“Even terug naar de basis”

Geestelijk verzorgers en andere zorgprofessionals over de rol van geestelijk verzorgers in multidisciplinaire overleggen in universitaire medische centra

Afbeelding 1: Samenwerking (Pixabay z.d.)

Els Terpstra, S1093074[1]

Scriptiebegeleider: dr. Michael Scherer-Rath

17466 woorden

22 november 2024

Scriptie ter verkrijgen van de graad “Master of arts” in de theologie en religiewetenschappen Radboud Universiteit Nijmegen

[1] De titel is gebaseerd op een citaat van participant drie (P143).

Verklaring van eigen werk

Hierbij verklaar en verzeker ik, Els Terpstra, dat voorliggende eindwerkstuk getiteld ‘Even terug naar de basis’, zelfstandig door mij is opgesteld, dat geen andere bronnen en hulpmiddelen dan die door mij zijn vermeld zijn gebruikt en dat de passages in het werk waarvan de woordelijke inhoud of betekenis uit andere werken – ook elektronische media – is genomen door bronvermelding als ontlening kenbaar gemaakt worden.

Els Terpstra

Deventer, 22 november 2024

Samenvatting

De rol van geestelijk verzorgers wordt onvoldoende benut en blijft vaak onbegrepen. Dit vraagstuk is zichtbaar in multidisciplinaire overleggen (MDO's), waar ieder binnen de eigen discipline blijft en kennisbijdragen verwoord naar andere disciplines. Middels half-gestructureerde interviews wordt inzicht geboden in rolopvattingen van geestelijk verzorgers (roldragers) en rolverwachtingen van zorgprofessionals van andere disciplines (rolzenders) van geestelijk verzorgers in MDO's. Concluderend vatten roldragers hun rol in MDO's op als: zoeken naar evenwicht, nieuwe informatie en patiëntcontact opdoen, doorbreken van beeldvorming van naaste en patiënt, vertegenwoordigen van patiënt en domein en kennis delen; rolzenders verwachten van geestelijk verzorgers in MDO's dat zij de vierde dimensie van palliatieve zorg vertegenwoordigen en dat zij een ander soort rol of triage rol vervullen.

Inhoud

1. Inleiding 6

1.1 Aanleiding 6

1.2 Doelstelling 7

1.3 Vraagstelling 7

1.4 Leeswijzer 8

2. Multidisciplinariteit als concept binnen de gezondheidszorg 9

2.1 Vormen van samenwerking in de gezondheidszorg 9

2.2 Definiëring concept multidisciplinariteit 11

2.3 Discipline van de geestelijke verzorging 13

2.4 Positie van geestelijke verzorging binnen modellen van gezondheid 17

2.5 Interpretaties van ‘de vrijplaats’ 20

3. Roltheorie 22

3.1 Organisatorische roltheorie 22

3.2 Professionaliteit en denominatieve identiteit geestelijk verzorgers 23

4. Methodische benaderingen 25

4.1 Verantwoording methodes dataverzameling en -analyse 25

4.2 Kwaliteitswaarborging 28

4.3 Operationalisering centrale begrippen 29

4.4 Vragenlijsten en interviews 39

4.5 Het veldwerk 39

4.6 Ethische kwesties en datamanagement 40

5. Onderzoeksresultaten 41

5.1 Deelvraag één 41

5.2 Deelvraag twee 49

6. Conclusie 55

6.1 Beantwoording deelvragen en onderzoeksvraag 55
6.2 Discussie onderzoeksresultaten 57
7. Reflectie 60
7.1 Methodische reflectie op het onderzoek 60
7.1 Reflectie op functioneren als onderzoekster 63
Bibliografie 64
Bijlage 1: Transcriptie interview participant één 69
Bijlage 2: Transcriptie interview participant twee 107
Bijlage 3: Transcriptie interview participant drie 144
Bijlage 4: Transcriptie interview participant vier 171
Bijlage 5: Transcriptie interview participant vijf 200
Bijlage 6: Transcriptie interview participant zes 220
Bijlage 7: Vragenlijst geestelijk verzorgers 244
Bijlage 8: Vragenlijst zorgprofessionals van andere disciplines 248

Figuren- en tabellenlijst

Figuur 1: Samenwerkingen in de zorg 29
Figuur 2: Rafelen en rasteren van het begrip ‘multidisciplinaire overleggen’ 31
Figuur 3: Benaderingen binnen de roltheorie 32
Figuur 4: Rafelen en rasteren van het begrip ‘rollen’ 33
Figuur 5: Conceptueel model MDO’s en rollen 34

Tabel 1: Codeboek van het begrip multidisciplinaire overleggen 37
Tabel 2: Codeboek van het begrip rol 38
Tabel 3: Relevante kenmerken participanten één, twee en vier 41
Tabel 4: Relevante kenmerken participanten drie, vijf en zes 49

1. Inleiding

Dit hoofdstuk is als volgt opgebouwd. Eerst omschrijf ik de aanleiding, vervolgens presenteer ik de doel- en vraagstelling, tenslotte beschrijf ik hoe deze masterscriptie is gestructureerd.

1.1 Aanleiding

De toekomst van geestelijke verzorging ligt in de integratie van de discipline in de gezondheidszorg. Dit blijkt ook uit literatuur over de toekomst van geestelijke verzorging (Timmins et al. 2018, 101; Schilderman 2012, 9; Walton 2011, 24; Cobb, Puchalski, en Rumbold 2012, 492). Integratie van geestelijke verzorging in de zorg is essentieel omdat het postieve effecten heeft op zorgteams en leidt tot kwalitatief betere zorg (Timmins et al. 2018, 102; Kruizinga et al. 2022, 5; Cunningham et al. 2017, 1231). Anderzijds zorgt spiritualiteit, behorende tot het vakgebied van geestelijk verzorgers, voor hoop, positieve gezondheidsuitkomsten en humanisering van zorg (Williams 2008, 14; Cobb, Puchalski, en Rumbold 2014, viii; Sheldrake 2013, 214).[2]

Het vraagstuk dat bij integratie van geestelijke verzorging in de zorg centraal staat is dat de rol van geestelijk verzorgers onbegrepen of niet volledig benut wordt (Timmins et al. 2018, 101).[3] Dit laatste gebeurt niet zelden door werkwijzen uit de eigen discipline, zoals het gebruik van jargon door geestelijk verzorgers en diens terughoudendheid met het delen van informatie over de patiënt met zorgteams (Damen et al. 2020, 98; Van Meurs et al. 2023, 1, 7-8).

Mijn inziens is dit vraagstuk met name zichtbaar in multidisciplinaire overleggen (MDO's). In deze overleggen wisselen geestelijk verzorgers en zorgprofessionals van andere disciplines informatie uit voor de patiënt, waarbij ze enerzijds binnen hun eigen discipline blijven en anderzijds hun kennisbijdragen moeten verwoorden naar zorgprofessionals van andere disciplines (Chamberlain-Salaun, Mills, en Usher 2013, 71; Choi en Pak 2006, 359). Voor goede zorg en samenwerking is het belangrijk elkaars rol te begrijpen en de eigen rol te benutten.

[2] Hoewel het duidelijk is dat er een relatie bestaat tussen spiritualiteit en gezondheidsuitkomsten, blijft het lastig om causale verbanden aan te tonen omdat niet elk gedrag van een persoon door spiritualiteit komt en psychosociale en biologische factoren ook een rol spelen (Mueller, Plevak, en Rummans 2001, 1232)
[3] Rol definieer ik in dit onderzoek als: "Een samenhangend geheel van rolverwachtingen voor, rolopvattingen van, rolanticipatie voor/van, en rolgedragingen van een individu." (Visser et al. 1983, 30)

In onderzoeken van Van Meurs et al. (2023) en Timmins et al. (2018) over de rol van geestelijk verzorgers blijft onduidelijk hoe geestelijk verzorgers hun rolopvatting in MDO's omschrijven en hoe zorgprofessionals van andere disciplines de rolverwachting van geestelijk verzorgers in MDO's verwoorden.[4] Dit onderzoek gaat daarop in door aandacht te besteden aan de roldragers (geestelijk verzorgers) en rolzenders (zorgprofessionals van andere disciplines) en respectievelijk hun rolopvattingen en -verwachtingen over geestelijk verzorgers binnen MDO's.[5] Dit doe ik in de werkcontext van verschillende universitair medisch centra (UMC's), in Nederland omdat deze centra over Nederland verspreid liggen en zo een groot deel van de Nederlandse context wordt meegenomen. Daarnaast hebben UMC's te maken met complexe zorg, wat vraagt om multidisciplinaire samenwerking (UMC Utrecht 2024), middels MDO's.

1.2 Doelstelling

De doelstelling van dit onderzoek vloeit voort uit bovenstaande aanleiding en luidt: inzicht verwerven in de rolopvattingen van geestelijk verzorgers in MDO's en in de rolverwachtingen van zorgprofessionals van andere disciplines van geestelijk verzorgers in MDO's door semigestructureerde interviews. Hiermee biedt dit onderzoek empirisch inzicht in de rolopvatting van geestelijk en in de eventuele herkenning van het eerdergenoemde vraagstuk dat Timmins et al. (2018, 101); Damen et al. (2020, 98); Van Meurs et al. (2023, 1, 7-8) noemen. Ook brengt het in kaart wat zorgprofessionals van andere disciplines verwachten van een geestelijk verzorger in een MDO.

1.3 Vraagstelling

Eerdergenoemde doelstelling leidt tot de volgende onderzoeksvragen:

Met welke vraagstukken over hun rol worden geestelijk verzorgers geconfronteerd in multidisciplinaire overleggen in universitaire medische centra in Nederland?

1. Hoe definiëren en ervaren geestelijk verzorgers hun rol in multidisciplinaire overleggen?

[4] Rolverwachting duid ik als: "… datgene wat een individu volgens tenminste één ander individu in een bepaalde rolsituatie behoort te doen of te laten." (Visser et al. 1983, 30) Onder rolopvatting versta ik: "… datgene wat een individu volgens zichzelf in een bepaalde rolsituatie behoort te doen of laten." (Visser et al. 1983, 30) In paragraaf 3.1 ga ik verder op rolverwachtingen en -opvattingen in.

[5] Hoewel rolverwachtingen een gedragscomponent bevatten en in mijn definitie van rol ook gedrag naar voren komt, komt gedrag in dit onderzoek alleen impliciet aan bod doordat participanten voorbeelden van gedrag kunnen noemen in de interviews wat geestelijk verzorgers behoren te doen of te laten. Het expliciet onderzoeken van rolgedrag van geestelijk verzorgers is een onderwerp voor vervolgonderzoek.

2. Hoe definiëren en ervaren zorgprofessionals van andere disciplines de rol van geestelijk verzorgers in multidisciplinaire overleggen?

Deze vraagstelling wordt beantwoord middels kwalitatief-empirisch onderzoek, aan de hand van half-gestructureerde interviews.

1.4 Leeswijzer

In hoofdstukken twee en drie bespreek ik respectievelijk theorie over multidisciplinariteit en rollen. Het empirisch onderzoek wordt beschreven in hoofdstuk vier. In hoofdstuk vijf presenteer ik de resultaten. Hoofdstuk zes bestaat uit beantwoording van de vraagstelling, discussie en aanbevelingen. In hoofdstuk zeven volgt mijn methodische reflectie en reflectie op mijn rol als onderzoekster.

2. Multidisciplinariteit als concept binnen de gezondheidszorg

In dit hoofdstuk leg ik de betekenis uit van het concept multidisciplinariteit middels een systematisch-analytische literatuurstudie, dat in hoofdstuk vier wordt uitgelegd. Allereerst bespreek ik verschillende vormen van samenwerking in de zorg, waarna ik het concept multidisciplinariteit definieer. Verder leg ik geestelijke verzorging en spiritualiteit uit in de context van vormen van samenwerking. Vervolgens benoem ik welke positie geestelijke verzorging heeft binnen modellen van gezondheid en bespreek ik welke professie aan het aanbod van geestelijke verzorging gekoppeld is. Tenslotte besteed ik aandacht aan interpretaties van 'de vrijplaats' van geestelijk verzorgers.

2.1 Vormen van samenwerking in de gezondheidszorg

In deze paragraaf wordt als eerste gezondheid en samenwerking gedefinieerd, waarna ik twee processen bespreek die een rol spelen bij samenwerking in de zorg. Ook bespreek ik welke termen voor samenwerking in de zorg in welke contexten worden gebruikt. Tenslotte verantwoord ik mijn keuze voor de term 'multidisciplinariteit'.

Hoewel er veel verschillende termen in omloop zijn om samenwerkingen in de gezondheidszorg aan te duiden – zoals inter-, multi-, uni- en transdisciplinariteit en multi- en interprofessioneel (Choi en Pak 2006, 351; Chamberlain-Salaun, Mills, en Usher 2013, 66; Martin et al. 2022, 765; Flores-Sandoval et al. 2021, 55) – hebben deze termen een gemene deler: samenwerking. Samenwerking in de zorg duid ik naar D'Amour et al. (2005) als: "… the idea of sharing and implies collective action oriented toward a common goal, in a spirit of harmony and trust, particularly in the context of health professionals." (D'Amour et al. 2005, 116)[6] Bij samenwerkingen in de zorg is het enerzijds belangrijk om zo goed mogelijk tegemoet te komen aan de behoeften van de patiënt, anderzijds is het van belang om samenwerking te bewerkstelligen die de perspectieven van diverse zorgprofessionals integreert en waarin er een omgeving van respect en vertrouwen in elkaar ontstaat (D'Amour et al. 2005, 127). Gezondheid definieer ik in dit onderzoek naar de preambule van de Wereldgezondheidsorganisatie

[6] Samenwerking bekijk ik in dit onderzoek louter vanuit het perspectief van zorgprofessionals van verschillende – niet verder gespecificeerde – disciplines omdat dit aansluit bij de doelstelling. Het perspectief van de patiënt in relatie tot samenwerking tussen zorgprofessionals kan onderzocht worden in vervolgonderzoek.

(WHO) als: "…as complete physical, mental and social well-being, not merely negatively as the absence of disease or infirmity." (Grad 2002, 981)

Bij het ontstaan van samenwerkingen in de zorg spelen grofweg drie processen een rol. Allereerst vergt samenwerken van de zorgprofessionals het doorbreken van het paradigma van de eigen discipline (D'Amour et al. 2005, 117). Elke zorgprofessional heeft vanuit eigen educatie een bepaald theoretisch raamwerk aangeleerd om van daaruit naar de cliënt te kijken, schrijven D'Amour et al. (2005, 117). Voor samenwerking is het nodig om het referentiekader van de eigen discipline te kunnen doorbreken (D'Amour et al. 2005, 117). Zo schreef psychiater Engel, geciteerd naar Chamberlain-Salaun, Mills, en Usher (2013, 66), dat om een meer holistisch model in de zorg te bereiken, de focus verschoven moest worden van de dokter die zorg verleent, naar een team van zorgprofessionals die zorg verlenen. Hall (2005, 190) sluit hierop aan door te schrijven dat waar artsen traditioneel gezien onafhankelijk leren werken in een competitief milieu, verpleegkundigen leren samen te werken in een team en daarbinnen informatie uit te wisselen. Verschillen in educatie lijkt hier dus een rol te spelen. Ten tweede spelen ook onderliggende processen mee in het al dan niet aangaan van samenwerkingen. Zo noemt Hall (2005, 190) dat waar artsen traditioneel gezien onafhankelijk leren werken in een competitief milieu, verpleegkundigen daarentegen samen leren te werken in een team en daarbinnen informatie uit te wisselen. D'Amour et al. (2005, 126) benoemen dat onder andere vertrouwen, wederzijdse afhankelijkheid en macht een rol kunnen spelen in het al dan niet aangaan van samenwerkingen. Ten derde hangt het uiteindelijke gebruik van een term voor samenwerkingen volgens Flores-Sandoval et al. (2021, 62) niet alleen af van inhoudelijke kwesties, maar spelen ook specifieke contexten zoals een klinische of educatieve setting mee en verschilt het gebruik van een term per land. Zo schrijven Chamberlain-Salaun, Mills, en Usher (2013, 66, 72) dat 'interprofessioneel' veel gebruikt wordt in educatieve contexten, 'multidisciplinariteit' wordt het vaakst in literatuur over zorgteams gehanteerd, en komt 'interdisciplinariteit' vooral voor in geriatrisch onderzoek vanuit de Verenigde Staten en in wordt Australische onderzoeken voornamelijk over 'multidisciplinariteit' geschreven.

