk te meten. Een tweede Amerikaans onderzoek betreft een uitgebreide methodologische *review* van maatstaven die gebruikt worden in de gezondheidszorg om de spiritualiteit van patiënten te verkennen en evalueren. Brits kwalitatief en kwantitatief onderzoek is uitgevoerd naar de kennis van spiritualiteit door kinderverpleegkundigen en de implicaties ervan voor hun opleiding. Het laatste artikel betreft een longitudinale studie onder Britse verpleegkundestudenten met betrekking tot hun concepten van spiritualiteit en spirituele zorg.

Samen vormen de artikelen, boeken en de dissertatie de literatuurlijst. Van elk document op de lijst is een samenvatting gemaakt. Op deze manier werden thema's, relevant in het kader van het onderzoek, geïdentificeerd. Elk thema ontving een nummer. Hierna zijn opnieuw alle documenten gelezen en genummerd al naar gelang de aanwezige thema's. Deze manier van werken leidde tot identificatie van acht thema's die relevant zijn in het kader van de spirituele zorg aan kinderen die ziek zijn. Deze thema's staan beschreven in paragraaf 4.2

Uit bovengenoemde thema's zijn competenties voor kinderverpleegkundigen met betrekking tot spirituele zorg afgeleid. Deze competenties zijn geplaatst in eenzelfde analytisch kader als in het uitgangsartikel van Van Leeuwen en Cusveller (2004). In paragraaf 4.3 staat de uiteindelijke competentielijst op basis van het uitgevoerde literatuuronderzoek. Aan de hand van de literatuur in hoofdstuk 4, zal vervolgens in hoofdstuk 5 een vragenlijst worden opgesteld voor de verpleegkundigen om deelvraag twee en drie te kunnen beantwoorden.

4.2 Bevindingen literatuuronderzoek

In de geselecteerde literatuur, bestaande uit achttien artikelen, hoofdstukken en een dissertatie, zijn de volgende acht thema's met betrekking tot spiritualiteit en spirituele zorg en kinderverpleegkunde naar voren gekomen:

Thema 1: Spiritualiteit is belangrijk en alomtegenwoordig

Spiritualiteit als thema in de gezondheidszorg is een belangrijk thema, daar spiritualiteit voor vele mensen een deel van hun identiteit uitmaakt en aandacht voor spiritualiteit kan helpen bij het voorkomen van, omgaan met en herstellen van ziekten (Neuman, 2011). Uit onderzoek onder verpleegkundestudenten blijkt dat verpleegkundestudenten spiritualiteit als een universeel voorkomend fenomeen beschouwen (McSherry, Gretton, Draper, & Watson, 2008). Uit literatuur betreffende spiritualiteit kan worden gedestilleerd dat het thema niet vaak in relatie tot kinderen is onderzocht maar wel als universeel en behorend tot alle mensen wordt beschouwd. Daarmee heeft ook elk kind spirituele behoeften en deze behoeften dienen zich met name aan in tijden van ziekte, dood en verlies (Hufton, 2006; McSherry & Smith, 2007). De ontwikkeling van spiritualiteit beïnvloedt alles wat van belang is in het leven van een kind (Heilferty, 2004).

Bij volwassen patiënten zijn positieve effecten aangetoond tussen spiritualiteit en het omgaan met hun ziekte (*spiritual coping*). Deze positieve relatie komt tot uitdrukking op drie gebieden: gedrag op het gebied van gezondheid, sociale ondersteuning en betekenisgeving/verlening bij *life-events* (Shelton & Mabe, 2006). Ook bij kinderen is spiritualiteit van belang met betrekking tot hun welzijn wanneer zij zich trachten te verhouden tot situaties die stress veroorzaken (Hufton, 2006). Uit de weinige studies gedaan naar *spiritual coping* onder kinderen, kan de conclusie worden getrokken dat de inzet van spiritualiteit om te kunnen omgaan met chronische ziekten door en bij kinderen als positief wordt beschouwd door die kinderen en hun families. Verder brengt *spiritual coping* symptomen van emotionele stress terug die oudere kinderen zelf ervaren (Shelton & Mabe, 2006).

Thema 2: Spirituele zorg, als onderdeel van holistische zorg

In de literatuur wordt veelal aangenomen dat verplegen een holistisch beroep is waarin aandacht wordt besteed aan lichaam, geest en ziel (Davis, 2006; Kenny & Ashley, 2005). Deze visie komt voort uit ervaringen met eerdere verpleegmodellen waarin slechts aandacht was voor de fysieke dimensie van zorg. In latere modellen kwam er ook aandacht voor de psychologische en sociale dimensies van zorg. Hedendaagse verpleegmodellen gaan uit van holistische zorg, waarin de patiënt en diens familie centraal staat. Naast de fysieke, psychologische en sociale dimensie, krijgen ook religie, spiritualiteit en cultuur een plaats (McSherry & Smith, 2007).

In de literatuur zijn veel verschillende definities van spiritualiteit en spirituele zorg te vinden. Een gemeenschappelijke deler is dat spiritualiteit en spirituele zorg betrekking hebben op het zoeken naar of het vinden van betekenis en/of een doel in het leven. (Davis, 2006; McSherry, Kehoe, Carroll, Kang, & Rourke, 2007; Sartori, 2010). Er wordt steeds onderscheid gemaakt tussen de begrippen spiritualiteit en religie. Terugkerende termen bij de omschrijving van religie zijn: “georganiseerd”, “geloofssysteem”, “praktijk van aanbidding”, “door en van een gemeenschap van mensen” (Kenny & Ashley, 2005; Mueller, 2010). De gevonden discussies over de definities van spiritualiteit en religie hebben veelal betrekking op de verwevenheid tussen beide begrippen.

Wanneer verpleegkundigen religie en spiritualiteit als synoniem achten, dan kan niet adequaat tegemoetgekomen worden aan de spirituele noden van niet-religieuze patiënten (Davis, 2006; Sessanna, Finnell, Underhill, Chang, & Peng, 2011). Religie kan wel deel uitmaken van de spiritualiteit van een persoon en mag derhalve niet van het begrip worden uitgesloten. Een persoon kan echter ook spiritueel zijn, zonder religieuze overtuigingen te hebben (Heilferty, 2004; Sartori, 2010). McEvoy (2003) ziet religie als een subcategorie van spiritualiteit, hetgeen weer een subcategorie is van cultuur. Sessanna, Finnell, Underhill & Peng (2011) geven aan dat er meer onderzoek nodig is zodat er voldoende aandacht komt voor holistische en cultuur-sensitieve *assessment*modellen die spiritualiteit breder zien dan religie alleen. Neuman (2011) voegt aan spiritualiteit en religie nog de term *faith* toe als een overlappend begrip omdat het breder is dan beide definities. Shelton en Mabe (2006) merken op dat kinderen het onderscheid tussen spiritualiteit en religie doorgaans niet maken en zij raden dan ook aan beide termen sterk met elkaar in verband te zien en de grenzen van de begrippen niet scherp te definiëren.

Thema 3: Onderzoek naar spirituele zorg in relatie tot kinderen

Onderzoeken naar spiritualiteit zijn voornamelijk gedaan in relatie tot volwassenen (Hufton, 2006; Neuman, 2011; Shelton & Mabe, 2006). Er bestaan wel onderzoeken naar kinderen in relatie tot religie en dan met name in relatie tot hun godsbeeld. Deze onderzoeken zijn voornamelijk uitgevoerd door westerse onderzoekers, in populaties met een monotheïstische cultuur (Boyatzis, 2013). Daarmee geven zij geen beeld van wat spiritualiteit in een multiculturele samenleving inhoudt. In thema 4 komen zaken naar voren die wel zijn onderzocht betreffend kinderen en spiritualiteit.

Ook opleiders van kinderverpleegkundigen baseren zich tijdens de opleiding voornamelijk op literatuur, met betrekking tot spiritualiteit, gericht op volwassenen (Kenny & Ashley, 2005). Hoewel er thema's overeenkomen, presenteren sommige thema's op het gebied van spiritualiteit zich anders bij kinderen dan bij volwassenen. McSherry & Smith (2007) geven aan dat kinderverpleegkundigen veel kunnen leren van de literatuur met betrekking tot volwassenen, maar dat de beschikbaarheid van deze literatuur niet de noodzaak wegneemt om data te verzamelen die specifiek betrekking hebben op kinderen. Hoewel er internationaal overeenstemming bij ziekenhuizen en overheidsinstanties bestaat over het nut van spirituele zorg aan bijvoorbeeld kinderen die palliatieve zorg ontvangen, zijn er slechts weinig wetenschappelijke onderzoeksresultaten beschikbaar die de grond vormen voor verbetering van de (praktische) zorg op dit gebied (McSherry, Kehoe, Carroll, Kang, & Rourke, 2007).

Kenny en Ashley (2005) waarschuwen dat kinderen zich constant ontwikkelen en dat een vastomlijnde definitie over hun spiritualiteit geen recht doet aan de realiteit. Volwassenen zullen zich er rekenschap van moeten geven dat kennis over hun spiritualiteit slechts een interpretatie is van die volwassene. Ook andere auteurs benadrukken de ontwikkeling van kinderen. De ontwikkelingstheorieën die vaak worden gebruikt in dit verband zijn ontwikkeld door volwassen wetenschappers met een westerse, joods-christelijke achtergrond. Zij vertegenwoordigen dus niet per definitie het perspectief van het kind dan wel van kinderen met allerlei verschillende culturele en religieuze achtergronden (McSherry & Smith, 2007). Zij vertegenwoordigen eerder de perspectieven van diegenen die de modellen ontwierpen en gebruiken (Kenny & Ashley, 2005). In thema 5 wordt verder ingegaan op de ontwikkelingsmodellen.

Naast een gebrek aan (representatief) onderzoek, worden ook problemen met de onderzoeken zelf opgemerkt. Deze problemen kunnen voortkomen uit bijvoorbeeld onderzoeksinstrumenten die niet zijn aangepast aan de specifieke doelgroep of aan fouten in de definiëring. Voorbeelden hiervan worden gegeven in Mamier (2009) en Boyatzis (2013).

Mamier onderzocht de ervaring met spirituele zorg van verpleegkundigen en vond dat verpleegkundigen op de kinderafdeling en NICU consequent minder spirituele zorg verleenden dan op afdelingen voor volwassenen (Mamier, 2009). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de onderzoeksinstrumenten niet afgestemd zijn op wat op deze afdelingen als spirituele zorg wordt ervaren. Uitdrukkingsvormen van zorg zoals aanraken, muziek, et cetera, worden op kinderafdelingen als spirituele zorg ingezet. Op afdelingen voor volwassenen bestaat spirituele zorg eerder uit praten, bidden, stil zijn, et cetera, met de patiënt. Er is geen bewijs dat kinderverpleegkundigen minder genegen zouden zijn om spirituele zorg te verlenen dan andere verpleegkundigen (Mamier, 2009). De behoefte aan en expressie van spirituele zorg kan verschillen per afdeling en het gebruikte onderzoeksinstrument dient hier op afgestemd te zijn.

Boyatzis (2013) merkt op dat aspecten van religie positief in verband worden gebracht met kinderen. Het is echter een simplificatie van onderzoeksresultaten om zonder meer te stellen: “religie is goed voor kinderen”. Er zijn te veel fouten en variabelen in de onderzoeken aanwezig om deze conclusie te rechtvaardigen. Boyatzis waarschuwt dan ook dat onderzoekers beter zouden moeten definiëren welke dimensies van religie en spiritualiteit bedoeld worden, voor welke kinderen in welke omstandigheden.

Thema 4: Verschillen tussen spirituele zorg aan kinderen en aan volwassenen

Er zijn verschillen te onderscheiden in het verlenen van spirituele zorg aan kinderen, in vergelijking met volwassenen. Mamier (2009) concludeert in haar onderzoek dat communicatieve, cognitieve aspecten op de kinderafdeling overbelicht zijn en het lichamelijke aspect onderbelicht. Kinderverpleegkundigen gaven aan dat zij het vasthouden van een hand van een kind dat in slaap valt of stervende is, ook als spirituele zorg zien.

Mueller (2010) stelt dat kinderen spiritueel zijn, maar dat het vermogen om hun spiritualiteit uit te drukken belemmerd wordt door het (on-)vermogen van volwassenen om hen te begrijpen. Tekenen van spiritualiteit zijn presentie, liefde, het vermogen om liefde van familie

en vrienden te genereren en een uitdrukking van verwondering over de wereld. Kinderen drukken deze spiritualiteit uit door middel van gedrag, waardengeladen taal, kunst, dans, zang en beweging (Mueller, 2010). Kinderen communiceren veelal via vragen, maar ook via tekenen, schrijven, spelen, fotografie, dagboeken, gedichten, muziek, et cetera. (Calabrese, 2007; McSherry, Kehoe, Carroll, Kang, & Rourke, 2007) en het is aan de verpleegkundigen om deze vormen van communicatie te verstaan.

Zoals gezegd is een kenmerk van spirituele zorg aan kinderen dat zij vragen stellen. Kinderen zitten vol vragen en nieuwsgierigheid. Alle vragen verdienen een antwoord, zelfs als dat antwoord een doorverwijzing is naar bijvoorbeeld de geestelijke verzorging (Neuman, 2011). Kinderen kunnen heel direct zijn in hun manier van vragen en stellen deze aan degene bij wie ze zich op hun gemak voelen. Dat is niet per definitie de geestelijk verzorger. Ouders kiezen daar vaak wel voor, maar kinderen gaan eerder te rade bij familie of een verpleegkundige met wie ze een band hebben (McSherry, Kehoe, Carroll, Kang, & Rourke, 2007). Echter, wanneer een kind nog niet over de taal of ervaringen beschikt om spirituele nood uit te drukken, of wanneer het begrip van het kind betreffende zijn behandeling vooral gericht is op het fysieke aspect, kunnen somatische klachten spirituele pijn maskeren (Mueller, 2010).

Volgens Neuman (2011) dienen verpleegkundigen niet alleen te leren om reflectief te luisteren, geduldig te zijn, vertrouwen te wekken, maar ook begrip te hebben van de ontwikkelingsfasen van het kind alvorens in gesprek te gaan met een kind over zijn of haar spirituele vragen. De verpleegkundige moet zich aan kunnen passen aan het niveau van het kind, betreffende het taalgebruik, de relaties die het kind legt met de wereld om hem heen en met de realiteit, met het transcendente, et cetera. Deze gesprekken hoeven geen theologische gesprekken te zijn, maar kunnen plaatsvinden aan de hand van een simpel verhaaltje of een dagelijks ritueel zoals bidden voor het slapen gaan. De verpleegkundige moet er zich altijd van bewust zijn dat het voorzichtig manoeuvreren is te spreken met een kind over spiritualiteit en/of religie, vooral wanneer de ouders er niet bij zijn (Neuman, 2011).

McSherry, Kehoe, Carroll, Kang, & Rourke (2007) stellen dat kinderen een ander referentiekader hebben dan volwassenen, dus een vraag van een kind kan ook wat anders inhouden dan wat de volwassene veronderstelt. Daarbij drukken kinderen zich anders uit en zijn non-verbale signalen nog belangrijker dan bij volwassenen. Kinderen zijn meer gefocust op het hier en nu. Hun rouwreactie, bijvoorbeeld naar aanleiding van de ziekte, verloopt met

tussenpozen en richt zich op zaken die ze missen zoals bijvoorbeeld het kunnen deelnemen aan een teamsport.

Naast een andere vorm van uitdrukken, hebben kinderen ook een ander concept van spiritualiteit. Kinderen maken over het algemeen niet het onderscheid tussen religie en spiritualiteit dat volwassenen wel kunnen maken (Barnes, Plotnikoff, Fox & Pendleton, 2000 in Shelton & Mabe, 2006). Ouders hebben vaak een helder idee omtrent hun religieuze overtuigingen en spiritualiteit; kinderen niet (McSherry, Kehoe, Carroll, Kang, & Rourke, 2007). Het concept van spiritualiteit bij kinderen houdt verband met de opeenvolging van de ontwikkelingsfasen van het kind. Begrip van deze fasen is derhalve noodzakelijk en begrippen als religie en spiritualiteit dienen met onscherpe afgrenzingen te worden beschouwd (Shelton & Mabe, 2006).

Uit literatuuronderzoek, gedaan door Shelton en Mabe (2006), blijkt dat vrijwel alle kinderen op een of andere wijze gebruik maken van *spiritual coping*, ook kinderen die zichzelf als atheïstisch benoemen, maar die *spiritual coping* bij kinderen is minder complex en gedifferentieerd dan bij volwassenen. Verder is een specifiek thema bij kinderen dat zij verwachten dat God direct en positief actief zal optreden in hun ziektesituatie. Een derde thema is dat kinderen zich laten beïnvloeden door hun sociale omgeving betreffende hun sociale *coping* strategieën en dat deze dus in voortdurende ontwikkeling zijn. Zaken als de leeftijd en de blootstelling aan een religieuze gemeenschap, beïnvloeden sterk hoe het kind spiritualiteit in zal zetten in het ziekteproces.

Naast een andere manier van uitdrukken, een ander concept van spiritualiteit en een andere manier van *spiritual coping*, verschilt ook de setting waarin het kind in het ziekenhuis wordt opgenomen. Een kind ligt nooit alleen in het ziekenhuis; de familie (ouders, broers, zussen, grootouders) omringen het kind. De spirituele noden van deze familieleden dienen ook meegenomen te worden in het zorgplan voor het kind daar de familie onlosmakelijk verbonden is met gevoelens van verlies en ziekte. Daarbij zijn de spirituele noden van een kind ook beter te begrijpen, wanneer die van de familiecontext in kaart gebracht zijn (Hufton, 2006).

Kinderen weten meestal meer dan volwassenen denken en het is goed om aandacht te besteden aan zaken die hen mogelijkwijs bezig zouden kunnen houden. Het begrip van kinderen over hun ziekte en de emoties, de *coping*, et cetera die erbij horen, zijn afhankelijk van hun ontwikkeling en zijn dus aan verandering onderhevig (McSherry, Kehoe, Carroll, Kang, & Rourke, 2007). De doorgaande ontwikkeling van het kind en daarmee de ontwikkeling van de spiritualiteit en spirituele noden, is het belangrijkste kenmerk van de pediatrische spirituele zorg.

Thema 5: (Spirituele) ontwikkeling in fasen

In de literatuur wordt de spirituele ontwikkeling van het kind gezien als gerelateerd aan de cognitieve, emotionele en morele ontwikkeling zoals die in fasen is beschreven door Erik Erikson, Jean Piaget en Lawrence Kohlberg (Mueller, 2010). Er is weinig theorie met betrekking tot ontwikkeling van spiritualiteit die voornoemde theorieën integreert en uitbreidt met verschillende kennisdomeinen, met uitzondering van die van James Fowler (Boyatzis, 2013; Mueller, 2010). Normaal gesproken doorloopt een kind verschillende ontwikkelingsfasen waaraan gedrag, cognitief functioneren, et cetera en ook de spirituele ontwikkeling kunnen worden afgeleid. Ervaren kinderverpleegkundigen kunnen vrij gemakkelijk het ontwikkelingsniveau van gezonde kinderen schatten, maar zieke kinderen hebben vaak lange tijd niet mee kunnen doen aan activiteiten die ontwikkeling bevorderen. Hierdoor is het mogelijk dat ze jonger lijken dan hun feitelijke leeftijd. Dit kan ook het geval zijn door stress en pijn, veroorzaakt door de ziekte. Hierdoor kan regressie in gedrag optreden (McSherry, Kehoe, Carroll, Kang, & Rourke, 2007).

Boyatzis (2013) merkt op dat spirituele ontwikkeling voortkomt uit een intuïtief begrijpen dat gevormd wordt door betekenisvolle ervaringen. Dit gaat vooraf aan cognitief begrijpen dat voortkomt uit reflectie na de blootstelling aan kennis. In hun denken over bijvoorbeeld God, de ziel, bidden, et cetera, volgen kinderen de cognitieve ontwikkelingsfasen. In gedrag en welzijn speelt socialisatie -in relatie tot familie- een grotere rol. Ook families hebben ontwikkelingsfasen. De fase waarin een gezin met een pasgeboren baby verkeert, verschilt van een gezin met twee adolescenten. Ziekte binnen het gezin verstoort de normale ontwikkeling binnen het gezin (McSherry, Kehoe, Carroll, Kang, & Rourke, 2007).

Thema 6: De verpleegkundige is bij uitstek geschikt om spirituele zorg te verlenen

De verkenning van de spirituele zorgbehoefte van patiënten, dus ook van kinderen, is sterk afhankelijk van de relatie tussen de patiënt en diens ouders en de zorgverlener (McSherry, Kehoe, Carroll, Kang, & Rourke, 2007). In onderzoek naar de verwachtingen van patiënten betreffende de spirituele zorg van verpleegkundigen (Davis, 2006) kwam naar voren dat verpleegkundigen aandacht besteden aan de fysieke kwetsbaarheid in de (dagelijkse) verpleegkundige handelingen aan het bed. Patiënten verwachten deze vorm van fysieke presentie en voelen zich erdoor gerustgesteld. Patiënten waardeerden tegelijkertijd ook zeer een andere vorm van presentie, omschreven als de open, beschikbare aanwezigheid die patiënten als betekenisvol of geruststellend ervaren. Zij waarden deze vorm van presentie, maar verwachten hem niet. Er ontstaat een relatie die een vertrouwensband omvat tussen patiënt en verpleegkundige. Ook het delen van eigen ervaringen of emoties werd gewaardeerd. Het maakt dat de patiënt zich geaccepteerd voelt als een individu en draagt bij aan de vertrouwensband (Davis, 2006).

Ook Stern en James (2006) geven aan dat de competentie voor de verpleegkundige op het gebied van spirituele zorg te vinden is in het relationele aspect. In verschillende relaties, met jezelf, de ander, met het transcendente, et cetera, is er plaats voor bewustzijn van het hier en nu, van het bijzondere en wonderbaarlijke en van waarden en betekenis.

