

ARTIKELEN

Verankering van de spirituele dimensie in palliatieve consultatiediensten. Inventarisatie, evaluatie, aanbevelingen

*Eric Ettema, Marijke A. Wulp, René R.R. van Leeuwen & Carlo J.W. Leget**

De eerste versie van dit artikel is aangeboden in december 2010. Inmiddels heeft het VIKC haar naam gewijzigd in IKNL (Integraal Kanker Centrum Nederland).

Samenvatting

Inleiding. Aandacht voor de spirituele dimensie is één van de kerndoelstellingen van de palliatieve zorg. De spirituele dimensie blijkt echter nauwelijks geïntegreerd in het zorgaanbod en wordt bovendien niet altijd herkend door de zorgverlener. Zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor mensen in de palliatieve fase kunnen inhoudelijke ondersteuning vragen bij palliatieve consultatie teams (PCT's). Op dit moment is onduidelijk hoe de zorg voor de spirituele dimensie van palliatieve zorg organisatorisch verankerd is binnen de PCT's. De vraag rijst dan ook hoe binnen de PCT-consultatie omgegaan wordt met de spirituele behoeften van de patiënt.

Methode. Om inzicht te krijgen in het beleid van consultatieteams ten aanzien van de spirituele dimensie werden de coördinatoren van de consultatieteams verzocht een beslisboom in te vullen over: 1) de taakopvatting van de consultatieteams over spirituele zorg, 2) de aanwezige deskundigheid op dit gebied en 3) plannen voor deskundigheidsbevordering.

Resultaten. Binnen de PCT's wordt het belang van aandacht voor de spirituele dimensie breed onderkend. Een meerderheid van de coördinatoren vindt echter dat er binnen de eigen PCT onvoldoende deskundigheid is op dit terrein. De wel aanwezige deskundigheid is op diverse manieren georganiseerd waarbij spirituele vragen bij verschillende zorgverleners terecht kunnen komen. De geestelijk verzorger wordt het meest genoemd als expert op het gebied van de spirituele dimensie. Er is een duidelijke behoefte aan scholing op het terrein van de spirituele dimensie. Hoewel er diverse plannen zijn om dit te realiseren, bevinden veel van deze plannen zich in een prematuur stadium.

* Eric Ettema is verbonden als onderzoeker aan de afdeling Metamedica, Vrije Universiteit medisch centrum, Amsterdam. Marijke Wulp is beleidsmedewerker bij Agora, Landelijk ondersteuningspunt palliatieve zorg, Bunnik. René van Leeuwen is Lector Zorg en Spiritualiteit van de Gereformeerde Hogeschool, Zwolle. Carlo Leget is universitair hoofddocent Zorgethiek aan de Faculteit Geesteswetenschappen van de Universiteit van Tilburg.

Discussie. Op basis van de resultaten en in aansluiting op de VIKC-kwaliteitscriteria zijn vier aanbevelingen geformuleerd om de spirituele dimensie adequaat te verankeren binnen de consultatiediensten: 1) De aandacht voor de spirituele dimensie wordt expliciet onderdeel van de training ‘consultatievaardigheden’ en van de nascholing van consulenten, 2) De inhoudelijke kwaliteitseisen voor scholing worden geformuleerd op basis van een centraal geleide inventarisatie van visies op goede geestelijke zorg, 3) De geestelijk verzorger krijgt een centrale rol bij de deskundigheidsbevordering van consulenten inzake de spirituele dimensie en 4) De beoogde deskundigheidsbevordering wordt geïntegreerd met en afgestemd op de expertise van de andere disciplines binnen de consultatievoorziening.

Inleiding

De spirituele dimensie is een integraal onderdeel van de WHO-definitie van palliatieve zorg. Aandacht voor spirituele aspecten van zorg is daarmee één van de kerndoelstellingen van palliatieve zorg. Deze aandacht betreft zowel de patiënt als de familie en naasten van de patiënt. De spirituele aspecten van zorg worden daarbij geïntegreerd benaderd met de psychologische aspecten van zorg.

In de Nederlandse context wordt spirituele zorg in de gelijknamige VIKC-richtlijn omschreven als ‘het levensbeschouwelijke functioneren van de mens, waartoe ook de vragen van zingeving en zinverving 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)’¹⁵.

In de palliatieve fase komen veel patiënten in aanraking met spirituele vragen. Voorbeelden van spirituele vragen zijn: ‘waarom overkomt mij dit lijden?’, ‘hoe kan ik op dit moment nog positief in het leven staan?’ en ‘hoe kan ik mijn leven op een goede manier afronden?’²¹. De zorg voor spirituele vragen en behoeften door middel van het werken met inspiratiebronnen is niet alleen het terrein van geestelijke verzorgers. Ook zorgverleners als artsen en verpleegkundigen komen in aanraking met de spirituele behoeften van de patiënt en zijn naasten.

Ondanks het belang van de spirituele dimensie binnen de palliatieve zorg schiet de aandacht voor deze dimensie op verschillende onderdelen tekort. Zo wordt in kwaliteitsdocumenten relatief weinig aandacht besteed aan de kwaliteit van spirituele zorg in de palliatieve fase⁴; wordt spiritueel welbevinden veelal geschaard onder psychosociaal of mentaal welbevinden^{21, 19, 8} en hebben patiënten in de palliatieve fase meer behoefte aan spirituele zorg dan er gegeven wordt^{3, 7}. De spirituele behoeften van de patiënt worden dan ook vaak onvoldoende onderkend en niet zelden verwaarloosd¹⁵.

