

E. Buelens & A. Dillen, Hoe doorverwijzen naar pastores in de ziekenhuiscontext, in Pastorale perspectieven 164 (2014) 3, 16-21.

HOE DOORVERWIJZEN NAAR PASTORES IN DE ZIEKENHUISCONTEXTO?

Over de voor- en nadelen van spirituele screening

Eva Buelens en Annemie Dillen

Eén van de vragen waar pastores en zorgverleners mee worstelen, is de vraag hoe zorgverleners snel en adequaat kunnen bepalen welke patiënten al dan niet bezocht moeten worden door de pastor. Met andere woorden: hoe kunnen zorgverleners te weten komen wie gespecialiseerde spirituele zorg wenst of behoeft? Gezien pastores doorgaans met weinig zijn voor zeer veel patiënten, hebben zij niet de tijd om bij elke patiënt langs te gaan en moeten ze in de mogelijkheid worden gesteld om prioriteiten te stellen.

A. huidige manier van selecteren van patiënten

Laten we eerst de huidige situatie in kaart brengen: Hoe worden patiënten in algemene ziekenhuizen in Vlaanderen en Nederland vandaag bereikt door pastores? We focussen ons daarbij op het eerste contact tussen pastor en patiënt.

Op vraag van patiënt of familie

De patiënt krijgt in vele ziekenhuizen uitleg over de pastorale dienst en de wijze waarop men hen kan bereiken. Dit kan via een folder die wordt rondgedeeld of via een paragraaf in de

onthaalbrochure van het ziekenhuis. Patiënten en hun naasten kunnen dan op eender welk moment tijdens het verblijf in het ziekenhuis vragen naar de pastor. Sommigen vragen een gesprek, anderen vragen om een ritueel of sacrament.

Veelal moeten patiënten bij opname een formulier invullen waarin onder meer de vragen 'heeft u een bepaald geloof of levensbeschouwing', 'wat is uw levensovertuiging?' of 'wilt u een bezoek van de pastor/geestelijk verzorger?' opgenomen zijn. Het gebruik van uitsluitend deze vragen om de mogelijke meerwaarde van de spirituele zorg voor de patiënt te bepalen, is om meerdere redenen problematisch. Ten eerste lijkt er daarmee een spirituele nood verondersteld te worden omdat iemand aangeeft lid te zijn van een religieuze gemeenschap. Ten tweede zeggen mensen zelden dat ze behoefte hebben aan ondersteuning door de pastor. De drempel ligt hier hoog. Zo expliciteren mensen ook zelden dat ze ondersteuning wensen van een maatschappelijk werker, een psycholoog, ... Patiënten blijken vaak angst te hebben om bestempeld te worden als 'mentaal ziek' wanneer zij beroep wensen te doen op psychosociale ondersteuning.

Doorverw

Naast de g
digen, art
andere zor
pastor. Pas
andere zor
of religieu
patiënten.
primaire zc
verleners <