In dit onderzoek hanteer ik de term multidisciplinariteit om twee redenen. Allereerst omdat in de Nederlandse zorgpraktijk multidisciplinariteit veel gebruikt wordt in relatie met professionele overlegstructuren. Daarnaast blijkt een meerderheid (53%) van de

ondervraagde geestelijk verzorgers in het onderzoek van Van Meurs en collega's (2023, 6) samenwerkingen aan te gaan die multidisciplinair van aard zijn.

2.2 Definiëring concept multidisciplinariteit

In deze paragraaf definieer ik het concept multidisciplinariteit. Eerst worden verschillende definities van multidisciplinariteit benoemd, waarna wordt beargumenteerd welke definitie in dit onderzoek wordt gehanteerd.

In de onderstaande alinea's wordt besproken wat volgens vier artikelen multidisciplinariteit inhoudt. In hoofdstuk vier wordt uitgelegd waarom voor deze artikelen is gekozen. Hierna volgt een beoordeling van elke definitie van multidisciplinariteit of toevoeging daarop. Ten eerste doen Choi en Pak (2006) in "Multidisciplinarity, Interdisciplinarity and Transdisciplinarity in Health Research, Services, Education and Policy" verslag van hun literatuurstudie over terminologie van samenwerkingen in de gezondheidszorg. Zij definiëren multidisciplinariteit, naar de Canadese onderzoekscommissie voor natuurwetenschappen en techniek (NSERC), als: "Multidisciplinarity draws on knowledge from different disciplines but stays within the boundaries of those fields." (Choi en Pak 2006, 359)[7] Samenvattend schrijven deze auteurs dat multidisciplinariteit enerzijds uitgaat van kennis van verschillende disciplines, anderzijds blijft deze kennis binnen de grenzen van deze disciplines. Ook vermelden de auteurs dat verschillende disciplines iets toevoegen aan het geheel, maar dat hun eigenheid herkenbaar blijft (Choi en Pak 2006, 359-360). Daarnaast verwijzen Flores-Sandoval et al. (2021, 60) in "Healthcare Teams and Patient-Related Terminology" naar Jessup (2007) die schrijft dat bij multidisciplinariteit elke zorgprofessional van een discipline de behoeften van de patiënt vanuit de eigen disciplinekaders bekijkt. Ook Martin et al. (2022, 770) beschrijven in "Healthcare Teams" bovenstaande elementen van multidisciplinariteit, zoals dat ieder een bijdrage levert vanuit diens eigen perspectief van de discipline (Martin et al. 2022, 770). In het laatste artikel "Terminology used to describe Health Care Teams" staat dat dat het voorvoegsel 'multi' in zorgteams verwijst naar "… team members from different disciplines working parallel to one another to treat clients." (Chamberlain-Salaun, Mills, en Usher 2013, 71) Het nieuwe wat deze auteurs toevoegen aan de definitie ten opzichte

[7] De website van de NSERC die Choi en Pak (2006) hiervoor hebben geraadpleegd, is niet meer beschikbaar.

van de bovenstaande artikelen is dat leden van multidisciplinaire teams informatie uitwisselen, maar niet altijd opvattingen delen (Chamberlain-Salaun, Mills, en Usher 2013, 71). Bovenstaande definities van multidisciplinariteit acht ik bruikbaar vanwege hun concreetheid, helderheid en openheid, toepasbaarheid op overleggen en omdat ze duidelijk maken voor wie disciplines samenwerken en wat hun gezamenlijke focus is.

Op basis van deze literatuurbespreking kom ik tot een keuze voor een definitie van multidisciplinariteit en van multidisciplinaire overleggen voor dit onderzoek en bespreek ik hoe ik omga met de beperkingen van de definitie. In dit onderzoek omschrijf ik multidisciplinariteit als: "Multidisciplinarity draws on knowledge from different disciplines but stays within the boundaries of those fields." (Choi en Pak 2006, 359) 'Multidisciplinaire overleggen' definieer ik met behulp van de eerdergenoemde vier artikelen als: overleggen waarin zorgprofessionals van verschillende disciplines samenwerken voor de patiënt door informatie uit te wisselen – maar niet per se opvattingen delen – en een bijdrage leveren door de behoeften van de patiënt vanuit de eigen kaders van de discipline te bekijken (Choi en Pak 2006; Flores-Sandoval et al. 2021; Chamberlain-Salaun, Mills, en Usher 2013; Martin et al. 2022). Er zitten voordelen en beperkingen aan deze definitie. Positief is dat het een compacte, makkelijk te gebruiken definitie is tijdens de interviews, daarnaast is deze definitie vermoedelijk toepasbaar op MDO's van diverse afdelingen, doordat open blijft welke disciplines precies met elkaar samenwerken. Een beperking van deze definitie vind ik dat de zorgcontext waarin MDO's zijn ingebed, bijvoorbeeld het vooroverleg, de nabespreking en de uitwerking ervan, doorverwijzingen of andere vormen van samenwerking die door een MDO ontstaan, buiten beeld blijven. Voor de interviews is belangrijk om te weten dat ik maar een specifiek deel van de zorg ga onderzoeken. De zorgcontext waarin MDO's zijn ingebed zie ik niet, alleen de opvattingen en verwachtingen, terwijl deze context ook de rol van geestelijk verzorgers in het MDO kan beïnvloeden, bijvoorbeeld omdat onderlinge verhoudingen kunnen zijn veranderd. Kortom, de resultaten van dit onderzoek geven een momentopname weer.

2.3 Discipline van de geestelijke verzorging

In deze paragraaf verantwoord ik eerst mijn keuze voor spiritualiteit om de discipline van de geestelijke verzorging aan te duiden. Vervolgens wordt de term spiritualiteit middels een systematisch-analytische literatuurstudie ontrafeld.[8]

Er zijn veel termen in omloop om de discipline van de geestelijke verzorging aan te duiden.[9] Middels twee uitgangspunten kom ik tot een definitie. Mijn eerste uitgangspunt is de definitie van geestelijke verzorging van de Vereniging van Geestelijk VerZorgers (2016, 5) (VGVZ) omdat zij de werkzaamheden van geestelijk verzorgers verwoordt voor diverse betrokkenen – zowel voor binnen als buiten de eigen discipline. Volgens de VGVZ is geestelijke verzorging "… professionele begeleiding, hulpverlening en advisering bij zingeving en levensbeschouwing." (Vereniging van Geestelijk VerZorgers 2016, 10) Deze twee hoofdtermen hebben een existentiële, spirituele, ethische en esthetische dimensie (Vereniging van Geestelijk VerZorgers 2016, 10). De VGVZ ziet spiritualiteit dus als een onderdeel van geestelijke verzorging. Het tweede uitgangspunt is dat de term ingebed dient te zijn in literatuur over de integratie van geestelijke verzorging in de gezondheidszorg, aangezien de zorgcontext in deze scriptie centraal staat. De term 'spiritualiteit' wordt steeds vaker gebruikt in wetenschappelijke literatuur, congressen en vaktijdschriften als het gaat om integratie van geestelijke verzorging in de gezondheidszorg (Kalish 2012, 242; Cobb, Puchalski, en Rumbold 2014, vii; de Brito Sena et al. 2021, 2; Sheldrake 2013, 4-5).

Middels deze twee uitgangspunten definieer ik geestelijke verzorging hier als professionele begeleiding, hulpverlening en advisering bij spiritualiteit (Vereniging van Geestelijk VerZorgers 2016, 10).[10] De reden om deze term te hanteren is dat spiritualiteit steeds vaker wordt gebruikt om geestelijke verzorging aan te duiden (Kalish 2012, 242; Cobb, Puchalski, en Rumbold 2014, vii; de Brito Sena et al. 2021, 2; Sheldrake 2013, 4-5). Echter dekt alleen de term spiritualiteit niet de hele lading van

[8] In hoofdstuk vier verantwoord ik dit literatuuronderzoek.
[9] Nog los van de discussie of een andere term niet geschikter zou zijn om deze discipline te representeren.
[10] Aansluitend bij de doel- en vraagstelling focus ik alleen op de rol van geestelijk verzorgers in MDO's, niet op die van zorgprofessionals van andere disciplines. Dit betekent dat ik alleen de discipline van de geestelijke verzorging definieer en niet de inhoud van andere disciplines. In vervolgonderzoek kan de relatie en wisselwerking tussen geestelijke verzorging en zorgprofessionals van andere disciplines aan bod komen.

wat geestelijke verzorging inhoudt. Zoals de VGVZ omschrijft, omvat zij ook vele andere denk- en handelingsterreinen, die hierdoor onbelicht blijven.[11]

2.3.1 Uiteenrafeling spiritualiteit

Nu duidelijk is geworden dat ik voor spiritualiteit kies om geestelijke verzorging aan te duiden, definieer ik in deze sub paragraaf de term spiritualiteit. Allereerst bespreek ik culturele en historische achtergronden van spiritualiteit en hedendaagse definities van spiritualiteit. Tenslotte kom ik tot een definitie van spiritualiteit bespreek ik de kritiek erop. In hoofdstuk vier worden de gebruikte bronnen verantwoord.

In deze alinea bespreek ik middels een systematisch-analytische literatuurstudie historische en culturele achtergronden van spiritualiteit. De reden voor dit van literatuuronderzoek, wordt in hoofdstuk vier verantwoord. Het is belangrijk om deze achtergronden te verkennen, alvorens te komen tot een heldere hedendaagse definitie van spiritualiteit voor dit onderzoek, aangezien deze achtergronden min of meer van invloed zijn (geweest) op definities van spiritualiteit in de hedendaagse context. Met 'hedendaags' bedoel ik de huidige Nederlandse pluralistische postmoderne samenleving.

De term spiritualiteit, zo schrijft Jastrzębski (2022, 114) in "The Challenging Task of Defining Spirituality", is afgeleid van het Latijnse begrip *spiritus*, dat adem betekent en refereert aan de levensadem.[12] In Hebreeuwse en Griekse tradities werden met respectievelijk de woorden *ruah* en *pneuma* de geest aangeduid (Jastrzębski 2022, 114-115). In de brieven van de apostel Paulus, schrijft Sheldrake (2013, 2) in het boek *Spirituality*, wordt deze Griekse interpretatie van geest tegenovergesteld aan 'vlees', wat betekent dat wat tegengesteld is aan de Geest van God, en wordt spiritualiteit gebruikt in de context van een spiritueel persoon die 'leeft in de Geest'. In de Griekse filosofie stond spiritualiteit haaks op materialiteit; spiritualiteit verwees naar een immaterieel fundamenteel element van de mens (Jastrzębski 2022, 115). In de Middeleeuwen verwees spiritualiteit voornamelijk naar de kerk en geestelijkheid stond het hierdoor tegenover lichamelijkheid (Sheldrake 2013, 2). Binnen de mystiek in de zestiende eeuw hield spiritualiteit vooral het innerlijk leven en gebed in, in de

[11] Achteraf had ik voor spiritualiteit een andere term willen kiezen, zie ook paragraaf 7.1.1.
[12] De betekenis van spiritualiteit in de zin van 'het spirituele pad' en 'spirituele bestemmingen' heeft een lange en diverse traditie, onder andere binnen het hindoeïsme, boeddhisme en christendom (Jastrzębski 2022, 115).

achttiende en negentiende eeuw werd de term spiritualiteit vervangen door onder andere devotie en ascetisme (Jastrzębski 2022, 115). In de twintigste eeuw kwam de term spiritualiteit weer in opkomst door onder andere de aandacht voor de term in het Tweede Vaticaans Concilie en het gebruik van de term in woordenboeken en tijdschriften (Jastrzębski 2022, 115; Sheldrake 2013, 2). De laat twintigste eeuw gaf een impuls aan definities van spiritualiteit in hedendaagse contexten (Sheldrake 2013, 5).

Het definiëren van spiritualiteit in een hedendaagse context is een uitdaging. Zo maakt het multidimensionale karakter en complexiteit van het begrip het niet eenvoudig om een heldere definitie van spiritualiteit te geven (Jastrzębski 2022, 114). Hierom maak ik gebruik van drie handvatten die Jastrzębski (2022, 114) noemt bij het definiëren van spiritualiteit: het gebruiken van methodologische categorieën, gebruiken of herformuleren van bestaande definities en hanteren van heldere operationaliseringen (Jastrzębski 2022, 114). Hij noemt drie methodologische categorieën waarin definities van spiritualiteit geplaatst kunnen worden: ontologisch of functioneel, gericht op onderzoek of klinische praktijk en exclusief of inclusief (Jastrzębski 2022, 122).

In de volgende drie alinea's zet ik met behulp van de drie methodologische categorieën van Jastrzębski (2022) de vier kenmerken van spiritualiteit die Sheldrake (2013) noemt, uiteen. Ook presenteer ik mijn definitie van spiritualiteit en bespreek ik hoe ik omga met de kritiek op deze kenmerken.

De kenmerken van spiritualiteit van Sheldrake (2013) zijn naar mijn mening een combinatie van ontologische en substantiële elementen, waarvan deze laatste in de meerderheid zijn. Het eerste kenmerk wat Sheldrake (2013, 3) noemt is dat spiritualiteit holistisch is, waarmee het leven als geheel wordt aangeduid; spiritualiteit is dan datgene wat gaat over het leven als geheel. Dit kenmerk is substantieel van aard omdat het vanuit een top-down perspectief spiritualiteit bekijkt als integratiefactor van het gehele leven (Jastrzębski 2022, 122). Ten tweede kenmerkt spiritualiteit zich volgens Sheldrake (2013, 3) door een zoektocht naar het heilige, wat zowel religieus (God) als niet-religieus (de kosmos) kan worden geïnterpreteerd. Binnen deze zoektocht naar het heilige (Sheldrake 2013, 3), zie ik ontologische elementen. De zoektocht is gericht op het heilige, wat zowel als theïstisch (God/religieus, al dan niet christelijk) als niet-theïstisch (de kosmos/niet-religieus) kan worden geïnterpreteerd (Jastrzębski 2022, 122-124). Het is mij onduidelijk of Sheldrake doelt op immanente of transcendente

elementen van een niet-theïstische zoektocht naar het heilige. Het derde kenmerk van spiritualiteit volgens Sheldrake (2013, 3) is betekenis, dat het oriëntatie biedt op het leven en op levensdoelen. Hier zie ik een substantiële kant terugkomen omdat het enerzijds gaat over het leven als geheel en anderzijds louter een beschrijving is zonder enige invulling wat die oriëntatie zou moeten zijn (Jastrzębski 2022, 124). Het laatste kenmerk van spiritualiteit volgens Sheldrake (2013, 4) is dat het een zoektocht naar ultieme waarden is en zo ook zelfreflectie, ethiek en moraliteit omvat. Dit laatste kenmerk interpreteer ik als substantiële elementen aangezien enerzijds het puur beschrijvend van aard is – zo noemt Sheldrake (2013, 4) wel een zoektocht naar ultieme waarden, maar specificeert niet om welke waarden dit gaat – en anderzijds omdat het een niet-heilige dimensie van het leven omvat in de zin van menselijke waarden (Jastrzębski 2022, 124).