De beperkte aandacht voor de spirituele dimensie wordt veelal geweten aan de moeilijkheid het begrip te concretiseren. Zo vinden patiënten, zorgverleners en

onderzoekers het moeilijk om spiritualiteit te definiëren, te inventariseren en te operationaliseren^{6, 17, 16}. Eén van de redenen hiervoor is dat voor spiritualiteit ook wel termen worden gebruikt als 'geloof', 'levenskunst', 'betekenisgeving', 'zinging', 'levensverhaal', 'religiositeit', 'levensovertuiging', 'levensvisie', 'levensfilosofie' en 'geestelijk functioneren'. Daarnaast gaat het bij spirituele zorg veelal om aandacht voor ongestelde vragen die bovendien vaak nog niet helder zijn voor de patiënt zelf. Door deze factoren is het voor zorgverleners vaak moeilijk een gevoeligheid voor de spirituele dimensie te ontwikkelen en spirituele vragen en behoeften te herkennen.

Om de kwaliteit van zorg voor mensen in de palliatieve fase te verbeteren, kunnen zorgverleners inhoudelijke ondersteuning vragen bij palliatieve consultatieteams (PCT's). De ondersteuning bestaat uit het geven van informatie en advies op het terrein van de palliatieve zorg en in het kritisch meedenken met de consultvragers. De meeste PCT's zijn samengesteld uit artsen en verpleegkundigen en missen de toegevoegde waarde van andere disciplines¹⁹. Ondanks deze beperking blijken PCT-consulenten een belangrijke rol te spelen in het bespreekbaar maken van zorg voor de spirituele behoeften van de patiënt¹³.

Sinds 2004 wordt gewerkt aan een verdere professionalisering van de consultatiediensten. Onderdeel hiervan is een recente en breed opgezette discussie over de inrichting van de PCT's en een mogelijke vorming van Multidisciplinaire Begeleidingsteams (MBT's)^{10, 2, 11}. Ook zijn er recent landelijke kwaliteitscriteria vastgesteld voor de deskundigheid van consulenten, het consultatieproces en de werkwijze van de consultatieteams (TNO, 2010). Omdat deze criteria overkoepelend zijn voor alle dimensies van palliatieve zorg, bieden zij echter beperkt houvast voor de inrichting van de PCT's wat betreft de deskundigheid op het terrein van de spirituele dimensie.

De beperkte aandacht voor de spirituele dimensie, de moeilijkheid om deze dimensie te concretiseren en de belangrijke rol van palliatief consulenten in het bespreekbaar maken van spirituele behoeften, zijn aanleiding om de organisatie van de PCT's inzake de spirituele dimensie nader te bekijken. Het is onduidelijk hoe de spirituele dimensie op dit moment organisatorisch verankerd is. De vraag rijst dan ook hoe binnen de PCT-consultatie omgegaan wordt met de spirituele behoeften van de patiënt.

Om aan te sluiten bij de geschetste aanleidingen en discussie richt deze pilotstudie zich met name op: 1) de taakopvatting van PCT's inzake de spirituele dimensie van palliatieve zorg, 2) de organisatie van PCT's aangaande de deskundigheid op dit terrein en 3) de plannen van PCT's voor deskundigheidsbevordering. Op basis van de uitkomsten worden tot slot enkele aanbevelingen geformuleerd om de aandacht voor de spirituele dimensie binnen de consulentdiensten adequaat te verankeren. Daarmee levert dit artikel een bijdrage aan de verdere professionalisering van de PCT's inzake de zorg voor spirituele behoeften aan het levenseinde.

Methode

Om de aandacht voor spirituele vragen binnen de PCT's inzichtelijk te krijgen werden door de Agora-werkgroep 'ethiek en spirituele zorg' in november 2009 alle netwerken palliatieve zorg aangeschreven met het verzoek een link door te sturen naar coördinatoren van de PCT's. Via die link kon men op de website van Agora een – als beslisboom opgezette (fig. 1) – vragenlijst invullen (fig. 3). In januari 2010 volgde een herinnering aan de PCT's die nog niet gereageerd hadden.

Door middel van een inleidende korte tekst werd de setting van de beslisboom beschreven. De spirituele dimensie werd daarbij beschreven en afgebakend zoals inhoudelijk omschreven in de inleiding. In de inleidende tekst werd tevens aangegeven dat het invullen van de vragenlijst circa vijf minuten in beslag zou nemen. Van de 33 door de netwerkcoördinatoren benaderde PCT's reageerden er in totaal 25; een respons van 76%. Opgemerkt wordt dat de respondenten verschillende professionele achtergronden hebben hetgeen de beantwoording beïnvloed kan hebben.

Alle geretourneerde vragenlijsten werden gecontroleerd op ontbrekende en inconsistente antwoorden. De antwoorden op de gesloten vragen zijn statistisch verwerkt, waarbij opgemerkt wordt dat door de beperkte omvang van de studie de percentages beperkt significant zijn. De antwoorden op de open vragen werden per vraag geclusterd. Omdat het een kleine pilotstudie betreft (N=33, respons N=25), zijn de antwoorden ongecodeerd met elkaar vergeleken en geanalyseerd.