KENMEI

1. De pi
geva
2. De p
onve
3. De p
jong
4. De p
dan i
5. Er is i
of de
6. De p
na er
7. De p
na g

VRAAG

1. De r
Exp
verz
2. De p
leve

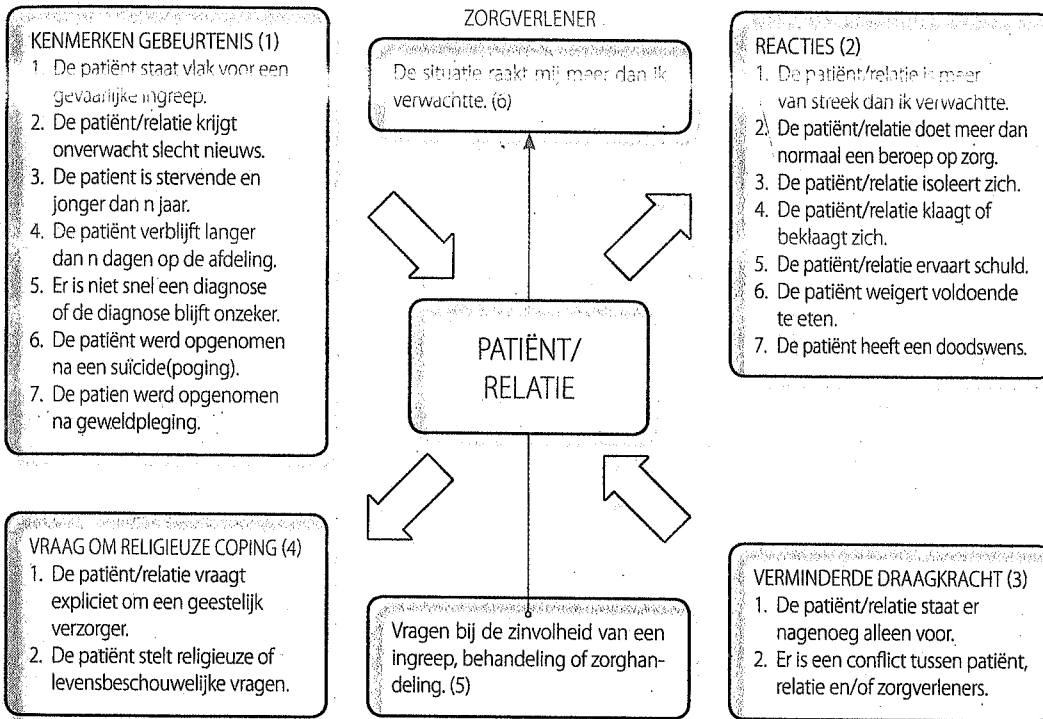
Ook Fogg
de redene
naar de p
werd zev
wie de p
onderzoe
procent v
naasten v
steun of p

Doorverwijzing door andere zorgverleners

Naast de genoemde invulvragen, zijn er ook verpleegkundigen, artsen, psychologen, maatschappelijk werkers of andere zorgverleners die patiënten doorverwijzen naar de pastor. Pastores zijn dus aangewezen op de inschatting van andere zorgverleners om hen te informeren over de spirituele of religieuze vragen, noden en beleving van de aanwezige patiënten. Ze doen beroep op de 'ogen en de oren' van de primaire zorgverleners op de afdeling. Het betreft dan zorgverleners die aandacht hebben voor de psychosociale en

spirituele noden, de spirituele beleving van een patiënt of een gebeurtenis die de grond onder de voeten van patiënt en/of zijn/haar familie weghaalt.

Laatstgenoemde triggers zijn slechts enkele van de argumenten die zorgverleners gebruiken om door te verwijzen naar de pastor. Hanrath en Serré (2007) brachten, via *community based action research*, interviews en het analyseren van praktijkberichten, de verschillende indicaties in beeld die zorgverleners van een intensive-care afdeling in Maastricht gebruikten.



Ook Fogg, Flannely, Weaver en Handzo (2004) onderzochten de redenen die werden opgegeven voor een doorverwijzing naar de pastor. In een voorstedelijk ziekenhuis in New York werd zeven jaar lang opgetekend om welke reden en door wie de pastor werd opgeroepen. Nadien groepeerden de onderzoekers de verschillende opgegeven redenen. 12,18 procent van de oproepen werd gedaan omdat patiënten of naasten vroegen om de pastor te spreken. Ook de vraag om steun of pastorale zorg en de angst van een patiënt/de naaste

angstig, bleken vaak aanleiding te geven tot een doorverwijzing. Andere redenen waren, in volgorde van belangrijkheid: miskraam/dodgeboorte, depressie, stervende of terminaal ziek, een overlijden of verlies, eenzaamheid, overlijden, verdrietig of ontgaan, boos of zijn/haar beklag aan het doen, een moeilijke beslissing, gevraagd om een religieus voorwerp of ritueel, om te verdedigen of assisteren, pijn, voor of na een operatie en tot slot suïcidedgedachten. In de categorie 'andere' brengen de onderzoekers nog redenen onder als de

crisisinterventie, omgaan met gezinsproblemen, het delen van goed nieuws en de vraag van andere zorgverleners om gehospitaliseerde familie of vrienden te bezoeken.