In het vervolg noem ik eerst mijn definitie van spiritualiteit, waarna ik de andere twee methodologische categorieën die Jastrzębski (2022, 122) noemt, erop toepas. De vier kenmerken van spiritualiteit van Sheldrake (2013, 3-4) samen vormen mijn definitie van spiritualiteit voor dit onderzoek. Kortom, mijn definitie van spiritualiteit voor dit onderzoek is dus: een zoektocht naar het heilige en ultieme waarden, dat levensoriëntatie biedt en het gehele leven omvat (Sheldrake 2013, 3-4). Ik kies voor deze definitie omdat het vooral substantiële elementen bestaat, die kenmerkend zijn voor de geestelijke verzorging in vergelijking met psychologie, waar definities gericht zijn op functionaliteit. Anderzijds zijn deze kenmerken van Sheldrake (2013) gebaseerd op hedendaagse academische literatuur en vindt dit onderzoek ook plaats binnen een hedendaagse context. Deze definitie vind ik allereerst inclusief omdat het openingen biedt voor mensen van verschillende levensbeschouwingen en niet exclusief, waarbij alleen mensen van één specifieke religieuze oriëntatie worden aangesproken (Jastrzębski 2022, 125). Dit sluit aan bij dit onderzoek omdat de geestelijk verzorgers die ik ga interviewen ook een verschillende levensbeschouwelijke achtergrond kunnen hebben. Ten tweede vind ik deze definitie gericht op de klinische praktijk omdat in dit onderzoek de praktijk van geestelijk verzorgers centraal staat en hoe zij hun rol begrijpen en hoe zorgprofessionals van andere disciplines die verstaan.[13] Deze definitie

[13] Klinisch-gerichte definities zijn gebaseerd op meer kwalitatieve methodes, net als de interviews in dit onderzoek, zoals open vragen in case studies (Jastrzębski 2022, 127).

valt niet onder een onderzoek-gerichte definitie van spiritualiteit omdat ik spiritualiteit niet ga meten en statistisch ga analyseren (Jastrzębski 2022, 126).

De kenmerken van spiritualiteit die Sheldrake (2013) noemt hebben ook beperkingen. Zo is het mij allereerst onduidelijk wat Sheldrake (2013) onder 'hedendaagse' literatuur verstaat en welke bronnen hij op basis van dit criterium wel of niet heeft gebruikt. Nu is het niet na te gaan welke concrete literatuur hij al dan niet heeft gebruikt en dus ook welke culturele en historische achtergronden al dan niet verweven zijn met de kenmerken die hij noemt. Ten tweede noemt Sheldrake (2013, 4) zelf twee beperkingen van hedendaagse definities van spiritualiteit: dat spiritualiteit louter als individualistisch of persoonlijk wordt gezien en dat de moeilijke kant van spiritualiteit onderbelicht blijft. Het is belangrijk om hiermee rekening te houden bij de operationalisering.[14]

2.4 Positie van geestelijke verzorging binnen modellen van gezondheid

In deze paragraaf beschrijf ik vijf modellen van gezondheid en welke plek spiritualiteit, en daarmee geestelijke verzorging, daarin heeft, om theoretisch te verkennen welke positie geestelijke verzorging kan hebben in relatie tot andere disciplines in de zorg.[15] Dit is belangrijk voor de interviews omdat geestelijk verzorgers en zorgprofessionals van andere disciplines geestelijke verzorging verschillend kunnen relateren aan andere disciplines in de zorg en zo een andere rol aan geestelijk verzorgers in hun deelname aan MDO's kunnen toeschrijven.

Het biomedische model van gezondheid is ontstaan in de 15e à 16e eeuw, schreef Engel (1977) in "The Need for a New Medical Model". In deze periode was het basisprincipe van de wetenschap dat onderzochte entiteiten werden opgedeeld in aparte eenheden en dat het geheel ervan kon worden begrepen door de delen opnieuw samen te stellen, waarmee het idee van het lichaam als machine in zwang raakte, en tijdens ziekte het de taak van de dokter was om de 'defecte machine' te repareren (Engel 1977, 131). De wetenschappelijke analytische benadering van ziekte focuste zich op biologische

[14] Zo wil ik de participanten vragen, als zij de term spiritualiteit gebruiken om hun vak te omschrijven, om een definitie te geven van wat voor hen spiritualiteit inhoudt en niet een eigen definitie ervan te geven. Dit vind ik belangrijk omdat in dit onderzoek niet het meten van spiritualiteit centraal staat, maar het verzamelen van ervaringen van participanten over de rol van geestelijk verzorgers in MDO's.
[15] Naast deze vijf modellen wordt het model van positieve gezondheid (Huber 2019; Van Steekelenburg, Kersten, en Huber 2016) en het model van Weiher (Weiher 2014; Smit 2015, 195-196) in Nederland gebruikt.

processen en negeerde daarbij gedragsmatige en psychosociale processen (Engel 1977, 131). Het verstand en gedrag van mensen zou verband houden met religie en de ziel, waardoor dit tot het domein van de christelijke kerk behoorde (Engel 1977, 131).[16] Nog steeds is het biomedische begrip van gezondheid belangrijk in huidige zorgsystemen, waarbij gezondheid wordt beschouwd als de afwezigheid van ziekte en het doel van de gezondheidszorg wordt gezien als het genezen van ziekte, schrijft Bruce Rumbold (2012, 178) in "Models of Spiritual Care" in *Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare*. In de hoogtijdagen van het biomedische model was er geen ruimte voor spiritualiteit (Rumbold 2012, 178). In hoeverre spiritualiteit tegenwoordig een plek heeft in dit model, hangt af van in hoeverre het bijdraagt aan het onder andere beter aanslaan van een behandeling of het verkorten van het aantal dagen dat een patiënt opgenomen moet worden (Rumbold 2012, 182).

Engel (1977, 132-133) constateerde dat, om ziekte echt goed te begrijpen en te komen tot goede behandelingen, dokters ook de patiënt en diens sociale context moesten mee laten wegen in hun beoordeling; het biomedisch model moest uitgebreid worden met het psychologische en sociale aspect. Dit zou volgens Engel leiden tot meer menselijke, patiëntgerichte en wetenschappelijke zorg (Farre en Rapley 2017, 2). In het biopsychosociale model draait gezondheid zowel om de ziekte zelf, als om problemen die zich voordoen in relaties, en spiritualiteit wordt gezien als de invloed van iemands spirituele betrokkenheid op diens levensstijl en besluitvorming (Rumbold 2012, 178).

In het sociale model is er niet alleen aandacht voor het systeem waarbinnen zorg geleverd wordt, maar ook voor andere sociale organisaties die gezondheid van mensen kunnen beïnvloeden (Rumbold 2012, 179). Gezondheid binnen dit model betekent de mate waarin iemand deelneemt aan de maatschappij en aan de gemeenschap waarin diegene zich bevindt (Rumbold 2012, 179). Spiritualiteit in het sociale model van gezondheid zorgt enerzijds voor het bevorderen van steun, anderzijds wordt het beschouwd als een integraal onderdeel van iemands cultuur (Rumbold 2012, 179).

In holistische en ecologische modellen van gezondheid worden bredere systemen zoals culturen en milieus meegenomen en wordt gezondheid beschouwd als een zoektocht naar heelheid en menselijkheid en staat, in tegenstelling tot de vorige drie modellen, de menselijke ervaring centraal (Rumbold 2012, 179-180). Spiritualiteit is in

[16] De christelijke kerk zag het lichaam als zwak en onvolmaakt (Engel 1977, 131).

dit model ‘universeel’ doordat alle culturele en religieuze inhoud wordt verwijderd (Rumbold 2012, 179). In holistische en ecologische modellen van gezondheid is er aandacht voor inclusie en het gebruik en misbruik van macht (Rumbold 2012, 180).

In de bovenstaande modellen van gezondheid staat spiritualiteit naast biomedische, psychologische, sociale en holistisch/ecologische dimensies van het model, maar in het biopsychosociaal-spiritueel model van gezondheid vervult spiritualiteit een prominentere plek (Rumbold 2012, 181). Dit model is bedacht door arts en theoloog Sulmasy (2002). In “A Biopsychosocial-Spiritual Model for the Care of Patients at the End of Life” schrijft Sulmasy (2002, 26) dat ziekte relaties verstoort op het biologische, psychologische, sociale en spirituele vlak; ik leg uit wat hij met ieder van deze dimensies bedoelt.[17] Het biologische en psychologische aspect ziet Sulmasy (2002, 26) in respectievelijk interne relaties aangaande lichaamsdelen en biochemische processen en de interne relatie tussen lichaam en geest. Het sociale en spirituele ziet hij in respectievelijk externe relaties tussen de individuele patiënt en diens omgeving – zoals familiare en politieke relaties – en de externe relatie tussen de individuele patiënt het transcendente Sulmasy (2002, 26). Hij ziet deze vier dimensies als met elkaar onlosmakelijk verbonden dimensies van een persoon die elkaar wederzijds kunnen beïnvloeden en verbonden zijn met iemands levensgeschiedenis en ziekte (Sulmasy 2002, 27). Binnen het biopsychosociaal-spiritueel model van gezondheid is spiritualiteit geen afgeleide van een andere dimensie en wordt niet louter functioneel ingezet, maar heeft het een prominente functie (Rumbold 2012, 181-182).

Echter blijft het mij onduidelijk wat Sulmasy onder spiritualiteit verstaat. Sulmasy noemt in het eerdergenoemde artikel die verschillende definities van spiritualiteit. Hij begint met “… a person’s relationship with transcendence.” (Sulmasy 2002, 24) Dit houdt een individuele relatie in met transcendentie. Ten tweede schrijft hij dat spiritualiteit betekent: “… an individual’s or a group’s relationship with the transcendent, however that may be construed.” (Sulmasy 2002, 25) Deze betekenis focust op een individuele óf groepsrelatie met *het* transcendente. Tenslotte schrijft hij: “… everyone who searches for ultimate or transcendent meaning can be said to have a spirituality.” (Sulmasy 2002, 25) In deze uitleg lijkt Sulmasy spiritualiteit niet als een

[17] Sulmasy (2002, 26) noemt het aandacht hebben voor de biologische, psychologische, sociale en spirituele verstoringen in relaties van de persoon als geheel ‘holistische gezondheidszorg’.

relatie te zien, maar als zoektocht en schrijft hij niet over ‘transcendentie’ of ‘het transcendente’, maar over ‘transcendente *betekenis*’. Wellicht dat Sulmasy alle drie de interpretaties even waar vindt, maar dat blijft mij onduidelijk. Een duidelijke en eenduidige definitie van spiritualiteit had mijn inziens de prominente plek van spiritualiteit in het biopsychosociaal-spiritueel model kunnen verhelderen.

Naast de posities die geestelijke verzorging kan hebben in modellen van gezondheid, zijn er ook verschillende standpunten in te nemen als antwoord op de vraag wie geestelijke verzorging zou moeten aanbieden. Door een systematische analyse van theoretische literatuur komen Liefbroer, Ganzevoort, en Olsman (2019, 244, 246) in “Addressing the Spiritual Domain in a Plural Society” tot twee perspectieven als antwoord op de vraag wie geestelijke verzorging moet bieden in een pluralistische maatschappij. Voor de interviews is het relevant om te kijken of de perspectieven invloed hebben op hoe participanten de positie van geestelijke verzorging ten opzichte van andere disciplines zien en hoe zij de rol van geestelijk verzorgers definiëren.

Het eerste perspectief dat Liefbroer, Ganzevoort, en Olsman (2019, 246) noemen gaat uit van een holistisch of biopsychosociaal-spiritueel model van gezondheid en houdt in dat alle zorgprofessionals *generalisten* van geestelijke verzorging moeten zijn; geestelijke verzorging moet dus verleend worden door alle zorgprofessionals (Liefbroer, Ganzevoort, en Olsman 2019, 246). De beperking hiervan is dat spiritualiteit als onafhankelijk begrip wordt beschouwd van religie of ertegen wordt afgezet, waardoor religie in een slecht daglicht komt te staan (Liefbroer, Ganzevoort, en Olsman 2019, 246). Het tweede perspectief is dat alleen geestelijk verzorgers geestelijke verzorging moeten aanbieden; zij treden als *specialisten* op (Liefbroer, Ganzevoort, en Olsman 2019, 246). Volgens de auteurs zelf heeft dit perspectief te maken met dat sommige zorgprofessionals onvoldoende getraind zijn in of ongemak ervaren van het adresseren van spiritualiteit in de praktijk (Liefbroer, Ganzevoort, en Olsman 2019, 246).

2.5 Interpretaties van ‘de vrijplaats’

In deze paragraaf benoem ik allereerst twee interpretaties van de vrijplaats van geestelijk verzorgers, vervolgens bespreek ik hoe deze interpretaties invloed zouden kunnen hebben op hoe geestelijk verzorgers hun rol opvatten in een MDO.

De vrijplaats komt voort uit het grondwettelijke recht op vrijheid van godsdienst en levensovertuiging en garandeert “… geestelijke bijstand voor burgers, onafhankelijk

van een indicatie of toestemming door een derde." (Vereniging van Geestelijk VerZorgers 2016, 11) De vrijplaats vat ik op als het initiatiefrecht van geestelijk verzorgers om patiënten ongevraagd te benaderen voor begeleiding en hiervoor vertrouwen tot stand te brengen (Schilderman 2012, 13). Soms wordt de vrijplaats echter geïnterpreteerd als een toegeschreven asielrecht voor patiënten om een egalitaire vertrouwensrelatie op te bouwen. Deze 'mens-tot-mensrelatie' heeft als gevolg dat de geestelijk verzorger geen diagnostische taken heeft en zich zo niet integreert in overleggen in de zorg (Schilderman 2012, 13). Deze interpretatie van de vrijplaats, schrijft Schilderman (2012, 13) zorgt ervoor dat de geestelijk verzorger onzichtbaar is en dat het onduidelijk blijft hoe het optreden van de geestelijk verzorger in het patiëntcontact aansluit op het zorgbeleid en het welzijn van patiënten.

Het blijft de vraag of een interpretatie van de vrijplaats ervoor zorgt of geestelijk verzorgers deelnemen aan een MDO, en in hoeverre zij informatie delen. Uit het onderzoek van Van Meurs et al. (2023, 8) blijkt dat de terughoudendheid van geestelijk verzorgers in het delen van schriftelijke en mondelinge informatie over de patiënt in een zorgteam, zelfs wanneer de patiënt hier toestemming voor heeft verleend, één van de grootste struikelblokken blijkt van geestelijk verzorgers bij de integratie van hun discipline in de dagelijkse praktijk van zorgprofessionals van andere disciplines. Het niet delen van waardevolle informatie over de patiënt kan volgens Van Meurs et al. (2023, 8) leiden tot slechte zorg. Wanneer geestelijk verzorgers echter wel informatie delen met het zorgteam van een patiënt, uiteraard binnen de grenzen van hun beroepsgeheim, heeft dit twee positieve gevolgen Van Meurs et al. (2023, 8). Enerzijds worden deze geestelijk verzorgers meer gezien als betrouwbare collega's, anderzijds biedt hen dit de mogelijkheid om andere zorgprofessionals te scholen in het integreren van geestelijke zorg in de dagelijkse zorgpraktijk (Van Meurs et al. 2023, 8).

In dit hoofdstuk stond multidisciplinariteit als concept van vormen van samenwerkingen in de gezondheidszorg centraal. Ook zijn geestelijke verzorging als discipline en spiritualiteit als term uiteengezet en is aandacht besteed aan modellen van gezondheid en de vrijplaats van geestelijk verzorgers.

3. Roltheorie

In dit hoofdstuk beschrijf ik achtereenvolgens het concept organisatorische roltheorie en ontwikkelingen over professionaliteit en denominatie van geestelijk verzorgers.

3.1 Organisatorische roltheorie

Allereerst verantwoord ik de literatuur en keuze voor organisatorische roltheorie. Vervolgens bespreek ik de organisatorische roltheorie. Tenslotte benoem ik kritiek op deze benadering en omschrijf ik hoe ik met de beperkingen ervan omga.