Bij een goede verkenning, of *assessment*, ontstaat een communicatielijn tussen de verpleegkundige en het kind en diens familie (Mueller, 2010). Een kinderverpleegkundige is bij uitstek geschikt om de spirituele zorgbehoefte van de patiënt en diens familie te verkennen, te integreren in het zorgplan en te monitoren. De verpleegkundige begeleidt immers het kind en de familie van opname tot ontslag en heeft hierdoor een unieke positie in de zorgketen (Heilferty, 2004). Tevens weet een verpleegkundige begrip van spirituele ontwikkeling van een kind met de intimiteit van de verplegende zorg te combineren (Mueller, 2010). Echter: religieuze *handelingen* door verpleegkundigen (bijvoorbeeld bidden) worden niet alleen niet verwacht door de patiënt: ze worden ook veelal niet gewaardeerd (Davis, 2006). Verpleegkundigen dienen de kennis die voortkomt uit wetenschappelijk onderzoek te implementeren in hun werk. De relatie die voortkomt uit de inzet van vaardigheden, doordachte vragen, uitdrukking van de eigen spiritualiteit met de inzet van het zelf, ondersteunt kinderen in hun spirituele ontwikkeling (Mueller, 2010).

Ouders vinden het belangrijk om eerlijke en heldere communicatie te ontvangen. Een verpleegkundige faciliteert ook vaak communicatie tussen ouders en kind (McSherry, Kehoe, Carroll, Kang, & Rourke, 2007). Een verpleegkundige dient er zich van bewust te zijn dat bepaald taalgebruik negatief kan doorwerken op de patiënt en diens familie (Calabrese, 2007). Uit onderzoek onder verpleegkundestudenten gedaan door Kenny en Ashley (2005) kwamen communicatievaardigheden en zelfinzicht naar voren als belangrijke vaardigheden bij de *verkenning* van spirituele nood bij patiënten. Kwaliteiten om spirituele zorg te *implementeren* zijn zelfinzicht, reflectie en communicatievaardigheden.

Verpleegkundigen gebruiken screeningsmodellen en zorgmodellen. Het is een voorwaarde voor het verlenen van holistische zorg een model te gebruiken dat het belang erkent van tegemoetkoming aan de spirituele nood van een kind (McSherry & Smith, 2007).

McSherry, Kehoe, Carroll, Kang, & Rourke gaven in 2007 aan dat er op dat moment nog geen *assessment* instrument beschikbaar was dat een compleet overzicht gaf van alle psycho-sociale factoren, inclusief de spirituele dimensie. De verkenning wordt ook niet door één persoon verzorgd, maar door meerdere, hetgeen goede communicatie binnen een multidisciplinair team noodzakelijk maakt. Er is niet slechts één zorgverlener die met de patiënt in aanraking komt. Die verkenning is afhankelijk van een respectvolle houding van de zorgverlener richting de patiënt en de familie. De verpleegkundige dient af te zien van eigen waardeoordelen en open te staan voor de spirituele en/of religieuze achtergrond van het gezin. Wanneer de verpleegkundige het zinvol acht voor de zorg van de patiënt, kan de patiënt doorverwezen worden naar een geestelijk verzorger van het ziekenhuis of de eigen pastor/dominee (McSherry, Kehoe, Carroll, Kang, & Rourke, 2007)

Thema 7: Inzicht in eigen spiritualiteit

Uit de literatuur blijkt dat het belangrijk is voor verpleegkundigen om aandacht te besteden aan de eigen spiritualiteit. In een onderzoek van Kenny en Ashley (2005), gehouden onder kinderverpleegkundigen in opleiding, gaf 38% van de verpleegkundigen aan dat zelfkennis en zelfbewustzijn de belangrijkste punten zijn om spirituele zorg te kunnen herkennen, nog vóór kennis van de ontwikkelingsfasen van het kind. Inzicht in de eigen spiritualiteit kan inzicht in (voor-)oordelen verschaffen waardoor deze buiten de behandelrelatie gehouden kunnen worden. Het doel van de relatie is immers ondersteuning van het kind en diens familie en de verpleegkundige moet niet onderdeel worden van het rouwproces dat plaatsheeft bij

ziekte en sterven (Heilferty, 2004). Verder kan het de communicatie met patiënten en familie verbeteren, alsmede het vermogen om patiënten bij te staan (McEvoy, 2003).

Thema 8: Verpleegkundigen hebben moeite met het begrip spiritualiteit

Uit verschillende documenten blijkt dat verpleegkundigen moeite hebben met de begrippen spiritualiteit en spirituele zorg en dat hierdoor de spirituele zorg achter blijft bij de andere vormen van zorg. De moeite met het begrip spiritualiteit komt voort uit een gebrek aan kennis en opleiding op dit gebied, door gevoelens van onbekwaamheid, door een tekort aan informatie op het gebied van spiritualiteit in relatie tot kinderen, door onhelderheid met betrekking tot de afbakening van de definities op het gebied van spiritualiteit en spirituele zorg (Hufton, 2006; Kenny & Ashley, 2005; O'Shea, Wallace, Griffin, & Fitzpatrick, 2011; Sartori, 2010). Ook zaken als tijdsdruk, ligduurverkorting, gecomputeriseerde assessmentmodellen en de invloed van ouders worden genoemd als van invloed op het feit dat spirituele zorg onderbelicht blijft in de zorgverlening door verpleegkundigen (Mueller, 2010).

Samenvatting

Uit literatuuronderzoek zijn acht thema's gedestilleerd. Deze thema's zijn:

1. Spiritualiteit is belangrijk en alom tegenwoordig.
2. Spiritualiteit is een onderdeel van holistische zorg
3. Onderzoek naar spirituele zorg is schaars, zeker met betrekking tot kinderen.
4. Er zijn verschillen in spirituele zorg aan kinderen en aan volwassenen. Deze betreffen de expressie, het referentiekader, het concept, de coping, de setting en de doorgaande ontwikkeling van kinderen.
5. Kinderen maken ontwikkelingsfasen door, ook op spiritueel gebied.
6. De verpleegkundige is bij uitstek geschikt om spirituele behoeften te verkennen in relatie met de patiënt en in teamverband.
7. Inzicht in eigen spiritualiteit is belangrijk voor de goede zorgverlening.
8. Moeite met het begrip spiritualiteit/spirituele zorg kent verschillende oorzaken.

Deze thema's worden in het volgende hoofdstuk ingepast in het kader dat is opgesteld door Van Leeuwen en Cusveller (2004) om te komen tot competenties op het gebied van spirituele zorg voor kinderverpleegkundigen.

4.3 Competenties op het gebied van spirituele zorg voor kinderverpleegkundigen

Van Leeuwen en Cusveller (2004) kwamen in hun onderzoek naar competenties voor verpleegkundigen met betrekking tot spirituele zorg tot drie domeinen: *awareness and use of self, spiritual dimensions of nursing* en *assurance of quality and expertise* (Van Leeuwen & Cusveller, 2004). Deze drie domeinen zijn door de onderzoeker overgenomen. Vervolgens zijn uit de acht thema's uit paragraaf 4.2 competenties gedestilleerd en in de domeinen geplaatst.

Niet iedere competentie komt overeen met één thema uit de literatuur: aspecten uit meerdere thema's passen (soms) in verschillende competenties. Om inzicht te geven welke thema's aan de basis liggen van welke domeinen en competenties, is dit weergegeven in Tabel 2.

Tabel 2: schematische weergave van de verdeling van de thema's over de domeinen en competenties

	dom.1	dom.1	dom.2	dom.2	dom.2	dom.3
thema	com.A	com.B	com.C	com.D	com.E	com.F
1. spir. alom tegenwoordig			x			
2.spir. onderdeel hol. zorg	x		x			
3.onderz. mbt kinderen	x					
4.verschillen kind-volw.	x	x	x		x	
5.ontwikkelingsfasen					x	
6.VPK verkent in relatie	x	x	x	x	x	x
7.inzicht in spir.	x					
8.moeite met begrip spir.	x					x

De schematische weergave is het model waarop de competenties zijn opgesteld. In de praktijk is het bijvoorbeeld vanzelfsprekend dat een kinderverpleegkundige haar zorg baseert op *kennis* (competentie F) over de verschillen tussen zorg aan kinderen en volwassenen (thema 4). Bij dit thema komen kennis en expertise echter niet zo zeer ter sprake en bij de thema's zes en acht specifiek wel. Dit voorbeeld geeft de wijze weer waarop het schema is opgesteld.

Net als Van Leeuwen en Cusveller, heeft de onderzoeker onderscheid gemaakt in de competentie, de specificatie en het doel (zie Tabel 3). In de drie domeinen zijn zes competenties geïdentificeerd. De competenties A en B betreffen de inzet van de kinderverpleegkundige als persoon in de relatie met het kind en diens ouders, waarbij de kinderverpleegkundige zich bewust is van de eigen positie ten opzichte van spiritualiteit. De competenties C, D en E betreffen de kind-specifieke aspecten van spirituele zorg als onderdeel van verpleegkundige zorg, de *assessment* (verkenning) van de spirituele zorgbehoefte en de uitvoering van die spirituele zorgverlening door de kinderverpleegkundige. Competentie F betreft de kennisbasis waarop de kinderverpleegkundige de spirituele zorg verleent en integreert in de totale verpleegkundige zorg.

Tabel 3: spirituele competenties voor kinderverpleegkundigen

Domein	Competentie	Specificatie	Doel
1. Bewustzijn en inzet van het zelf	A) De verpleegkundige heeft inzicht in eigen oordelen en positie ten opzichte van spiritualiteit.	De verpleegkundige heeft inzicht in de eigen spiritualiteit. De verpleegkundige realiseert zich dat zijn kennis over spirituele zorg aan kinderen beperkt is, doordat kinderen steeds in ontwikkeling zijn, doordat de beschikbare kennis afkomstig is van volwassenen, blanke, joods-christelijke onderzoekers en gericht is op volwassenen.	Spirituele zorg verlenen aan kinderen waarbij waardeoordelen zoveel mogelijk buiten beschouwing worden gelaten en de relatie de aard van een behandelrelatie behoudt.
	B) De verpleegkundige gaat een vertrouwensrelatie aan met de patiënt waarbinnen spirituele zorg mogelijk is.	De verpleegkundige bouwt een relatie op te met de patiënt en diens ouders waarin vertrouwen, het delen van ervaringen en/of emoties en presentie mogelijk zijn.	Een behandelrelatie, met naast aandacht voor het hier en nu, tevens ruimte voor betekenis, voor waarden, voor het bijzondere en het wonderbaarlijke.
2. Spirituele dimensies van verplegen	C) De verpleegkundige weet wat spiritualiteit, specifiek in relatie tot kinderen, inhoudt.	De verpleegkundige heeft kennis/bewustzijn van: - dat in principe ieder kind spiritueel is. - dat spiritualiteit en religie voor kinderen geen strikt gescheiden begrippen zijn. - het belang en de invloed van spiritualiteit bij situaties als ziekte en verlies.	Adequate pediatrische spirituele zorg.

	<i>D) De verpleegkundige is in staat om, in relatie met het kind en diens ouders en in samenwerking met andere zorgverleners van het multidisciplinaire team, de behoefte aan spirituele zorg te verkennen, deze in het zorgplan op te nemen en te monitoren.</i>	<i>De verpleegkundige is in staat tot:</i> <ul style="list-style-type: none"> - open en eerlijke communicatie. - samenwerking met andere zorgverleners in het multidisciplinair team. - verslaglegging op het gebied van spirituele zorg in het patiëntvolgsysteem. 	<i>Een spirituele assessment adequaat afnemen, deze in het zorgplan opnemen en zorgdragen voor opvolging van de spirituele zorg.</i>
	<i>E) De verpleegkundige verleent op gepaste wijze spirituele zorg aan kinderen.</i>	<i>De verpleegkundige heeft kennis van de diverse ontwikkelingsfasen van kinderen, o.a. op spiritueel gebied en weet deze in te schatten om er de zorg op aan te passen.</i> <i>De verpleegkundige neemt kind-specifieke wijzen van communiceren in acht.</i> <i>De verpleegkundige neemt kind-specifieke wijzen van expressie van spiritualiteit in acht.</i> <i>De verpleegkundige heeft oog voor het kind in de context van zijn gezin en neemt dit mee in de zorg.</i> <i>De verpleegkundige verwijst door indien nodig.</i>	<i>Aan kinderen spirituele zorg verlenen als onderdeel van holistische zorg.</i>
<i>3. Kwaliteit en expertise</i>	<i>F) De verpleegkundige verleent spirituele zorg aan kinderen op basis van <u>kennis</u>.</i>	<i>De verpleegkundige zorgt voor (bij/na-) scholing op het gebied van spirituele zorg wanneer nodig. De verpleegkundige weet de evidence of practice based kennis op het gebied van spirituele zorg in de te zetten in de handelingspraktijk van het Radboudumc.</i>	<i>Integratie van spirituele zorg, gebaseerd op kennis, geïntegreerd in de holistische verpleegkundige zorgpraktijk.</i>

5 OPERATIONALISERING VAN DE BEVINDINGEN UIT DE LITERATUUR

5.1 Uitgangspunten

Op basis van de literatuur is een competentielijst opgesteld. Er zijn zes competenties onderscheiden in drie domeinen:

Domein 'Bewustzijn en inzet van het zelf':

- A: *De verpleegkundige heeft inzicht in eigen oordelen en positie ten opzichte van spiritualiteit.*
- B: *De verpleegkundige gaat een vertrouwensrelatie aan met de patiënt waarbinnen spirituele zorg mogelijk is.*

Domein 'Spirituele dimensies van verplegen':

- C: *De verpleegkundige weet wat spiritualiteit, specifiek in relatie tot kinderen, inhoudt.*
- D: *De verpleegkundige is in staat om, in relatie met het kind en diens ouders en in samenwerking met andere zorgverleners van het multidisciplinaire team, de behoefte aan spirituele zorg te verkennen, deze in het zorgplan op te nemen en te monitoren.*
- E: *De verpleegkundige verleent op gepaste wijze spirituele zorg aan kinderen.*

Domein 'Kwaliteit en expertise':

- F: *De verpleegkundige verleent spirituele zorg aan kinderen op basis van kennis.*

Om vast te stellen of de verpleegkundigen van de afdeling Medium Care van het Amalia Kinderziekenhuis zich competent achten met betrekking tot deze competenties zijn deze competenties 'vertaald' naar een vragenlijst. Er is niet voor gekozen om de competentielijst als zodanig aan de verpleegkundigen te presenteren met daarbij de vraag "Acht u zich competent?". De competentielijst uit paragraaf 4.3 vormt een conceptueel kader en is niet vertaald in dagelijkse handelingen voor verpleegkundigen. De verwachting was dat er weinig bruikbare reacties op het onderzoek zouden komen wanneer het onderzoek zoals voornoemd zou hebben plaatsgevonden. In plaats hiervan is er gekozen om de competenties om te zetten naar meer concrete situaties, handelingen of bij de verpleegkundige realiteit aansluitend taalgebruik. Bij deze operationalisering is de literatuur uit de thema's van het literatuuronderzoek in acht genomen. Een voorbeeld is vraag 3 uit de vragenlijst. Competentie is D vertaald naar het voor verpleegkundigen bekende begrip *assessment*. Vervolgens zijn er aspecten van *assessment* uit thema 6 verwerkt in de vraagstelling.

Er is echter geen gevalideerde lijst waartegen de vragenlijst afgezet kan worden, noch is er sprake van objectief meetbare gegevens wanneer het gaat om het gevoel van competentie of de waarden van waaruit verpleegkundigen handelen. Zo is de vraag met betrekking tot competentie op het gebied van *assessment* afgezet op een schaal van 1 tot en met 5 (1 = niet competent, 5 = zeer competent). De onderzoeker heeft ervoor gekozen het aantal respondenten te meten dat '4' of '5' heeft aangegeven. Een andere afweging had kunnen zijn om de gemiddelde score te nemen. Deze wordt wel genoemd, maar geldt niet als uitgangspunt, want een zeker gemiddelde zegt nog steeds niets over het aantal verpleegkundigen dat zich competent acht (elke '5' heft een '1' op).

Een andere beperking is dat de vragenlijst niet heel lang mocht worden, gezien de beperkte tijd die verpleegkundigen beschikbaar hebben. In een korte vragenlijst krijgen niet alle aspecten van spirituele zorg even veel aandacht. Bij de ene competentie wordt er dan ook een conclusie getrokken op basis van meer aspecten die zijn bevraagd dan bij de andere competentie. Daarbij komt het voor dat sommige competenties tegelijk in één vraag aan bod komen. Dit heeft enerzijds met de beperkte lengte van de vragenlijst te maken. Anderzijds is het onontkoombaar daar de inhoud van de thema's in meerdere competenties thuis kan horen. Of een verpleegkundige weet wat spiritualiteit inhoudt en ook bekwaam is om ernaar te handelen, past in eenzelfde vraag. Het betreft echter twee verschillende competenties.

Een volgende vraag is of er niets is 'zoekgeraakt in de vertaling' ofwel: meet men nog wel wat men wil weten door het willen aansluiten bij de verpleegkundige realiteit? Er is geen standaard om te meten of de vraagstelling past bij de competenties. In de vraagstelling en weging van de antwoorden klinkt tevens de stem van de onderzoeker door. Een voorbeeld is vraag 6, waarbij de onderwijskundige achtergrond van de onderzoeker maakt dat er relatief veel ruimte wordt ingenomen door de vraag over de wijze waarop verpleegkundigen aan kennis over spiritualiteit komen en deze kennis delen ten opzichte van bijvoorbeeld vraag 2 die minder ruimte krijgt.

5.2 De vragenlijst

Hieronder wordt het ontwerp van de vragenlijst besproken. Per vraag komen het onderwerp, het doel en eventuele kanttekeningen aan bod. De dikgedrukte kopjes corresponderen met de vragen in de vragenlijst. Deze is terug te vinden in bijlage 1.

Achtergrondgegevens

Het invullen van de vragenlijst gebeurt anoniem. Wel wordt gevraagd naar leeftijd, geslacht en afdeling, ervaringsjaren als (kinder-)verpleegkundige. Met deze gegevens kan worden bekeken of er significante verschillen zijn in gevoel van competentie. Tevens wordt gevraagd naar de levensbeschouwelijke achtergrond en in welke mate deze achtergrond een belangrijke rol speelt in het leven van de verpleegkundige. Met deze gegevens is er wellicht een verband vast te stellen in relatie tot de duidelijkheid betreft het begrip spiritualiteit.

Vraag 1: Het begrip spiritualiteit

In deze vraag staat competentie A centraal: *De verpleegkundige heeft inzicht in eigen oordelen en positie ten opzichte van spiritualiteit.*

Uit het literatuuronderzoek bleek dat inzicht in de eigen spiritualiteit van belang is. Tevens werd duidelijk dat het begrip spiritualiteit een lastig en onbekend begrip is. Bij deze vraag zijn de verschillende onderdelen uit de spirituele dimensie van Fitchett (2002) bevraagd en drie items uit de definitie van spirituele zorg uit de richtlijn *Spirituele zorg* (Leget, Staps, Van de Geer, Mur-Arnoldi, Wulp & Jochemsen, 2010). Een kanttekening is dat er voor meer aspecten uit deze definitie gekozen had kunnen worden. In verband met de lengte van de vraag is gekozen voor de items: natuur, muziek en meditatie.

In vraag 1 wordt aan de respondenten gevraagd of het begrip spiritualiteit duidelijk is en of de respondent begrippen van Fitchett en uit de richtlijn *Spirituele zorg* tot de eigen definitie van spiritualiteit rekent. Wanneer bij vraag 1a een 4 of 5 wordt gescoord op een schaal van 5, dan is het begrip spiritualiteit redelijk tot volledig duidelijk voor de verpleegkundige. Dit kan worden gezien als een positieve ondersteuning van competentie A. Wanneer bij vraag 1b door een verpleegkundige meerdere malen 'weet niet' wordt aangekruist, dan is een verpleegkundige niet bekend met onderdelen van spiritualiteit en/of kan zij haar eigen positie niet bepalen. Dit kan worden gezien als een negatieve ondersteuning van competentie A.

Mogelijkheden voor extra informatie uit vraag 1:

1) Zijn er items uit vraag 1b waarvan verpleegkundigen in meerderheid zeggen dat zij ze wel/niet te maken vinden hebben met spiritualiteit?

2) Welke items die verder nog te maken hebben met spiritualiteit worden in de open vraag genoemd door de verpleegkundigen?

Vraag 2: het verlenen van spirituele zorg

In deze vraag staat competentie A centraal: *De verpleegkundige heeft inzicht in eigen oordelen en positie ten opzichte van spiritualiteit.*

Bij deze vraag wordt eerst uitgelegd wat onder spirituele zorg wordt verstaan in dit onderzoek. De uitleg staat in de vragenlijst zodat de respondenten zoveel mogelijk dezelfde definitie in gedachten hebben tijdens de beantwoording van de vragen. De literatuur leert dat verpleegkundigen moeite hebben met spiritualiteit. De in het literatuuronderzoek gevonden onderdelen staan dan ook kort uitgelegd.

In het literatuuronderzoek kwam naar voren dat het van belang is om onderscheid te maken tussen religie en spiritualiteit. Dit onderscheid is voor kinderen niet altijd scherp afgebakend. Ook het feit dat een kind mogelijk een andere culturele/etnische achtergrond heeft dan de verpleegkundige en de ontwikkelingsfasen van een kind die elkaar steeds opvolgen, zijn van belang bij het verlenen van spirituele zorg.

In vraag 2 wordt aan de respondent gevraagd of zij bij het verlenen van spirituele zorg rekening houden met hun eigen mening over spiritualiteit en over religie. Wanneer de vraag met ‘nee’ wordt beantwoord dan is dit een positieve ondersteuning van competentie A. Vervolgens wordt gevraagd of de respondent rekening houdt met de culturele en/of etnische achtergrond van het kind/de ouders en met de ontwikkelingsfase waarin het kind verkeert. Wanneer de vraag met ‘ja’ wordt beantwoord, dan is dit een positieve bevestiging van competentie A.

Er is een kanttekening te plaatsen bij deze vraag: het is mogelijk dat respondenten onder “rekening houden met” verstaan dat zij zich bewust zijn van hun eigen spiritualiteit/religie en bijvoorbeeld uit barmhartigheid of medemenselijkheid, voortkomend uit hun levensbeschouwing, zorg verlenen. Dit zou kunnen resulteren in een ‘enigszins’ of zelfs ‘ja’ op de eerst twee vragen, zonder dat dit een vooroordeel of een andere negatieve invloed in het kader van competentie A oplevert. Ook verpleegkundigen die zich bewust zijn van hun eigen mening en daar rekening mee houden, maar deze niet opdringen, zijn competent.