Galek, Flannely, Koenig en Fogg (2007) lijsten ten slotte 15 situaties op van potentiële redenen om door te verwijzen naar een pastor. Daarbij baseren ze zich onder andere op het hier boven beschreven onderzoek. Ze groeperen de verschillende items in vier factoren: 'betekenis, verlies en dood', zaken in verband met de behandeling, 'pijn en depressie' en ten slotte 'angst en woede'.

Wanneer we de indicaties of redenen om door te verwijzen naar de pastorale dienst uit verschillende studies samenbrengen, komen we tot onderstaand schema. We willen benadrukken dat deze indicaties niet mogen gebruikt worden als een soort algoritme. Het is niet zo dat wanneer een patiënt of de naasten situatie x meemaken of op manier y reageren, dat de pastor er hoe dan ook moet bijgeroepen worden. Er blijft een inschatting, een eigen inzicht een aanvoelen nodig van de zorgverleners. Daarenboven willen niet alle patiënten dat de pastor hen opzoekt.

Table 1. Factor analysis of the potential reasons for referring patients to chaplains

Factor/Item	Factor loadings	Cronbach's
Meaning, Loss, and Death		0.89
Has a pregnancy loss	0.69	
Expresses feelings of grief or loss	0.81	
Questions the meaning of life	0.82	
Is facing impending death	0.79	
Expresses feelings of guilt	0.69	
Treatment Issues		0.89
Has difficulty with treatment decisions	0.75	
Has an unanticipated adverse outcome	0.72	
Is noncompliant with the treatment plan	0.81	
Has a new diagnosis or change in diagnosis	0.75	
Pain and Depression		0.87
Expresses sadness or loneliness	0.72	
Is in serious pain	0.70	
Is crying or upset	0.73	
Anxiety and Anger		0.90
Is exhibiting anxiety or agitation	0.67	
Is angry or complaining	0.68	

De mate waarin een zorgverlener geneigd is om door te verwijzen naar pastores hangt, aldus een onderzoek uit de VS, ondermeer samen met de mate van zelf-gerapporteerde religiositeit of spiritualiteit (Galek et al., 2007; Vanderwerker, 2008). Daarnaast is het belangrijk dat zorgverleners de natuur van het pastorale werk verstaan, begrijpen waar hij/zij voor staat. Ook het al dan niet aanwezige vertrouwen in de capaciteiten van de pastor en de persoonlijke relatie met de pastor zullen een rol spelen. De persoonlijke relatie die de pastor en de zorgverlener opbouwen, is gelinkt aan de karaktereigenschappen en de professionaliteit van de pastor: "Is de geestelijk verzorger rustig, fijngevoelig, een goede communicator,

collegiaal?" (Hanrath & Serré, 2007, p. 6). Heeft men eerdere, positieve ervaringen met een begeleiding en krijgen zorgverleners via de patiënten goede feedback over het gesprek/het ritueel of de wijze van aanwezig zijn? Ook de frequentie en het aantal contacten speelt een rol: "Pas wanneer er voldoende contacten zijn geweest tussen de geestelijk verzorger en de zorgverlener kan deze laatste inschatten wat voor iemand de geestelijk verzorger is. Zo kan er na verloop van tijd voldoende vertrouwen zijn opgebouwd. De relatie tussen de geestelijk verzorger en de patiënt blijkt vanuit het perspectief van de verpleegkundige te intiem om er een 'wildvreemde' op los te laten" (Hanrath & Serré, 2007, p. 6).

De toevallige ontmoeting

De toevallige ontmoeting is een derde manier waarop pastores bij patiënten terecht komen. Sommige pastores zullen relatief systematisch de verschillende kamers binnengaan en zich voorstellen. Als patiënten open staan voor bezoek, kan er een gesprek ontstaan en soms volgt daarop een langdurige begeleiding. Ook gebeurt het dat men een gesprek aanknoopt met iemand die samen op de kamer ligt met een patiënt die reeds ondersteund wordt door de pastor.