Voor de bespreking van de organisatorische roltheorie neem ik de Nederlandse context als uitgangspunt. De gebruikte methode hiervoor is een systematisch-analytische literatuurstudie, dat net als de selectiecritera voor de literatuur, in hoofdstuk vier wordt uitgelegd. Ik kies voor organisatorische roltheorie omdat enerzijds hier beroepsrollen (van geestelijk verzorgers) in een organisatie (UMC's) centraal staan. Anderzijds gaat het in dit onderzoek net als in organisatorische roltheorie zowel om verwachtingen van rolzenders als opvattingen van roldragers. Roldragers definieer ik, in navolging van Visser et al. (1983, 30) uit het boek *Rollen*, als diegene van waaruit je de situatie met betrekking tot de rol bekijkt. Rolzenders definieer ik, ook in navolging van Visser et al. (1983) als: "… het individu dat, of de groepering die ten opzichte van de roldrager rolverwachtingen en rolanticipaties heeft." (Visser et al. 1983, 30)

Het kenmerkende van organisatorische roltheorie, schrijft psycholoog en socioloog Biddle (1986, 73) in "Recent Developments in Role Theory", is dat rollen enerzijds onderdeel zijn van taak-gedreven en hiërarchische sociale systemen (organisaties) en anderzijds verbonden zijn met sociale posities, die voortkomen uit normatieve verwachtingen. Het onderliggende idee van deze rollen, beschrijven Gross, Mason, en McEachern (1958, 11, 16-17) in het boek *Explorations in Role Analysis*, is dat individuen in sociale situaties zich gedragen op basis van verwachtingen. Enerzijds komt dit gedrag voort uit de verwachtingen van het individu, anderzijds uit de verwachtingen van de groep of maatschappij waar het individu deel van is (Gross, Mason, en McEachern 1958, 17).

Organisatorische roltheorie kent ook een beperking voor dit onderzoek: het lijkt verandering van rollen uit te sluiten en neemt aan dat organisaties stabiele instituties zijn (Biddle 1986, 74). Echter, zowel rollen als organisaties zijn aan verandering onderhevig (Biddle 1986, 74). Het is belangrijk dat de interviews een momentopname

zijn in een deel van een specifieke context binnen de Nederlandse gezondheidszorg en in de rollen van geestelijk verzorgers. Mettertijd kunnen deze contexten en rollen veranderen, waardoor met eenzelfde onderzoeksopzet uitkomsten anders kunnen zijn.

3.2 Professionaliteit en denominatieve identiteit geestelijk verzorgers

In deze paragraaf bespreek ik ontwikkelingen rondom de professionaliteit van geestelijk verzorgers en twee perspectieven op hun denominatieve identiteit.[18] Professionaliteit duid ik, naar Den Toom et al. (2023, 15), als het inzetten van je expertise, verkregen door training van kennis en vaardigheden en gebaseerd op waarden, om je beroep zo te positioneren dat de professionele praktijk verankerd wordt op een duurzame manier.

Door maatschappelijke ontwikkelingen zoals secularisatie, reorganisaties, fusies en specialisatie van disciplines, waar zowel zorginstellingen als geestelijk verzorgers in meegegaan zijn, is de denominatieve identiteit van geestelijk verzorgers de afgelopen decennia minder richtinggevend geworden en is professionaliteit centraal komen te staan (van Eijk en van Bijsterveld 2021, 51-52). Andere aanleidingen hiervoor zijn de nadruk op efficiëntie binnen de gezondheidszorg en dat religie meer een privézaak is geworden (Den Toom et al. 2023, 14-15). In tijden daarvóór werd geestelijke zorg verleend door geestelijken, die hun leden van hun religieuze gemeenschap bezochten wanneer zij bijvoorbeeld in het ziekenhuis lagen (Liefbroer, Ganzevoort, en Olsman 2019, 248). In verzuild Nederland kwamen geestelijk verzorgers in dienst van onder andere ziekenhuizen, die destijds een denominatieve identiteit hadden, en waren zij integraal onderdeel van de zorg (van Eijk en van Bijsterveld 2021, 51; Liefbroer, Ganzevoort, en Olsman 2019, 248). Tegenwoordig staat hun denominatie voor veel geestelijk verzorgers op de achtergrond of hebben zij ervoor gekozen zich niet denominatief te binden (van Eijk en van Bijsterveld 2021, 52).

Liefbroer, Ganzevoort, en Olsman (2019) beschrijven twee perspectieven die geestelijk verzorgers kunnen innemen over hun denominatieve binding. Ik vermoed dat deze perspectieven invloed hebben op hoe geestelijk verzorgers hun rol opvatten en wat zorgprofessionals van andere disciplines van die rol verwachten.[19] Sommige geestelijk

[18] Zie hiervoor ook het artikel “Spiritual Care” van Peng-Keller (2020).
[19] Zo kan ik mij voorstellen dat wanneer geestelijk verzorgers een particularistisch perspectief innemen, zorgprofessionals van andere disciplines de rol van geestelijk verzorgers als herkenbaarder en meer afgebakend zien, dan geestelijk verzorgers met een meer universeel perspectief. Uit de interviews moet blijken of dit klopt.

verzorgers nemen een ‘particularistisch’ perspectief in en zien hun rol als formele representaties van hun spirituele oriëntatie en benadrukken het belang van hun eigen spirituele oriëntatie in hun vak (Liefbroer, Ganzevoort, en Olsman 2019, 248). Andere geestelijk verzorgers nemen een ‘universalistisch’ perspectief in en focussen op algemene aspecten van geestelijke verzorging en benadrukken voor alle patiënten te zorgen, ongeacht de spirituele achtergrond van henzelf of van de patiënt (Liefbroer, Ganzevoort, en Olsman 2019, 248).

4. Methodische benaderingen

In dit hoofdstuk komen de gebruikte methodische benaderingen aan bod. Achtereenvolgens beschrijf ik de methodes voor dataverzameling en -analyse, kwaliteitswaarborging van de interviews, operationalisering van de centrale begrippen, de interviewvragenlijsten, het veldwerk en de ethische kwesties en datamanagement.

4.1 Verantwoording methodes dataverzameling en -analyse

Deze paragraaf worden het literatuuronderzoek en het kwalitatief-empirisch onderzoek verantwoord. Achtereenvolgens wordt aandacht besteed aan de selectiecriteria voor de literatuur, de interviews, gemaakte keuzes wat betreft de steekproef en aan welke criteria potentiële participanten moesten voldoen en de template analyse.

Er is gekozen voor een systematisch-analytische literatuurstudie, met als focus op theoriegerichte literatuur om zo een beeld te vormen over wat al bekend is en dit als beginpunt te gebruiken voor de interviews (Verschuren 2009, 293-294, 298).

De artikelen over multidisciplinariteit zijn middels de volgende criteria geselecteerd. Multidisciplinariteit moet gehanteerd worden in de context van de gezondheidszorg en/of de literatuur moet actueel geschreven zijn en/of de literatuur moet meerdere studies omvatten en zo een vergelijkend beeld geven over multidisciplinariteit ten opzichte van andere termen voor samenwerking in de zorg. Een beperking van de gekozen artikelen is dat multidisciplinariteit wordt gedefinieerd in relatie tot zorgteams en niet als term op zichzelf of in relatie tot overleggen. Ik heb ervoor gekozen om de dynamieken van zorgteams die in de artikelen terugkomen zo veel mogelijk weg te laten omdat het in dit onderzoek gaat over multidisciplinaire *overleggen* en geen multidisciplinaire *teams* – desalniettemin is het mogelijk dat de achtergrond van zorgteams de definitie van multidisciplinariteit beïnvloedt. Het is dus belangrijk om een kritische en heldere vertaling naar overleggen te maken en bij de interviews te kijken of de definitie van de literatuur overeenkomt met de praktijk.

De bronnen voor de uiteenrafeling van spiritualiteit zijn als volgt geselecteerd. Het artikel van Jastrzębski (2022) is gekozen omdat het enerzijds recente inzichten bevat en spiritualiteit als term op zich behandelt en anderzijds omdat het specifiek gaat over de definiëring van spiritualiteit voor academisch onderzoek en de semantische en methodische uitdagingen die hierbij komen kijken. Daarnaast is gebruikgemaakt van het

boek van Sheldrake (2013) omdat hij spiritualiteit definieert op basis van academische hedendaagse literatuur.

De selectiecriteria voor de literatuur over roltheorie was eerst de Nederlandse context, waar het boek van Visser et al. (1983) over gaat. Tevens waren verschillende benaderingen binnen de organisatorische roltheorie belangrijk, wat terugkomt in het artikel "Recent Developments in Role Theory" van Biddle (1986) en Gross, Mason, en McEachern (1958) zette het onderliggende idee van rollen helder uiteen.

Semigestructureerde interviews is als kwalitatieve-empirische methode geschikt om die data te verzamelen die nodig is om de vraagstelling kunnen beantwoorden. Ik kies voor kwalitatief onderzoek omdat ik ervaringen en gezichtspunten (rolopvatting en -verwachting met betrekking tot de rol van geestelijk verzorgers in MDO's) van meerdere betrokkenen (geestelijk verzorgers en zorgprofessionals van andere disciplines) systematisch wil onderzoeken en exploreren om deze fenomenen in hun natuurlijke context te begrijpen (Boeije en Bleijenbergh 2019, 24). Mijn uitgangspunt in dit onderzoek komt overeen met het interpretatief paradigma, waarin het gaat om de werkelijkheid begrijpen vanuit een eerstepersoons-perspectief (Boeije en Bleijenbergh 2019, 16). Ik kies voor interviews omdat het belangrijk is vanuit de taal en ervaringen van participanten de rolverwachting en -opvatting van geestelijk verzorgers in MDO's helder te krijgen; tijdens interviews krijgen de participanten de mogelijkheid om hun perspectief helder uiteen te zetten (Boeije en Bleijenbergh 2019, 74).[20] Het voordeel van semigestructureerde interviews is dat enerzijds dezelfde vragen worden gesteld en anderzijds dat participanten door dialoog divers kunnen antwoorden (Luhrmann 2022, 364; Dicicco-Bloom en Crabtree 2006, 315).

Er zijn zes participanten geïnterviewd: drie geestelijk verzorgers en drie zorgprofessionals van andere disciplines in drie UMC's in Nederland. Voor de transcripten van deze interviews, zie bijlagen één tot en met zes.[21] Geestelijk verzorgers moesten, als criteria voor deelname, werkzaam zijn bij een UMC in Nederland en

[20] Nadelig aan interviews is de subjectiviteit, de mogelijkheid dat participanten niet eerlijk zijn en dat zij geen goede voorbeelden kunnen zijn van de hele groep waarvan zij deel uitmaken (Luhrmann 2022, 345).
[21] Participanten één, twee en vier zijn geestelijk verzorgers, participanten drie, vijf en zes zijn zorgprofessionals van andere disciplines. 'P' is participant, 'I' interviewer. Woorden als 'ehm' zijn, om de leesbaarheid te verbeteren, weggelaten. Als participanten meer dan tien seconden stil was of opvallende gebaren maakte, is dat genoteerd. Herleidbare zaken naar participanten of de UMC's, zoals namen of functies, en irrelevante zaken voor de onderzoeksvraag, zijn geanonimiseerd.

minimaal drie keer aan een MDO hebben deelgenomen. Op een gegeven moment zijn ook zorgprofessionals van andere disciplines benaderd: zij moesten werkzaam zijn bij een UMC in Nederland en minimaal drie keer aan een MDO hebben deelgenomen waar ook een geestelijk verzorger aan deelnam.[22] Voor een evenredige vergelijking was het streven participanten uit verschillende UMC's te werven en een gelijk aantal geestelijk verzorgers en zorgprofessionals van andere disciplines te interviewen. Het doel van de interviews was inzicht verwerven in de rolopvattingen van geestelijk verzorgers in MDO's en in de rolverwachtingen van zorgprofessionals van andere disciplines van geestelijk verzorgers in MDO's in een specifiek UMC in Nederland.

Voor de interviews heb ik een iteratief-parallelle analysebenadering gehanteerd: elk interview heb ik meteen verwerkt en geanalyseerd omdat de details van het interview en de non-verbale communicatie nog in mijn geheugen zaten (Verschuren en Doorewaard 2021, 245-246).[23] Soms gaf de analyse van het ene interview inzichten voor het volgende; het verzamelen en analyseren van het materiaal gebeurde dus enigszins gelijktijdig (Verschuren en Doorewaard 2021, 245-246).[24]

Naast dit iteratief analyseproces, heb ik gebruikgemaakt van de template analyse, wat Brooks et al. (2015) omschrijven in "The Utility of Template Analysis in Qualitative Psychology Research".[25] Ik begon met deductieve analyse met *a priori* codes (zie bijlage zeven), wat een aantal voordelen heeft: focus op belangrijke thema's, voortbouwen op bestaande theorieën en samenbrengen van verschillende onderdelen (Brooks et al. 2015, 218). Hierna ging ik inductief verder. Echter heeft de template analyse ook beperkingen: te snel interpreteren, voorbij gaan aan het beschrijven, de methode als eindproduct zien en minder ruimte voor het begrijpen van een individuele casus door focus op analyse tussen cases (Brooks et al. 2015, 218). Dit heb ik getracht te voorkomen door zo veel mogelijk te beschrijven en later te interpreteren en door eerst een transcript afzonderlijk te bekijken en dan verbanden te leggen tussen transcripten.

[22] Voor de verantwoording hiervoor zie hoofdstuk zeven.
[23] Bij het merendeel van de interviews is dit gelukt. Sommige interviews zijn direct of zeer dicht na elkaar afgenomen, waardoor ik het interview in de tussentijd nog niet kon transcriberen en/of analyseren.
[24] Zoals dat ik mij er bewust van werd geen definitie gaf van 'zorgprofessionals'. Dit heb ik hierna toegevoegd, waar ik de definitie baseerde op het artikel van Den Toom et al. (2023, 15).
[25] Voor het coderen van de interviews heb ik gebruikgemaakt van Atlas.ti (versies 24.1.1 en 24.2). Zo hield ik overzicht tussen de transcripties, kon ik codes makkelijk samenvoegen en met elkaar vergelijken.

4.2 Kwaliteitswaarborging

Kwaliteit benader ik vanuit het interpretatieve paradigma. Binnen dit paradigma wordt kwaliteit benaderd vanuit "… de vraag of ze [de onderzoekers, E.P. Terpstra] wel recht kunnen doen aan de betekenissen en interpretaties van de mensen die ze onderzoeken." (Boeije en Bleijenbergh 2019, 163) De uitkomsten van dit onderzoek bevatten een gedeeltelijke en voorlopige waarheid, daarom zijn saturatie, externe validiteit en statistische generaliseerbaarheid niet relevant (Boeije en Bleijenbergh 2019, 60-62, 164).

Ik leg de criteria waarop de kwaliteit van dit onderzoek wel kan worden beoordeeld, overdraagbaarheid, intersubjectiviteit en interne validiteit, uit en betrek ze op dit onderzoek (Boeije en Bleijenbergh 2019, 63, 154, 163). Overdraagbaarheid, ten eerste, is het criterium voor generalisatie op basis van vergelijkbaarheid (Boeije en Bleijenbergh 2019, 63). Kwalitatief onderzoek is holistisch van aard – specificaties en diversiteit worden meegenomen (Boeije en Bleijenbergh 2019, 16, 28). Ook is deze kennis transformeerbaar naar vergelijkbare contexten en professionals. In hoofdstuk zes wordt beschreven in hoeverre de conclusies van de onderzochte situaties van betekenis en relevant (overdraagbaar) kunnen zijn voor vergelijkbare niet-onderzochte contexten, zoals personen, locaties en/of situaties (Boeije en Bleijenbergh 2019, 63). Vervolgens intersubjectiviteit, wat betekent dat onderzoekers zo veel mogelijk de resultaten en conclusies op dezelfde manier interpreteren (Boeije en Bleijenbergh 2019, 163). Ik probeer te voorkomen dat door mijn eigen opvattingen resultaten inadequaat en gekleurd zijn door anderen te laten meelezen en feedback te geven op mijn interpretaties (Boeije en Bleijenbergh 2019, 163).[26] Interne validiteit gaat tenslotte over het meten wat ik beoog te meten (Boeije en Bleijenbergh 2019, 154). De interne validiteit van dit onderzoek waarborg ik door zo goed mogelijk de juiste vragen te stellen, relevante literatuur te verzamelen, te controleren of de interviewvragen kloppen (door het meelezen en feedback krijgen van anderen), consistent te coderen, bij het coderen de vraagstelling in het achterhoofd te houden en zorgvuldig te transcriberen. Naast deze drie criteria zijn ook methodische verantwoording en reflectie en terugkoppeling aan de participanten belangrijk om de kwaliteit van het onderzoek te waarborgen (Boeije en Bleijenbergh

[26] Deze anderen waren een medestudent en een familielid, beide met ervaring in kwalitatief onderzoek.