Vraag 3: Over assessment

In deze vraag staat competentie D centraal: *De verpleegkundige is in staat om, in relatie met het kind en diens ouders en in samenwerking met andere zorgverleners van het multidisciplinaire team, de behoefte aan spirituele zorg te verkennen, deze in het zorgplan op te nemen en te monitoren.*

In het literatuuronderzoek staan vele punten genoemd die van belang zijn bij het afnemen van een *assessment* op het gebied van spirituele zorg. Het doel bij vraag 3 is bevragen of respondenten zich competent achten deze *assessment* af te nemen in het algemeen en hoe zij zich inschatten op de verschillende aspecten van de *assessment*.

Wanneer vraag 3a is beantwoord met 4 of 5 op een schaal van 5, dan acht een verpleegkundige zich redelijk tot volledig competent op dit onderdeel. Voor elk item van vraag 3b geldt: ‘ja’ is competent, ‘nee’ is niet competent en ‘enigszins’ is een beetje competent. Gemeten wordt hoe groot de groep respondenten is die zich op elk item competent acht. Competent zijn in *assessment* is een positieve ondersteuning van competentie D

Mogelijkheden voor extra informatie uit vraag 3:

- 1) Het laatste item van vraag 3b gaat in op de dagelijkse praktijk. Hieruit kunnen verschillen tussen competentie en praktijk worden aangegeven.
- 2) Factoren die van invloed zijn op competentie en op de praktijk (met betrekking tot *assessment*) worden in de open vraag genoemd. Duiden deze factoren op spanningen met betrekking tot keuzes die de zorgverlener moet maken in het dagelijks handelen?

Vraag 4: Over uitvoering

In deze vraag staan de competenties C: *De verpleegkundige weet wat spiritualiteit, specifiek in relatie tot kinderen, inhoudt* en E: *De verpleegkundige verleent op gepaste wijze spirituele zorg aan kinderen* centraal.

In de literatuur staan vele punten genoemd die van belang zijn bij de uitvoering op het gebied van spirituele zorg. Het doel bij vraag 4 is bevragen of verpleegkundigen zich competent achten deze uitvoering te verrichten in het algemeen. Tevens wordt gevraagd hoe zij zich inschatten op de verschillende aspecten van de uitvoering en of zij hier kennis over hebben.

Wanneer vraag 4a is beantwoord met 4 of 5 op een schaal van 5, dan acht een verpleegkundige zich redelijk tot volledig competent op dit onderdeel. Voor elk item van vraag 4b geldt: 'ja' is competent, 'nee' is niet competent en 'enigszins' is een beetje competent. Gemeten wordt hoe groot de groep respondenten is die zich op elk item competent acht. Competent zijn in uitvoering is een positieve bevestiging van de competenties C en E.

Extra informatie die uit deze vraag kan worden afgeleid:

- 1) Het laatste item van vraag 4b gaat in op de dagelijkse praktijk. Hieruit kunnen verschillen tussen competentie en praktijk worden aangegeven.
- 2) Factoren die van invloed zijn op competentie en op de praktijk (met betrekking tot uitvoering) worden in de open vraag genoemd. Duiden deze factoren op spanningen met betrekking tot keuzes die de zorgverlener moet maken in het dagelijks handelen?

Vraag 5: Kind-specifieke eigenschappen van spirituele zorg

In deze vraag staan de competenties B: *De verpleegkundige gaat een vertrouwensrelatie aan met de patiënt waarbinnen spirituele zorg mogelijk is* en E: *De verpleegkundige verleent op gepaste wijze spirituele zorg aan kinderen* centraal.

Net als bij vraag 2, staat er voor de vraag eerst een korte verduidelijking van het onderwerp. Dit is om te zorgen dat er zo weinig mogelijk onduidelijkheid is onder de respondenten. Het kunnen verlenen van spirituele zorg is sterk afhankelijk van de relatie tussen de patiënt en diens ouders enerzijds en de verpleegkundige anderzijds. In deze relatie komt een aantal zaken uit de literatuur naar voren dat specifiek is voor het werken met (zieke) kinderen.

Het doel bij vraag 5b is bevragen of verpleegkundigen zich competent achten deze relatie aan te gaan. Het doel bij vraag 5a is te weten komen op welke verschillende manieren van kind-specifieke zorg verpleegkundigen toekomen aan het leggen van deze relatie. Wanneer vraag 5b is beantwoord met 4 of 5 op een schaal van 5, dan acht een verpleegkundige zich redelijk tot volledig competent op dit onderdeel. Competent zijn in het aangaan van een relatie is een positieve bevestiging van competentie B.

Voor elk item van vraag 5a geldt: ‘ja’ is competent, ‘nee’ is niet competent en ‘enigszins’ is een beetje competent. Gemeten wordt hoe groot de groep respondenten is die zich op elk item competent acht. Competent zijn in het op een kind-specifieke manier aangaan van een relatie is een positieve bevestiging van competentie E.

Het is een bewuste keuze van de onderzoeker om eerst de kind-specifieke aspecten van de relatie binnen spirituele zorg te bevragen (vraag 5a) en dan pas de overstijgende competentievraag te stellen (vraag 5b). Vraag 5a dient als het ware als een verduidelijking of inleiding op vraag 5b.

Vraag 6: Kennis van spirituele zorg

In deze vraag staat competentie F centraal: *De verpleegkundige verleent spirituele zorg op basis van kennis.*

Uit de literatuur bleek dat er een gebrek onder verpleegkundigen heerst op het gebied van kennis en opleiding inzake spirituele zorg. Er wordt gepleit voor het integreren van kennis uit wetenschappelijk onderzoek in de praktijk. Het doel bij vraag 6 is leren over of verpleegkundigen kennis hebben over spirituele zorg, waar deze vandaan komt, hoe zij deze delen en of zij meer kennis zouden wensen op dit gebied.

Wanneer bij vraag 6a een 4 of 5 wordt gescoord op een schaal van 5, dan is er redelijk tot zeer veel kennis van spiritualiteit bij de verpleegkundige. Wanneer er kennis is over het spirituele zorgbegrip (score 4 of 5) dan is dit een positieve bevestiging van competentie F.

Bij vraag 6b wordt bekeken hoe groot de groep respondenten is die de kennis ontleent aan opleiding, aan collega's of aan de eigen praktijk. Vervolgens wordt gekeken naar de respondenten die de kennis formeel dan wel informeel delen. Het laatste item betreft de vraag om meer kennis op het gebied van spirituele zorg.

Vraag 7: Normatieve professionalisering

Bij vraag 7 staat wederom een korte inleiding. Verpleegkundigen zijn bezig met *evidence based practice*, maar uit de literatuur blijkt dat veel kennis en waarden impliciet zijn en zitten verstopt in het dagelijks handelen. Een korte toelichting, om wederom de respondenten op hetzelfde spoor te houden, staat boven vraag 7a.

Het doel bij vraag 7a is te leren vanuit welk niveau van normativiteit de verpleegkundige spirituele zorg verleent. Het doel bij vraag 7b is te leren of -en zo ja: vanuit welk niveau van normativiteit- de verpleegkundige ruimte voor verbetering ziet, wanneer het gaat om spirituele zorg als onderdeel van verpleegkundige zorg. Met behulp van de antwoorden op de open vragen bij vraag 3 en 4 zal worden bekeken of er verbanden zijn tussen de basis van waaruit de verpleegkundigen zorg verrichten en de praktijk.

6 KWANTITATIEF ONDERZOEK

6.1 Methode

Voor verspreiding van de vragenlijst onder de verpleegkundigen van de afdeling Medium Care van het Amalia Kinderziekenhuis, is toestemming gevraagd voor het onderzoek aan verpleegkundig afdelingshoofd Margriet van Buuren. In overleg met haar is het oorspronkelijke plan om een digitale vragenlijst af te nemen gewijzigd in een papieren vragenlijst. Het argument van Margriet van Buuren was de ervaring dat veel verpleegkundigen mail niet heel consistent beantwoorden. Na toestemming om met het onderzoek te starten, wees zij een van de verpleegkundig teamleiders toe, ter ondersteuning van het onderzoek. Deze teamleider, Wiljan Hendriks, heeft de vragenlijst doorgenomen en feedback gegeven. Zo is de woordkeus nog aangepast in een enkel geval aan de verpleegkundige realiteit en de voorpagina “dichter bij de belevingswereld van de verpleegkundige” gehouden. Wiljan heeft een e-mail aan zijn mede-teamleiders gestuurd, om hen te informeren over het op handen zijnde onderzoek en heeft op 23 december 2014 de vragenlijsten via de postvakken van de 142 verpleegkundigen van de afdelingen Het Strand, De Zee en De Vuurtoren verspreid.

De overweging om net voor Kerst de vragenlijsten te verspreiden, was de mogelijkheid voor verpleegkundigen om tijdens de feestdagen, wanneer er minder patiënten verblijven, rustig de lijst in te kunnen vullen. Tevens zouden de feestdagen wellicht tot introspectie kunnen inspireren. Via een e-mail zijn de verpleegkundigen op de hoogte gebracht van het doel van het onderzoek, de uiterste inleverdatum van 8 januari 2015 en de mogelijkheid om via inleverdozen op de verpleegpost en in de koffiekamer de ingevulde lijsten weer in te leveren.

Op 8 januari 2015 waren er slechts tien ingevulde vragenlijsten ingeleverd. Bij navraag werden als redenen opgegeven: grote onverwachte drukte tijdens de feestdagen, eindelijk tijd om met collega's bij te praten en een groot aantal medewerkers op de Zee had geen lijst ontvangen. Tevens werd aangegeven dat het onderwerp spiritualiteit minder prioriteit had dan de dagelijkse zorg. Met het versturen van een tweede e-mail en het verzoek aan teamleiders om aandacht aan het onderzoek te besteden, is getracht de respons te verhogen. Tevens zijn lege lijsten ter beschikking gesteld. Gedurende de weken erna zijn, persoonlijk en via de teamleiders, nog vele verzoeken gedaan aan verpleegkundigen om de lijsten in te vullen. Op 5 februari 2015 zijn de laatste lijsten ingenomen.

De gegevens uit de vragenlijsten zijn door middel van het statistisch programma SPSS versie 22 verwerkt en via beschrijvende statistiek weergegeven. Daar waar mogelijk en relevant zijn uitkomsten vergeleken met de eerder gevonden literatuur.

6.2 Bevindingen kwantitatief onderzoek

6.2.1 De respondenten

Het uiteindelijke aantal door verpleegkundigen ingevulde vragenlijsten bedraagt 38 (zie Tabel I). Dit is een respons van ruim 26%. De respons bij (papieren) vragenlijsten ligt tussen de 20% en 79% en is gemiddeld 55% (Zuidgeest, de Boer, Hendriks & Rademakers, 2008). De afdeling De Zee heeft een relatief goede respons van bijna 32%. Zoals vermeld had niet elke verpleegkundige, door onbekende oorzaak, een vragenlijst ontvangen. De verwachting was dat het aandeel van de Zee hierdoor lager zou zijn. Een aantal verpleegkundigen van deze afdeling heeft echter uit eigen beweging lijsten gekopieerd en ingevuld. De afdeling De Vuurtoren kent vrijwel dezelfde respons en dit is onverwacht: spirituele zorg is er nauwelijks aan de orde. Deze zogenaamde *Short Stay Unit* heeft geen eigen geestelijk verzorger en kinderen liggen er vaak maar één dag opgenomen.

Nog twee vragenlijsten zijn ingevuld door pedagogisch medewerkers van afdeling De Zee. Deze lijsten zijn in het onderzoek buiten beschouwing gelaten, daar het een onderzoek naar spirituele zorg als onderdeel van *verpleegkundige* zorg betreft.

In de gestelde periode die oorspronkelijk was uitgetrokken voor het invullen en inleveren van de vragenlijsten, werden slechts enkele lijsten ingeleverd. Daarna is via herinneringsberichten per mail, beroep op de verpleegkundigen door de teamleider en persoonlijke verzoeken door de onderzoeker op de afdelingen, getracht de respons te verhogen. Dit heeft uiteindelijk geleid tot de respons van 26,8%. Redenen voor non-respons die door verpleegkundigen aan de onderzoeker werden gegeven waren: gebrek aan tijd, gebrek aan interesse, een veelheid aan enquêtes in het kinderziekenhuis en onverwachte drukte tijdens de feestdagen. Dit verklaart wellicht ook de relatief lage respons op afdeling Het Strand, waar minder gebruik wordt gemaakt van geestelijke verzorging dan op afdeling De Zee.

Tabel I : respons verdeeld over de afdelingen²

afdeling	type zorg	aantal ingevulde lijsten/ aantal verpleegkundigen	respons
Strand	nefrologie, urologie, chirurgie, orthopedie, mond- kaak- aangezichts- chirurgie, cardiologie, kindergeneeskunde, metabole ziekten	13/64	20,3%
Zee	oncologie, neurologie, neurochirurgie, kindergeneeskunde, immunologie, infectiologie, reumatologie	19/60	31,7%
Vuurtoren	short stay unit	6/18	33,3%
Totaal		38/142	26,8%

Aan het onderzoek deden 35 vrouwen en drie mannen mee (aandeel mannen = 7,9%). Deze verdeling verschilt daarmee van de verdeling onder de daadwerkelijk populatie: 137 vrouwen en 5 mannen (aandeel mannen = 3,5%). Van de 38 respondenten hebben er twee een functie als teamleider (aandeel teamleiders = 5,3%). In de daadwerkelijke populatie geven er 10 teamleiders leiding aan 132 verpleegkundigen (aandeel teamleiders = 7%). De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 40 jaar. De jongste verpleegkundige die deelnam aan het onderzoek was 21 en de oudste 61. Gemiddeld hebben de respondenten 18 jaar werkervaring in de verpleging, waarvan gemiddeld 15 jaar als kinderverpleegkundige. Eén respondent heeft leeftijd en ervaring niet ingevuld.³

De laatste twee vragen over de achtergrondgegevens van de respondenten, betroffen de levensbeschouwelijke achtergrond. Met 34,2% is het vaakst ingevuld 'Ik geloof wel dat er iets is, maar dat niet is vastgelegd in een bepaalde levensbeschouwing'. 'Katholiek' komt met 23,7% op een tweede plaats. Echter, 10,5% van de respondenten benoemt zichzelf ook als

²Tijdens het maken van de berekeningen is gebruik gemaakt van afronding. Hierdoor kan het voorkomen dat een optelsom van percentages niet exact op 100% uitkomt. Door de resultaten af te ronden op één decimaal achter de komma, is getracht dit afrondingsverschil te minimaliseren.

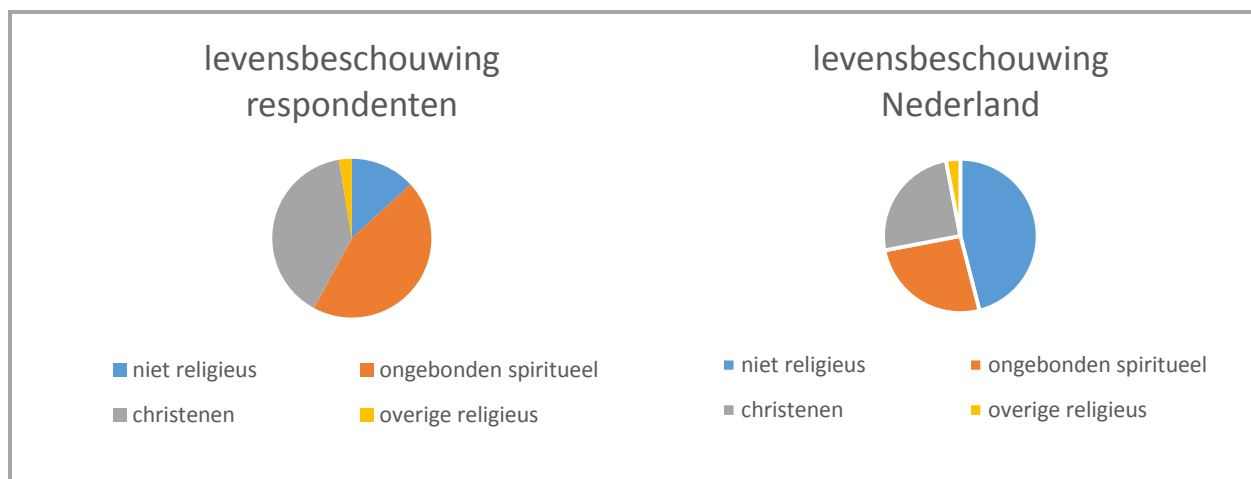
³ Van alle gegevens zijn tabellen in de bijlagen terug te vinden. De belangrijkste gegevens hieruit worden besproken in de tekst. Wanneer de tabel zelf van grote waarde is voor de lezer, wordt de tabel (gedeeltelijk) in de tekst afgedrukt.

katholiek, maar gaf op de vragenlijst aan dat dit “van huis uit” zo was, maar dat er iets veranderd is, bijvoorbeeld nu anders of niet meer gelovig. Een meerderheid van de respondenten ziet zichzelf dus niet als religieus. Dit correspondeert met het beeld uit het bevolkingsonderzoek van het Centraal Bureau voor de Statistiek, dat in de provincie Gelderland 23,4% katholieken telt en 48,4% niets/geen of anders (Schmeets, 2014).

In het rapport “Geloven in het publieke domein” van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) uit 2006, is een soortgelijk beeld te bespeuren. De auteurs van het hoofdstuk “Leefstijlen in zingeving” zeggen er het volgende over:

Als men het geloof gelijkstelt aan het christelijke geloof en de daarbij behorende traditionele leerstellingen, is er sprake van een neergang. Als men het godsbegrip ruimer stelt ligt het anders. Het begrip secularisatie is dan achterhaald, het gaat sterk uit van christelijke opvattingen die in een kerk worden beleden, terwijl mensen tegenwoordig ook religieus of spiritueel kunnen zijn zonder een band te hebben met een bepaalde kerk of religieuze leerstellingen. Beter is het te spreken van een transformatie van de religie die te typeren is als een uiting van een bredere maatschappelijke verandering.

(Kronjee & Lampert, 2006, p.174)

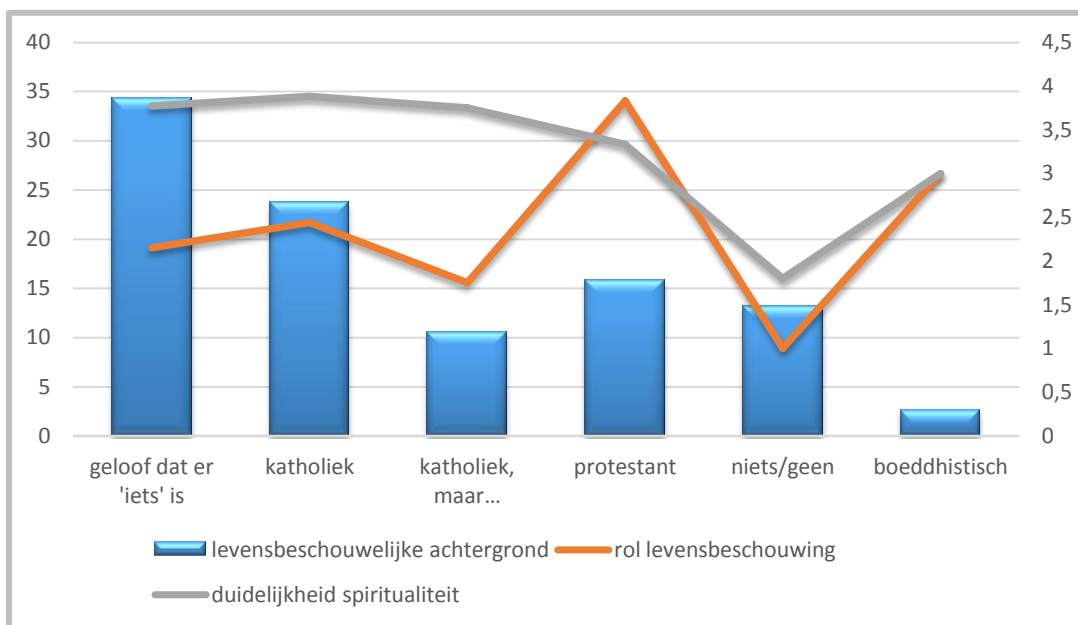


Figuur II: levensbeschouwelijke achtergrond respondenten en landelijk

In Figuur II zijn de cijfers van de WRR (Kronjee & Lampert, 2006, p.176) naast de antwoorden van de respondenten gezet, in een vertaling naar de indeling van Kronjee en Lampert. Daarbij dient te worden aangetekend dat de WRR in de categorie ‘niet religieus’

onderscheid maakt tussen ‘niet religieus, niet humanistisch’, ‘niet religieus, gematigd humanistisch’ en ‘niet religieus, humanistisch’.

Wanneer de respondenten gevraagd wordt of de levensbeschouwing een belangrijke rol in hun leven speelt, is het meest voorkomende antwoord een 1 op een schaal van 1 tot en met 5 (1 = niet belangrijk, 5 = zeer belangrijk) en de gemiddelde score is 2,32. Van de respondenten vindt 18,5% de eigen levensbeschouwing een redelijk tot zeer belangrijke rol in het eigen leven spelen. Bij een nadere bestudering van de antwoorden, kan worden opgemerkt dat met name de respondenten die ‘niets/geen’ of ‘van huis uit katholiek’ zijn, geen belangrijke rol aan hun levensbeschouwing toekennen (gemiddeld < 2 op een schaal van 5). De groep protestanten zegt de eigen levensbeschouwing gemiddeld de grootste rol in het dagelijks leven te vinden spelen (zie de oranje lijn in Figuur III).



Figuur III: benoeming en rol levensbeschouwelijke achtergrond, duidelijkheid spiritualiteit

6.2.2 Het begrip spiritualiteit

In vraag 1 van de vragenlijst wordt gevraagd in welke mate het begrip spiritualiteit voor de respondenten duidelijk is en met welke aspecten uit de theorie van George Fitchett en uit de richtlijn *Spirituele zorg* zij spiritualiteit verbinden.

Uit de antwoorden op vraag 1 kan worden afgeleid dat voor een meerderheid van de respondenten het begrip spiritualiteit duidelijk is. Een percentage van 51,3% antwoordt “redelijk tot volledig duidelijk” op de vraag of het begrip spiritualiteit duidelijk is. Het gemiddelde is 3,43 (op een schaal van 1 tot en met 5).