Tussentijds besluit

Discussies over de spiritualiteit van een patiënt en zijn/haar spirituele noden hangen dus vaak af van de al dan niet aanwezige aandacht van andere zorgverleners voor holistische zorg, de relatie met de pastor, de antwoorden van patiënten op het formulier of toevallige ontmoetingen. Spirituele beleving zou echter meer systematisch in kaart moeten gebracht worden om zo een continue pastorale zorg te kunnen bieden aan elkeen met een sterke spirituele beleving.

B. Spirituele screening

Om deze problematiek gedeeltelijk te ondervangen werd in Nederland gestart met het opstellen van een scorelijst om zo te screenen naar de spirituele beleving van patiënten. Spirituele screening is een vorm van anamnese die gericht is op het vergaren van kennis over levensbeschouwelijke en spirituele vragen van mensen. Door gebruik te maken van spirituele screening, vindt een snelle 'triage' plaats om die patiënten te selecteren waarbij levensbeschouwelijke zorg geïndiceerd zou zijn. *Spirituele screening* heeft dus tot doel de communicatie omtrent spirituele zorg te bevorderen en de verwijzing naar de pastorale dienst te faciliteren.

“De spirituele screening heeft dus noch tot doel andere vormen van doorverwijzing te vervangen, noch een strikt en automatisch proces te introduceren. Screening wil complementair zijn met doorverwijzing gebaseerd op intuïtie, gesprek en externe triggers.”

Screening is daarbij slechts een momentopname in het traject dat patiënten in de zorg doorlopen. De manier waarop mensen met spirituele thema's bezig zijn varieert afhankelijk van de omstandigheden. Er zijn dan ook nog tal van andere beslismomenten voor inschakeling van spirituele en andere ondersteuning waarbij vooral de rol van observatie en gesprek door basiszorgverleners van belang is. De *spirituele screening* heeft dus noch tot doel andere vormen van doorverwijzing te vervangen, noch een strikt en automatisch proces te introduceren. *Screening* wil complementair zijn met doorverwijzing gebaseerd op intuïtie, gesprek en externe triggers. *Screening* wil geen passiviteit en objectieve vaststelling promoten maar net taal en ruimte bieden om spiritualiteit ter sprake te brengen.

Indien spirituele zorg aangewezen is, kan de pastor een spirituele anamnese of assessment verrichten en zo het gestarte traject verder zetten.

C. Positieve bijdrage van spirituele screening aan de zorg

Spirituele screening kan, indien correct gebruikt, een meerwaarde betekenen voor de zorg. Zo is er een meer correcte en transparante doorverwijzing mogelijk. Er is meer zekerheid dat, indien gewenst, er wordt doorverwezen naar gespecialiseerde spirituele zorg. Patiënten zijn minder afhankelijk van casuele omstandigheden. Zorgverleners krijgen een duidelijker antwoord op de vraag wanneer ze moeten doorverwijzen naar de pastor. Er wordt met andere woorden een valide indicatie aangereikt om beroep te doen op de pastor.

Screening kan er ook toe bijdragen dat zorgverleners de nood aan spirituele ondersteuning sneller zien, eerstelijnszorg bieden en de identiteit en taak van een pastor beter begrijpen. Bovendien biedt het ook de mogelijkheid om zorgverleners taal te geven omtrent spiritualiteit: ze worden betere toegerust in het gesprek met de patiënt en de pastor. Dit alles kan op zijn beurt bijdragen tot een verbeterde interdisciplinaire samenwerking en communicatie omtrent de spiritualiteit als deel van holistische zorg.