Resultaten

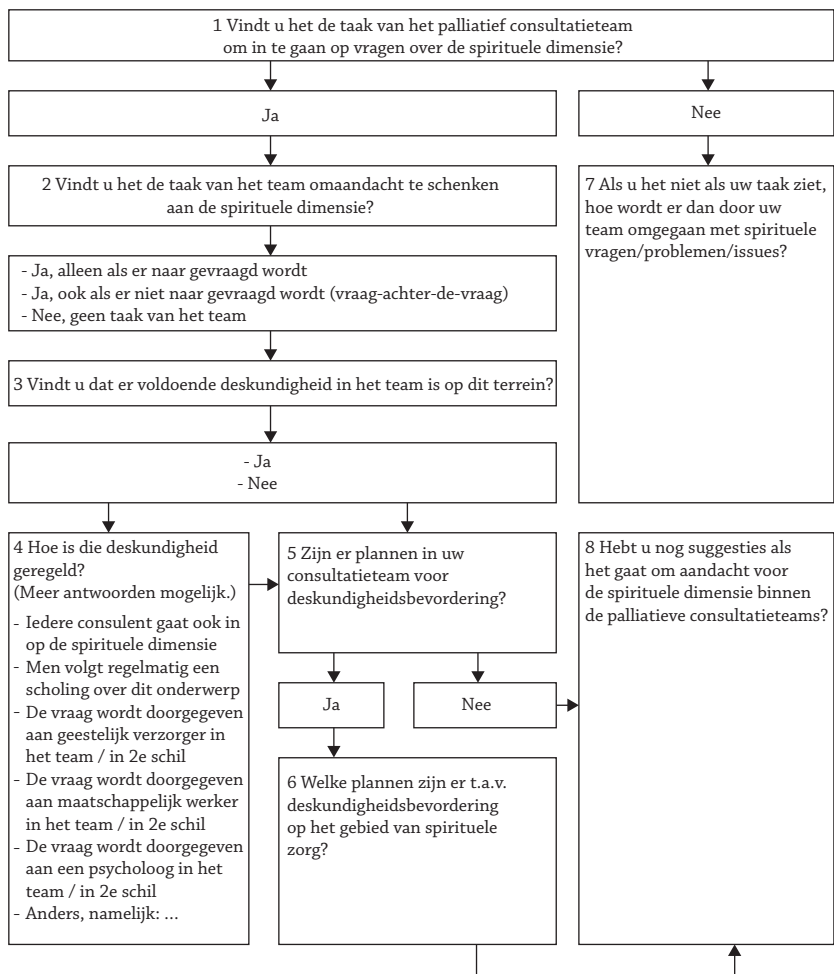
Mate van deskundigheid

Het belang van aandacht voor de spirituele dimensie wordt breed onderkend in de PCT's. Maar liefst 96% (N=24) van de respondenten vindt het de taak van het consultatieteam om in te gaan op vragen over de spirituele dimensie (fig. 3). Daarvan vindt 84% (N=21) dat het team ook aandacht aan de spirituele dimensie dient te besteden als hier niet naar gevraagd wordt. 12% (N=3) van de respondenten is van mening dat het team alleen aandacht aan de spirituele dimensie moet geven als daar door de consultvrager om gevraagd wordt.

Eén respondent vindt de aandacht voor de spirituele dimensie geen taak van het team. Ook het meer specifieke ingaan op vragen over de spirituele dimensie vindt betreffende respondent geen taak van het PCT: 'Als er al spirituele vragen worden gesteld dan is doorverwijzen naar het team van geestelijk verzorgers een optie.'

Ondanks de breed gedragen opvatting dat aandacht voor de spirituele dimensie en het ingaan op vragen daarover tot de taken van het consultatieteam behoren, vindt ruim de helft van de respondenten (56%) dat er op dit terrein onvoldoende deskundigheid is in het team. Uit de antwoorden op de vraag hoe de dan wel aanwezige deskundigheid georganiseerd is, blijkt het gesignaleerde tekort aan deskundigheid zowel samen te hangen met de onduidelijke positie van de spirituele dimensie binnen de interne organisatie van de PCT's als met de beperkte scholing van consultants op het terrein van spirituele zorg.

Fig. 1. Beslisboom spirituele dimensie in palliatieve consultatieteams (PCT's)



Organisatie van deskundigheid

Omdat de consulent bij een consultatieverzoek de eerst aangesprokene is, komt iedere consulent wel eens in aanraking met vragen die betrekking hebben op de spirituele dimensie. In deze gevallen kan de consulent besluiten hier helemaal niet op in te gaan, of er wel op in te gaan, en daarbij – indien nodig – de vraag door te geven aan iemand anders in het team of in de 2e schil. Het hangt daarbij van zowel de spirituele gevoeligheid van de individuele consulent als van de doorverwijsmogelijkheden af hoe omgegaan wordt met de spirituele dimensie. Met betrekking tot de doorverwijsmogelijkheden binnen de PCT's vallen met name drie zaken op.

Ten eerste is de omgang met de spirituele dimensie en het al dan niet doorgeven van een vraag die betrekking heeft op deze dimensie zeer divers georganiseerd. Bij

40% van de teams gaat iedere consulent in op de spirituele dimensie (fig. 2). In 70% van deze teams (= 28% van alle teams) wordt de spirituele vraag vervolgens – indien nodig – doorgegeven aan een expert. In de andere 30% (= 12% van alle teams) gaat iedere consulent zelf in op de spirituele dimensie zonder een vraag door te geven aan een expert.