In Figuur III is de duidelijkheid van het begrip spiritualiteit afgezet tegen de benoeming van de eigen levensbeschouwing en de rol die deze speelt. Katholieken en verpleegkundigen die in “iets” geloven hebben een relatief zeer duidelijk begrip van spiritualiteit. Voor de verpleegkundigen die hun levensbeschouwelijke achtergrond met “niets/geen” benoemen, speelt deze niet alleen een relatief onbelangrijke rol in het eigen leven, ze hebben ook het minst helder wat het begrip spiritualiteit inhoudt.

Wanneer de respondenten gevraagd wordt met welke begrippen van Fitchett en uit de richtlijn *Spirituele zorg* spiritualiteit voor hen te maken heeft, wordt in totaal slechts vijf maal met ‘weet niet’ geantwoord: eenmaal bij ‘muziek’, eenmaal bij ‘raadgeven aan en –zoeken bij/in mensen of (heilige) teksten’ en drie maal ‘bij verbondenheid met de natuur’. Dit doet vermoeden dat het voor de respondenten duidelijk is wat, voor hen, wel en niet tot het begrip spiritualiteit behoort.

Voor ruim 50% van de respondenten is het begrip duidelijk en er zijn nauwelijks ‘weet niet’-antwoorden bij de verschillende aspecten van spiritualiteit: dit lijkt te wijzen op een tegenspraak met de gevonden onduidelijkheid met betrekking tot spiritualiteit uit thema 8. Het zou een positieve ondersteuning zijn van competentie A: *De verpleegkundige heeft inzicht in eigen oordelen en positie ten opzichte van spiritualiteit.*

De respondenten herkennen over het algemeen de aspecten van spiritualiteit van Fitchett en de richtlijn *Spirituele zorg* als behorend bij spiritualiteit. Bij geen enkel item overstijgt het aantal keer ‘nee’ het aantal keer ‘ja’ dat is ingevuld. Gemiddeld wordt ‘zingeving’ gezien als het meest behorend bij spiritualiteit. ‘Leven in gemeenschap of verbanden’ en ‘moed’ staan voor de meeste respondenten het verst van spiritualiteit af (zie Figuur IV). Opvallend is dat ‘geloof’ gemiddeld pas op een zesde plaats komt. Geloof lijkt dus niet één op één samen te vallen met spiritualiteit voor de respondenten. Dit correspondeert met de gevonden literatuur in thema 2. De begrippen die door de respondenten zelf nog worden genoemd als behorend bij

spiritualiteit, staan vermeld in bijlage 2. In deze antwoorden is geen trend zichtbaar met betrekking tot een nadere concretisering van het begrip spiritualiteit.



Figuur IV: aspecten van spiritualiteit (Fitchett/richtlijn *Spirituele zorg*)

6.2.3 Het verlenen van spirituele zorg

In vraag 2 wordt eerst aan de respondenten gevraagd of zij bij het verlenen van spirituele zorg rekening houden met hun eigen mening over spiritualiteit en over religie. Wanneer de vraag met ‘nee’ wordt beantwoord dan is dit een positieve ondersteuning van competentie A: *De verpleegkundige heeft inzicht in eigen oordelen en positie ten opzichte van spiritualiteit.*

In Tabel V is te zien dat bijna de helft van de respondenten geen rekening houdt met haar eigen mening over spiritualiteit bij het verlenen van spirituele zorg. Nog eens ruim 40% doet dit wel, maar slechts enigszins. Wanneer het gaat over de eigen mening op het gebied van religie, laten de cijfers bijna een zelfde beeld zien.

Tabel V: rekening houden tijdens verlenen spirituele zorg

VPK houdt bij spir.zorg rekening met:	ja	enigszins	nee
eigen mening spiritualiteit	11,1%	41,7%	47,2%
eigen mening religie	8,3%	38,9%	52,8%
etnische/culturele achtergrond patiënt	80,5%	16,7%	2,8%
ontwikkelingsfase patiënt	86,1%	11,1%	2,8%

Vervolgens wordt gevraagd of de respondent rekening houdt met de culturele en/of etnische achtergrond van het kind/de ouders en met de ontwikkelingsfase waarin het kind verkeert. Wanneer de vraag met ‘ja’ wordt beantwoord, dan is dit een positieve ondersteuning van competentie A: *De verpleegkundige heeft inzicht in eigen oordelen en positie ten opzichte van spiritualiteit*. Uit tabel V is af te leiden dat meer dan 80% van de respondenten rekening houdt met de etnische/culturele achtergrond en met de ontwikkelingsfase waarin het kind verkeert.

De antwoorden op vraag 2 bieden een positieve ondersteuning van competentie A: *De verpleegkundige heeft inzicht in eigen oordelen en positie ten opzichte van spiritualiteit*.

6.2.4 Over assessment

Het doel in vraag 3 is herleiden of de respondenten zich competent achten een *assessment* op het gebied van spirituele zorg uit te voeren in het algemeen en hoe zij zich inschatten op de verschillende onderdelen van de *assessment* in het bijzonder. Wanneer vraag 3a is beantwoord met 4 of 5 op een schaal van 5, dan acht een verpleegkundige zich redelijk tot volledig competent op dit onderdeel.

Van de respondenten acht 30,6% zich redelijk tot volledig competent. De gemiddelde score bij deze vraag is 2,78 (op een schaal van 1 tot en met 5). Opvallend is dat dat de meeste respondenten net onder, op of boven het midden scoren. De antwoorden op deze vraag lijken te wijzen op een gevoel van competentie in *assessment* bij minder dan een derde van de respondenten.

De in de literatuur gevonden aspecten van *assessment* worden bevraagd in vraag 3b. Voor elk item van vraag 3b geldt: ‘ja’ is competent, ‘nee’ is niet competent en ‘enigszins’ is een beetje competent. In Tabel VI is te zien dat een meerderheid van de respondenten zich wel competent acht in de verkenning van de spirituele behoeften van de patiënt en diens familie. Ook het *samenwerken* in het multidisciplinair team lijkt tot de competenties van de respondenten te behoren. Daarentegen zijn het integreren van de spirituele zorg en het monitoren ervan, lastige onderdelen.

Tabel VI: aspecten van *assessment*

assessment	ja	enigszins	nee	weet niet	niet ingevuld
verkennen	55,3%	28,9%	5,3%	5,3%	5,3%
verkenning integreren	15,8%	52,6%	21,1%	5,3%	5,3%
zorg evalueren	23,7%	39,5%	23,7%	7,9%	5,3%
samenwerken	47,4%	31,6%	13,2%	2,6%	5,3%
verslag in EPIC	34,2%	34,2%	18,4%	7,9%	5,3%

Op grond van deze gegevens lijkt competentie D: *De verpleegkundige is in staat om, in relatie met het kind en diens ouders en in samenwerking met andere zorgverleners van het multidisciplinaire team, de behoefte aan spirituele zorg te verkennen, deze in het zorgplan op te nemen en te monitoren, slechts ten dele ondersteund te worden.*

6.2.5 Over uitvoering

Het doel bij vraag 4 is herleiden of de respondenten zich competent achten spirituele zorg uit te voeren. Tevens wordt gevraagd hoe zij zich inschatten op de verschillende onderdelen van de uitvoering en of zij hier kennis over hebben. Wanneer vraag 4a is beantwoord met 4 of 5 op een schaal van 5, dan acht een verpleegkundige zich redelijk tot volledig competent op dit onderdeel.

Van de respondenten acht 36,3% zich redelijk tot volledig competent. De gemiddelde score bij deze vraag is 2,97 (op een schaal van 1 tot en met 5). In vergelijking met het gevoel van competentie met betrekking tot de assessment, ligt dit een fractie hoger. Echter, een derde van de respondenten zegt zich niet of maar matig competent te achten wanneer het aankomt op het uitvoeren van spirituele zorg.

De in de literatuur gevonden aspecten van de uitvoering van spirituele zorg, werden bevraagd in vraag 4b. Voor elk item van vraag 4b geldt: ‘ja’ is competent, ‘nee’ is niet competent en ‘enigszins’ is een beetje competent. De aspecten van uitvoering staan gegroepeerd in Tabel VII.

De zorg aanpassen aan de ontwikkelingsfase waarin het kind verkeert en aan de verschillende wijzen waarop kinderen communiceren worden door de helft van de respondenten gezien als onderdelen van zorg waarop zij zich competent achten. Ook de zorg aanpassen aan de context waarin het kind verkeert, is een aspect van spirituele zorg waar veel respondenten positief over zijn.

Bij vraag 4b wordt door een (meerderheid) van de respondenten op een aantal aspecten van uitvoering een gevoel van competentie aangegeven, terwijl een minderheid van de respondenten aangaf zich competent te achten in de uitvoering van spirituele zorg bij vraag 4a. Het is tevens opvallend is dat de respondenten in meerderheid aangeven enigszins tot geen kennis te hebben van de aspecten waarvan wel aangeven zich er competent in te achten. Dit kan te maken hebben met het mogelijk impliciete karakter van kennis. Hierop wordt teruggekomen in hoofdstuk 7.

Tabel VII: aspecten van uitvoering

uitvoering	ja	enigszins	nee	weet niet	niet ingevuld
zorg aanpassen aan ontwikkelingsfase	55,3%	26,3%	7,9%	2,6%	7,9%
kennis van ontwikkelingsfasen	18,4%	39,5%	31,6%	2,6%	7,9%
zorg aanpassen aan communicatie	55,3%	23,7%	10,5%	2,6%	7,9%
kennis van kind-specifieke communicatie	13,2%	36,8%	39,5%	2,6%	7,9%
zorg aanpassen aan spirituele behoefte	23,7%	42,1%	23,7%	2,6%	7,9%
kennis over invloed spiritualiteit	2,6%	55,3%	31,6%	2,6%	7,9%
zorg aanpassen aan context	42,1%	34,2%	10,5%	5,3%	7,9%

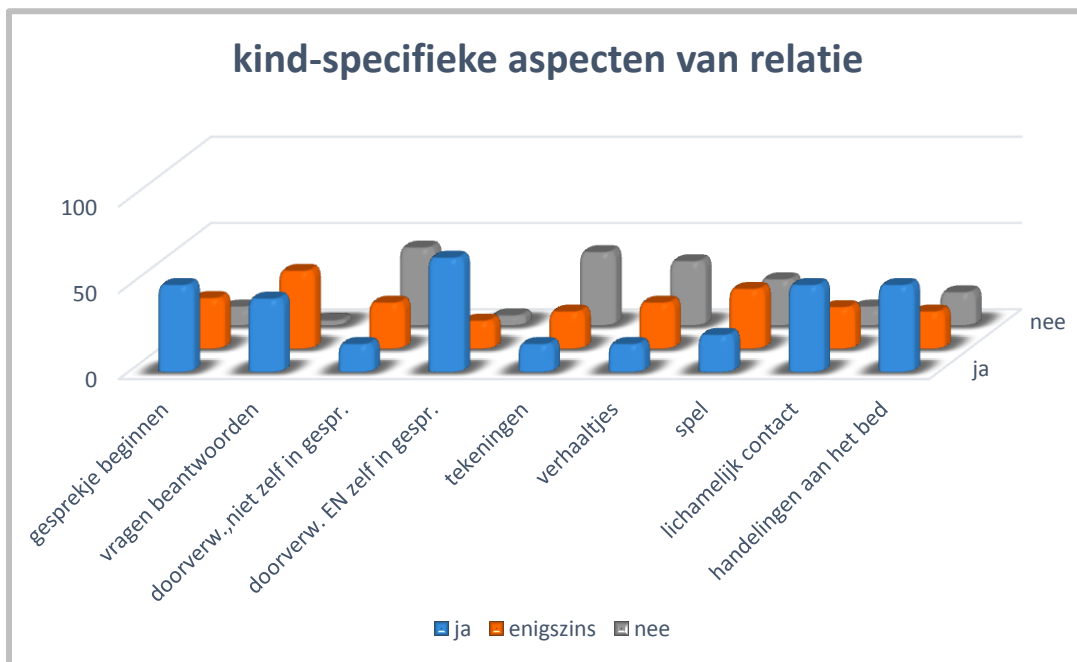
Wanneer een verpleegkundige competent is in de uitvoering van spirituele zorg is dit een positieve ondersteuning van competentie C: *De verpleegkundige weet wat spiritualiteit, specifiek in relatie tot kinderen, inhoudt* en E: *De verpleegkundige verleent op gepaste wijze spirituele zorg aan kinderen*. Door de grote verschillen tussen de kennis en de uitvoering kan geen positieve ondersteuning van competentie C gevonden worden. Hoewel de antwoorden op vraag 4a ook competentie E niet lijken te ondersteunen, nuanceren de antwoorden op vraag 4b dit beeld enigszins. Een relatief hoog percentage respondenten acht zich competent in drie van de zeven aspecten van uitvoering. De respondenten lijken zich iets competentier te achten op het gebied van uitvoering dan op het gebied van *assessment*.

6.2.6 Kind-specifieke eigenschappen van spirituele zorg

Assessment en uitvoering vormen samen ‘het verlenen van spirituele zorg’. Essentieel daarbij is de relatie tussen verpleegkundige en patiënt (en diens ouders). Bijzondere aandacht in dit onderzoek verdienen de kind-specifieke eigenschappen van die relatie. Het doel bij vraag 5b is herleiden of de respondenten zich competent achten een relatie aan te gaan waarbinnen vertrouwen centraal staat, zodat het kind zich uitgenodigd voelt om eventuele bijzondere ervaringen, levensthema’s of emoties met de verpleegkundige te delen. Het doel bij vraag 5a is te weten komen op welke verschillende manieren van kind-specifieke zorg verpleegkundigen toekomen aan het leggen van deze relatie.

Wanneer vraag 5b is beantwoord met 4 of 5 op een schaal van 5, dan acht een respondent zich redelijk tot volledig competent op dit onderdeel. Van de respondenten acht 68,8% zich redelijk tot volledig competent. De gemiddelde score bij deze vraag is 3,66 (op een schaal van 1 tot en met 5). In vergelijking met het gevoel van competentie met betrekking tot de *assessment* en uitvoering, ligt dit gemiddelde hoger. Competent zijn in het aangaan van een relatie is een positieve ondersteuning van competentie B: *De verpleegkundige gaat een vertrouwensrelatie aan met de patiënt waarbinnen spirituele zorg mogelijk is*. Een ruime meerderheid van de respondenten lijkt zich hier competent in te voelen.

In thema 4 werden diverse aspecten onderscheiden die het kind-specifieke markeren van de relatie tussen de verpleegkundige en haar patiënt. Deze aspecten staan in vraag 5a. Daarbij geldt: ‘ja’ is competent, ‘nee’ is niet competent en ‘enigszins’ is een beetje competent. De kind-specifieke aspecten van de relatie staan afgebeeld in Figuur VIII.



Figuur VIII: kind-specifieke aspecten van de relatie

Positief is dat een ruime meerderheid van de respondenten doorverwijst en daarnaast zelf ook het gesprek aangaat met de patiënt. Daarnaast geeft de helft van de respondenten aan zich competent te achten om zelf een gesprekje te beginnen met het kind over levensthema's, om lichamelijke (zoals een aai of hand vasthouden) in te zetten bij de spirituele zorg en om dagelijkse handelingen aan het bed te betrekken in de spirituele zorg. Daarentegen lijken de respondenten minder zeker over de (zeer) specifieke aspecten voor een kinderafdeling: spel, verhaaltjes en tekeningen van het kind.

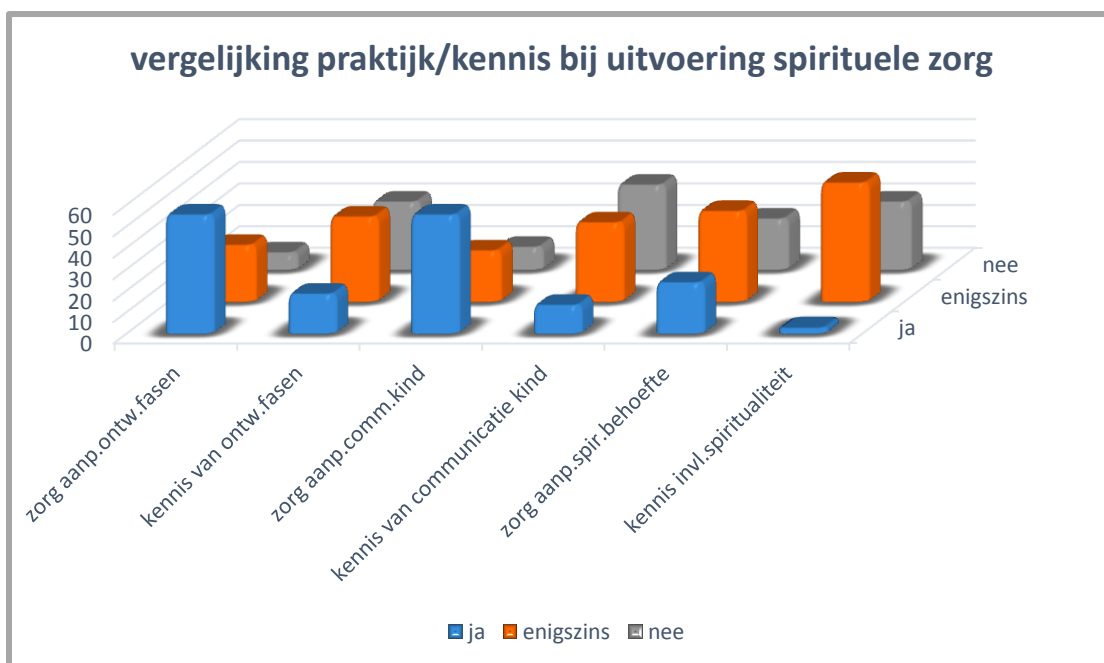
Competent zijn in het op een kind-specifieke manier aangaan van een relatie is een positieve ondersteuning van competentie E: *De verpleegkundige verleent op gepaste wijze spirituele zorg aan kinderen*. Op basis van bovenstaande gegevens lijken de respondenten zich competent te achten om op een aantal aspecten gepaste zorg te geven en op een aantal andere is nog verbetering mogelijk.

6.2.7 Kennis over spirituele zorg

Het doel bij vraag 6 is leren over de kennis van verpleegkundigen met betrekking tot spirituele zorg. Wanneer bij vraag 6a een 4 of 5 wordt gescoord op een schaal van 5, dan is er redelijk tot zeer veel kennis van spiritualiteit bij de verpleegkundige. Wanneer er kennis is

over het spirituele zorgbegrip, dan is dit een positieve ondersteuning van competentie F: *De verpleegkundige verleent spirituele zorg op basis van kennis.*

Uit de antwoorden op vraag 6a is te herleiden dat 22,6% van de respondenten redelijk tot zeer veel kennis heeft. Van de respondenten heeft 45,2% noch veel noch weinig kennis en 32,3% weinig kennis. Dit stemt overeen met de bevindingen uit vraag 4b, waar de respondenten zich competentier achtten op praktijkaspecten van uitvoering dan dat zij kennis hadden van die respectievelijke aspecten. Om deze informatie inzichtelijk te maken, zijn enkele gegevens uit vraag 4 naast elkaar gezet in Figuur IX. Competentie F kan op basis van deze informatie niet positief ondersteund worden.



Figuur IX: vergelijking tussen praktijk en kennis bij uitvoering spirituele zorg

Bij vraag 6b wordt bekeken hoe groot de groep respondenten is die de kennis ontleent aan opleiding, aan collega's of aan de eigen praktijk. Vervolgens wordt gekeken naar de respondenten die de kennis formeel dan wel informeel delen. In Tabel X staan de antwoorden gegroepeerd. Een voorzichtige conclusie uit de gegevens lijkt te zijn dat de respondenten eerder hun kennis over spirituele zorg opdoen door eigen praktijkervaringen dan via collega's of tijdens hun opleiding. De respondenten delen de aanwezige kennis nauwelijks formeel met elkaar. Informeel wordt enigszins meer kennis met elkaar gedeeld. Navraag leert dat dit vaak in de koffiekamer plaatsvindt.

Tabel X: herkomst en delen van kennis

kennis	ja	enigszins	nee	weet niet	niet ingevuld
door opleiding	10,5%	31,6%	47,4%	0%	10,5%
door collega's	10,5%	34,2%	39,5%	2,6%	13,2%
door eigen ervaring	50,0%	28,9%	7,9%	2,6%	10,5%
informeel delen	21,1%	36,8%	28,9%	0%	13,2%
formeel delen	7,9%	13,2%	65,8%	2,6%	10,5%

Desgevraagd geeft 71% van de respondenten aan dat meer kennis op het gebied van spirituele zorg (enigszins) gewenst is.

6.2.8 Normatieve professionalisering (1)

Het doel bij vraag 7 is te leren vanuit welk niveau van normativiteit de verpleegkundige spirituele zorg verleent (vraag 7a) en vanuit welk niveau er ruimte is voor verbetering (vraag 7b).

Uit de antwoorden op vraag 7a is te herleiden dat de respondenten vooral spirituele zorg verlenen omdat zij dit *zelf als persoon* waardevol vinden of menen dat *de patiënt* er prijs op stelt. Spirituele zorg lijkt minder plaats te vinden uit de overtuiging dat het Radboudumc als *instelling* of de *maatschappij* deze vorm van zorg waardevol vinden (zie Tabel XI). Opvallend is dat er, in vergelijking met de andere vragen, meer respondenten voor 'weet niet' als antwoord hebben gekozen dan bij voorgaande vragen. Men zou hieruit af kunnen leiden dat gemiddeld een vijfde van de respondenten niet weet vanuit welke waarde zij bezig is met spirituele zorg. Bij deze vraag moet worden aangetekend dat een respondent ook zeer wel bezig kan zijn met spirituele zorg vanuit meerdere niveaus.

Wanneer gevraagd wordt naar ruimte voor verbetering van spirituele zorg, wijzen de respondenten niet ogenblikkelijk naar de overheid of de verzekeraars. De meeste respondenten zien ruimte in het onderling afspraken maken met betrekking tot spirituele zorg en het integreren van deze zorg in de totale verpleegkundige zorg. Ondersteunend daarbij, lijken beleid door het Radboudumc en betere opleiding van verpleegkundigen te kunnen zijn (zie Tabel XII).

Hierbij dient te worden aangetekend dat bij vraag 7b het percentage ‘weet niet’-antwoorden nog hoger ligt dan bij vraag 7a. Het bezig zijn met normatieve professionalisering en spiritualiteit kent een hoger abstractieniveau dan met bijvoorbeeld *assessment* en staat mogelijksterwijs wat verder af van de dagelijkse verpleegkundige praktijk.