2019, 158, 161). Dit doe ik door een methode- en reflectiehoofdstuk op te nemen in dit onderzoeksverslag.

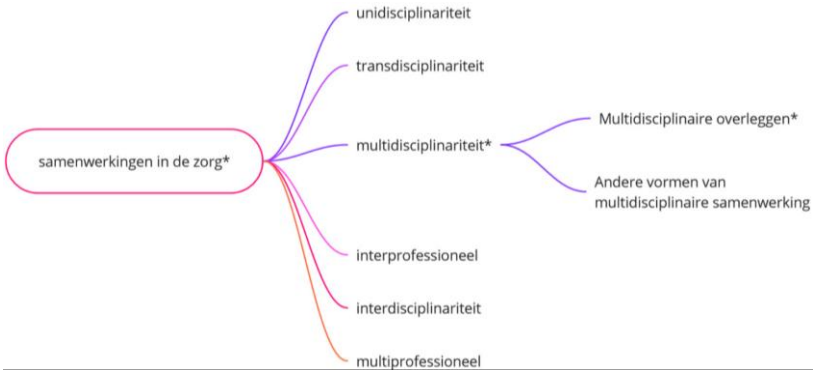
4.3 Operationalisering centrale begrippen

Eerst worden de centrale begrippen MDO's en rollen vanuit hoofdstukken twee en drie uiteengerafeld in aspecten, om vervolgens een stipulatieve definitie van de begrippen te presenteren (Verschuren en Doorewaard 2021, 138). Van hieruit wordt een conceptueel model van MDO's en rollen gepresenteerd en worden MDO's en rollen uiteengezet in aspecten, dimensies en indicatoren (Boeije en Bleijenbergh 2019, 101-102).

4.3.1 Rafelen en rasteren van MDO's en rollen

Niet alle aspecten van MDO's en rollen worden in dit onderzoek gebruikt. Daarom geef ik een stipulatieve definitie hiervan (Verschuren en Doorewaard 2021, 138-139).

Deze operationalisering start bij het begrip MDO's. Multidisciplinariteit valt, met andere vele termen, onder vormen van samenwerking in de zorg (figuur één). Een asterisk bij het aspect betekent dat ik dat aspect gebruik in dit onderzoek. Het begrip 'samenwerkingen in de zorg' gebruik ik niet als zodanig, alleen in relatie tot multidisciplinariteit. De term MDO's valt weer binnen het begrip multidisciplinariteit.



Figuur 1: Samenwerkingen in de zorg

In het theoretisch kader kwamen aan de hand van de definitie de volgende aspecten naar voren (figuur twee): zorgprofessionals van verschillende disciplines, samenwerken, voor de patiënt (gezamenlijk doel), informatie uitwisselen, niet per se opvattingen delen en bijdrage leveren door behoeften van de patiënt vanuit eigen discipline te bekijken (Choi en Pak 2006; Flores-Sandoval et al. 2021; Chamberlain-Salaun, Mills, en Usher 2013; Martin et al. 2022). Verder zijn MDO's ingebed in een bepaalde zorgcontext, wat in dit onderzoek UMC's zijn. Een laatste aspect is dat MDO's een aanloop, interactie en

afloop hebben (voorbereiding op het MDO, het MDO zelf en de acties die uit dit MDO volgen).

Ik beschrijf elk aspect kort en bespreek of deze al dan niet relevant is voor dit onderzoek. Zorgprofessionals van verschillende disciplines zijn belangrijk in dit onderzoek om de vraagstelling te kunnen beantwoorden en valt uiteen in geestelijk verzorgers en zorgprofessionals van andere disciplines. In dit onderzoek richt ik mij uitsluitend op de rol van geestelijk verzorgers, dus de zorgprofessionals van andere disciplines komen alleen aan bod in relatie tot de rol van de geestelijk verzorging binnen MDO's. De aspecten 'samenwerken', 'voor de patiënt', 'niet per se opvattingen delen' en 'aanloop, interactie en afloop' zijn als zodanig niet relevant omdat ze niet in de vraagstelling terugkomen.[27] De aspecten 'informatie uitwisselen', 'mate waarin informatie wordt gedeeld', 'beroepsgeheim', 'interpretaties van de vrijplaats' en 'hoe informatie wordt gecommuniceerd (door geestelijk verzorgers)' zijn wel belangrijk voor dit onderzoek. Zo bleek uit het theoretisch kader dat bij het delen van informatie het beroepsgeheim van geestelijk verzorgers een struikelblok is voor de samenwerking met zorgprofessionals van andere disciplines (Van Meurs et al. 2023, 8). Ook bleek dat geestelijk verzorgers zelf jargon gebruiken, wat het uitwisselen van informatie verhindert (Van Meurs et al. 2023, 7). Het aspect 'bijdragen aan een MDO door de behoeften van de patiënt uit kaders van de eigen discipline te bekijken' is relevant voor dit onderzoek. Ik heb ervoor gekozen om dit aspect niet expliciet te benoemen, maar aan bod te laten komen bij de zorgprofessionals van de verschillende disciplines en de modellen van gezondheid omdat het daarmee te veel raakvlakken mee vertoont om het op te nemen als een apart aspect. Zo voeg ik bij 'geestelijk verzorgers' ook de discipline van de geestelijke verzorging toe, die de behoeften van de patiënt op een bepaalde manier bekijkt (van waaruit geestelijk verzorgers bijdragen aan het MDO). Vanuit het theoretisch kader valt hier ook de terminologie van geestelijke verzorging onder, modellen van gezondheid en wie geestelijke verzorging aanbiedt. De zorgcontext van een UMC is relevant voor dit onderzoek in het kader van het aanbieden van geestelijke verzorging, dus heb ik ervoor gekozen om de zorgcontext binnen dat aspect op te nemen. Zo kan ik mij voorstellen dat de complexe zorg waarin UMC's gespecialiseerd

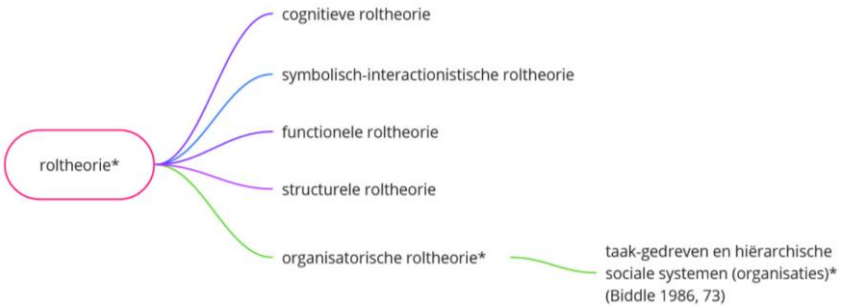
[27] Hoewel deze aspecten niet terugkomen in de interview vragen, zouden deze aspecten zijdelings aan bod kunnen komen wanneer het gaat om bijvoorbeeld samenwerking in relatie tot rolopvatting en -verwachting en dus in die zin mogelijk op inductieve wijze terugkomen in de analyse van de interviews.

zijn en de multidisciplinaire samenwerking die dit vraagt (UMC Utrecht 2024), invloed heeft op wie geestelijke verzorging al dan niet aanbiedt.

Figuur 2: Rafelen en rasteren van het begrip 'multidisciplinaire overleggen'

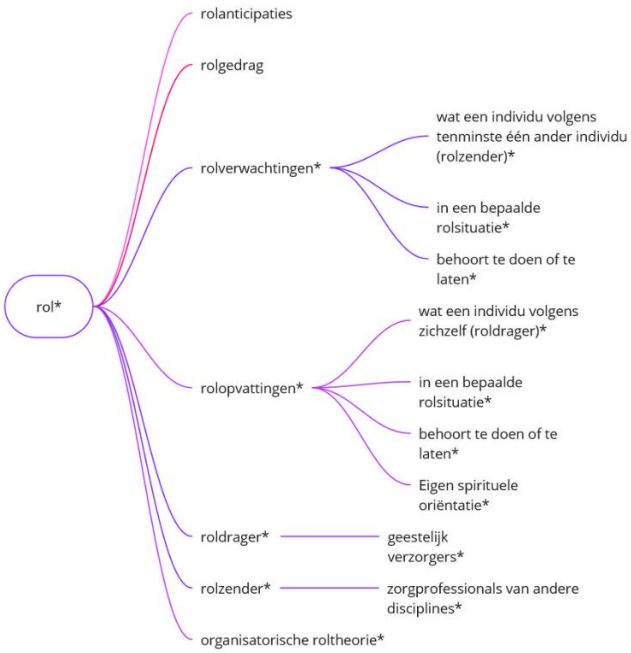
Bovenstaande samenvattend zijn MDO's in dit onderzoek overleggen waar zorgprofessionals van verschillende disciplines (geestelijk verzorgers en zorgprofessionals van andere disciplines) in bepaalde mate informatie uitwisselen met inachtneming van beroepsgeheim – en voor geestelijk verzorgers ook de vrijplaats – en plaatsvindt in een UMC in Nederland.

In dit onderzoek staat roltheorie centraal (figuur 3). Binnen de roltheorie zijn er verschillende benaderingen, waarvan ik in dit onderzoek de organisatorische benadering heb gekozen. Binnen deze benadering worden organisaties gezien als sociale systemen die hiërarchisch en taak-gedreven zijn (Biddle 1986, 73).



Figuur 3: Benaderingen binnen de roltheorie

In het theoretisch kader kwamen aan de hand van de definitie de volgende aspecten van rollen naar voren (figuur vier): rolanticipaties, -gedrag, -verwachtingen, -opvattingen, -zender en -drager (Visser et al. 1983, 30). Ik leg deze aspecten uit en bespreek hun relevantie voor dit onderzoek. Rolanticipaties en -gedrag komen niet expliciet aan bod omdat ze niet terugkomen in de vraagstelling, maar het is mogelijk dat deze aspecten zijdelings aan bod komen in de interviews wanneer het gaat om rolopvattingen en -verwachtingen met betrekking tot (toekomstig) handelen. Rolopvattingen en -verwachtingen zijn relevant voor dit onderzoek omdat ze expliciet in de vraagstelling terugkomen. Rolopvattingen vallen uiteen in wat een individu volgens zichzelf, in een rolsituatie, behoort te doen of te laten (Visser et al. 1983, 30). Rolverwachtingen vallen uiteen in wat een individu volgens tenminste één ander individu, in een rolsituatie, behoort te doen of te laten (Visser et al. 1983, 30). De dimensie ‘individu volgens zichzelf of volgens tenminste één ander individu’ van respectievelijk rolopvattingen of -verwachtingen komen terug bij roldrager (geestelijk verzorger) en rolzender (zorgprofessional van andere discipline). De roldrager en rolzender komen weer impliciet terug in ‘het behoren te doen of te laten’. De dimensie ‘in een rolsituatie’ betreft in dit onderzoek de MDO’s en komt al bij dat begrip aan bod, ook komt het impliciet terug in ‘het behoren te doen of te laten’ omdat het specifiek gaat over rolverwachtingen en -opvattingen over de rol van een geestelijk verzorger in een MDO. De dimensie ‘behoort te doen of te laten’ is relevant omdat dit een centraal element in de vraagstelling is. Organisatorische roltheorie is relevant wanneer het gaat om rolopvattingen en -verwachtingen. Ik verwacht dat er veel MDO’s plaatsvinden, aangezien de complexe zorg waarin UMC’s gespecialiseerd zijn vragen om multidisciplinaire samenwerking (UMC Utrecht 2024), en dat dat invloed heeft op hoe de rol van geestelijk verzorger wordt opgevat of wordt begrepen.



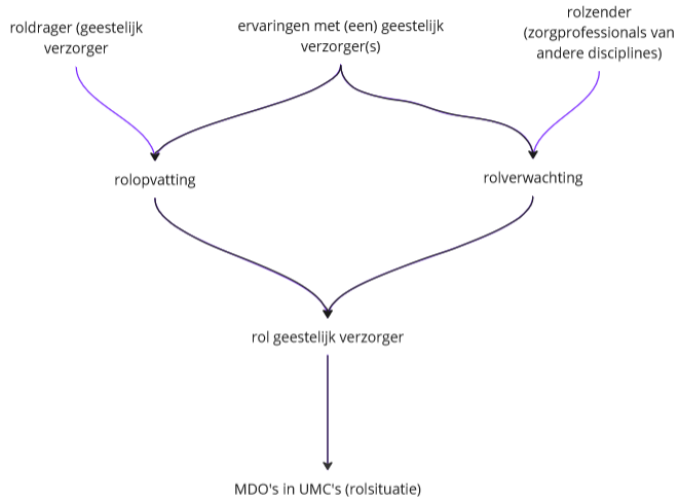
Figuur 4: Rafelen en rasteren van het begrip 'rollen'

Rollen definieer ik als rolopvattingen en-verwachtingen van roldragers en rolzenders over de rol van geestelijk verzorgers in MDO's in Nederlandse UMC's.

4.3.2 Conceptueel model MDO's en rollen

In deze paragraaf presenteer ik mijn hypothese van de relatie tussen MDO's en rollen alsook de uiteenrafeling van deze begrippen in aspecten, dimensies en indicatoren.

Het conceptueel model (figuur vijf) is tot stand gekomen vanuit het theoretisch kader, het rafelen en rasteren en de stipulatieve definities; vanuit abstracte ideeën over hoe het begrip waarneembaar is en niet vanuit ervaring. Dit heeft als voordeel dat het mijn waarneming structureert in de interviews (Boeije en Bleijenbergh 2019, 102-103).



Figuur 5: Conceptueel model MDO's en rollen

De rol van geestelijk verzorger staat centraal in dit onderzoek in de context van MDO's in UMC's. Over die rol bestaan opvattingen en verwachtingen van respectievelijk roldragers en rolzenders, die mede gevormd zijn door ervaringen met (een) geestelijk verzorger(s) en bijgesteld worden door de ervaringen die ze opdoen.

In onderstaande alinea's rafel ik MDO's en rollen uiteen in aspecten, dimensies en indicatoren tot twee codeboeken (Boeije en Bleijenbergh 2019, 101-102). Uit de interviews moet blijken in hoeverre deze operationalisering overeenkomt in de werkelijkheid, dus het blijft belangrijk voor de interviews dat ik nadrukkelijk oog heb voor datgene wat ik níet verwacht te zien (Boeije en Bleijenbergh 2019, 102, 104).[28]

Zoals ik al in 4.3.1 omschreef, onderzoek ik de zorgprofessionals van andere disciplines dan die van de geestelijke verzorging alleen in relatie tot de rol van geestelijk verzorgers (en hun discipline) in MDO's. Hierom heb ik als eerste dimensie van het codeboek 'discipline van de geestelijke verzorging' geformuleerd (tabel één). Dit aspect valt uiteen in: terminologie geestelijke verzorging, positie van geestelijke verzorging binnen modellen van gezondheid en aanbieden van geestelijke verzorging. Het tweede aspect is het uitwisselen van informatie. Dit aspect valt uiteen in de dimensies: mate van al dan niet delen van informatie en hoe informatie wordt gecommuniceerd. Deze dimensies vallen uiteen in indicatoren, die waarneembaar moeten zijn in de interviewtranscripties.