Bij 60% van de teams gaat niet iedere consulent in op de spirituele vraag. In 80% van deze teams (= 48% van alle teams) wordt de vraag doorgegeven. In de andere 20% (= 12% van alle teams) is het doorgeven van de vraag helemaal niet aan de orde. De respondenten geven daar de volgende opmerkingen bij: één team gaat bewust niet in op de spirituele dimensie, één team heeft de vraag niet beantwoord maar geeft naar aanleiding van deze pilotstudie aan het thema op de agenda te willen zetten en één team heeft de vraag niet beantwoord omdat het team wordt opgeheven.

Kijken we naar alle teams samen, dan zien we dat in 76% van de teams een spirituele vraag kan worden doorgegeven aan iemand anders binnen het team of binnen de 2e schil. Dit kan – afhankelijk van de vraagstelling van de zorgprofessional en van het doorverwijsbeleid van desbetreffende PCT – een geestelijk verzorger, een psycholoog of een maatschappelijk werker zijn. Omdat de respondenten meerdere opties konden aangeven is het totale percentage hier hoger dan 100%: 72% van de teams geeft aan de vraag door te sturen naar een geestelijk verzorger, 36% naar een psycholoog en 24% naar een maatschappelijke werker. Omgerekend naar percentage van het totaal aantal gekozen opties bij het doorgeven van een vraag is dit respectievelijk 58,1%, 29,0% en 12,9%.

Ten tweede hanteren de meeste teams bij het doorgeven van een vraag geen duidelijk onderscheid tussen de spirituele en aanverwante dimensies en de daarbij behorende expertise. Van de respondenten benoemt 40% alleen de geestelijk verzorger – of medewerker spirituele zorg – als de expert op het gebied van de spirituele dimensie. In 24% van de antwoorden blijkt dat zowel de geestelijk verzorger als de psycholoog, en in mindere mate de maatschappelijk werker, geschikt geacht worden om de spirituele dimensie te benoemen. Daarnaast geeft 36% van de respondenten aan dat de spirituele dimensie vaak ‘achter de vraag’ ligt en het moeilijk is erachter te komen wanneer deze dimensie van belang is. Dit lijkt een juiste adressering van de hulpvraag inzake de spirituele dimensie te bemoeilijken. Ten derde komt slechts een deel van de spirituele vragen terecht bij een geestelijk verzorger. Van de respondenten geeft 72% (N=18) aan dat een vraag doorgegeven kan worden aan een geestelijk verzorger. Omdat meerdere opties aangekruist konden worden, betekent dit echter niet dat 72% van de vragen ook bij een geestelijk verzorger terecht komt. In 12 teams kan de vraag immers ook doorgegeven worden aan een psycholoog en in 7 teams tevens aan een maatschappelijk werker. Daarnaast gaan veel consulenten zelf in op de spirituele dimensie zonder een vraag door te geven. Vragen die betrekking hebben op de spirituele dimensie worden binnen de PCT's dan ook door mensen met diverse achtergronden beantwoord. Wel wordt daarbij de geestelijk verzorger het meest genoemd, namelijk in 72% van alle teams en in 58,1% van de gekozen opties om de vraag door te geven aan iemand anders binnen het team of in de 2e schil.

Fig. 2. *Deskundigheid m.b.t. het ingaan op de spirituele dimensie en het al of niet doorverwijzen van een vraag die betrekking heeft op deze dimensie*

	PCT's N =	PCT's absoluut % =	PCT's relatief % =	Keuze- optie % =
Iedere consulent van het team gaat in op de spirituele dimensie	10	40%	100%	n.v.t.
De vraag wordt in deze teams indien nodig doorgegeven	7	28%	70%	n.v.t.
De vraag wordt in deze teams niet doorgegeven	3	12%	30%	n.v.t.
Niet iedere consulent van het team gaat in op de spirituele dimensie	15	60%	100%	n.v.t.
De vraag wordt in deze teams indien nodig doorgegeven	12	48%	80%	n.v.t.
De vraag wordt in deze teams niet doorgegeven	3	12%	20%	n.v.t.
De vraag wordt doorgegeven aan geestelijk verzorger	18	72%	n.v.t.	58,1%
De vraag wordt doorgegeven aan psycholoog	9	36%	n.v.t.	29,0%
De vraag wordt doorgegeven aan maatschappelijk werker	4	24%	n.v.t.	12,9%

Scholing van deskundigheid

Van de consulenten volgt 32% regelmatig scholing in het omgaan met de spirituele dimensie. Uit de antwoorden op de open vragen blijkt dat scholing hier breed opgevat wordt, van het volgen van een incidentele workshop tot drie maal per jaar een cursus van het IKC. Van de respondenten vermeldt 8% dat de scholing onregelmatig is en niet voor iedere consulent geldt. Naast scholing geeft 8% aan dat er regelmatig patiënt- en casuïstiekbesprekingen zijn waarbij een geestelijk verzorger en/of een psycholoog aanwezig is. Eén respondent geeft aan dat de hele 2e schil de casus leest waardoor iedereen die een vraag achter de vraag vermoedt op de casus kan reageren zonder dat er een expliciete vraag hoeft te zijn. Indien we de bespreking hiervan als scholing opvatten, worden in 44% van de teams consulenten geschoold in het omgaan met de spirituele dimensie.