Tabel XI: spirituele zorgverlening vanuit de niveaus van normativiteit

	ja	nee	weet niet	niet ingevuld
niveau 1/persoon	60,5%	10,5%	15,8%	13,2%
niveau 2/patiënt	68,4%	7,9%	13,2%	10,5%
niveau 3/beroepsgroep	42,1%	21,1%	21,1%	15,8%
niveau 4/instelling	26,3%	36,8%	23,7%	13,2%
niveau 5/maatschappij	26,3%	31,6%	28,9%	13,2%

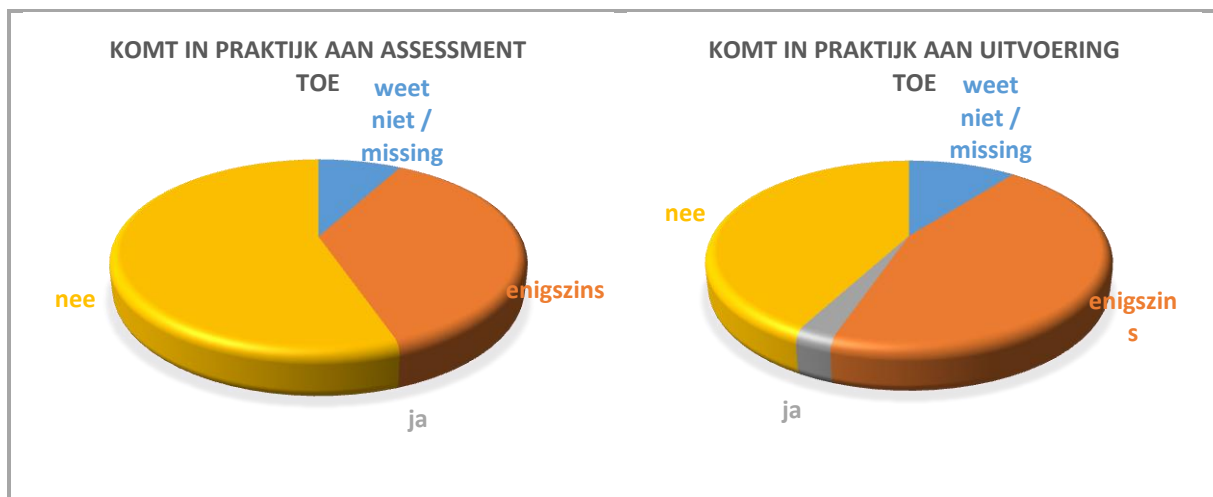
Tabel XII: ruimte voor verbetering vanuit de niveaus van normativiteit

	ja	nee, want dit is al goed	nee, is niet mogelijk	weet niet	niet ingevuld
niveau 1	34,2%	23,7%	5,3%	23,7%	13,2%
niveau 2	31,6%	10,5%	2,6%	44,7%	10,5%
niveau 3 (beter opleiden)	42,1%	21,1%	2,6%	21,1%	13,2%
niveau 3 (afspraken integreren)	50,0%	10,5%	2,6%	21,1%	15,8%
niveau 4	44,7%	7,9%	2,6%	28,9%	15,8%
niveau 5	28,9%	7,9%	10,5%	36,8%	15,8%

Een voorzichtige conclusie is dat als de respondenten toekomen aan spirituele zorgverlening, zij dit voornamelijk doen vanuit *persoonlijke* waarden of omdat zij menen dat de *patiënt* er waarde aan hecht. Wanneer er ruimte is voor verbetering van de spirituele zorgverlening, zien de respondenten mogelijkheden die minder zijn verbonden aan deze niveaus van de persoon of de patiënt, maar meer aan die van de verpleegkundige als *professional* of aan het Radboudumc als *instelling*.

6.2.9 Normatieve professionalisering (2)

Bij de vragen over de *assessment* en uitvoering met betrekking tot spirituele zorg is aan de respondenten gevraagd of zij er in de praktijk aan toekomen. De antwoorden op deze vraag zijn inzichtelijk gemaakt in Figuur XIII. Wanneer verpleegkundigen stellen dat ze deze vorm van zorg verrichten omdat zij hem zelf van waarde vinden of menen dat de patiënt er om vraagt, maar ze er niet aan toekomen, dan kan een spanningsveld verondersteld worden. Er is echter niet expliciet onderzocht of er spanningsvelden zijn op het gebied van de spirituele dimensie van verpleegkundige zorg die leiden tot kantelmomenten zoals deze beschreven staan in het theoretisch kader. Staat bijvoorbeeld het beleid van het Radboudumc de behoefte in de weg om spirituele zorg te verlenen, vanuit de persoonlijke overtuiging dat spirituele zorg goede zorg is? Aanwijzingen voor kantelmomenten kunnen wel gevonden worden in de opmerkingen die door respondenten worden gemaakt (zie bijlage 2).



Figuur XIII: spirituele zorgverlening in praktijk

Respondenten noemen de factoren 'tijd' of 'druk' als redenen om niet toe te komen aan spirituele zorg het vaakst: in totaal 27 keer door 17 respondenten. Dit correspondeert met de gevonden literatuur in thema 8. Het zou kunnen duiden op kantelmomenten, daar respondenten aangeven spirituele zorg wel belangrijk te vinden en de behoefte van kind en ouders centraal te willen stellen (vijf respondenten, acht opmerkingen). Verpleegkundigen maken onder invloed van tijdsdruk de keuze om de medisch-technische dimensie van zorg voor te laten gaan.

Echter, in totaal acht maal wordt ook aangegeven door zes respondenten dat zij ‘geen interesse’ in spirituele zorg hebben of dat zij er de relevantie niet zo van inzien (niveau 1). Daarnaast geven vijf respondenten in totaal acht maal aan dat een (korte) opnameduur de behoefte vanuit de patiënt vermindert en dit de relevantie van spirituele zorg beïnvloedt. Dit laatste correspondeert met de gevonden literatuur in thema 8.

In dat thema werden ook kennis en gecomputeriseerde *assessment*modellen en de invloed van ouders als invloeden genoemd. Zes respondenten geven in zeven reacties in de vragenlijsten aan dat zij moeite hebben met spirituele zorg, dat een gebrek aan kennis van invloed is of dat meer kennis gewenst is. Slechts twee respondenten noemen de *assessment* via EPIC als factor. De ouders als invloed op de zorg aan het kind worden éénmalig genoemd.

6.2.10 Aanvullende gegevens uit de vragenlijsten

Om precieze informatie te verkrijgen over de respondenten in relatie tot het begrip spiritualiteit en de door hun aangegeven competentie op het gebied van spirituele zorg, zijn nadere berekeningen uitgevoerd. De bijbehorende tabellen staan in bijlage 3.

Ten eerste is gekeken of de leeftijd en de ervaringsjaren van de kinderverpleegkundigen samenhangen met de mate waarin het begrip spiritualiteit duidelijk is voor de verpleegkundigen en met de eigen inschatting van competentie. De verwachting was dat met het toenemen van de jaren ook het gevoel van competentie toe zou nemen. Uit de berekeningen blijkt echter geen significante correlatie.

Ten tweede is het verband tussen de rol van de eigen levensbeschouwing en de het gevoel van competentie berekend. Deze rol blijkt een significante samenhang op te leveren met het inschatten van de eigen competentie op het gebied van *assessment* en uitvoering. Ook de mate waarin het begrip spiritualiteit duidelijk is voor de verpleegkundige, correleert significant positief met de zelf aangegeven competentie op het gebied van uitvoering.

Een laatste berekening is uitgevoerd om te zien of de zelf aangegeven mate van competentie op het gebied van *assessment*, uitvoering en relatie onderling correleren: wanneer een verpleegkundige zich (niet) competent acht op het ene gebied, hangt dit dan samen met het gevoel van competentie op de andere twee gebieden? De correlatiecoëfficiënten zijn hoger dan .50 hetgeen wijst op duidelijke tot sterke samenhangen.

7 CONCLUSIE

7.1 Beantwoording van de onderzoeksvragen

Bij de start van het onderzoek is de volgende vraagstelling geformuleerd:

In hoeverre behoort spirituele zorg tot de professionaliteit van de verpleegkundigen van het Amalia Kinderziekenhuis?

- 1) *Welke competenties voor kinderverpleegkundigen op het gebied van spirituele zorg zijn er op basis van literatuuronderzoek vast te stellen?*
- 2) *Welke van deze competenties op het gebied van spirituele zorg worden door kinderverpleegkundigen aangegeven als bij henzelf aanwezig?*
- 3) *Wat is de relatie van de bevindingen uit deelvraag 2 met de niveaus van normativiteit van Tonja van den Ende?*

Na uitvoerig literatuuronderzoek en op basis van kwantitatief onderzoek onder de verpleegkundigen van de afdeling Medium Care van het Amalia Kinderziekenhuis, komt de onderzoeker tot de volgende conclusie:

Spirituele zorg maakt bewust en onbewust onderdeel uit van de professionaliteit van de kinderverpleegkundige zorg. Een minderheid van de kinderverpleegkundigen van de afdeling Medium Care van het Amalia Kinderziekenhuis die heeft geparticipeerd in het onderzoek, geeft aan zich competent te voelen om spirituele zorg te verrichten. Wanneer echter wordt ingezoomd op aspecten van spirituele zorg, dan geven verpleegkundigen op verschillende aspecten aan in meerderheid enigszins tot volledig competent te zijn. Een reden voor dit verschil in competentiebeleving kan gelegen zijn in het feit dat veel kennis impliciet is en ‘gedaan’ wordt. Wanneer de kinderverpleegkundigen zich bezighouden met de spirituele dimensie van verpleegkundige zorg, doen zij dit voornamelijk omdat zij vinden dat zij *als persoon* deze zorg dienen te verlenen. Tevens menen zij dat *de patiënt* deze zorg nodig heeft. In de praktijk komen de verpleegkundigen echter nauwelijks toe aan het verlenen van deze dimensie van zorg door een gebrek aan tijd.

Op basis van literatuuronderzoek zijn competenties vastgesteld in drie domeinen.

Domein 'Bewustzijn en inzet van het zelf':

- A: *De verpleegkundige heeft inzicht in eigen oordelen en positie ten opzichte van spiritualiteit.*
- B: *De verpleegkundige gaat een vertrouwensrelatie aan met de patiënt waarbinnen spirituele zorg mogelijk is.*

Domein 'Spirituele dimensies van verplegen':

- C: *De verpleegkundige weet wat spiritualiteit, specifiek in relatie tot kinderen, inhoudt.*
- D: *De verpleegkundige is in staat om, in relatie met het kind en diens ouders en in samenwerking met andere zorgverleners van het multidisciplinaire team, de behoefte aan spirituele zorg te verkennen, deze in het zorgplan op te nemen en te monitoren.*
- E: *De verpleegkundige verleent op gepaste wijze spirituele zorg aan kinderen.*

Domein 'Kwaliteit en expertise':

- F: *De verpleegkundige verleent spirituele zorg aan kinderen op basis van kennis.*

Op basis van antwoorden uit een schriftelijke vragenlijst, ingevuld door 26,8% van de verpleegkundigen van de afdeling Medium Care van het Amalia Kinderziekenhuis, komt het volgende beeld naar voren:

Binnen het domein 'Bewustzijn en inzet van het zelf' acht een meerderheid van de respondenten zich competent. Een meerderheid van de respondenten is positief over aspecten horend bij competentie A. Voor meer dan 50% is het begrip spiritualiteit duidelijk en de respondenten nemen positie in wat er voor hen wel of niet bij spiritualiteit hoort. Tevens houden vrijwel alle respondenten weinig of geen rekening met hun eigen religie of spiritualiteit wanneer zij spirituele zorg verlenen aan patiënten. Zij nemen de culturele en/of etnische achtergrond van de patiënt en diens ouders wel in acht. Daarbij besteden zij aandacht aan de ontwikkelingsfase waarin het kind zich bevindt bij het verlenen van spirituele zorg.

Een positieve ondersteuning geldt ook voor competentie B. Van de respondenten stelt ruim twee derde zich competent te achten om een relatie aan te gaan waarbinnen vertrouwen centraal staat zodat het kind zich uitgenodigd voelt om eventuele bijzondere ervaringen, levensthema's of emoties met de verpleegkundige te delen.

Binnen het domein 'Spirituele dimensies van verplegen' acht een minderheid van de respondenten zich competent. Een minderheid van de respondenten is positief over aspecten behorend bij de competenties C, D en E. Van de respondenten voelt zich ongeveer een derde competent in *assessment* en in uitvoering met betrekking tot spirituele zorg. Hoewel de respondenten aangeven zich competent te achten op een aantal kind-specifieke aspecten van de relatie, zoals een terloops gesprekje beginnen, en het inzetten van aspecten van lichamelijke, zijn andere zeer kind-specifieke wijzen veel minder bekend. Denk hierbij aan het gebruik van tekeningen, spel of verhaaltjes.

Binnen het domein 'Kwaliteit en expertise' acht een minderheid van de respondenten zich competent. Een minderheid van de respondenten is positief over aspecten behorend bij competentie F. Een derde van de respondenten heeft nauwelijks tot geen kennis over wat spirituele zorg inhoudt en wat voor invloed deze zorg kan hebben op de patiënt. Het is echter mogelijk dat deze kennis impliciet wel aanwezig is. Een aanwijzing daarvoor is te vinden in de antwoorden op vraag 4b waarbij de respondenten aangaven dat zij nauwelijks kennis hadden over aspecten van uitvoering, maar zich wel (enigszins) competent achten op het gebied van deze aspecten. De helft van de respondenten zegt door eigen praktijkervaring aan de aanwezige kennis te zijn gekomen. Een derde zegt deze niet formeel te delen en twee derde niet formeel.

Wanneer professionals werken, kunnen zij dit doen vanuit verschillende waarden. In het onderzoek is gekeken naar de niveaus van normativiteit van Tonja van den Ende in relatie tot spirituele zorg. De kinderverpleegkundigen uit het onderzoek geven aan dat zij vooral bezig zijn met spirituele zorg vanuit niveau 1: omdat zij *zelf als persoon* van mening zijn dat deze zorg nodig is en vanuit niveau 2: omdat zij denken dat *de patiënt* deze zorg nodig vindt. Wanneer de verpleegkundigen redenen opgeven waarom zij in de praktijk niet toekomen aan spirituele zorg, dan is de voornaamste reden tijd(-druk). In mindere mate noemen zij een gebrek aan interesse en aan kennis. Ook de opname-omstandigheden van het kind zijn van invloed. Literatuur geeft aan dat veel kennis vaak onbewust is en tot uiting komt in het

handelen. Dit zou een verschil in competentie-ervaring kunnen verklaren bij verschillende vragen. De verpleegkundigen zien ruimte voor verbetering van de spirituele zorg als onderdeel van verpleegkundige zorg. Dit zien zij voornamelijk vanuit niveau 3: door het maken van afspraken op het niveau van verpleegkundigen om de spirituele zorg meer een integraal onderdeel van de verpleegkundige zorg te maken en door betere opleiding van de verpleegkundigen. Tevens zien de verpleegkundigen ruimte vanuit niveau 4: door verandering van beleid vanuit het Radboudumc dat spirituele zorg integreert in de verpleegkundige zorg.

7.2 Conclusies

De verpleegkundigen van de afdeling Medium Care van het Amalia Kinderziekenhuis achten zich niet in meerderheid competent in de spirituele dimensie van zorg. Bij deze conclusie zijn echter de nodige aantekeningen te maken.

Ten eerste is bovenstaande conclusie zeer algemeen. Wanneer wordt ingezoomd op de onderzoeksresultaten, is te zien dat een groot aantal kinderverpleegkundigen zich wel degelijk competent acht op aspecten van spirituele zorgverlening. Voor een meerderheid is het begrip spiritualiteit duidelijk, bijna 100% houdt enigszins of volledig rekening met de culturele achtergrond van de patiënt en met diens ontwikkelingsfase bij het verlenen van spirituele zorg. Ruim de helft van de respondenten voelt zich competent om de spirituele behoefte bij een patiënt en diens ouders te verkennen, om de zorg aan te passen aan de ontwikkelingsfase van het kind en aan diens wijze van communicatie. Meer dan de helft van de verpleegkundigen voelt zich bekwaam om zelf een gesprekje aan te gaan met een kind over spirituele zaken, weet wanneer er doorverwezen moet worden, gebruikt lichamelijk contact of presentie tijdens de dagelijkse handelingen aan het bed als richtingaanwijzer bij het verkennen of verlenen van spirituele zorg. Dit is een waardevolle conclusie daar er blijkbaar meer competenties verborgen zijn bij de verpleegkundigen dan zij in eerste instantie, bij de algemene vragen, aangeven.

Deze verborgen competenties zouden verband kunnen houden met wat Van den Ende (2011) aanduidt als impliciete kennis. Zij refereert aan Donald Schön die al in het voorwoord van zijn boek *The Reflective Practitioner* (1983) aangeeft dat hij uitgaat van de aanname dat professionals vaak meer weten dan ze (kunnen) zeggen. Schön maakt in zijn boek duidelijk dat professionals tussen belangen, doelen en waarden heen en weer worden geslingerd. Een verpleegkundige staat aan het bed van een patiënt en er wordt een beroep op haar gedaan om

spirituele zorg. Hoe handelt zij? Schön heeft aan dat het handelen meestal niet willekeurig is, maar te maken heeft met *knowing-in-action*:

There are actions, recognitions, and judgements which we know how to carry out spontaneously; we do not have to think about them prior to or during their performance. We are often unaware of having learned to do these things; we simply find ourselves doing them. In some cases, we were once aware of the understandings which were subsequently internalized in our feeling for the stuff of action. In other cases, we may never have been aware of them. In both cases, however, we are usually unable to describe the knowing which our action reveals.

(Schön, 1983, p. 54).

Ook de waarden van waaruit de professional handelt, liggen meestal niet aan de oppervlakte. In dit onderzoek is getracht om er enig licht op te laten schijnen. De verpleegkundigen geven aan dat zij, als zij zich bezig houden met spirituele zorg, dit doen omdat ze het persoonlijk van belang vinden of menen dat de patiënt het waardevol vindt. Verbetering voor de spirituele dimensie van zorg zien zij op het niveau van de verpleegkundige beroepsgroep en op het niveau van de instelling. Er waren veel 'weet niet'-antwoorden op de vragen betreffende normatieve professionalisering.

Het nadenken over wat een verpleegkundige beweegt om zich bezig te houden met een dimensie van zorg die blijkbaar niet vanzelfsprekend bij de identiteit van die verpleegkundige past, behoort echter ook tot te professionaliteit van de zorgverlener. Schön zegt daarover:

When a practitioner reflects in and on his practice, the possible objects of his reflection are as varied as the kinds of phenomena before him and the systems of knowing-in-practice which he brings to them. He may reflect on the tacit norms and appreciations which underlies a judgement, or on the strategies and theories implicit a pattern of behaviour. He may reflect on the feeling for a situation which has led him to adopt a particular course of action, on the way in which he has framed the problem he is trying to solve, or on the role he has constructed for himself within a larger institutional context.

(Schön, 1983, p.62)

Het nadenken over en het bewust bezig zijn met spirituele zorg, zijn geen dagelijkse bezigheden voor verpleegkundigen voor wie de nadruk meer ligt op technisch handelen. Dit onderzoek toont aan dat het echter niet wil zeggen dat zij niet bezig zijn met spirituele zorg of niet weten wat het inhoudt. De conclusie is wel dat zij er niet of nauwelijks aan toekomen, voornamelijk door een gebrek aan tijd. Verpleegkundigen zouden verder kunnen professionaliseren door hun blik te richten op de aspecten van spirituele zorg waar zij in minderheid van aangaven zich er competent op te voelen. Aspecten waar zij zich reeds redelijk competent in voelen, kunnen versterkt worden door met elkaar kennis uit te wisselen. Tevens is het professionaliseren door reflectie op impliciete kennis en onderliggende waarden bij de spirituele dimensie van verpleegkundige zorg een mogelijkheid.

Ten tweede de respons. De respons op het onderzoek was met ruim 26% niet zodanig dat hiermee zeer betrouwbare uitspraken gedaan kunnen worden voor de gehele afdeling. Uit het onderzoek bleek wel dat de afspiegeling van de respondenten met betrekking tot levensbeschouwelijke achtergrond de landelijke afspiegeling benadert. Ook wat betreft geslacht en functie waren er geen grote verschillen tussen de respondenten en de totale populatie op de afdeling. Via herinneringen per mail en persoonlijke verzoeken van de onderzoeker en de teamleiders is getracht de respons te verhogen. Zuidegeest, de Boer, Hendriks en Rademakers (2008) hebben geen significante correlatie gevonden tussen het aantal verzonden herinneringen en een toegenomen respons. Respons is niet afhankelijk van de leeftijd van de respondenten en het aantal vragen in de vragenlijst, maar wel van het aantal mannen in de populatie. Of leeftijd, interesse of andere zaken daarbij een rol spelen, is door hen nog niet onderzocht. Op basis hiervan zou in dit onderzoek een hoge(re) respons mogen worden verwacht daar er slechts vijf mannen op een totale populatie van 142 waren. Hoewel ook verpleegkundigen aan het onderzoek hebben meegedaan die geen interesse hadden in het onderwerp, is niet te zeggen hoe de non-respons de onderzoeksgegevens heeft beïnvloed.

Ten derde de vragen van de opdrachtgever. Voorafgaand aan het onderzoek heeft het hoofd van de DGVP, Wim Smeets, een aantal vragen gesteld als richtingaangever voor het onderzoek. Niet alle vragen zijn meegenomen in de probleemstelling.

- 1) Hebben de aspecten uit de spirituele dimensie in de zorg volgens Fitchett en uit de richtlijn *Spirituele zorg* ook voor de kinderverpleegkundige op de werkvloer te maken met spiritualiteit?

Deze vraag is meegenomen in het onderzoek (in vraag 1 van de vragenlijst). Voor de verpleegkundigen die hebben geparticipeerd in het onderzoek hebben genoemde aspecten te maken met spiritualiteit. Daarbij scoorde ‘zingeving’ het hoogst en ‘leven in gemeenschap of verbanden’ en ‘moed’ het laagst.

2) Achten kinderverpleegkundigen zich competent om spirituele zorg te verlenen?

Deze vraag is meegenomen in het onderzoek en is beantwoord in paragraaf 7.1.

3) Wat is het specifieke van die zorg in de context van het *kinderziekenhuis*?