[28] Mocht uit de interviews blijken dat de operationalisering moet worden bijgesteld, dan kan ik dit aanpassen (Boeije en Bleijenbergh 2019, 102)

Aspecten	**Dimensies**	**Indicatoren**
1. Discipline van de geestelijke verzorging	1.1 Terminologie geestelijke verzorging	1.1.1 Professionele begeleiding, hulpverlening en advisering (Vereniging van Geestelijk VerZorgers 2016) 1.1.2 Spiritualiteit: zoektocht, heilige en ultieme waarden, levensoriëntatie, gehele leven omvat (Sheldrake 2013, 3-4) 1.1.3 Andere termen
	1.2 Positie van geestelijke verzorging binnen modellen van gezondheid	1.2.1 Biomedisch: beter aanslaan behandeling of kortere opname patiënt (Rumbold 2012, 182) 1.2.2 Biopsychosociaal: invloed spirituele betrokkenheid op levensstijl en besluitvorming (Rumbold 2012, 178) 1.2.3 Sociaal: bevorderen sociale steun en integraal deel van iemands cultuur (Rumbold 2012, 179) 1.2.4 Holistisch/ecologisch: zonder culturele/religieuze inhoud, open voor gemarginaliseerde ervaringen (Rumbold 2012, 179)

		1.2.5 Biospychosociaal-spiritueel: prominentere functie spiritualiteit, externe relatie tussen individu en transcendente (Sulmasy 2002, 26)
	1.3 Aanbieden van geestelijke verzorging	1.3.1 Specialistisch perspectief: geestelijk verzorger neemt het voortouw, zorgprofessionals van andere disciplines verwijzen alleen door (Liefbroer, Ganzevoort, en Olsman 2019, 246) 1.3.2 Generalistisch perspectief: alle zorgprofessionals nemen het voortouw, geestelijk verzorgers alleen moeilijke cases (Liefbroer, Ganzevoort, en Olsman 2019, 246)
2. Informatie uitwisselen	2.1 Mate van al dan niet delen van informatie	2.1.1 Beroepsgeheim (Van Meurs et al. 2023, 8) 2.1.2 Interpretaties van de vrijplaats (alleen geestelijk verzorgers) 2.1.2.1 Initiatiefrecht: ongevraagd benaderen, vertrouwensrelatie (Schilderman 2012, 13)

		2.1.2.2 Toegeschreven asielrecht: mens-tot-mensrelatie, geen diagnostische taken hebben (Schilderman 2012, 13)
	2.2 Hoe informatie wordt gecommuniceerd	2.2.1 Expertise geestelijke verzorging vertalen naar andere zorgprofessionals en begrijpen door andere zorgprofessionals 2.2.2 Gebruik van jargon door geestelijk verzorgers (Van Meurs et al. 2023, 7)

Tabel 1: Codeboek van het begrip multidisciplinaire overleggen

De centrale aspecten van rollen die vanuit de vraagstelling relevant zijn om te onderzoeken, zijn rolverwachtingen en -opvattingen (tabel twee). Rolverwachtingen valt uiteen in de dimensies: wat de zorgprofessional van een andere discipline (rolzender) verwacht dat een geestelijk verzorger behoort te doen of te laten in een MDO en de spirituele oriëntatie van een geestelijk verzorger. Rolopvattingen valt uiteen in de dimensies: wat de geestelijk verzorger (roldrager) zelf vindt dat zij/hij/hen behoort te doen of te laten in een MDO en de eigen spirituele oriëntatie. Deze dimensies vallen uiteen in indicatoren, die waarneembaar moeten zijn in de interviewtranscripties.

Aspecten	**Dimensies**	**Indicatoren**
1. Rolverwachtingen	1.1 Behoren te doen of nalaten van een geestelijk verzorger in een MDO volgens zorgprofessional van andere discipline	1.1.1 Verwachting handelen (doen of laten) van geestelijk verzorger in een MDO

	1.2 Spirituele oriëntatie geestelijk verzorger	1.2.1 Particularistisch perspectief: focus op eigen spirituele oriëntatie (Liefbroer, Ganzevoort, en Olsman 2019, 248) 1.2.2 Universeel perspectief: focus op algemene aspecten geestelijke verzorging (Liefbroer, Ganzevoort, en Olsman 2019, 248)
2. Rolopvattingen	2.1 Behoren te doen of nalaten van een geestelijk verzorger in een MDO volgens geestelijk verzorger zelf	2.1.1 Opvatting handelen (doen of laten) van geestelijk verzorger in een MDO
	2.2 Eigen spirituele oriëntatie	2.2.1 Particularistisch perspectief: focus op eigen spirituele oriëntatie (Liefbroer, Ganzevoort, en Olsman 2019, 248) 2.2.2 Universeel perspectief: focus op algemene aspecten geestelijke verzorging (Liefbroer, Ganzevoort, en Olsman 2019, 248)

Tabel 2: Codeboek van het begrip rol

4.4 Vragenlijsten en interviews

In deze paragraaf wordt de structuur van de vragenlijsten en van de interviews uitgelegd. De interviews zijn allemaal op locatie in een UMC afgenomen, in een ruimte die de participant voorstelde. De gemiddelde duur van de opname (dus zonder inleiding en afronding) van alle participanten is 40 minuten.

Zoals te lezen in de vragenlijsten (bijlagen acht en negen) is bij de introductie van het interview, voorafgaand de opname, aandacht besteed aan de vertrouwelijkheid, anonimiteit en heeft de participant gelegenheid gekregen om vragen te stellen. Er is gekozen voor een aparte vragenlijst voor geestelijk verzorgers en zorgprofessionals van andere disciplines omdat vragen over de vrijplaats alleen bedoeld waren voor geestelijk verzorgers. Verder werd voorafgaand het interview de informatiebrief toegelicht en hebben participant en interviewer het toestemmingsformulier ondertekend. Aan de hand van de indicatoren zijn de vragenlijsten opgesteld, waarbij gelet is op de formulering van de vragen: van breed naar smal, van makkelijk naar moeilijk en bondige, open – zo nodig gesloten – en eenduidige vragen. Naast de introductie en afsluiting valt de vragenlijst uiteen in drie delen: relevante kenmerken, MDO's en rollen.

Gedurende het interview is naast de vragenlijst ook het codeboek gebruikt. Wanneer een participant focuste op een specifiek kant van een dimensie, is ook gevraagd naar de andere kant voor een dimensie; zo is geprobeerd verschillende kanten van het verhaal van de participant te onderzoeken. Verder is gedurende het interview zo veel mogelijk gelet of de antwoorden van de participant compleet waren, of het antwoord gaf op de vraag en of het antwoord duidelijk was. Bij afsluiting van het interview heeft de participant ruimte gekregen voor eigen aanvullingen of opmerkingen.

4.5 Het veldwerk

De geestelijk verzorgers zijn per e-mail benaderd voor deelname aan het onderzoek. Naast een eerste en tweede herinnering gestuurd te hebben, zijn ook medestudenten die stageliepen bij geestelijk verzorgers in UMC's gevraagd om in het team nogmaals het onderzoek onder de aandacht te brengen. Verder zijn, naar aanleiding van het interview met participant één – zie voor verdere uitleg hoofdstuk vijf – specifiek islamitische

geestelijk verzorgers benaderd. Twee van de drie zorgprofessionals van andere disciplines zijn via de sneeuwbalmethode benaderd (Boeije en Bleijenbergh 2019, 64).[29]

4.6 Ethische kwesties en datamanagement

Voor ethische kwesties aangaande de semigestructureerde interviews, zijn drie punten van belang. Als eerste moeten de participanten geïnformeerd zijn over de procedures, hun rechten met betrekking tot de interviews en wat het onderzoek inhoudt. Daarnaast moeten zij weten hoe hun anonimiteit wordt gewaarborgd. Tot slot moeten interviews op een rustige plek worden gehouden (Bolderston 2012, 66, 70-71; Gilliat-Ray et al. 2022, 90; Dicicco-Bloom en Crabtree 2006, 319). Deze punten zijn als volgt toegepast in dit onderzoek. Voorafgaand het interview zijn de participanten geïnformeerd over het onderzoek middels een informatiebrief, volgens het format van de ethische toetsingscommissie geesteswetenschappen van de Radboud Universiteit (RU). In deze informatiebrief stond onder andere hoe hun anonimiteit en privacy wordt gewaarborgd. Hierna kregen zij de gelegenheid om eventuele vragen te stellen over het onderzoek. Vervolgens hebben de participanten een toestemmingsformulier ondertekend, dat ik aan de hand van een voorbeeldformulier van dezelfde ethische toetsingscommissie van de RU heb opgesteld (Radboud University 2023). Tenslotte hebben de interviews op een rustige plek plaatsgevonden, middels afstemming met de participanten.

Naast de ethische kwesties, is ook aandacht besteed aan datamanagement. Ten eerste heb ik niet meer data verzameld dan nodig is voor dit onderzoek. Ook heb ik de interviews tijdens het transcriberen direct geanonimiseerd en heb ik participanten een pseudoniem gegeven zodat zij zo veel mogelijk onherleidbaar zijn. Tenslotte bewaar ik de verzamelde data voor zeven jaar vanaf publicatie van de scriptie in de online beveiligde werkmap van de RU (2023).

[29] Het idee hierachter was dat wanneer een geestelijk verzorger zich had aangemeld voor het interview, diegene een zorgprofessional van een andere discipline zou kennen, die wellicht geïnterviewd wilde worden. Bij één zorgprofessional van een andere discipline lukte dit niet. Hiervoor zijn andere methodes gebruikt: mailen naar andere geestelijk verzorgers van UMC's, mensen in het eigen netwerk benaderen die werkzaam waren of stageliepen bij UMC's en mailen naar de onderzoeksbegeleider.

5. Onderzoeksresultaten

In dit hoofdstuk presenteer ik de resultaten: per paragraaf staat een deelvraag centraal.

5.1 Deelvraag één

In deze paragraaf presenteer ik de belangrijkste resultaten. De presentatie is gestructureerd met behulp van de deelvragen, waarbij als eerste wordt ingegaan op de rol (van geestelijk verzorgers) definiëren en vervolgens wordt gekeken naar hoe deze rol ervaren wordt. Tenslotte wordt een deelconclusie geformuleerd. Deelvraag één gaat over participanten één, twee en vier.[30] Deelvraag één luidt: Hoe definiëren en ervaren geestelijk verzorgers hun rol in multidisciplinaire overleggen? In tabel één de resultaten over de twee relevante kenmerken: hoe lang de participanten werkzaam zijn bij dit UMC en hoe vaak zij deelnemen aan een MDO.[31]

Participant	**Dienstjaren UMC**	**Aantal MDO's per week**
Eén	15	1
Twee	12,5	1-2
Vier	2	>1

Tabel 3: Relevante kenmerken participanten één, twee en vier

5.1.1 Rol definiëren

De resultaten die nodig zijn om deelvraag één te beantwoorden, gaan over het eerste aspect van MDO's, inclusief de dimensies en indicatoren die daaronder vallen, en over de tweede dimensie van het aspect rolopvattingen, dat onder het begrip rol valt.[32]

Als het gaat om terminologie voor geestelijke verzorging (dimensie 1.1), noemt alleen R1 het woord 'professioneel' (indicator 1.1.1): "Geestelijke verzorging is een

[30] In deze paragraaf staan alleen de geïnterviewde geestelijk verzorgers centraal omdat zij nodig zijn om deelvraag één te beantwoorden. 'Participanten' betekent in deze paragraaf louter de geïnterviewde geestelijk verzorgers. 'P' met een cijfer verwijst naar een specifieke regel in een transcriptie. Uitsluitend ten behoeve van de leesbaarheid wordt in dit hoofdstuk 'participant' afgekort met R (respondent). Het meervoud 'participanten' wordt wel als zodanig gebruikt.

[31] Sommige participanten nemen ook deel aan sociaalpsychologische triage, welzijnsoverleg (elke werkdag, maar collega's rouleren, participant twee, P22 en P23) of een psychosociaal overleg (twee keer in de week, participant vier, P6). Hoewel deze overleggen onder mijn definitie van MDO's vallen, laat ik ze buiten beschouwing omdat participanten zelf focussen op de MDO's die zij als een MDO beschouwen (participant vier P7 en P8) of omdat het anders te ingewikkeld wordt (participant twee, P26). Hoewel participant vier meer ervaring heeft in dit UMC, tel ik alleen diens jaren als medewerker.

[32] Hiermee bedoel ik de aspecten, dimensies en indicatoren zoals beschreven staan in tabel drie en vier.

vorm van professionele aandacht…" (PT één, P12). Allen noemen spiritualiteit (indicator 1.1.2), maar zijn er geen fan van. R1 vindt dat spiritualiteit "…een beetje belast is." (P63) Hij/zij gebruikt het woord zelf nooit, behalve in klinische lessen aangezien er dan meer tijd is (P64): "En dan probeer ik … waar gaat het waar draait het nou om." (P65) R2 zegt over spiritualiteit: "Ik heb zelf daar ook nooit een heilig gevoel bij gehad." (P300) R4 gebruikt geen vastomlijnde begrippen (P33), maar geeft aan liever het over concrete dingen te hebben, die we dan zingeving of spiritualiteit zouden kunnen noemen (P34-P35). Wat betreft andere termen (indicator 1.1.3.), zijn er overeenkomsten: geestelijke verzorging kan gaan over religieuze zaken, maar niet exclusief (R1 P57-P58; R2 P16, P60; R4 P35, P43). Verder noemen zowel R4 als R2 het existentiële aspect als van belang. R4 spreekt over existentiële vragen (P41), R2 over existentieel probleem of existentiële vragen (P112). R1 spreekt over levensvragen (P27), R4 over bestaansvragen (P41). R1 noemt levensbeschouwing en levensvisie (P38), R4 levensgeschiedenis (P25). R2 ziet zingeving positief als een term die mensen begrijpen (P45-P46), R4 ziet zingeving negatief en wordt er soms een beetje moe van (P33).

Wat betreft de positie van geestelijke verzorging binnen modellen van gezondheid (dimensie 1.2), benoemt alleen R1 een biomedisch perspectief:

> "… zou je tuurlijk het liefste willen dat je zegt van … als er een geestelijk verzorger is dan geweest dan gaat de patiënt een dag eerder naar huis. Dat wil je eigenlijk dat zou je willen aantonen … ik geloof er niet erg in. Het is ook een het is ook een heel oud vak natuurlijk he … Dat komt uit de tijd dat dingen niet nou zo meetbaar hoefden te zijn." (P110-P111; P113-P115)

R1 benoemt ook een holistisch perspectief: "Dus eigenlijk wat wat ik zie als bijdrage hier is dat je dat je niet alleen de patiënt ziet en zijn als als zijn kwaal als zijn grote wond op zijn buik maar dat je 'm helemaal ziet." (P86) R2 benoemt dat geestelijke verzorging spanning kan verminderen en het ruimte biedt aan emoties (P89, P91-P92), wat raakt aan een biopsychosociaal perspectief. R2 ziet ook een sociaal perspectief: hij/zij zegt er ook voor de naasten te zijn om te bemiddelen, blokkades te doorbreken en te zorgen dat mensen elkaar ruimte kunnen geven (P95-P97). R2 benadrukt dat je een patiënt moet zien als "…bovenal méns…" (P198), wat lijkt op een holistisch perspectief. R4 zegt dat geestelijke verzorging bijdraagt aan iemands gezondheid, maar

weet niet precies hoe (P54, P64-P65), behalve dat mensen na een gesprek opgelucht zijn (P67-P68) en dat mensen wellicht anders in hun lijf komen te zitten, wat doorwerkt op hun lichamelijke gezondheid (P58). Dit is een biopsychosociaal perspectief.