Naast de bestaande aandacht voor de spirituele dimensie heeft 64% van alle teams plannen om de deskundigheid op het terrein van de spirituele zorg te bevorderen. Deze plannen betreffen allemaal een voortzetting en/of uitbreiding van bestaande scholing (40%) en het vaker aan de orde stellen van de spirituele dimensie bij patiënt- of casuïstiekbesprekingen (24%). Naast de bestaande en geplande aandacht voor de spirituele dimensie vindt 40% van de respondenten het belangrijk dat er in de toekomst meer aandacht komt voor de spirituele dimensie in scholing (24%) en casuïstiekbesprekingen (16%) zonder dat zij daar zelf concrete plannen voor hebben.

Hoewel in de beslisboom niet gevraagd wordt naar de achterliggende redenen voor de behoefte aan meer scholing op het terrein van de spirituele dimensie, geeft 16% van de respondenten hier wel een reden voor. Alle genoemde redenen komen er op neer dat het niet eenvoudig is om een spirituele vraag op het spoor te komen omdat: 'huisartsen deze vragen niet stellen', de consultvrager vooral gericht is op het 'beantwoorden van medische vragen', en 'niet achter iedere vraag [...] een spirituele lading' zit. De consulent dient dan ook goed te kunnen 'doorvragen' en 'steeds alert zijn op andere dimensies dan die waaruit de vraag gesteld wordt'. Daarnaast stelt één respondent dat er extra aandacht zou moeten komen voor 'de eigen beleving van de consulent'.

Overige suggesties

Naast scholing als algemeen thema geven de respondenten diverse specifieke suggesties om de deskundigheid op het terrein van de spirituele dimensie te bevorderen. Deze suggesties betreffen zowel de deskundigheidsbevordering van consulenten en zorgverleners als de inbedding van de spirituele dimensie in de organisatiestructuur van de PCT's.

Met betrekking tot het bevorderen van de deskundigheid van *consulenten* inzake de spirituele dimensie geven respondenten diverse voorbeelden uit de eigen praktijk. Zo gebruiken twee teams een eigen vragenlijst aan de hand waarvan doorgevraagd wordt op de spirituele dimensie; een derde team werkt met de besluitvormingsschijf⁹ en een vierde stelt gebruik te maken van het mede door hen ontwikkeld Kompas voor psychosociale en spirituele begeleiding (zie:²⁰). Naast deze initiatieven stellen drie andere teams voor om de richtlijn spirituele zorg¹⁵ te gebruiken om de deskundigheid op het terrein van de spirituele dimensie te bevorderen.

Met betrekking tot het bevorderen van de deskundigheid van *zorgverleners* vallen met name drie antwoorden op. Eén team heeft de richtlijn spirituele zorg aangepast aan de eigen ziekenhuissetting. Op deze manier kan de richtlijn ingezet worden bij scholing van medisch specialisten op het terrein van de spirituele dimensie. Een ander team stuurt consultvragers regelmatig een lijstje toe met aandachtspunten op het gebied van spiritualiteit. Aan de hand daarvan krijgen consultvragers handreikingen om met de patiënt in gesprek te gaan. Tot slot stelt een respondent dat de spirituele dimensie een vast onderdeel van opleidingen zou moeten zijn, omdat de spirituele dimensie dan eerder erkend wordt door de consultvragers waardoor er makkelijker aandacht voor is.

Met betrekking tot de *inbedding van de spirituele dimensie* in de organisatiestructuur van de PCT's geven twee respondenten – zonder dat er naar gevraagd wordt – de suggestie dat inzet van MBT's tot meer aandacht voor de spirituele dimensie zal leiden. Zij verwachten dat deze teams eerder kunnen worden ingezet, alle disciplines van de palliatieve zorg omvatten en de opvolging breder van aard wordt door de mogelijkheid van opeenvolgende consultatie, welke bovendien niet langer beperkt is tot zorgprofessionals. Daarnaast stellen twee respondenten voor om altijd iemand met kennis van de spirituele dimensie in het team of in de 2e schil te plaatsen. Verder zijn twee teams bezig met het opzetten van een netwerk van geestelijk verzorgers in de eerste lijn. Tot slot pleit één respondent voor

meer bedside-consultatie omdat daarbij spirituele vragen vaker aan bod zouden komen.

Conclusie

Deze pilotstudie laat zien dat de spirituele dimensie in beperkte mate verankerd is binnen de PCT's. Hoewel het belang van aandacht voor de spirituele dimensie breed onderkend wordt, vindt een meerderheid van de respondenten dat er onvoldoende deskundigheid op het terrein van de spirituele dimensie aanwezig is. De wel aanwezige deskundigheid is op verschillende manieren georganiseerd. Bij minder dan de helft van de PCT's gaan alle consultants in op de spirituele dimensie. Indien nodig wordt een spirituele vraag doorgegeven aan een geestelijk verzorger, psycholoog of maatschappelijk werker. Daarbij hanteren de meeste teams geen duidelijk onderscheid tussen de spirituele en aanverwante dimensies en de daarbij behorende expertise. Wel wordt de geestelijk verzorger het meest genoemd als de expert op het gebied van de spirituele dimensie.