In het literatuuronderzoek is specifiek rekening gehouden met de context van het kinderziekenhuis. In verschillende thema’s is terug te vinden wat het eigene is van zorg aan zieke kinderen. Voorbeelden van verschillen met de zorg aan volwassen patiënten zijn: de context van het kind (in het gezin), de ontwikkelingsfasen van een kind, de manier waarop een kind spiritualiteit ervaart en uit (tekeningen, muziek, vragen stellen, lichamelijk contact et cetera).

4) Kan het onderzoek leiden tot aanpassing van de richtlijn *Spiritualiteit als verpleegkundig aandachtsgebied* aan de doelgroep van het kinderziekenhuis?

Het onderzoek als zodanig geeft geen directe resultaten waarmee de richtlijn kan worden aangepast.

Een samenvatting van de conclusies is dat de kinderverpleegkundigen van het Amalia Kinderziekenhuis die hebben geparticipeerd in het onderzoek zich in het algemeen minder competent achten in de spirituele dimensie van zorg. Op een heel aantal gebieden zijn zij echter wel (enigszins) competent en tevens bekend met het begrip spiritualiteit. De schijnbare tegenspraak is waarschijnlijk gelegen in het feit dat veel kennis impliciet is en dat professionals handelen naar kennis en waarden die onbewust aanwezig zijn.

Kinderen vragen een andere benadering in spirituele zorg dan volwassenen. Voorbeelden van verschillen zijn de context van het kind (in het gezin), de ontwikkelingsfasen van een kind en de manier waarop een kind spiritualiteit ervaart en uit.

Mogelijkheden tot (verder) professionaliseren voor kinderverpleegkundigen zijn gelegen in het versterken van de aspecten waar reeds bekwaamheid op ervaren wordt, op het vergaren van kennis over de aspecten waar nu in mindere mate van wordt aangegeven dat men er zich competent in acht. Tevens is het een mogelijkheid te reflecteren op de impliciete kennis en onderliggende waarden die de spirituele dimensie van zorg als onderdeel van verpleegkundige zorg met zich meebrengt.

7.3 Aanbevelingen

Uit deze scriptie over de visie van kinderverpleegkundigen op hun competenties met betrekking tot de spirituele dimensie van verpleegkundige zorg is een aantal conclusies te trekken op verschillende niveaus. Aan de hand van de conclusies zijn soms aanbevelingen mogelijk. Achtereenvolgens komen mogelijkheden voor kennisoverdracht en -vermeerdering, consequenties voor richtlijnen en beleid, kansen voor de DGVP en beperkingen van het onderzoek aan bod. Deze aanbevelingen gaan in op het stimuleren van spirituele zorg als onderdeel van verpleegkundige zorg, met als doel verbetering van deze zorg voor het welzijn van de patiënten en de professionalisering van de zorgverleners in het Amalia Kinderziekenhuis.

Mogelijkheden voor kennisoverdracht en -vermeerdering

Uit het onderzoek komt naar voren dat een meerderheid van de verpleegkundigen van de afdeling Medium Care van het Amalia Kinderziekenhuis die de vragenlijst heeft ingevuld, zich niet competent acht op het gebied van het verlenen van spirituele zorg als onderdeel van verpleegkundige zorg. Dit is echter algemeen gesproken. Op verschillende onderdelen van spirituele zorg voelt een heel aantal verpleegkundigen zich wel (enigszins) competent. Verpleegkundigen lijken bij het verlenen van spirituele zorg veelal te leunen op impliciete kennis. In de vragenlijst gaven de verpleegkundigen aan dat zij nog weinig gebruik maken van formele onderlinge kennisoverdracht. Een meerderheid wenst meer kennis op het gebied van spirituele zorg. Een complicerende factor bij het verlenen van spirituele zorg is tijd.

Behalve tijd, vergt het tevens interesse om te gaan staan voor een dimensie van zorg die niet direct tot de identiteit van de verpleegkundige zorgprofessional lijkt te behoren. Ook uit de literatuur blijkt dat sommige verpleegkundigen meer affiniteit hebben met spirituele zorg dan andere en het inzetten van deze verpleegkundigen met affiniteit is cruciaal bij de kennisoverdracht (O'Shea, Wallace, Griffin, & Fitzpatrick, 2011). Een mogelijkheid om de spirituele dimensie van zorg te stimuleren en daarmee de professionaliteit van de verpleegkundigen te vergoten, is via aandachtsvelden. Een aandachtsvelder is in het Radboudumc een (zorg-)professional die tevens een andere taak vervult. Deze taak betreft een aandachtsgebied waar de professional een, vaak persoonlijke, betrokkenheid bij heeft. Zo is er een aandachtsvelder post-operatieve pijn, liturgie, infectieziekten, et cetera. Elke aandachtsvelder brengt het eigen veld onder de aandacht, onderhoudt contacten en zorgt voor kennisoverdracht. Een aanbeveling is om dit te doen via *communities of practice*.

Els Blikendaal (2013) deed promotieonderzoek naar *communities of practice (CoP)*. In kleine groepjes staat de betrokkenheid op een onderwerp centraal, gedeeld door een groep mensen die kennis wil delen en verbeteren. Het leren in een groep heeft als voordeel dat men niet alleen het te bereiken doel in het oog houdt, maar ook gezamenlijk kan reflecteren op vragen die vooraf gaan aan het bereiken van het doel. Het doel van kinderverpleegkundigen is steeds: het leveren van goede zorg aan zieke kinderen. Binnen een CoP is ruimte voor dialoog over wat goede zorg is vanuit een persoonlijke overtuiging, vanuit wat men denkt dat de patiënt nodig heeft en wat men als beroepsgroep zou moeten verlenen. Op deze manier kan het werken met een CoP bijdragen aan de professionalisering van kinderverpleegkundigen.

Verpleegkundigen kunnen zelf thema's aandragen ter bespreking. Voorbeelden van thema's werden geïdentificeerd in een studie naar het effect van een klinische les over spirituele zorg op de mening van kinderverpleegkundigen ten opzichte van het verlenen van spirituele zorg: onduidelijke terminologie rondom het begrip spiritualiteit, het gebruik van een *assessmenttool* en het evalueren van spirituele zorgverleningscasuïstiek specifiek gericht op kinderen en hun ouders (O'Shea, Wallace, Griffin, & Fitzpatrick, 2011). Ook het maken van afspraken op het niveau van de beroepsgroep, zoals aangedragen als oplossingsrichting voor verbetering van de spirituele zorg in vraag 7, kan besproken worden in een CoP.

Een ander thema is minder concreet, maar het zou uiterst waardevol kunnen zijn, zo blijkt uit dit onderzoek. Verpleegkundigen houden zich wel bezig met spirituele zorg, maar zij geven aan er niet altijd (veel) kennis over te hebben. Toch achten zij zich wel competent op een heel aantal deelaspecten van spirituele zorg. De aanname is dat hun professionele handelen voor een gedeelte berust op impliciete kennis. In de conclusie werd reeds verwezen naar Schön (1983) en zijn opvatting over reflectie op het onbewuste handelen. Van Ewijk (2013) heeft het over 'adequaat handelen' wanneer hij bespreekt hoe impliciete kennis inpast in professionaliteit: "Adequaat' is dan niet het getrouw toepassen van formele kennis maar is precies die kunst om op het juiste moment, gebaseerd op kennis, vaardigheden en ervaringen, te begrijpen wat er aan de hand is en daarop in te spelen." (Van Ewijk, 2013, p.24).

De explicitering van wat 'adequaat handelen' inhoudt met betrekking tot spirituele zorg, welke (impliciete) kennis ingezet wordt en welke normen en waarden hierbij spelen, wordt door Jacobs (2008) aangeduid als co-creatie. Samen gaan professionals een dialoog aan

waarbinnen waardenoriëntatie en professionele identiteit een plaats hebben. Het aangaan van de dialoog vereist dat de professional durft te kijken naar de eigen manier van werken, de kennis die eraan ten grondslag ligt en de eigen waarden en normen en het open staan voor wat de ander inbrengt. Behalve affiniteit met het onderwerp spirituele zorg, vraagt dit van de verpleegkundige enige moed en de capaciteit tot reflectie.

Een CoP wordt begeleid door een *facilitator*. De aandachtsvelder past in deze rol. Blikendaal (2013) merkt op dat een valkuil voor de *facilitator* kan zijn dat deze zich vooral op kennisoverdracht richt. De *facilitator* is qua kennis goed onderlegd en dit zou het gezamenlijk delen van ervaringen, waaruit *practice based evidence* kan ontstaan, in de weg kunnen zitten. Van een aandachtsvelder Spirituele Zorg zou dan ook niet alleen moed, enthousiasme en kennis op het terrein van de dimensie van spirituele zorg mogen worden verwacht, maar ook inzicht in groepsprocessen.

Voor de kinderverpleegkundigen van de toekomst, ligt een kans in opleiding. In de opleiding van verpleegkundigen zou meer tijd kunnen worden besteed aan spirituele zorg als onderdeel van verpleegkundige zorg. Hierbij is het van belang om aandacht te geven aan de kind-specifieke aspecten van de zorg, zoals bijvoorbeeld uitingen van spirituele nood via verhalen, vragen, tekeningen en mogelijkheden van het verlenen van zorg via spel, lichamelijk contact en presentie tijdens dagelijkse handelingen aan het bed. Deze aanbeveling geldt de opleiding aan de Zorgacademie van het Radboudumc, waar weliswaar aandacht besteed wordt aan spirituele zorg, maar dit is beperkt tot slechts enkele uren per opleiding.

Richtlijnen en beleid

De opdrachtgever hoopte met het onderzoek de richtlijn *Spiritualiteit als verpleegkundig aandachtsgebied* te kunnen aanpassen. Een conclusie is echter dat het onderzoek geen uitsluitsel geeft over op welke wijze de richtlijn kan worden aangepast aan de specifieke doelgroep van het kinderziekenhuis. Er zijn echter wel aanwijzingen te vinden voor precisering van de richtlijn. Deze aanwijzingen kunnen vooral worden gevonden in de kind-specifieke aspecten van de relatie die zijn geïdentificeerd in de literatuur. Op afdelingen voor volwassenen zullen aspecten als uitingen van spirituele nood via tekeningen, spel, et cetera minder aan bod komen dan in het Amalia Kinderziekenhuis. Het is dan ook een aanbeveling om nader te onderzoeken hoe deze aspecten in de richtlijn kunnen worden opgenomen.

Hierbij wordt door de onderzoeker echter een kanttekening geplaatst. In het onderzoek wordt meerdere malen verwezen naar de richtlijn *Spiritualiteit als verpleegkundige aandachtsgebied* (DGVP, 2008) en de richtlijn *Spirituele zorg* (Leget, Staps, Van de Geer, Mur-Arnoldi, Wulp & Jochemsen, 2010) als basis voor goede zorg in het Radboudumc. Deze richtlijnen zijn geschreven als handvat voor zorgprofessionals bij het verlenen van spirituele zorg. Navraag op de afdeling Medium Care leert dat ze in de praktijk niet gebruikt worden. Er is niet onderzocht waarom, maar in informele gesprekken kwam ‘onbekendheid’ naar voren als factor.

Een vraag die aan de aanpassing van de richtlijn *Spiritualiteit als verpleegkundig aandachtsgebied* voorafgaat, is of deze aansluit bij de realiteit van de verpleegkundige zorg. Onder het kopje ‘mogelijkheden voor kennisoverdracht en -vermeerdering’ werd reeds geopperd te werken met CoP’s. Wanneer een richtlijn niet past bij wat zich afspeelt op de werkvloer en niet gedragen wordt door de professionals die zorg moeten dragen voor de uitvoering van de richtlijn, heeft succesvolle implementatie weinig kans. De onderzoeker stelt niet dat de richtlijn *Spiritualiteit als verpleegkundig aandachtsgebied* niet past, maar enkel dat deze onbekend lijkt te zijn en dat de onderzoeksresultaten erop wijzen dat verpleegkundigen in de praktijk niet toekomen aan spirituele zorg. Nadere bestudering van de richtlijn door betrokkenen, met een open blik, lijkt gewenst.

Naast draagvlak en aansluiting bij de professionals die de richtlijn uitvoeren, is er nog een belangrijke factor. Tonja van den Ende (2011) beschreef in haar theorie conflictmogelijkheden op verschillende niveaus van normativiteit. Wanneer een professional de richtlijn wel ondersteunt uit persoonlijke betrokkenheid, de overtuiging dat de patiënt de zorg nodig heeft en dat de beroepsgroep deze vorm van zorg dient te verlenen, dan blijft er binnen het Radboudumc nog een vierde niveau over. Op de website van het Radboudumc vindt men de kernwaarden die leidend zijn in de visie van de instelling: betrokkenheid (gekenmerkt door vakkundigheid en oprechte aandacht), excelleren en samenwerken in een team om prestaties te halen (uit strategie Radboudumc 2014). Persoonsgerichte zorg is één van de speerpunten in het beleid en daarin wil men zich afstemmen op de genetica, fysiologie, de psyche en de sociale omgeving van de patiënt.

Deze visie lijkt het biopsychosociale model weer te geven dat bekendheid kreeg door Engel (1977) en een uitbreiding is van het in de gezondheidszorg gangbare biomedische model. In dat laatste model staat de biologische dimensie centraal bij de patiënt. In het biopsychosociale model is er, naast de biologische dimensie, ook aandacht voor de psychologische en sociale dimensies binnen een mens. De dimensies beïnvloeden elkaar en hebben alle drie invloed op de ziekte. De visie van het Radboudumc lijkt echter minder ruimte te laten voor een vierde dimensie, die van de spiritualiteit. Sulmasy voegde die toe in het zogenaamde biopsychosociaal-spirituele model daar hij een metafysische fundering voor de patiënt als persoon miste (Sulmasy, 2002).

Er is in de kernwaarden van het Radboudumc weliswaar ruimte voor spiritualiteit door de nadruk op persoonsgerichte zorg, maar deze dimensie van zorg wordt niet met name genoemd. De genetica, fysiologie, de psyche en de sociale omgeving wel en dit leidt tot de voorzichtige aanname dat het Radboudumc op beleidsniveau het biopsychosociaal-spirituele model (nog) niet heeft omarmd. Het verdient aanbeveling om te onderzoeken of dit wenselijk zou zijn. Wanneer er ‘van bovenaf’ geen of geen duidelijke visie bestaat waarbij spiritualiteit een vaste waarde is, zal het moeilijker worden om het benodigde draagvlak te creëren op de werkvloer. Initiatieven blijven zo afhankelijk van bij het onderwerp betrokken individuele zorgprofessionals. De aanbeveling is dan ook om zowel op het niveau van de werkvloer als op het niveau van de bovenliggende managementlagen tot en met de directie, na te denken over de rol van spiritualiteit in de zorg en hier een duidelijke visie over te formuleren opdat die een uitwerking kan krijgen in de praktijk.

Kansen voor de Dienst Geestelijke Verzorging en Pastoraat

Een conclusie uit het onderzoek luidde dat er mogelijkheden waren voor de kinderverpleegkundigen om verder te professionaliseren op het gebied van spirituele zorg. Vorige aanbevelingen gingen in op het gebruik maken van betrokken verpleegkundigen op de werkvloer om spirituele zorg als onderdeel van verpleegkundige zorg te stimuleren en zo professionaliteit te vergroten. Dit kan bijvoorbeeld via een aandachtsvelder Spirituele Zorg. Ook kan er een CoP gecreëerd worden, begeleid door een *facilitator*, een mogelijke dubbelrol van de aandachtsvelder.

Een verdere professionalisering van de verpleegkundige, brengt ook een verdere professionalisering van de geestelijk verzorger met zich mee. De rol van de geestelijk verzorger is, zeker in het Amalia Kinderziekenhuis, vooral die van gesprekspartner van ouders. In het licht van boven geschetste aanbevelingen zou de rol van de geestelijk verzorger zich kunnen ontwikkelen naar die van coach en docent, naast die van gesprekspartner.

Als coach zou de geestelijk verzorger de aandachtsvelder bij kunnen staan. De aandachtsvelder is betrokken bij het onderwerp spirituele zorg, maar geen expert. De geestelijk verzorger is dat wel. Daarin kunnen beide professionals elkaar vinden. Het mes kan aan twee kanten snijden, daar de aandachtsvelder vanuit haar verpleegkundige expertise en voeling met de collega's op de afdeling, weet wat er speelt en kan zorgen voor adequate doorverwijzingen in geval van spirituele nood.

Er vindt reeds een pilot plaats om via een coachende rol van de geestelijk verzorger de impliciete kennis naar boven te halen en spirituele zorg te integreren op een verpleegafdeling. Op de afdeling Medische Oncologie is, op instigatie van leden van het consultteam Palliatieve Zorg, een proef begonnen. De geestelijk verzorger coacht de verpleegkundigen bij het afnemen van de anamnese waaraan drie vragen uit de landelijke richtlijn *Spirituele zorg* zijn toegevoegd:

- Wat houdt u in het bijzonder bezig op dit moment?
 - Waar had u steun aan in eerdere moeilijke situaties? (Familie? Levensbeschouwing? Muziek?)
 - Wie zou u graag bij u willen hebben? Door wie zou u gesteund kunnen worden?
- (Leget, Staps, Van de Geer, Mur-Arnoldi, Wulp & Jochemsen, 2010, p. 13).

Pas wanneer de antwoorden van de patiënten de competenties van de verpleegkundigen om het gesprek aan te gaan of te vervolgen overstijgen, verwijst de verpleegkundige door naar de geestelijk verzorger. De eerste resultaten, zowel wat betreft patiënten als zorgverleners, zijn positief.

De tweede mogelijkheid tot verdere professionalisering voor de geestelijk verzorger is via onderwijs. Onderwijs kan een bijdrage leveren aan de competenties op het gebied van kennis met betrekking tot spirituele zorg. Enkele geestelijk verzorgers van de DGVP geven reeds les

aan verpleegkundigen via de Zorgacademie, maar er is weinig ruimte in het curriculum. UvH-alumna Vicky Hölsgens schreef in een beleidsstuk met betrekking tot onderwijs dat het idee om via sleutelverpleegkundigen in te zetten op de afdelingen nog het meest vruchtbaar leek (Hölsgens, 2014, p.8). Op dit moment hebben slechts enkele geestelijk verzorgers een onderwijsbevoegdheid en is onderwijsmateriaal schaars. Er is inzet en ontwikkeling nodig van onderwijs, het liefst in de vorm van casuïstiek, om aan te sluiten bij de verpleegkundigen en dit kost tijd en geld.

Het (verder) professionaliseren van de geestelijk verzorger naar een coachende en lesgevende rol (naast de zorgverlenende rol) zou echter wel een waardevolle bijdrage kunnen leveren aan de verbetering van zorg. Hierdoor wordt de professionalisering van de verpleegkundigen op het gebied van spirituele zorgverlening ondersteund. Het is een aanbeveling om binnen de DGVP te onderzoeken of er ruimte is, zowel op personeel als financieel gebied, om deze verschuiving dan wel uitbreiding van taken op te nemen.

Beperkingen van het onderzoek

Een conclusie is dat de respons bij het invullen van de vragenlijsten relatief niet heel hoog was. De onderzoekspopulatie bestond uit 142 verpleegkundigen waarvan 38 verpleegkundigen binnen een tijdsperiode van bijna zeven weken een vragenlijst hebben ingevuld. Redenen voor non-respons waren onder andere drukte, gebrek aan interesse en een niet-sluitende logistiek. Wanneer het onderzoek onder de andere zorgverleners van de afdeling Medium Care zou worden uitgevoerd is het een aanbeveling voor een hogere respons om de vragenlijst mondeling af te nemen (Zuidgeest, de Boer, Hendriks & Rademakers, 2008).

Een tweede beperking ten aanzien van het onderzoek is de operationalisering van de competenties in een vragenlijst. In paragraaf 5.1 is reeds vermeld waarom de onderzoeker hiervoor heeft gekozen en op welke wijze dit is gebeurd. Dit heeft te maken met het feit dat een (theoretisch) literatuuronderzoek werd omgezet naar onderzoek in de praktijk. Bij het analyseren van de antwoorden op de vragen uit de vragenlijst werd duidelijk dat deze wellicht niet geheel de lading van de competenties dekten op de manier waarop de onderzoeker dat vooraf had bedoeld. Zo gaf bijvoorbeeld het verschil tussen kennis en praktijk van uitvoering bij vraag vier (bedoeld voor de competenties C en E) onvoorzien inzicht in competentie F (kennis). Wanneer er meer tijd ter beschikking zou zijn, zou de onderzoeker teruggaan naar de

competentielijst om te zien of de competenties en de bijbehorende specificaties (taalkundig) inhoudelijk goed opgesteld zijn en er geen overlap plaatsvindt. Daarna kan opnieuw bekeken worden of elke vraag meet wat de onderzoeker denkt te meten. Dit blijft een lastig punt, daar er geen gestandaardiseerde lijst is om deze gebruikte lijst tegen af te zetten. Het is een aanbeveling om deze herziening van de competenties alsnog te laten plaatsvinden wanneer het onderzoek wordt uitgebreid naar andere afdelingen binnen het (kinder-)ziekenhuis of naar andere zorgdisciplines (zie volgende opmerking).

Een laatste opmerking betreft de onderzoekspopulatie. De onderzoeksopdracht vanuit de DGVP betrof de zorgverleners van het Amalia Kinderziekenhuis. In een zeer vroeg stadium waren zowel artsen als verpleegkundigen geïncludeerd in de onderzoekspopulatie. Op basis van tijd en bereikbaarheid is er voor gekozen om alleen de spirituele zorgverlening door kinderverpleegkundigen te onderzoeken. Het verdient zeer de aanbeveling om ook spiritualiteit bij en spirituele zorgverlening door de andere zorgprofessionals van het Amalia Kinderziekenhuis te onderzoeken. Artsen, pedagogisch medewerkers, maatschappelijk werkers, et cetera: zij vormen samen met de verpleegkundigen een team dat elke dag met hart en ziel zorgt voor de meest kwetsbare patiënten van het Radboudumc. Het heeft zin om ook hun visie met betrekking tot spirituele zorgverlening te onderzoeken. Er is reeds onderzoek verricht op dit gebied, zij het niet veel. Zo heeft Annemieke Kuin bijvoorbeeld een eerste aanzet gegeven, met competenties in de palliatieve zorg (Kuin, 2009). Spirituele zorg is niet alleen iets van de verpleegkundigen, niet alleen van de geestelijk verzorger, maar van alle zorgverleners. Het samenwerken in een multidisciplinair team is niet voor niets opgenomen in de competenties in dit onderzoek. Het verdient aanbeveling om te onderzoeken of er binnen het Amalia Kinderziekenhuis ruimte is voor verder onderzoek naar de spirituele dimensie van zorg.