Pastores besteden ook minder tijd aan het vinden van patiënten die baat zouden kunnen hebben bij een gesprek of ritueel. Bovendien kan *spirituele screening* helpen om prioriteiten te stellen indien nodig, de zogenoemde triage. De prioriteit hangt af van de situatie, gebeurtenis of score die

de vraag naar de pastor triggerde. Ledbetter (2008, p. 368) maakt hier het onderscheid tussen interne en externe trigger. Externe triggers zijn gelinkt aan bepaalde situaties zoals een doodgeboorte, een (naderend) overlijden, slecht nieuws of een orgaandonatie. Ook de vraag van de patiënt, familie, of de doorverwijzing door andere zorgverleners worden gezien als externe triggers. Veelal betreffen deze triggers een urgente nood die prioriteit verdient en die de pastor zo snel als mogelijk moet opnemen. De scores van patiënten op de screening zijn dan interne triggers voor de pastor. Afhankelijk van het screeningsinstrument vertelt het iets over de distress, de copingsbronnen van patiënten, het aantal en de aard van de noden en/of de spirituele zelfbeleving van de patiënt. Ook hier kan de pastor dan, op basis van de score, beslissen om bepaalde patiënten hoger op zijn/haar lijstje met 'te bezoeken patiënten' te plaatsen. Ten slotte is het ook belangrijk als pastor om mee te nemen dat sommige patiënten, ondanks een hoge score, urgente situatie of doorverwijzing, geen ondersteuning van hem/haar willen ontvangen.

Momenteel is er weinig eenstemmigheid onder pastores omtrent indicaties om door te verwijzen. Het ontwikkelen en implementeren van een vragenlijst die gehanteerd wordt als spirituele screening, zou kunnen bijdragen aan het ontstaan van een professionele consensus over doelen en procedures van verwijzing. Om dit positief gevolg van het opstellen van spirituele screening, te verwezenlijken, is het wel van groot belang om recht te doen aan de aanwezige visie op de identiteit en de taak van de pastor die leeft. Immers, de vragen die men stelt om door te verwijzen naar een pastor, vertellen veel over wat men denkt dat hij/zij kan betekenen voor de patiënt.

“Idealiter zou de screening meermaals tijdens de opname afgenomen worden gezien spirituele noden en beleving van patiënten ook veranderen.”

Naast de hulp bij selectie, biedt *spirituele screening* ook de mogelijkheid om de mate van spirituele beleving bij patiënten te documenteren en de eigenheid van de pastorale zorg inzichtelijk te maken. Dit wordt steeds belangrijker in de zorgsector waar men de eigen bijdrage van pastores, zowel aan het management als aan andere disciplines, moet onderbouwen

en expliciteren. *Spirituele screening* kan pastores helpen om hun rol in het herstel van patiënten zichtbaarder te maken.

D. Mogelijke barrières

Spirituele screening kan een hulpmiddel zijn in het selecteren van patiënten maar is, om verschillende redenen, niet heiligmakend. Ten eerste vindt dergelijke *screening* veelal enkel plaats in het begin van de opname. Idealiter zou deze meermaals tijdens de opname afgenomen worden gezien spirituele noden en beleving van patiënten ook veranderen. Ten tweede wordt familie niet bevraagd via *spirituele screening*. Zij staan aan de zijlijn, moeten soms machteloos toekijken en ook zij kunnen worstelen met hun spiritualiteit. Met het invoeren van *spirituele screening* bestaat het risico dat zorgverleners denken 'in orde' te zijn vanaf het moment dat ze de vragenlijst hebben afgenomen. Familie, burens of vrienden kunnen echter minstens evenveel of meer baat hebben bij aandacht en spirituele zorg van zorgverleners of pastores. Een derde nadeel is het feit dat bepaalde patiëntengroepen, zoals dementerenden of patiënten met een verminderd bewustzijn, niet bereikt kunnen worden via *spirituele screening*.

Ook de verpleegkundige zelf, die de *spirituele screening* afneemt bij patiënten, kan op enkele moeilijkheden stuiten. Onzekerheid over zijn/haar rol met betrekking tot het verlenen van spirituele zorg, onzekerheid over de eigen spiritualiteit en/of onduidelijkheid over de definitie van spiritualiteit.