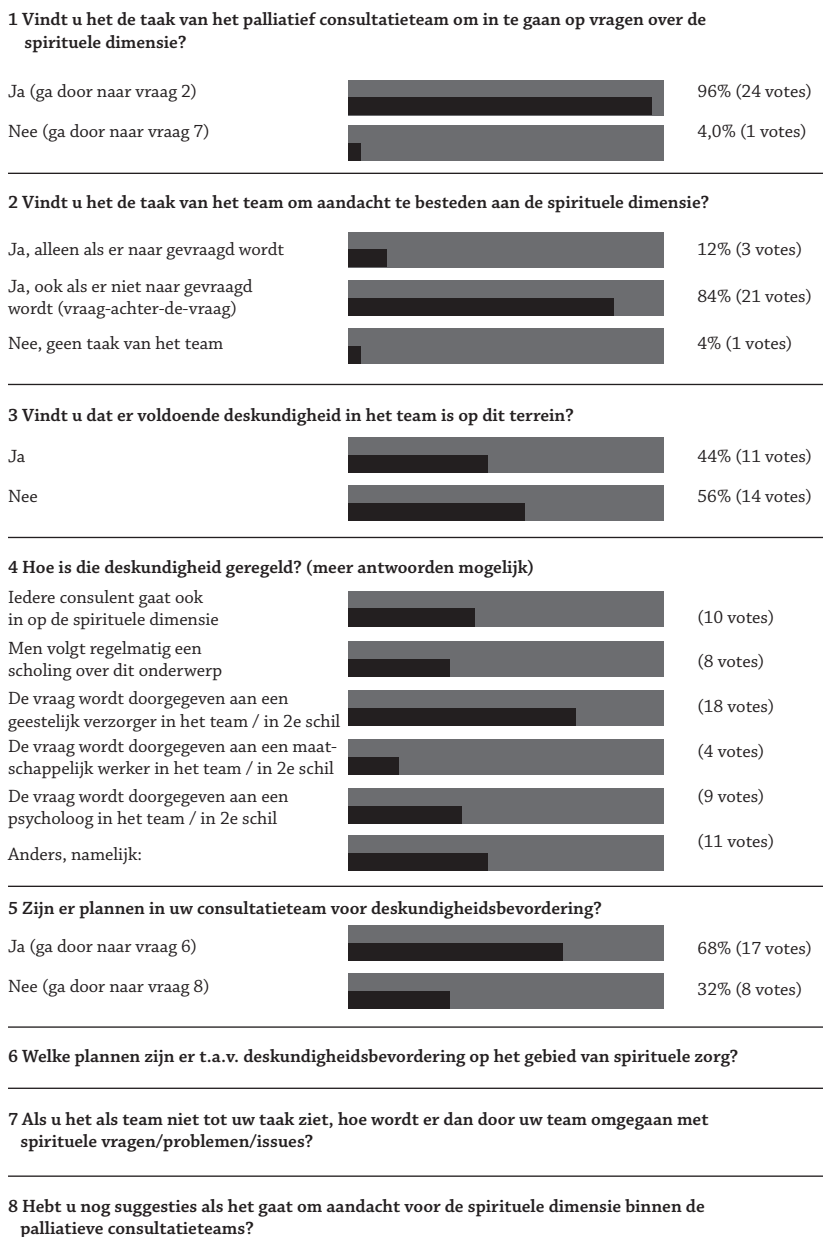
De deskundigheidsbevordering door middel van scholing op het terrein van de spirituele dimensie is vooralsnog beperkt. Minder dan de helft van de consultants volgt regelmatig scholing op het terrein van de spirituele dimensie. De nadruk ligt daarbij op het volgen van cursussen en het bijwonen van casuïstiekbesprekingen. Ook hier is een grote diversiteit: cursussen worden soms zelf ontwikkeld, soms wordt er aangeschoven bij cursussen buiten het team en het volgen van cursussen is veelal niet verplicht. Een meerderheid van de respondenten vindt meer scholing van belang. De belangrijkste reden hiervoor lijkt te zijn dat het moeilijk is om een spirituele vraag op het spoor te komen.

Tot slot wordt binnen de PCT's het belang van meer aandacht voor de spirituele dimensie breed onderkend. Diverse teams hebben plannen en suggesties om de deskundigheid van consultants, zorgverleners en het consultatieteam op het terrein van de spirituele dimensie te bevorderen. Plannen en suggesties variëren van intern gebruik van eigen besluitvormingsmethoden, het vrijblijvend informeren van zorgverleners, het opzetten van een netwerk van geestelijk verzorgers in de 1e lijn en het doen van meer bedside-consultatie. Ook wordt door enkele respondenten de verwachting geuit dat de vorming van MBT's een positief effect zal hebben.

Discussie

In deze pilotstudie onderzochten we de organisatorische verankering van de spirituele dimensie in PCT's. De focus lag daarbij op de taakopvatting, organisatie en deskundigheidsbevordering. Daartoe werden de coördinatoren van de PCT's uitgenodigd om een vragenlijst in te vullen. Deze opzet is geschikt voor het beantwoorden van de uitgangsvraag maar kent ook beperkingen. Zo is onduidelijk in welke mate coördinatoren op de hoogte zijn van hoe andere consultants uit het team omgaan met de spirituele dimensie. Daarnaast blijft door de gekozen methode een kwalitatieve analyse van aandacht voor de spirituele dimensie bui-

Fig. 3. Vragenlijst spirituele dimensie en consultatieteams



ten beschouwing. Verder is de specificiteit en sensitiviteit van de pilotstudie beperkt doordat respondenten, ondanks de toelichting op de spirituele dimensie, mogelijk verschillende concepten van spiritualiteit hanteerden. Tot slot is de representativiteit van de pilot-studie beperkt door het kleine aantal respondenten (N=25) en de non-respons van acht PCT's.