DANKWOORD

Het schrijven van deze scriptie is het slotstuk van een periode van anderhalf jaar in het Amalia Kinderziekenhuis. Een groot aantal mensen heeft aan het onderzoeksproces en het schrijven van de scriptie een bijdrage geleverd. Ik kan niet iedereen persoonlijk noemen, maar wil een aantal mensen met name bedanken.

Arjan Braam, voor zijn kundige begeleiding, tijd, humor en geduld. Gaby Jacobs voor het delen van haar inzicht en wijsheid. Wim Smeets en Richart Huijzer voor de mooie opdracht die zij me hebben gegeven in het vertrouwen dat ik hem tot een goed einde zou brengen.

Dank aan de afdeling Medium Care: Margriet van Buuren, Wiljan Hendriks, de teamleiders en aan de verpleegkundigen die de tijd hebben genomen om ondanks hun drukke werkzaamheden mijn vragenlijst in te vullen. Linda Verheij, dank je wel voor het lezen en herlezen van de scriptie op tikfouten. Een laatste woord van dank betreft de morele ondersteuning door mijn ouders, mijn vrienden en de collega's van de DGVP. Soms was jullie spirituele zorg zo nodig en altijd welkom!

Sabine Crooijmans

LITERATUUR

- Bliekendaal, E. (2013). Faciliteren van communities of practice, kunst of kunde? In H. van Ewijk & H. Kunneman (Red.), *Praktijken van normatieve professionalisering* (pp. 117-144). Amsterdam, Nederland: Uitgeverij SWP.
- Boyatzis, C.J. (2013). The nature and functions of religion and spirituality in children. In K.I. Pargament, J.J. Exline & J.W. Jones (Eds.), *APA handbook of psychology, religion, and spirituality (Vol 1): Context, theory, and research* (pp. 497-512). Washington, DC: American Psychological Association.
- Calabrese, C.L. (2007). ACT-for pediatric palliative care. *Pediatric Nursing*, 33(6), 532-534.
- Davis, L. A. (2006). Hospitalized patients' expectations of spiritual care from nurses. In S.D. Ambrose (Ed.), *Religion and psychology: new research* (pp. 1-38). Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
- Dienst Geestelijke Verzorging en Pastoraat (2008). *Spiritualiteit. Richtlijn 'Spiritualiteit als verpleegkundig aandachtsgebied'*. Geraadpleegd op website Radboudumc: https://www.radboudumc.nl/Research/Organisationofresearch/Departments/SpiritualandPastoralCare/Documents/richtlijn_spiritualiteit.pdf .
- Ende van den, T. (2011). *Waarden aan het werk. Over kantelmomenten en normatieve complexiteit in het werk van professionals*. Amsterdam, Nederland: Uitgeverij SWP.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Ewijk van, H. (2013). Conceptuele inleiding: ontvouwing van normatieve professionalisering. In H. van Ewijk & H. Kunneman (Red.), *Praktijken van normatieve professionalisering* (pp. 19-71). Amsterdam, Nederland: Uitgeverij SWP.
- Fitchett, G. (2002). *Assessing spiritual needs. A guide for caregivers*. Lima, OH: CSS Publishing Company.

- Fowler, J. (1981). *Stages of faith. The psychology of human development and the quest for meaning*. San Fransisco, CA: Harper & Row Publishers.
- Gamondi, C., Larkin, P. & Payne, S. (2013). Core competencies in palliative care: An EAPC White Paper on palliative care education- part 1. *European journal of palliative care*, 20(2), 86-91.
- Heilferty, C.M. (2004). Spiritual development and the dying child: the pediatric nurse practitioner's role. *Journal of Pediatric Health Care*, 18(6), 271-275.
- Himmelstein, B., Hilden, J., Morstad Boldt, A. & Weissman, D. (2004). Pediatric palliative care. *The New England Journal of Medicine*, 350;17, 1752-1762.
- Hölsgens, V.M.H. (2014). Eindrapport beleidsvoorbereiding onderwijs. Nijmegen, Nederland: Radboudumc.
- Hufton, E. (2006). Parting gifts: the spiritual needs of children. *Journal Child Health Care*, 10(3), 240-250.
- Jacobs, G. (2008). De professional in de knel? Het debat en de zoektocht naar een nieuwe professional. In G. Jacobs, R. Meij, H, Tenwolde & Y. Zomer (Red.), *Goed werk. Verkenningen van normatieve professionalisering* (pp. 36-50). Amsterdam, Nederland: Uitgeverij SWP.
- Kuin, A. Competenties voor het bieden van spirituele zorg aan patiënten in de palliatieve fase en hun naasten. Een eerste inventarisatie en aanzet tot discussie. Geraadpleegd op website Agora:
http://www.agora.nl/portals/31/agora%20publicaties/2009_maart_Rapport_Competenties_spirituele_zorg.pdf.
- Kenny, G., & Ashley, M. (2005). Children's student nurses' knowledge of spirituality and its implications for educational practice. *Journal of Child Health Care*, 9(3), 174-185.

- Kronjee, G. & Lampert, M. (2006). Leefstijlen in zingeving. In W.B.H.J van de Donk, A.P. Jonkers, G.J. Kronjee & R.J.J.M. Plum (Red.), *Geloven in het publieke domein. Verkenningen van een dubbele transformatie* (pp.171-195). Amsterdam: Amsterdam University Press. Geraadpleegd op website Wetenschappelijk Raad voor Regeringsbeleid: http://www.wrr.nl/fileadmin/nl/publicaties/PDF-verkenningen/Geloven_in_het_publieke_domein.pdf.
- Leget, C., Staps, T., Geer van de, J., Mur-Arnoldi, C., Wulp, M. & Jochemsen, H. (2010). *Richtlijn Spirituele zorg*. Geraadpleegd op website Integraal Kankercentrum Nederland: www.pallialine.nl/spirituele-zorg.
- Leeuwen van, R & Cusveller, B. (2004). Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Advanced Nursing*, 48(3), 234-246.
- Macauley, R. & Hylton Rushton, C. (2012). Spirituality and meaning for children, families and clinicians. In A. Goldman, R. Hain, S. & Liben, S. (Eds.), *Oxford textbook of palliative care for children* (pp. 130-141). Oxford, England: Oxford University Press.
- Mamier, I. (2009). *Nurses' spiritual care practices: Assessment type, frequency, and correlates*. (Doctoral dissertation, Loma Linda University, Loma Linda, CA).
- McEvoy, M. (2003). Culture & spirituality as an integrated concept in pediatric care. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 28(1), 39-43.
- McSherry, M., Kehoe, K., Carroll, J. M., Kang, T. I., & Rourke, M. T. (2007). Psychosocial and spiritual needs of children living with a life-limiting illness. *Pediatric Clinics of North America*, 54(5), 609-629, ix-x.
- McSherry, W., Gretton, M., Draper, P., & Watson, R. (2008). The ethical basis of teaching spirituality and spiritual care: a survey of student nurses perceptions. *Nurse Education Today*, 28(8), 1002-1008.

- McSherry, W., & Smith, J. (2007). How do children express their spiritual needs? *Paediatric Nursing*, 19(3), 17-20.
- Mueller, C.R. (2010). Spirituality in children: understanding and developing interventions. *Pediatric Nursing*, 36(4), 197-203, 208.
- Neuman, M. E. (2011). Addressing children's beliefs through Fowler's stages of faith. *Journal of Pediatric Nursing*, 26(1), 44-50.
- O'Shea, E. R., Wallace, M., Griffin, M. Q., & Fitzpatrick, J. J. (2011). The effect of an educational session on pediatric nurses' perspectives toward providing spiritual care. *Journal of Pediatric Nursing*, 26(1), 34-43.
- Roehlkepartain, E., Benson, P., Ebstyn King, P., Wagener, L. (2005). Spiritual development in childhood and adolescence: Moving to the scientific mainstream. In E. Roehlkepartain, P. Benson, P. Ebstyn King & L. Wagener (Eds.), *Handbook of spiritual development in childhood and adolescence* (pp. 1-15). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Sartori, P. (2010). Spirituality 1: Should spiritual and religious beliefs be part of patient care? *Nursing Times*, 106(28), 14-17.
- Schmeets, H. (2014). Bevolkingstrends 2014. De religieuze kaart van Nederland, 2010-2013. Geraadpleegd op de website van het Centraal Bureau voor de Statistiek: <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/20EC6E0B-B87A-4CFE-818B-579FB779009F/0/20140209b15art.pdf>.
- Schön, D. (1983). *The reflective practitioner. How professionals think in action*. New York, NY: Basic Books.
- Sessanna, L., Finnell, D.S., Underhill, M., Chang, Y. P. & Peng, H. L. (2011). Measures assessing spirituality as more than religiosity: a methodological review of nursing and health-related literature. *Journal of Advanced Nursing*, 67(8), 1677-1694.

Shelton, S. F., & Mabe, P. A. (2006). Spiritual coping among chronically ill children. In S.D. Ambose (Ed.), *Religion and psychology: new research* (pp. 53-71). Hauppauge NY: Nova Science Publishers.

Stern, J., & James, S. (2006). Every person matters: Enabling spirituality education for nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 15(7), 897-904.

Sulmasy, D.P (2002). A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *The Gerontologist*, vol 42, special issue III, 24-33.

Zuidgeest, M., Boer, D. de, Hendriks, M. & Rademakers, J. (2008). Verschillende dataverzamelmethode in CQI onderzoek: een overzicht van de respons en representativiteit van respondenten. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 86(8), 455-462.

Bijlagen

⁴Onderzoek spirituele zorg als onderdeel van verpleegkundige zorg

Beste collega,

Per mail was al aangekondigd: er volgt een onderzoek naar spirituele zorg. Spirituele zorg kan als een zweverig begrip overkomen, maar eigenlijk zijn we er elke dag allemaal mee bezig. Het heeft te maken met zingeving, met angst bij kinderen en bij ouders, met de beleving van hoe een ziekte het leven gaat beïnvloeden. Ik denk dat ieder van jullie zich wel een gesprek met ouders voor de geest kan halen over hun kind dat net een slechte diagnose heeft gehad. Of misschien heb je wel eens een vraag van een kind gekregen wat dood nou eigenlijk is. Of misschien heb je wel eens een kind een aai over de bol gegeven wanneer de tranen stroomden. Waren al je interventies *evidence based*? Had je er goed over nagedacht en paste je bewust kennis toe? Of is deze zorg eigenlijk iets wat als het ware vanzelf gaat en een onderdeel van de totale zorg die je biedt?

Deze vragenlijst gaat over iets wat denk ik heel gewoon is, maar tegelijk heel bijzonder. Ik noem het spirituele zorg als onderdeel van verpleegkundige zorg.

Er volgt een aantal achtergrondvragen en vervolgens volgen zeven vragen naar deze spirituele zorg door verpleegkundigen. Zou je deze vragen en de bijbehorende teksten willen lezen, invullen en vervolgens willen inleveren in de daarvoor bestemde doos op de verpleegpost van je afdeling? Het invullen kost je ongeveer tien minuten. Uiterlijk donderdag 8 januari 2015 hoop ik alle vragenlijsten weer ingevuld retour te hebben. Bij voorbaat mijn dank voor je medewerking.

Hele fijne feestdagen gewenst en ook alle goeds voor het nieuwe jaar!

Sabine Crooijmans

Geestelijk verzorger Q2 Strand en Zee



⁴ Bijlage 1 Vragenlijst voor de verpleegkundigen

Achtergrondgegevens

1) Wat is je geslacht?

vrouw man

2) Hoe oud ben je? _____ jaar

3) Wat is je functie in het kinderziekenhuis?

(kinder-)verpleegkundige

verpleegkundig specialist

teamleider

anders, nl. _____

4) Hoeveel jaar werk je in de verpleging voor kinderen en jeugdigen?

_____ jaar

5) Hoeveel jaar werkervaring heb je in de verpleging totaal?

_____ jaar

6) Hoe zou je je eigen levensbeschouwelijke achtergrond noemen?

katholiek

protestant (specificatie indien gewenst _____)

islamitisch

joods

boeddhistisch

hindoeïstisch

humanistisch

atheïstisch

ik geloof wel dat er iets is, maar dat is niet vastgelegd in een bepaalde levensbeschouwing

niets/geen

anders, namelijk _____

7) Speelt deze levensbeschouwelijke achtergrond een belangrijke rol in je leven?

Omcirkel het cijfer dat voor jou het meest van toepassing is.

(1= niet belangrijk, 5 = zeer belangrijk)

1 2 3 4 5

Vraag 1 : Het begrip spiritualiteit.

a) Voor mij is het duidelijk wat het begrip spiritualiteit inhoudt.

(1= niet duidelijk, 5 = volledig duidelijk)

1 2 3 4 5

b) Spiritualiteit heeft voor mij te maken met:

Zet een kruisje in het vakje dat voor jou het meest van toepassing is	ja	enigszins	nee	weet niet
zingeving				
geloof				
verantwoordelijkheden in het leven dragen				
een roeping of een doel in het leven hebben				
ervaringen				
emoties				
moed				
groei				
rituelen en gebruiken				
leven in gemeenschap of verbanden				
raadgeven aan en –zoeken bij/in mensen of (heilige) teksten				
verbondenheid met de natuur				
muziek				
mediteren				

Heeft het begrip spiritualiteit voor jou ook nog te maken met andere zaken? (zo ja, welke?)

Vraag 2: Het verlenen van spirituele zorg

Onder het verlenen van spirituele zorg, verstaan we:

Assessment:

- Het verkennen (“uitvragen”) van de behoeften van patiënten en hun ouders op dit gebied (bijvoorbeeld geloofsovertuiging, rituelen die mensen gewoon zijn).
- Het integreren van de spirituele zorgbehoefte in het verpleegplan.
- Het evalueren van de zorg in samenwerking met de andere zorgverleners van het multidisciplinair team.
- Het noteren van de zorgbehoefte, het zorgplan en de evaluatie in EPIC.

Uitvoering:

- Het verlenen van spirituele zorg door de verpleegkundige (hiertoe behoort ook het doorverwijzen naar andere zorgverleners zoals bijvoorbeeld de geestelijk verzorger).

Bij het verlenen van spirituele zorg aan kinderen en hun ouders houd ik rekening met:

	ja	enigszins	nee	weet niet
mijn eigen mening over spiritualiteit				
mijn eigen mening over religie				
de culturele en/of etnische achtergrond van het kind/de ouders.				
de ontwikkelingsfase waarin het kind verkeert.				

Vraag 3: Over assessment.

Vraag 3a: Ik acht mij competent om een assessment op het gebied van spirituele zorg uit te voeren

(1= niet competent, 5 = volledig competent)

1 2 3 4 5

Vraag 3b: Bij het afnemen van een assessment op het gebied van spirituele zorg, acht ik mij competent om:

	ja	enigszins	nee	weet niet
de behoefte op het gebied van spiritualiteit van de patiënt en diens ouders te verkennen. Ik kan in een gesprek bijvoorbeeld de spirituele en/of religieuze achtergrond van de patiënt en diens ouders achterhalen, eventuele rituelen, gemeenschappen waar de patiënt deel van uitmaakt, etc.				
de verkenning van spiritualiteit in het verpleegplanplan te integreren.				
te evalueren of de spirituele dimensie in de zorg voldoende aan bod komt bij de patiënt.				
samen te werken met andere leden van het multidisciplinair team op het gebied van de spirituele dimensie.				
verslag te doen in EPIC over de spirituele dimensie.				
Kom je in de praktijk toe aan het afnemen van een assessment op het gebied van spirituele zorg?				

Kun je bij deze vraag toelichten welke factoren volgens jou van invloed zijn op de competentie en de praktijk?

(voor de definitie van assessment: zie bladzijde 3)

Vraag 4: Over uitvoering.

Vraag 4a: Ik acht mij competent om spirituele zorg aan kinderen te verlenen.

(1= niet competent, 5 = volledig competent)

1 2 3 4 5

Vraag 4b: Bij het verlenen van spirituele zorg, acht ik mij competent om:

	ja	enigszins	nee	weet niet
de zorg aan te passen aan de verschillende ontwikkelingsfasen die kinderen van 0 t/m 18 jaar doorlopen.				
Ik heb daarbij kennis van ontwikkelingsfasen die specifiek op het gebied van spirituele ontwikkeling zijn.				
de zorg aan te passen aan de verschillende wijzen van communiceren die eigen is aan kinderen van 0 t/m 18 jaar.				
Ik heb daarbij kennis van manieren van communiceren die specifiek is voor spiritualiteit bij kinderen.				
de zorg aan te passen aan de spirituele behoefte van ieder kind.				
Ik heb daarbij kennis van hoe spiritualiteit van invloed is bij kinderen in relatie tot ziekte en verlies.				
de zorg aan te passen aan de context waarbinnen het kind zich bevindt (denk aan het gezin, de ziekenhuiskamer, etc.)				
Kom je in de praktijk toe aan de uitvoering van spirituele zorg?				

Kun je bij deze vraag toelichten welke factoren volgens jou van invloed zijn op de competentie en de praktijk?

(voor de definitie van uitvoering: zie bladzijde 3)

Vraag 5: Kindspecifieke eigenschappen van spirituele zorg

Bij kinderen die ernstig ziek zijn, kunnen emoties en bijzondere ervaringen zich voordoen en levensthema's opkomen, net als bij volwassenen. Deze thema's kunnen te maken hebben met de oneerlijkheid van het leven, de zin van het lijden, angst voor pijn, leven met ziekte of handicap, onzekerheid van wat komen gaat, zich afvragen of er na dit leven nog iets is. Hele kleine kinderen hebben te maken met andere thema's dan adolescenten en zij hebben ook andere manieren van zich uiten. Kinderen uiten zich vaak tegenover degene die ze het meest vertrouwen en dat kan de verpleegkundige zijn die ze alle dagen aan hun bed zien. Hoe ga jij daar als verpleegkundige mee om?

Vraag 5a: Indien leeftijd en gezondheidstoestand van het kind het toestaan, kom ik op de volgende manier toe aan spirituele zorg:

Over levensthema's, emoties, angst, etcetera...	ja	enigszins	nee	weet niet
begin ik een gesprekje met het kind.				
beantwoord ik alle vragen die een kind heeft.				
verwijs ik door, maar ik ga zelf niet in gesprek.				
ga ik in gesprek, maar verwijs ik door wanneer ik denk dat dat nodig is.				
gebruik ik tekeningen van het kind als aanwijzing/aanleiding voor verkenning of zorgverlening.				
gebruik ik (voorlees-)verhaaltjes als aanwijzing/aanleiding voor verkenning of zorgverlening.				
gebruik ik spel met het kind als aanwijzing/aanleiding voor verkenning of zorgverlening.				
gebruik ik bijv. een hand vasthouden of een aai als aanwijzing/aanleiding voor verkenning of zorgverlening.				
gebruik ik handelingen aan het bed (aansluiten infuus, wassen, toedienen medicijnen) als aanwijzing/aanleiding voor verkenning of zorgverlening.				

Vraag 5b: Ik acht mij competent om een relatie aan te gaan met het kind (en diens ouders) waarbinnen vertrouwen centraal staat, zodat het kind zich uitgenodigd voelt eventuele bijzondere ervaringen, levensthema's of emoties met me te delen.

(1= niet competent, 5 = volledig competent)

1 2 3 4 5

Vraag 6: kennis over spirituele zorg.

Vraag 6a: Ik heb kennis over wat spirituele zorg inhoudt en over wat het kan betekenen voor kinderen op mijn afdeling.

(1= nauwelijks kennis, 5 = zeer veel kennis)

1 2 3 4 5

Vraag 6 b:

	ja	enigszins	nee	weet niet
Mijn kennis over spirituele zorg ontleen ik voor het merendeel aan mijn opleiding.				
Mijn kennis over spirituele zorg is voor het merendeel opgedaan door van collega's in de praktijk te leren.				
Mijn kennis over spirituele zorg ontleen ik voor het merendeel aan mijn eigen praktijkervaring.				
Ik deel mijn kennis over spirituele zorg door er wel eens <i>informeel</i> over te spreken met collega's.				
Ik deel mijn kennis over spirituele zorg door er wel eens <i>formeel</i> over te spreken met collega's.				
Ik zou graag meer kennis hebben over wat spirituele zorg inhoudt en wat de invloed ervan is op mijn patiënten.				

Vraag 7: normatieve professionalisering

Wellicht had je voor deze vragenlijst nog nooit zo over spirituele zorg nagedacht. Maar elke verpleegkundige herinnert zich kinderen waarbij je hebt geluisterd, getroost en misschien ook wel moeilijke gesprekken hebt gevoerd. Dat zal je niet direct onder spirituele zorg scharen, maar strikt medisch was het nu ook weer niet. En ook niet *evidence based*. Wat brengt je ertoe om je af en toe toch bezig te houden met spirituele zorg?

Vraag 7a: Wanneer je bezig bent met de assessment en/of de uitvoering van spirituele zorg op je afdeling, doe je dit dan omdat je:

	ja	nee	weet niet
zelf als persoon vindt dat deze zorg nodig is?			
denkt dat de patiënt deze zorg nodig vindt?			
als onderdeel van de verpleegkundige beroepsgroep deze vorm van zorg aan behoort te bieden?			
als medewerker van het Radboudumc deze vorm van zorg aan behoort te bieden?			
in de maatschappij tegenwoordig niet meer om deze vorm van zorg heen kan?			

Vraag 7b: Zie jij ruimte voor verbetering van de spirituele zorg aan kinderen, als onderdeel van de verpleegkundige zorg die in het Radboudumc geboden wordt?

	ja	nee (want dit is al goed)	nee (dit is niet mogelijk)	weet niet
Ik zou mijn persoonlijke spiritualiteit meer in kunnen leren zetten in de zorg.				
Er zou meer uit de patiënten gehaald kunnen worden om dat vervolgens voor hun eigen welzijn in te zetten.				
De verpleegkundige beroepsgroep kan beter opgeleid worden.				
Verpleegkundigen kunnen afspreken dat spirituele zorg een integraal onderdeel van de verpleegkundige zorg wordt.				
Het Radboudumc kan beleid maken om spirituele zorg meer te integreren in de verpleegkundige zorg.				
De regering en verzekeraars kunnen geld vrijmaken om spirituele zorg in het ziekenhuis te verbeteren.				