Bij het aanbieden van geestelijke verzorging (dimensie 1.3) hebben R1 en R4 een generalistisch perspectief (indicator 1.3.2). Dit betekent dat geestelijke verzorging door alle zorgprofessionals verleend moet worden (Liefbroer, Ganzevoort, en Olsman 2019, 246). R1 benoemt dat ook verpleegkundigen zich richten op de dimensie van geestelijke verzorging en dat er geestelijk verzorgers zijn als er meer nodig is:

"… kijk een goede verpleegkundige heeft oog voor voor de dimensie waarop waarmee wij bezig zijn. En doet daar ook iets mee… En als er meer nodig is dan vraag je ons." (P119-P121)[33]

R4 heeft ook een generalistisch perspectief op het aanbieden van geestelijke verzorging: hij/zij benoemt dat verpleegkundigen en artsen in elk geval moeten "… signaleren dat er iets speelt en in het beste geval moeten ze ook zelf wat gaan verkennen daarin en dan eventueel doorverwijzen naar ons." (P80)[34] Dit perspectief van R4 blijkt ook uit dat verpleegkundigen, een psycholoog of een maatschappelijk werker (P87) "…aan de oppervlakte blijven en wanneer het wanneer er een spade dieper moet worden gegraven op dit terrein dat dán de geestelijk verzorger de aangewezen persoon is." (P88) Volgens R4 hebben alle zorgprofessionals aandacht voor de dimensie geestelijke verzorging en bij moeilijke cases wordt doorverwezen naar een geestelijk verzorger (P89). R2 vind ik minder duidelijk in diens bewoordingen:

"Maar weet je met maatschappelijk werk is het natuurlijk ook zo dat waar het financiën betreft bijvoorbeeld he het verlies van werk. Is natuurlijk wel iets existentieels. Dus ja om dan direct te zeggen nou hier moet de geestelijke verzorging bij nee dat kunnen zij heel goed dat weten zij ook wel dat het betekent dat iemand zingeving gaat verliezen. Máár het kan nooit slijten als dat echt eigenlijk het zwaarste probleem is en niet zozeer als de financiën uiteindelijk wel goed gekomen zijn of dan zou je kunnen denken kunnen wij een complementaire functie vervullen." (P116-P119)

[33] Overigens denkt R1 dat artsen dit ook zouden kunnen: "… maar artsen hebben het altijd druk en kijken heel technisch." (P122)
[34] Zie bijvoorbeeld ook P28.

Vanuit deze uitspraak van R2 vermoed ik dat voor R2 een specialistisch perspectief meer voor de hand liggend is dan een generalistisch perspectief omdat hij/zij een complementaire functie voor de geestelijk verzorger ziet weggelegd, maar niet benoemt dat de maatschappelijk werker inhoudelijk zingeving heeft verkend.[35] Dit perspectief houdt in dat alleen geestelijk verzorgers geestelijke verzorging moeten aanbieden (Liefbroer, Ganzevoort, en Olsman 2019, 246). Ik denk dat het hebben van kennis van de maatschappelijk werker over de rol van zingeving bij verlies van werk nog niet betekent dat hij/zij in het gesprek ook wat hiermee doet.

Wat betreft de eigen spirituele oriëntatie (dimensie 2.2), heeft R1 een universeel perspectief: "… onder collega's vaak van … mevrouw is [levensbeschouwelijke stroming] moet jij d'r dan niet heen ik zeg nou nee waarom? Het is jouw afdeling." (P258)[36] R1 vindt de focus op de eigen spirituele oriëntatie belemmerend:

> "Dus het heeft helemaal geen zin om dat om die etiketten te plakken d'r zit daar gewoon een persoon en daar moet je mee in gesprek en nou dan moet je kijken van wat waar gaat het nou eigenlijk over. Die etiketten zijn belemmerend." (P264-P265)

Dit pleit voor een universeel perspectief omdat R1 vindt dat geestelijk verzorgers in gesprek moeten met de persoon die voor hen zit, ongeacht spirituele oriëntatie. Verder noemt R1 dat op een islamitische collega een appél wordt gedaan in MDO's als het gaat om culturele problematiek of communicatieproblematiek (P246) of wat het stoppen van een behandeling betekent in relatie tot de cultuur of het geloof van moslim patiënten (P247). Dit lijkt een particularistisch perspectief wat betreft islamitische geestelijk verzorgers.[37] Ook R2 heeft een universeel perspectief, wat blijkt uit dat hij/zij zich openstelt voor iedereen (P65), ongeacht spirituele oriëntatie: "Oh dat ik mij heel goed kan verplaatsen in de leefwereld en eventueel religieuze wereld van mensen of dat nou moslim is of niks he" (P277) R2 noemt het van belang om mensen in hun waarde te

[35] Wel blijkt het hieruit dat zingeving is gesignaleerd. Zie ook P112 voor eenzelfde soort voorbeeld.
[36] R1 geeft zelfs aan dat wanneer hij/zij iemand bezoekt met dezelfde spirituele oriëntatie, die persoon dat zo anders invult, dat R1 hem/haar niet begrijpt (P263).
[37] Ik heb islamitische geestelijk verzorgers van andere UMC's benaderd voor een interview, om te kijken of zij dit ook zo ervaren, maar het is niet gekomen tot een interview vanwege tijdsgebrek van de geestelijk verzorgers.

laten (P285, P290), terughoudend te zijn en een uitgestelde mening te hebben (P287, P289). R4 neemt diens spirituele oriëntatie wel mee in het werk, maar het blijft onduidelijk of hij/zij een universeel of particularistisch perspectief aanhangt:

> "Dat maakt wel dat ik op een bepaalde manier aanwezig ben bij mensen of dingen juist wel of niet bespreek ik denk juist wel bespreek dingen die ik wel zeg of juist niet zeg ja. Het is toch wel toch wel van grote invloed maar het is ook een beetje ongrijpbaar waar dan precies in." (P176)

5.1.2 Rol ervaren

De resultaten die gaan over hoe de participanten hun rol in MDO's ervaren, zijn gerelateerd aan aspect twee van MDO's, en de dimensies en indicatoren die daaronder vallen, en aan dimensie één van het aspect rolopvattingen, wat onder het begrip rol valt.

Allen delen informatie (dimensie 2.2) wanneer het bijdraagt aan goede zorg en behandeling (R1 P152-P154, P180; R2 P147; R4 P97, P105). R1 en R2 benoemen dat het wel of niet delen van informatie ook een kwestie van aanvoelen is of het wezenlijk is voor iemand zelf en of het belangrijk is voor goede zorg (R1: P202, R2 P160-P161). R4 zegt globale lijnen van gespreksonderwerpen te delen, maar niet snel meer te zeggen, tenzij de situatie een probleem is (P94-P95). R1 geeft aan dat diens collega's wellicht anders kijken naar de mate van delen van informatie en dat hij/zij het belang van rapporteren onderstreept:

> "Terwijl je juist de uitdaging is om je als geestelijk verzorger in bepaalde bandbreedte te integreren in de zorg. Zeg maar nou ik ben in dienst van het ziekenhuis ten bate van de goede zorg van de patiënt en dan heb ik dus ook een soort netwerk waar ik in zit en waar ik in mee draai ja dat kan niet zonder rapportage vind ik." (P211-P212)

Participanten gaan verschillend om met het vragen van toestemming aan patiënten om informatie te delen in een MDO. R1 geeft aan dat idealiter een patiënt om toestemming wordt gevraagd, maar dat er in de praktijk een lijst is met mensen die besproken worden, vanuit een gemeenschappelijke vertrouwelijkheid van het zorgpersoneel (P192, P194). Deze participant spreekt ook van een "… gezamenlijk beroepsgeheim…" (P157) R2 zegt daarentegen altijd aan patiënten toestemming te

vragen om iets te bespreken in een MDO (P148-P149). R4 vraagt patiënten wat zij liever niet gedeeld willen hebben, om zo vrij naar een MDO te kunnen (P99, P101).

De vrijplaats (indicator 2.1.1) interpreteren de participanten verschillend. R1 zegt: "…mensen zijn hier langer dan 24 uur opgenomen dus hebben ze het recht om met he traditioneel met iemand van hun eigen levensovertuiging van gedachte te wisselen omdat ze gedislokeerd zijn." (P187) Hij/zij geeft aan dat dit in de praktijk anders werkt (P189). Voor R2 staat de vrijplaats voor een vertrouwensfunctie, niet alles in het dossier schrijven (P151-P152), zelf initiatief nemen en present zijn, ook al is de afdeling het daarmee oneens (P166, P168, P169) en de ander vrij te laten om een gesprek te weigeren (P172-P174). Ook R4 benoemt eigen initiatief, dat geen doorverwijzing nodig is en dat de vrijplaats voor de patiënt geldt (P117). Echter geeft R2 aan dat veel mensen niet weten wat een geestelijk verzorger is en dit niet zullen vragen, dus dat hierdoor de rol van de arts of verpleegkundige en MDO's belangrijk zijn, aangezien hij/zij daar informatie vandaan haalt of het goed zou zijn een patiënt te bezoeken (P118).

Wat betreft het vertalen van de expertise van geestelijk verzorgers naar andere zorgprofessionals en het begrijpen door andere zorgprofessionals (indicator 2.2.1), noemen participanten verschillende zaken. R1 noemt deelnemen aan een MDO en meedoen aan de discussie (P220), je mond opendoen (P251), goed rapporteren en veel op de afdeling zijn (P233). Ook R2 benadrukt dit aanwezig zijn en aan het bed staan (P189, P269, P270, P276). Hiernaast noemt hij/zij een open blik hebben en zorgen voor naamsbekendheid (P270, P271, P276). R4 geeft net als R1 aan dat de manier van deelname aan een MDO belangrijk is (P52), zoals bepaalde typen vragen stellen, informatie vanuit gesprekken en kennis te delen (P154). Participanten noemen verschillende zaken die een rol spelen bij het begrijpen van de expertise van geestelijk verzorgers door zorgprofessionals van andere disciplines. R1 geeft aan dat leeftijd en beeldvorming maken dat verschillende geestelijk verzorgers misschien anders worden aangesproken (P251), R2 vermoedt dat voor nieuwelingen en mensen in opleiding geestelijke verzorging onbekender is en zij eerder aan andere disciplines denken (P192) en R4 meldt dat het bij één MDO aan de structuur en inhoud ligt, aangezien het existentiële aspect altijd besproken wordt omdat het daar gaat om leven en dood, in tegenstelling tot een ander MDO (P130, P141, P134-P135). R4 geeft tenslotte aan dat

zaken als tijd, karakter van de geestelijk verzorger en geluk met een bepaalde situatie hierin kunnen meespelen (P191). R1 stipt de context van een ziekenhuis aan:

> "En daar ja komen steeds hele hordes nieuwe coassistenten in opleiding binnen en weet je dat zijn toch ja ik weet niet precies hoe ik dat nou moet verwoorden 't is in ieder geval niet een gemakkelijke omgeving zomaar, daar moet je wel je best voor doen" (P313) "Je bent niet vanzelfsprekend ofzo. Dat." (P314)

Wat betreft het gebruik van jargon (indicator 2.2.2) vertelt R2 geen moeilijke woorden te gebruiken die voor anderen onbekend zijn (P218). R4 zegt niet te veel vastomlijnde begrippen te gebruiken (P33). Daarnaast dat het een nadeel is dat je eigen termen te moeten uitleggen, wat niet erg is omdat mensen zelf afwegen of het nodig is een toelichting te vragen (P51).

Bij het behoren te doen of te laten van een geestelijk verzorger in een MDO volgens hem-/haarzelf (dimensie 2.1), zijn de antwoorden verschillend. R1 vindt dat een MDO gaat om afstemmen met zorgprofessionals van andere disciplines (P178), vragen naar de mentale kant van het verhaal, hoe het met iemand gaat en vragen naar het eigen netwerk en steun (P171-P172, P174, P291), hoe zorgprofessionals van andere disciplines kunnen inzetten wat ze in een gesprek gehoord hebben, of een geestelijk verzorger moet langskomen en hoe zij iemands levensbeschouwing kunnen uitdiepen (P273-P274, P81). R1 zoekt naar evenwicht:

> "… het gaat heel snel over kuur zus of pijnstiller zo of en dat is dan goed om ook te kijken naar het bredere plaatje daar dat vind ik een beetje mijn taak." (P267)

Dit evenwicht lijkt R1 later in het interview weer te beschrijven:

> "… 't is natuurlijk toch zoeken steeds van kun je nou zo'n hele technologische medische wereld toch net iets anders laten horen dan dan dan precies dat." (P311)

R2 zegt drie dingen te doen in een MDO: nieuwe informatie opdoen (P230), contact met nieuwe patiënten (P132) en tegengas geven over patiënten en naasten als er een bepaald beeld van hen is (P143, P235-P236): "… het zijn soms ook hele complexe casussen hoor dus die dan voel ik me ook een beetje bewaker van … humaniteit ..." (P237). [38] R4

[38] Overigens geeft R2 aan dat er korte lijnen zijn en dat niet alles loopt via het MDO, maar ook daarbuiten (P233-P234).

noemt andere zaken: vertegenwoordigen van patiënten, een domein vertegenwoordigen zodat niet louter wordt gefocust op een ander domein en kennis delen (P37, P162-P163, P181). Ook pakt hij/zij diens plek in een MDO om het beroep neer te zetten en relevantie ervan aan te tonen (P110, P112-P113).

Wat betreft zaken moeten laten in een MDO, noemen R1 (P283) en R4 (P166) expliciet dat geestelijk verzorgers een bescheiden rol hebben. R4 zegt zich soms te bescheiden te hebben opgesteld en dat karakter meespeelt (P166-P167). R1 vindt het belangrijk te kijken wanneer het nodig is om wat te zeggen en wanneer er een duidelijk beeld is van de patiënt (P282, P294, P297). R2 vindt een open blik en bewust zijn van eigen vooroordelen belangrijk (P257, P261), evenals het soms niet te weten en niet direct ergens op aan te haken.

5.1.3 Deelconclusie deelvraag één

Wanneer het gaat om hun rol definiëren, geven alle participanten aan dat geestelijke verzorging te maken kan hebben met religieuze zaken, maar niet exclusief. Geen van de participanten gebruikt de term spiritualiteit zonder uitleg. R2 en R4 noemen ‘existentieel’. Bij R1 en R2 komt een holistisch model van gezondheid naar voren en bij twee en vier een sociaal model. R1 en R4 hebben een generalistisch perspectief op het aanbieden van geestelijke verzorging, bij R2 is een specialistisch perspectief aannemelijker. R1 en R2 hebben een universeel perspectief wat betreft hun spirituele oriëntatie, bij R4 blijft dit onduidelijk.

Wanneer het gaat om hoe geestelijk verzorgers hun rol in het MDO ervaren, benoemen alle participanten dat zij informatie delen wanneer het bijdraagt aan goede zorg dan wel de behandeling van de patiënt. R1 en R2 geven te kennen dat aanvoelen hierin meespeelt. R2 en R4 vatten de vrijplaats op als zelf het initiatief kunnen nemen bij het aangaan van patiëntcontact. R1 vertelt dat de vrijplaats in praktijk anders werkt dan de definitie ervan. R1 en R4 benoemen dat zorgprofessionals van andere disciplines hun expertise begrijpen in een MDO door als geestelijk verzorger deel te nemen dan wel de manier van deelname. Voor R1 en R2 gaat het ook om veel op afdelingen aanwezig te zijn en aan het bed te staan. Wat betreft wat zij behoren te doen in een MDO, benoemt R1 dat hij/zij zoekt naar evenwicht, afstemt met zorgprofessionals van andere disciplines en vraagt naar de mentale kant van het verhaal. R2 ziet diens rol in een MDO als nieuwe informatie opdoen, wellicht een nieuw patiëntcontact en bepaalde

beeldvorming van een patiënt en/of naaste te doorbreken. R4 vertegenwoordigt in een MDO de patiënt, een bepaald domein en deelt kennis. R1 en R4 vertellen dat zij een bescheiden rol hebben. R1 vertelt het moment te moeten kiezen om wat te zeggen aan de hand van of er al een duidelijk beeld is van de patiënt of niet en R4 zegt een open blik te houden, het niet altijd te hoeven weten en bewust te zijn van de eigen vooroordelen.