De genoemde beperkingen van deze pilotstudie leiden ieder voor zich tot interessante verdiepingsmogelijkheden voor onderzoek. Vooral de representativiteit, specificiteit en sensitiviteit kunnen verder uitgewerkt worden. Daarnaast is een scherper beeld nodig van de criteria op basis waarvan een spirituele vraag aan welke zorgverlener doorgegeven wordt. Daarbij dient tevens de verhouding tussen de spirituele en de andere dimensies beter in kaart gebracht te worden. De resultaten van dergelijk onderzoek kunnen gerelateerd worden aan de jaarlijkse rapportages van de teams over de verleende consulten en de omgang met de spirituele dimensie. Daarnaast lijkt het ons van belang het perspectief van de geestelijk verzorger en die van de patiënt te betrekken in de verdere verankering van de spirituele dimensie binnen de PCT's.

Wat betreft de geestelijk verzorger dient de daadwerkelijke beschikbaarheid van geestelijk verzorgers in kaart gebracht te worden. Ook is het interessant geestelijk verzorgers te vragen hoe er volgens hen binnen de PCT's omgegaan wordt met de spirituele dimensie en hoe deze omgang verbeterd kan worden. Wat betreft de patiënt dienen de effecten en mogelijkheden van PCT's onderzocht te worden in relatie tot de spirituele ervaringen van de patiënt. Neemt de aandacht voor het patiëntperspectief af doordat de communicatie zich meer tussen professionals afspeelt? Of wordt de aandacht voor het patiëntperspectief juist bevorderd doordat zorgverleners elkaar stimuleren om aan te sluiten bij de beleving en autonomie van de patiënt? Hoe kan bevordering hiervan verankerd worden in de PCT-structuur? Tot slot is het interessant de effecten en mogelijkheden te onderzoeken van individuele consulents om consultvragers te begeleiden bij het 'inspireren' van de patiënt vanuit de inspiratiebronnen die de patiënt zelf aan draagt.

Op basis van de uitkomsten van deze pilotstudie willen we graag enkele aanbevelingen formuleren om de spirituele dimensie adequaat te verankeren binnen de consulentsdiensten. Daarbij hebben we ervoor gekozen de aanbevelingen zo veel mogelijk aan te laten sluiten op de discussie rondom de verdere professionalisering van de PCT's en op de VIKC-kwaliteitseisen voor consulentsdiensten. De aanbevelingen betreffen zowel de *scholing van consulents* als de *inbedding van de spirituele dimensie in de organisatie* van de consulentsdiensten. Middels deze aanbevelingen wil de Agora-werkgroep 'ethiek en spirituele zorg' een aanzet geven tot discussie over een meer pregnante inbedding van de spirituele dimensie binnen de PCT's.

Met betrekking tot *scholing van consulents* sluit de behoefte aan meer deskundigheid op het terrein van de spirituele dimensie aan op de criteria voor consultatievaardigheden zoals beschreven in het rapport 'Kwaliteitscriteria bekwaamheid van VIKC-consulents palliatieve zorg'¹⁹. Daarin wordt vermeld dat de consulent

eenmaal per twee jaar een door het IKC jaarlijks aangeboden training consultatievaardigheden volgt. Deze training is met name gericht op communicatieve vaardigheden en op de methodiek van palliatief redeneren. Een ander kwaliteitscriterium is dat consulenten ten minste acht uur per jaar geaccrediteerde nascholing over palliatieve zorg volgen. *Een eerste aanbeveling is dan ook om de behoefte aan meer aandacht voor de spirituele dimensie expliciet een plaats te geven binnen de training consultatievaardigheden en de nascholing van consulenten.*

Hoewel het TNO-rapport niet ingaat op inhoudelijke kwaliteitscriteria voor scholing, valt daar wel iets over te zeggen. De door diverse PCT's geuite moeilijkheid om een spirituele vraag op het spoor te komen, sluit aan op onderzoek waaruit blijkt dat een training in spirituele zorg met name gericht dient te zijn op kennis, houding en vaardigheden van de consulenten^{13, 23}. De consulent doet daarbij kennis op van mogelijke barrières in de spirituele zorg, leert open te staan voor de spirituele dimensie in consultvragen en oefent zich in het doorvragen naar de betekenis die situaties oproepen (het exploreren van de vraag achter de vraag). Het blijkt echter dat de kennis over goede geestelijke verzorging verbrokkeld is^{5, 14, 12} en dat de afbakening van geestelijke zorg ten aanzien van andere domeinen en religieuze overtuigingen aandacht behoeft¹⁸. *Een tweede aanbeveling is dan ook om de inhoudelijke kwaliteitseisen voor scholing te baseren op een centraal geleide inventarisatie van visies op wat goede geestelijke verzorging is.*