Anders of opmerkingen:

Dit was de laatste vraag. Zou je de vragenlijst willen deponeren in de daarvoor bestemde doos op de verpleegpost? Ik zal je de resultaten van het onderzoek laten weten, zodra ze bekend zijn. Nogmaals dank voor alle medewerking en met vriendelijke groet, Sabine Crooijmans

⁵Verzameling van de antwoorden, gegeven bij vraag 1: Het begrip spiritualiteit.

Nadat de respondenten hadden aangegeven in welke mate voor hen het begrip spiritualiteit duidelijk was, konden zij aangeven of aspecten uit de theorie van George Fitchett en uit de richtlijn *Spirituele Zorg* voor hen bij het begrip spiritualiteit hoorden. Vervolgens werd de vraag gesteld: Heeft het begrip spiritualiteit voor jou ook nog te maken met andere zaken? (zo ja, welke?).

De antwoorden op deze vraag zijn letterlijk overgenomen van de respondenten en staan hieronder weergegeven. De cijfers voor elke uitspraak corresponderen met het nummer dat is toegekend aan elke respondent bij invoering van de vragenlijsten in SPSS.

- 1 Openstaan voor onbekende kanten van iets.
- 2 Vooral met het zoeken naar wie je bent wat je wil en dit ook in anderen zoeken/ hierbij helpen.
- 3 Spiritualiteit betekent volgens mij alles waar patiënten steun en inspiratie uit verkrijgen.
- 7 Eigenlijk zit het in alles een beetje!! Hoe klein en groot iets ook is.
- 8 Ervaring opgedaan met reizen.
- 11 Nee.
- 18 Inlevingsvermogen.
- 27 Nee, alle bovengenoemde punten zijn beschreven.
- 28 Spiritualiteit (extra?) gevoelig?
- 29 Rust in jezelf, volwaardig leven leiden, "ertoe doen", dienstbaar kunnen zijn aan een ander, kunnen ontvangen.
- 30 In mijn beleving is het ook heel persoonlijk en kan je spiritualiteit op verschillende "niveaus" beleven. De een vindt het in de kerk de ander in zijn achtertuin.
- 36 Mindfulness.

⁵ Bijlage 2: verzameling van de antwoorden op de open vragen

Verzameling van de antwoorden, gegeven bij vraag 3: Over assessment.

Nadat de respondenten hadden aangegeven in welke mate zij zich competent achtten op het gebied van assessment, konden zij aangeven op aspecten van assessment zij zich competent achtten. Vervolgens werd de vraag gesteld: Kun je bij deze vraag toelichten welke factoren volgens jou van invloed zijn op de competentie en de praktijk? (bijvoorbeeld tijd, opleiding, interesse).

De antwoorden op deze vraag zijn letterlijk overgenomen van de respondenten en staan hieronder weergegeven. De cijfers voor elke uitspraak corresponderen met het nummer dat is toegekend aan elke respondent bij invoering van de vragenlijsten in SPSS.

- 1 Dit is nog nooit aan bod geweest. Ik heb er wel ideeën over, maar we doen dit nooit. Misschien een klinische les hierover?
- 2 Interesse en opnameduur van het kind.
- 3 Ik vergeet soms te vragen naar spiritualiteit wanneer ik geen factoren zie zoals hoofddoek of geluksbeeldjes e.d.
- 4 Tijd, andere prioriteiten stellen. Zelf niet dagelijks bezig met spiritualiteit.
- 6 Tijd waarop opname plaatsvind, situatie waarin opname plaatsvind.
- 7 Behoeft van kind en ouders staan centraal, echter dagelijkse zorg en tijdsdruk zorgt voor minder bewust stilstaan en tijd maken voor spiritualiteit.
- 8 Te druk, te veel accent op andere zaken die moeten gebeuren.
- 11 Vindt het voor dagopnames minder relevant om te weten/in te verdiepen.
- 15 Deels heeft het ook te maken met privacy. ouders vertrouwen mij veel toe, maar ik ben lang niet altijd geneigd dit in een plek te geven.
- 17 Tijd om alles uit te vragen. Weten welke mogelijkheden er zijn aan spirituele zorg.
- 18 Vertrouwensband ontwikkelen, dus tijd, interesse.
- 19 Tijd om anamnese af te nemen. Is geen gewoonte om dit helemaal uit te vragen. Niet goed op de hoogte van rituelen ed bij verschillende geloven.

- 20 Tijd. Manier van communiceren; hoe open zijn kinderen/ouders, hoe open ben ik bij deze patiënt zelf. Taal (barrière).
- 21 Doordat anamnese niet meer wordt afgenomen in de praktijk (ivm Epic) mis je het vragen naar de religie van de patiënten. Tevens kun je hierdoor niet meer goed evalueren of de spiritualiteit voldaan bod komt (je vergeet het ook te vragen).
- 23 Interesse, sta er vaak niet bij stil om dit te vragen.
- 25 Leeftijd, levenservaring, interesse.
- 26 Tijd.
- 28 Korte opnames, vaak minder tijd voor diepgang, komt minder aan bed mi ook minder belangrijk dan bij langliggers?
- 29 Open staan voor alle mensen en hun opvattingen, respect hebben voor andere meningen/gebruiken en vooral rust en goed luisteren is héél belangrijk (ook bij drukte).
- 30 Ik heb er weinig tijd voor, maar ben er ook te weinig mee bezig. Vaak komt het pas ter sprake wanneer ouders gelovig zijn. Ik geef ouders en het kind dan de mogelijkheid/ruimte hiermee bezig te zijn. Ik praat er dan ook over met hen. Ik vind het mooi hoe mensen hier kracht uit kunnen halen. Al zie ik een enkele keer wel dat het erg ver gaat. Kind dat heel vaak naar de preken van de plaatselijke kerk (...) het luisteren in, met moeilijke teksten, die niet op het kind gericht zijn.
- 32 Vakgebied. Tijd.
- 33 Ik zie dat het opnemen van assessment aan de vraag aan ouders aangepast wordt en zo moet het ook zijn. De spir. zorg is niet de hoofdmoot maar de behoefte eraan.
- 34 Neen.
- 36 Kom er vaak niet aan toe (druk).

Verzameling van de antwoorden, gegeven bij vraag 4: Over uitvoering.

Nadat de respondenten hadden aangegeven in welke mate zij zich competent achtten op het gebied van uitvoering, konden zij aangeven op aspecten van uitvoering zij zich competent achtten. Vervolgens werd de vraag gesteld: Kun je bij deze vraag toelichten welke factoren volgens jou van invloed zijn op de competentie en de praktijk? (bijvoorbeeld tijd, opleiding, interesse).

De antwoorden op deze vraag zijn letterlijk overgenomen van de respondenten en staan hieronder weergegeven. De cijfers voor elke uitspraak corresponderen met het nummer dat is toegekend aan elke respondent bij invoering van de vragenlijsten in SPSS.

- 1 We doen dit (nog?) niet, volgens mij. Ik verwijs wel door bij vragen bij ouders en kind.
- 2 Interesse en opnameduur van het kind.
- 3 Door drukte wordt dit gauw vergeten.
- 4 Tijd, andere prioriteiten stellen. Interesse ligt voor mij niet bij spiritualiteit. Denk er ook minder aan in de zorg.
- 7 Behoeft van kind en ouders staan centraal, echter dagelijkse zorg en tijdsdruk zorgt voor minder bewust stilstaan en tijd maken voor spiritualiteit.
- 8 Tijd en interesse.
- 11 Vindt het voor dagopnames minder relevant om te weten/in te verdiepen.
- 12 Vooral tijd speelt een grote rol en inlevingsvermogen soms is het lastig je te verplaatsen in geloof of situatie.
- 15 M'n tijd te kort, ik vind het heel belangrijk, maar je bent veel tijd bezig met technische zorg.
- 17 Manier communiceren mbt spiritualiteit zou ik nog meer over willen leren.
- 18 Tijd.
- 19 Is niet iets waar je dagelijks bij stilstaat.
- 20 Tijd. Communicatie.

- 21 Voornamelijk Epic. Zie pagina 4. Als ik weet dat patiënten en ouders iets met spiritualiteit doen pas ik me hierop wel aan, maar het is niet altijd duidelijk. En niet altijd tijd om hierover in gesprek te gaan.
- 23 Geen interesse in.
- 25 Hangt van het "aanbod" van pat. af. Ik werk op de SSU. Hier komt nauwelijks spirituele zorg voor. Iets anders is dat op afd. waar kinderen langer opgenomen zijn.
- 26 Tijd.
- 28 korte opnames = minder intensief.
- 29 Vaak weinig tijd om aandacht te geven. Scheelt wel vaak tijd als je wel aandacht geeft omdat patiënt hier rustig van wordt.
- 30 Ik vul nu enigszins in maar ik denk dat mijn kennis beperkt is. Een zwart gat (wat je niet weet verhaal). Ik denk dat een groot deel van je eigen interesse en kennis bepaald in hoeverre ik deze zorg kan leveren. Ik vind het bijvoorbeeld heel moeilijk om de juiste vragen te stellen met name bij pubers.
- 31 In praktijk is er weinig tijd voor spirituele zorg. Moeilijk in te plannen middels gesprek.
- 32 Alle bovenstaande items. (hiermee worden de items van vraag 4b bedoeld SC)
- 33 Indien er gesignaleerd word dat spir.zorg behoefte er is word hierbij hulp ingeschakeld.
- 34 Neen
- 36 Kom er vaak niet aan toe (druk).

Verzameling van de antwoorden, gegeven bij overige vragen.

Na vraag 7 was er ruimte voor vragen of opmerkingen. Tevens schreven respondenten een enkele keer opmerkingen bij overige vragen. Deze zijn letterlijk overgenomen van de respondenten en staan hieronder weergegeven. De cijfers voor elke uitspraak corresponderen met het nummer dat is toegekend aan elke respondent bij invoering van de vragenlijsten in SPSS.

- 1 Behoeftte van ouders hieraan. Enige terughoudendheid is op zijn plaats. (bij vraag 2 SC) Succes met het onderzoek.
- 3 Hier houd ik rekening mee indien dit bekend is bij mij. (bij vraag 2 SC)
- 7 Spiritualiteit blijft een abstract begrip en voor iedereen in te vullen naar eigen behoeften. Als zorgverlener moet je daar wel oog voor hebben wat betreft behoeften van ouders plus kind incl zorg ervoor dragen.
- 17 Enkele vragen zijn dubbel.
- 21 Vooral bij jonge kinderen. (bij 'graag meer kennis over spirituele zorg' bij vraag 6b SC)
- 28 Ook bij korte opnames zou er meer uit de patiënt gehaald kunnen worden. (bij vraag 7b SC). Suc6 en dank.
- 30 geen tijd (bij 'verhaaltjes' en 'spel' bij vraag 5 SC)
- 30 Ik werk 18 uur, ik denk dat het soms makkelijker is wanneer ik meer zou werken (bij vraag 5 SC)
- 30 Te veel 1 op 1 zie collega's niet veel op de kamer werken. (bij 'leren van collega's bij vraag 6b SC)
- 30 Als daar tijd voor is? zou mooi zijn vaak ook wel door ouders zelf (bij 'afspraken integreren' bij vraag 7b SC)
- 30 Dat zou leuk zijn. (bij 'regering/verzekeraars' bij vraag 7b SC)
- 33 Spir.zorg is prettig als er behoefte is van ouders, echter we moeten het niet omdraaien en bij alle ouders gaan inventariseren.

⁶ Verzameling van alle onderzoeksgegevens in tabellen

A: respons

afdeling	type zorg	aantal ingevulde lijsten/ aantal verpleegkundigen	respons
Strand	nefrologie, urologie, chirurgie, orthopedie, mond- kaak- aangezichts- chirurgie, cardiologie, kindergeneeskunde, metabole ziekten	13/64	20,3%
Zee	oncologie, neurologie, neurochirurgie, kindergeneeskunde, immunologie, infectiologie, reumatologie	19/60	31,7%
Vuurtoren	short stay unit	6/18	33,3%
Totaal		38/142	28,6%

B: respons/afdeling

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Strand	13	34,2	34,2	34,2
Zee	19	50,0	50,0	84,2
Vuurtoren	6	15,8	15,8	100,0
Total	38	100,0	100,0	

C: respons/geslacht

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Vrouw	35	92,1	92,1	92,1
Man	3	7,9	7,9	100,0
Total	38	100,0	100,0	

⁶ Bijlage 3: verzameling van alle onderzoeksgegevens in tabellen

D: respons/leeftijd

N	Valid	37
	Missing	1
Mean		40,00
Median		39,00
Std. Deviation		12,579
Range		40
Minimum		21
Maximum		61

E: ervaring **kind**erpleegkundige

N	Valid	37
	Missing	1
Mean		14,892
Median		9,000
Std. Deviation		12,8431
Range		42,5
Minimum		,5
Maximum		43,0

F: ervaring als verpleegkundige

N	Valid	37
	Missing	1
Mean		18,392
Median		14,000
Std. Deviation		12,9315
Range		42,5
Minimum		,5
Maximum		43,0

G:levensbeschouwing

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	katholiek	9	23,7	23,7	23,7
	van huis uit katholiek, maar nu veranderd	4	10,5	10,5	34,2
	protestant	6	15,8	15,8	50,0
	boeddhistisch	1	2,6	2,6	52,6
	ietsisme	13	34,2	34,2	86,8
	niets/geen	5	13,2	13,2	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

H:rol van levensbeschouwing

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid niet belangrijk	14	36,8	36,8	36,8
matig belangrijk	7	18,4	18,4	55,3
neutraal	10	26,3	26,3	81,6
redelijk belangrijk	5	13,2	13,2	94,7
zeer belangrijk	2	5,3	5,3	100,0
Total	38	100,0	100,0	

I: levensbeschouwing van de respondenten, het belang dat zij hechten aan die levensbeschouwing en de mate waarin het begrip spiritualiteit voor hen duidelijk is

	Levensbeschouwing respondenten	Belang per levensbeschouwing	Duidelijkheid begrip spir per levensbeschouwing
geloof dat er 'iets' is	34,2	2,15	3,77
katholiek	23,7	2,44	3,88
katholiek, maar...	10,5	1,75	3,75
protestant	15,8	3,83	3,33
niets/geen	13,2	1	1,8
boeddhistisch	2,6	3	3

J: spiritualiteit als duidelijk begrip

	frequentie	(valid.) percentage
niet duidelijk	2	5,4
matig duidelijk	4	10,8
neutraal	12	32,4
redelijk duidelijk	14	37,8
volledig duidelijk	5	13,5
totaal	37	100,0
vraag niet ingevuld	1	
Totaal	38	

K: aspecten van spiritualiteit (Fitchett/richtlijn Spirituele zorg)

	gemiddelde
zingeving	1,54
roeping/doel	1,58
ervaringen	1,58
rituelen/gebruiken	1,66
emoties	1,67
geloof	1,72
verantwoordelijkheden in het leven	1,76
mediteren	1,86
verbondenheid met de natuur	1,88
raadgeven aan en -zoeken bij/in mens/tekst	1,89
muziek	1,94
groei	1,94
leven in gemeenschap/verbanden	1,97
moed	1,97

L: rekening houden tijdens verlenen spirituele zorg

VPK houdt bij spir.zorg rekening met:	ja	enigszins	nee
eigen mening spiritualiteit	11,1%	41,7%	47,2%
eigen mening religie	8,3%	38,9%	52,8%
etnische/culturele achtergrond patiënt	80,5%	16,7%	2,8%
ontwikkelingsfase patiënt	86,1%	11,1%	2,8%

M: competentie op het gebied van assessment

	frequentie	(valid.) percentage
niet competent	5	13,9
matig competent	10	27,8
neutraal	10	27,8
redelijk competent	10	27,8
volledig competent	1	2,8
totaal	36	100,0
vraag niet ingevuld	2	
Totaal	38	

N: aspecten van assessment

assessment	ja	enigszins	nee	weet niet	missing
verkennen	55,3%	28,9%	5,3%	5,3%	5,3%
verkenning integreren	15,8%	52,6%	21,1%	5,3%	5,3%
zorg evalueren	23,7%	39,5%	23,7%	7,9%	5,3%
samenwerken	47,4%	31,6%	13,2%	2,6%	5,3%
verslag in EPIC	34,2%	34,2%	18,4%	7,9%	5,3%
komt in de praktijk aan assessment toe	0%	36,8%	55,3%	2,6%	5,3%

O: competentie op het gebied van uitvoering

	frequentie	(valid.) percentage
niet competent	3	9,1
matig competent	8	24,2
neutraal	10	30,3
redelijk competent	11	33,3
volledig competent	1	3,0
totaal	33	100,0
vraag niet ingevuld	5	
Totaal	38	

P: aspecten van uitvoering

uitvoering	ja	enigszins	nee	weet niet	missing
zorg aanpassen aan ontwikkelingsfase	55,3%	26,3%	7,9%	2,6%	7,9%
kennis van ontwikkelingsfasen	18,4%	39,5%	31,6%	2,6%	7,9%
zorg aanpassen aan communicatie	55,3%	23,7%	10,5%	2,6%	7,9%
kennis van kind- specifieke communicatie	13,2%	36,8%	39,5%	2,6%	7,9%
zorg aanpassen aan	23,7%	42,1%	23,7%	2,6%	7,9%

spirituele behoefte					
kennis over invloed spiritualiteit	2,6%	55,3%	31,6%	2,6%	7,9%
zorg aanpassen aan context	42,1%	34,2%	10,5%	5,3%	7,9%
komt in de praktijk aan uitvoering toe	2,6%	44,7%	42,1%	2,6%	7,9%

Q: competentie op het gebied van relatie

	frequentie	(valid.) percentage
niet competent	3	9,4
matig competent	1	3,1
neutraal	6	18,8
redelijk competent	16	50,0
volledig competent	6	18,8
totaal	32	100,0
vraag niet ingevuld	6	
Totaal	38	

R: kind-specifieke aspecten van de relatie

kind-specifiek	ja	enigszins	nee	weet niet	missing
gesprekje beginnen	50,0%	28,9%	10,5%	2,6%	7,9%
vragen beantwoorden	42,1%	44,7%	2,6%	0%	10,5%
doorverwijzen; niet zelf in gesprek	15,8%	26,3%	44,7%	0%	13,2%
doorverwijzen en zelf in gesprek	65,8%	15,8%	5,3%	0%	13,2%
tekeningen	15,8%	21,1%	42,1%	7,9%	13,2%
(voorlees-)verhaaltjes	15,8%	26,3%	36,8%	7,9%	13,2%
spel	21,1%	34,2%	26,3%	5,3%	13,2%
lichamelijk contact	50,0%	23,7%	10,5%	2,6%	13,2%
handelingen aan het bed	50,0%	21,1%	15,8%	0%	13,2%

S: kennis over inhoud en invloed spirituele zorg

	frequentie	(valid.) percentage
nauwelijks kennis	2	6,5
matige kennis	8	25,8
neutraal	14	45,2
redelijk veel kennis	6	19,4
zeer veel kennis	1	3,2
totaal	31	100,0
vraag niet ingevuld	7	
Totaal	38	

T: herkomst en delen van kennis

kennis	ja	enigszins	nee	weet niet	missing
door opleiding	10,5%	31,6%	47,4%	0%	10,5%
door collega's	10,5%	34,2%	39,5%	2,6%	13,2%
door eigen ervaring	50,0%	28,9%	7,9%	2,6%	10,5%
informeel delen	21,1%	36,8%	28,9%	0%	13,2%
formeel delen	7,9%	13,2%	65,8%	2,6%	10,5%
wenst meer kennis	34,2%	36,8%	13,2%	2,6%	13,2%

U: spirituele zorgverlening vanuit niveaus van normativiteit

	ja	nee	weet niet	missing
niveau 1/persoon	60,5%	10,5%	15,8%	13,2%
niveau 2/patiënt	68,4%	7,9%	13,2%	10,5%
niveau 3/beroepsgroep	42,1%	21,1%	21,1%	15,8%
niveau 4/instelling	26,3%	36,8%	23,7%	13,2%
niveau 5/maatschappij	26,3%	31,6%	28,9%	13,2%

V: ruimte voor verbetering vanuit de niveaus van normativiteit

	ja	nee, want dit is al goed	nee, is niet mogelijk	weet niet	missing
niveau 1	34,2%	23,7%	5,3%	23,7%	13,2%
niveau 2	31,6%	10,5%	2,6%	44,7%	10,5%
niveau 3 (beter opleiden)	42,1%	21,1%	2,6%	21,1%	13,2%
niveau 3 (afspraken integreren)	50,0%	10,5%	2,6%	21,1%	15,8%
niveau 4	44,7%	7,9%	2,6%	28,9%	15,8%
niveau 5	28,9%	7,9%	10,5%	36,8%	15,8%

W: Correlatie tussen leeftijd en ervaringsjaren als kinderverpleegkundige enerzijds en duidelijkheid van het begrip spiritualiteit en competentie in assessment, uitvoering en relatie anderzijds

Spearman's rho	Spiritualiteit duidelijk	Comp. assessment	Comp. uitvoering	Comp. relatie
Leeftijd: -correl.coëfficiënt	0,01	-0,19	-0,28	-0,2
-significantie	0,947	0,268	0,120	0,278
-N	36	35	32	31
Ervaring KVPK: - correl.coëfficiënt	0,01	-0,14	-0,25	-0,22
- significantie	0,976	0,440	0,167	0,245
- N	36	35	32	31

X: Correlatie tussen rol van levensbeschouwing en duidelijkheid van het begrip spiritualiteit enerzijds en competentie in assessment, uitvoering en relatie anderzijds

Spearman's rho	Comp. assessment	Comp. uitvoering	Comp. relatie
Rol levensbesch.: -correl.coëfficiënt	0,4	0,35	0,07
-significantie	0,017	0,045	0,639
-N	36	33	32
Duidelijkh spir: - correl.coëfficiënt	0,26	0,36	0,3
- significantie	0,120	0,042	0,099
- N	36	33	32

Y: Correlatie tussen de competentie in assessment, uitvoering en relatie onderling

Spearman's rho	Comp. assessment	Comp. uitvoering	Comp. relatie
Comp. assesment: -correl.coëfficiënt	1	0,74	0,51
-significantie	-	0,000	0,003
-N	36	33	32
Comp.uitvoering: - correl.coëfficiënt	0,74	1	0,62
- significantie	0,000	-	0,000
- N	33	33	31
Comp.relatie: - correl.coëfficiënt	0,51	0,62	1
- significantie	0,003	0,000	-
- N	32	31	32