Bij pastores ten slotte zal het gebruik van *spirituele screening* ook vaak op weerstand stuiten. 'Screening' suggereert een vragenlijst die gericht is op problematieken en noden van patiënten en lijkt daarmee haaks te staan op de holistische, pastorale benadering die een empathische nabijheid centraal stelt. Er is de vrees dat *spirituele screening* de patiënt en zijn/haar verhaal reduceert tot het antwoord op enkele standaardvragen. Zo gaven Canadese pastores (O'Connor, 2005, p. 104) aan dat dergelijke manier van werken niet de persoon of de relatie centraal stelt maar 'een patiënt'. Het zou te theoretisch zijn en doet geen recht aan het levensverhaal en de ziektebeleving van de persoon. Toch is deze sceptische houding van pastores, aldus Bach (2000, p. 42), ook "gerechtvaardigd, en zelfs noodzakelijk als weerstand tegen de massieve technologisering in de gezondheidszorg. De patiënt wordt daarin gereduceerd tot onderzoeksobject, tot ding waaraan gewerkt, 'gesleuteld' moet worden op grond van diagnostische gegevens".

“De reserves en gezonde weerstand ten aanzien van zorgstandaardisering in het algemeen en spirituele screening in het bijzonder, hoeven echter niet te resulteren in het overboord gooien van de ontwikkeling van spirituele screening.”

De reserves en gezonde weerstand ten aanzien van zorgstandaardisering in het algemeen en *spirituele screening* in het bijzonder, hoeven echter niet te resulteren in het overboord gooien van de ontwikkeling van *spirituele screening*. Wél moeten we de mogelijke nadelen die spirituele screening met zich meebrengt, erkennen en counteren. Verschillende partners in Nederland en Vlaanderen zijn momenteel bezig met verder onderzoek en implementatie van screeningsinstrumenten. In een latere fase berichten we hier verder over.

Over de auteurs

Eva Buelens werkt als wetenschappelijk medewerker aan de Faculteit Theologie en Religiewetenschappen (KU Leuven).
E-mail: Eva.Buelens@theo.kuleuven.be

Annemie Dillen is hoofddocent pastoraaltheologie en empirische theologie aan de faculteit Theologie en religiewetenschappen aan de KU Leuven.
E-mail: annemie.dillen@theo.kuleuven.be

Verder lezen

Bach, G.J., *Levensbeschouwelijke diagnose onder diagnose* in Bouter, J., *Met meer dan hart en ziel. Levensbeschouwelijke diagnostiek, geestelijke zorgverlening en context*, Gorinchem, Ekklesia, 2000.

Fitchett, G., Meyer, P., & Burton, L.A., *Spiritual Care. Who Requests it? Who Needs it?*, in *The Journal of Pastoral Care* 54 (2000) 173-186.

Fogg, S.L., Weaver, A.J., Flannelly, K.J., & Handzo, G.F., *An Analysis of Referrals to Chaplains in a Community Hospital in New York over a seven-year Period*, in *The Journal of Pastoral Care and Counseling* 58/3 (2004) 225-235

Galek, K., Flannelly, K.J., Koenig & Fogg, S.L., *Referrals to Chaplains. The Role of Religion and Spirituality in Healthcare Settings*, in *Mental Health, Religion & Culture* 10/4 (2007) 363-377

Hanrath, T. & Serré, J., *Indicatie of intuïtie voor geestelijke zorgverlening*, in *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 10/ 43 (2007) 2-10

Ledbetter, T., *Screening for pastoral visitations using the Clinical + Coping Score*, in *The Journal of Pastoral Care and Counseling*, 62/4 (2008) 367-373

O'Connor, T.S. et al., *Not well known, used little and needed. Canadian Chaplains Experiences of Published Spiritual Assessment Tools*, in *J Pastoral Care & Counseling* 59 (2005)97-107.

Smeets, W., *Het spirituele aspect in het detecteren van psychosociale behoeften in de oncologische praktijk*, in *Psyche en geloof* 21/3 (2010) 178-195.

Vanderwerker, L.C. et al., *What Do Chaplains Really Do? III. Referrals in the New York Chaplaincy Study*, in *Journal of Health Care Chaplaincy* 14/1 (2008) 57 – 73, p. 69.

Winter-Pfändler U., & Morgenthaler, C., *Who Needs Chaplain's Visitation in General Hospitals? Assessing Patients with Psychosocial and Religious Needs*, in *Journal Pastoral Care Counsel* 65/1-2 (2011) 2,1-9.