Met betrekking tot de *inbedding van de spirituele dimensie in de organisatie* van de consulentdiensten laat de pilotstudie zien dat de geestelijk verzorger als de belangrijkste expert gezien wordt op het terrein van de spirituele dimensie. Deze breed gesignaleerde expertise van de geestelijk verzorger sluit aan bij de gestelde kwaliteitscriteria omtrent de samenstelling, werkwijze en output van de consultatieteams¹⁹. In deze kwaliteitscriteria wordt aangegeven dat de geestelijk verzorger vast deel uitmaakt van de 2e schil en op afroep beschikbaar is. Daarnaast pleit het ministerie voor een voortrekkersrol van de geestelijk verzorger bij de integratie van zingeving- en levensvragen in de zorgverlening. *Een derde aanbeveling is dan ook dat de geestelijk verzorger een centrale rol krijgt bij de deskundigheidsbevordering van consulenten inzake de spirituele dimensie.*

Tot slot sluit de bevinding dat de meeste teams geen scherp onderscheid hanteren tussen de spirituele en aanverwante dimensies en de daarbij behorende expertise, aan op de breed gedragen opvatting dat de aandacht voor zingevingvraagstukken om een integrale aanpak van de verschillende disciplines vraagt^{22, 8, 15}. Daarbij is met name 'de combinatie van ervaring met de spirituele dimensie en de kennis van ziektebeelden' van belang voor een goede begeleiding¹². Binnen het verlenen van goede zorg dient de samenwerking en integratie van de verschillende dimensies centraal te staan¹. *Een vierde aanbeveling is dan ook om de beoogde deskundigheidsbevordering te integreren met en af te stemmen op de expertise van de andere disciplines binnen de PCT's.*

Literatuur

1. Agora-werkgroep 'ethiek en spirituele zorg'. Visiedocument: Spirituele zorg; Verbindende schakel in palliatieve zorg. Bunnik, 2010.
2. Ansink A. Standpunt VIKC – Positionering van de VIKC in de palliatieve zorg. Brief aan de collega's palliatieve zorg, april 2010.
3. Brandt H. Palliative care in Dutch nursing homes. Amsterdam: VU Medisch Centrum, 2007.
4. Brandt H., Francke A.L., Pasman H.R.W., Claessen S.J.J., Van der Putten M.J.A., Deliens L. Indicatoren voor Palliatieve Zorg. Ontwikkeling en toetsing van een set kwaliteits-indicatoren voor de palliatieve zorgverlening. Utrecht: NIVEL, 2009.
5. Buchum-van de Scheur G.G., Cusveller B.S., Jochemsen H. Spiritualiteit en spirituele zorg. Een literatuuroverzicht, Nederlands Tijdschrift voor Palliatieve Zorg, 5e jaargang, nummer 2, 2004.
6. Emblen J.D. and Halstead L. Spiritual needs and interventions: comparing the views of patients, nurses, and chaplains, Clin Nurse Spec 1993;7:175-82.
7. Groot M. Supporting patients and professionals in primary palliative care. Nijmegen: Radboud Universiteit, 2007.
8. Huizing W., Tromp T., Ubels G. Werken aan mentaal welbevinden. Vijf startpunten voor de zorgorganisatie. Actiz, 2009.
9. IKMN. Besluitvorming in de palliatieve fase. Integraal Kankercentrum Midden Nederland, 2005.
10. Jansen W.J.J., Koningswoud J. en Schreuder H. Een nationaal model voor de palliatieve zorg in Nederland. Discussiestuk gepresenteerd op een invitational conference op 4 september 2009.
11. Jansen W.J.J. MBT's pilots. Brief van de projectgroep MBT's aan de netwerkcoördinatoren, april 2010.
12. Klink A. Geestelijke verzorging buiten de AWBZ-instelling. Brief in reactie op de motie 31200-XVI, nr. 56. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2010.
13. Kuin A. and Deliens L. Spiritual issues in palliative care consultations in the Netherlands, Palliative medicine 2006;20:585-592.
14. 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. Agora, maart 2009.
15. Leget et al. Richtlijn Spirituele zorg. In: De Graeff A. et al. Palliatieve zorg. Richtlijnen voor de praktijk. VIKC, 2010.
16. Martsof D.S. and Mickley J.R. The concept of spirituality in nursing theories: different World-views and extent of focus, J Adv Nurs 1998;27:294-303.
17. Selman L. et al. The measurement of spirituality in palliative care and the content of tools validated cross-culturally: A systematic review. Journal of Pain and Symptom Management 2011, doi:10.1016/j.jpainsymman.2010.06.023.
18. Snoep-Van Vliet L. Geestelijke verzorging buiten de muren van de instelling, Tijdschrift Geestelijke Verzorging, 2009, 12e jaargang, nr.52.
19. TNO management consultants. Rapport: Consulendiensten Palliatieve zorg: meer eenduidigheid en kwaliteit. VIKC, maart 2010.
20. Van den Dool M. et al. (red). Kompas Psychosociale en Spirituele begeleiding. Op weg naar een open dialoog over de laatste levensfase. Stichting Stem, secretariaat van het transmuraal Netwerk, 2009.
21. Westert G.P., Van den Berg M.J., Zwakhals S.L.N., Heijink R., De Jong J.D., Verkleij H. (redactie). Zorgbalans 2010. De prestaties van de Nederlandse zorg. RIVM, 2010.

22. WHO. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines, 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2002.
23. Yardley S.J. et al. Improving training in spiritual care: a qualitative study exploring patient perceptions of professional educational requirements, *Palliative Medicine* 2009;23:601-607.