5.2 Deelvraag twee

In deze paragraaf presenteer ik de belangrijkste resultaten voor deelvraag één (R3, R5, R6) en formuleer ik een deelconclusie.[39] Deelvraag twee luidt: Hoe definiëren en ervaren zorgprofessionals van andere disciplines de rol van geestelijk verzorgers in multidisciplinaire overleggen? In tabel twee staan de resultaten over de twee relevante kenmerken voor R3, R5 en R6.[40]

Participant	**Dienstjaren UMC**	**Aantal MDO's per week**
Drie	5	2
Vijf	14	1
Zes	20	1

Tabel 4: Relevante kenmerken participanten drie, vijf en zes

5.2.1 Rol definiëren

Resultaten die gaan over hoe zorgprofessionals van andere disciplines de rol van geestelijk verzorgers in MDO's definiëren, zijn gerelateerd aan aspect één van MDO's en de dimensies en indicatoren die daaronder vallen, en aan dimensie twee van het aspect rolverwachtingen van het begrip rol.

Alle participanten noemen bij terminologie voor geestelijke verzorging (dimensie 1.1), 'zingeving' (R3 P11, P14-P15; R5 P24, P71, P124, P131; R6 P163). Daarnaast noemen R3 (P12, P14-P15) en R5 (P8-P9, P12, P125, P169) 'geloof' en 'waarden en normen'. R6 vindt spiritualiteit een spijtige term, maar wil niet dat het wordt aangepast (P164, P166).

R5 en R6 lichten bij de positie van geestelijke verzorging binnen modellen van gezondheid (dimensie 1.2) het biomedische en sociale model uit en R3 het

[39] In deze paragraaf betekent 'participanten' de geïnterviewde zorgprofessionals van andere disciplines.
[40] R6 neemt deel aan een regionaal MDO, wat gaat over patiënten binnen het UMC en over patiënten die via de eerste lijn zorg krijgen (P29, P30, P32).

biopsychosociaal-spirituele model. In het volgende citaat van R5 komt het biomedische model naar voren:

"… en heb je ook [syndroom familie] en we weten dat he een deel van de familie dat ontwikkelt en één van de manieren om dat te voorkomen is … ook de he aandacht via [naam geestelijk verzorger]." (P41)

R5 legt uit dat de aandacht via een geestelijk verzorger aan de familie, helpt bij het voorkomen van dit syndroom. Echter blijft het onduidelijk of die aandacht specifiek via een geestelijk verzorger moet worden gegeven, of dat het gaat om aandacht in het algemeen. Tevens benoemt R5, wat raakt aan het sociale model van gezondheid, dat een geestelijk verzorger er voor de familie van een patiënt is: "… dus dan is een geestelijk verzorger er ook voor de familie om uit te leggen en ook verder in het traject te begeleiden." (P39) R6 licht het biomedische uit door te stellen dat: "…mensen met een met een begrip in hun eigen spiritualiteit … dat die minder medicatie nodig hebben…" (P91). Het minder nodig hebben van medicatie als gevolg van begrip in de eigen spiritualiteit, sluit aan op een biomedisch model van gezondheid. R6 licht ook het sociale model uit:

"….mensen met een met een begrip in hun eigen spiritualiteit … dat die veel meer ook hun omgeving kunnen geruststellen … je ziet iemand die een mooie spiritualiteit beleeft dat die ook z'n omgeving kan geruststellen …" (P91-P92).

De spiritualiteit van een patiënt speelt dus volgens R6 een rol in het geruststellen van de eigen sociale omgeving. R3 benadrukt, in tegenstelling tot de anderen, het biopsychosociaal-spirituele model: "… we noemen het wel de vierde dimensie maar het is soort basis dimensie denk ik." (P26) En: "Die zou als een soort basis. Er onder moeten liggen." (P210-P211) Dit komt overeen met een biopsychosociaal-spiritueel model omdat spiritualiteit een prominentere plek vervult.

Wat betreft het aanbieden van geestelijke verzorging (dimensie 1.3), hebben R3 en R6 een generalistisch perspectief. R3 benoemt dat elke zorgprofessional aandacht moet hebben voor geestelijke verzorging: "Dus ja het is omdat het zoiets basaals is iedereen die met zo'n patiënt te maken heeft … moet dat oppikken of moet dat signaleren." (R3 P73-P74) En: "Nou ja kijk en als d'r extra aandacht gegeven moet worden daaraan dan wordt heel vaak de geestelijk verzorger d'r bij geroepen." (R3 P77)

Hieruit blijkt een generalistisch perspectief: elke zorgprofessional moet vraagstukken van de geestelijke verzorging signaleren en als er sprake is van moeilijke cases, wordt er doorverwezen naar een geestelijk verzorger. Ook R6 benoemt dit: "… eerste opvang moet iedere zorgprofessional kunnen en bij crisis, de C van crisis, in crisis in de spirituele dimensie ja daar moet je voor verwijzen naar een geestelijk verzorger." (P53)[41] R5 beschrijft geen generalistisch perspectief, maar zegt: "… levensvragen en de zingeving ligt meer bij de dienst geestelijke verzorging." (P70-P71) Dit lijkt op een specialistisch perspectief. Hoewel R5 in P53 aangeeft dat andere zorgprofessionals ook vraagstukken van de geestelijke verzorging oppakken, beschrijft hij/zij in P55-P59 de eigen taak van elke discipline. Wanneer ik de vraag herhaal in I69, benadrukt hij/zij in P69-P75 het verschil tussen de disciplines en benoemt nogmaals ieders eigen taak. Uit deze uitspraken vind ik geen generalistisch perspectief blijken, maar eerder een specialistisch perspectief in die zin dat alleen een geestelijk verzorger zich met zingeving bezighoudt.

Participanten verschillen van mening over de spirituele oriëntatie van geestelijk verzorgers (dimensie 1.2). R3 heeft enerzijds een particularistisch perspectief:

> "… waar het een hele grote rol speelt is in de bemiddelende rol als je tussen zorgverleners en patiënten naasten als communicatie niet goed gaat op basis van bijvoorbeeld geloof ofzo. Daarin speelt de achtergrond van de van de geestelijk verzorger een hele grote rol." (P172-P173)

Wanneer bemiddeling nodig is bij communicatie tussen zorgverleners en patiënten, wordt gefocust op de spirituele oriëntatie van de geestelijk verzorger. Anderzijds zegt R3 dat dit bij patiëntcontact minder belangrijk is, wat past bij een universeel perspectief: "En dat ik denk dat de mindere rol hóéft te spelen in de één-op-één relatie met patiënten en naasten dat zou ík zeggen." (P171) R5 heeft een particularistisch perspectief in die zin dat een geestelijk verzorger zelf ook ergens in gelooft (P157) en de focus op eigen normen en waarden:

[41] Zie hiervoor ook P95-P97 en P99.

"…zijn jouw waarden en normen en daar wil je mee verder … kan je dan testen of checken aan de patiënt maar neem aan dat je dat dat daar jouw kennis en kunde ligt." (P157-P158)

R6 zegt dat geestelijk verzorgers vooral een particularistisch perspectief hebben: "… de meeste geestelijk verzorgers slash religieuze medewerkers ja die zitten veel meer met hun eigen kerkelijke geloof en met ja de missie die ze daarvan hebben." (P109) R6 heeft zelf een universeel perspectief: "… bij een burger die ziek is, een patiënt, moet je natuurlijk neutraal zijn…" (P160).

5.2.2 Rol ervaren

Resultaten over hoe zorgprofessionals van andere disciplines de rol van geestelijk verzorgers in MDO's ervaren, zijn gerelateerd aan aspect twee van MDO's en de dimensies en indicatoren die daaronder vallen (behalve indicator 2.1.2), en aan dimensie één van het aspect rolverwachtingen, wat onder het begrip rol valt.

Bij mate van delen van informatie (dimensie 2.1) vinden allen het belangrijk dat een geestelijk verzorger informatie deelt (R3 P101; R5 P85, P91-P92; R6 P116). R6 spreekt expliciet van een mededeelzaam beroepsgeheim (P116). R5 vindt dat een geestelijk verzorger vooral diens indruk en patiëntinformatie moet delen, gezien zijn/haar rol in een psychosociaal overleg en het doorverwijzen naar zorgprofessionals van andere disciplines (P85, P89-P91, P95, P97-P98 P101). R3 zegt dat elke zorgprofessional binnen een MDO afweegt wat hij/zij deelt (P105-P107), dat informatie wordt gedeeld wanneer het de communicatie of begrip tussen zorgverlener en patiënt ten goede komt (P110) en dat het eindoordeel wat gedeeld mag worden bij de patiënt ligt (P113-P114, P116-P117)

Als het gaat om hoe informatie wordt gecommuniceerd (dimensie 2.2), benoemt geen van de participanten het jargon van geestelijk verzorgers (indicator 2.2.2). Allen zeggen (R3 P122; R5 P100; R6 P121) de expertise van een geestelijk verzorger te begrijpen (indicator 2.2.1). Wat aan dit begrip heeft bijgedragen, verschilt per participant. R3 hielp het door ze in MDO's vaak aan het woord te laten (P124, P128), R5 hielp het gewoon door te zijn en het werk te doen (P111), R6 door jarenlange samenwerking (P125).

Wat betreft geestelijk verzorgers behoren te doen of te laten in een MDO (dimensie 1.1), geven R3 en R6 aan dat de rol van een geestelijk verzorger is de vierde dimensie

verder uitdiepen (R3 P142) of te bewaken (R6 P135). R6 voegt toe dat die dimensie voor patiënten, familieleden en omgeving en zorgverleners vaak onbekend zijn en in kaart moet worden gebracht (P136-P137).[42] R3 en R6 zien een andere rol voor de geestelijk verzorger weggelegd dan die van andere aanwezigen. Bij R3 gaat dit om het teruggaan naar de basis:

> "En ook signaleren van als wij met z'n allen hittepetitterig door elkaar heen zo van joh wat is er, wat denkt de patiënt over de zin van z'n leven of zo, om even weer terug naar de basis omdat ik vind dat het echt een basis is." (P143)

R6 heeft het over een rol gericht op scholing of toerusting:

> "… zorgen dat wij één allemaal als medisch inhoudelijke zorgverleners he verpleegkundigen, artsen, fysiotherapeut, psycholoog, case managers van de [artsen] … maar dat wij allemaal op de juiste manier aandacht zouden kunnen geven aan spirituele zorg." (P21)

R5 en R6 noemen een triage rol van de geestelijk verzorger. R5 noemt de triage rol richting maatschappelijk werk en psychologie (P61, P63-P66): "…het is eigenlijk een dubbele rol nog he het is niet alleen de rol van dienst geestelijke verzorging maar ook nog als contactpersoon van die psychosociale groep…" (P93). R6 benadrukt over de triage rol (P61) de eerste lijn (P138-P140):

> "… ik verwacht helemaal niet dat de geestelijk verzorger in mijn MDO alle zorg zelf gaat opnemen … maar dat die vooral goed gaat verwijzen wie moet er thuis voor die patiënt verder gaan zorgen…" (P57).

R3 ziet een bemiddelende rol voor de geestelijk verzorger in een MDO tussen de zorgverleners en de patiënten en naasten (P157).

R3 noemt drie dingen, als het gaat om wat een geestelijk verzorger zou moeten laten in een MDO: een geestelijk verzorger moet geen privé dingen bespreken (P154), moet in de bemiddelende rol niet in de naastenfunctie gaan zitten en professionaliteit is belangrijk (P156, P158, P162, P165). R5 benoemt dat geestelijk verzorgers niet iets

[42] R6 geeft aan dat in het ziekenhuis niet altijd iedereen weet dat ze teams zijn en dat de patiënten in het ziekenhuis (spirituele) noden hebben waar men naar moet kijken (P173, P183).

zouden hoeven laten in een MDO (P145, P149). R6 zegt dat geestelijk verzorger niet belerend moeten overkomen (P141).

5.2.3 Deelconclusie deelvraag twee

Wanneer het gaat om de rol van geestelijk verzorgers definiëren, spreken alle participanten over ‘zingeving’ en R3 en R5 over ‘geloof’ en ‘waarden en normen’. Bij R5 en R6 komen vooral het biomedische en sociale model van gezondheid naar voren, bij R3 het biopsychosociaal-spiritueel model. R3 en R6 hebben een generalistisch perspectief op het aanbieden van geestelijke verzorging en R5 een specialistisch perspectief. R3 heeft een particularistisch en universeel perspectief op de spirituele oriëntatie van geestelijk verzorgers en R5 heeft een particularistisch perspectief. R6 zegt dat geestelijk verzorgers vaak een particularistisch perspectief hebben en vindt een universeel perspectief beter.

Alle participanten vinden het belangrijk dat een geestelijk verzorger informatie deelt in een MDO, maar hoe en wat zij moeten delen, verschillen zij van mening. Ook zeggen allen de expertise van een geestelijk verzorger te begrijpen, maar verschillen zij in wat aan dit begrip heeft bijgedragen. De rol van een geestelijk verzorger in een MDO draait voor R3 en R6 om de vierde dimensie. R3 en R6 omschrijven een ander soort rol voor de geestelijk verzorgers dan andere aanwezigen van het MDO. R5 en R6 zien een triage rol weggelegd voor de geestelijk verzorger, en R3 een bemiddelende rol. R5 benoemt dat geestelijk verzorgers niks zouden moeten laten in een MDO, R6 noemt dat zij niet belerend moeten overkomen en R3 zegt dat zij niet op de stoel van de naaste moet gaan zitten.

6. Conclusie

In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksvraag beantwoord en presenteer ik de discussie.

6.1 Beantwoording deelvragen en onderzoeksvraag

Als eerste wordt deelvraag één beantwoord. Deze deelvraag luidt: Hoe definiëren en ervaren geestelijk verzorgers hun rol in multidisciplinaire overleggen? Alle participanten benoemen dat hun rol kan gaan over religieuze zaken, maar niet exclusief. Geen van hen gebruikt spiritualiteit zonder uitleg. Voornamelijk holistische en sociale modellen van gezondheid komen naar voren. De participanten hebben grotendeels een generalistisch perspectief op het aanbieden van geestelijke verzorging en een universeel perspectief op hun spirituele oriëntatie. Alle participanten delen informatie wanneer het bijdraagt aan goede zorg of behandeling van patiënten. Goeddeels vatten zij de vrijplaats op als zelf initiatief nemen bij het aangaan van patiëntcontact en ervaren zij dat zorgprofessionals van andere disciplines hun expertise begrijpen door (de manier van) deelname aan het MDO en aanwezig te zijn op de afdelingen. Hun rol in het MDO zien de participanten verschillend: zoeken naar evenwicht (participant één), nieuwe informatie opdoen, nieuw patiëntcontact en beeldvorming over patiënt en naaste te doorbreken (participant twee) en patiënt en bepaald domein vertegenwoordigen en kennis delen (participant vier). Een meerderheid van de participanten zegt een bescheiden rol te hebben.

Deelvraag twee luidt: Tevens beantwoord ik deelvraag twee: Hoe definiëren en ervaren zorgprofessionals van andere disciplines de rol van geestelijk verzorgers in multidisciplinaire overleggen? Nu volgt het antwoord op deze deelvraag. Alle participanten definiëren spreken over ‘zingeving’. Grotendeels wordt het biomedische, sociale en biopsychosociaal-spirituele model benoemd en hebben de participanten een generalistisch perspectief op het aanbieden van geestelijke verzorging. Het merendeel van de participanten heeft een particularistisch perspectief op de spirituele oriëntatie van geestelijk verzorgers. Alle participanten vinden het belangrijk dat een geestelijk verzorger informatie deelt in een MDO, maar hoe en wat precies verschillen participanten van mening. Alle participanten zeggen de expertise van een geestelijk verzorger te begrijpen, maar zij verschillen in wat tot dit begrip heeft geleid. Het merendeel zegt dat geestelijk verzorgers de vierde dimensie in een MDO vertegenwoordigen, dat zij een ander soort rol hebben en dat zij een triage rol vervullen. Tenslotte zegt het merendeel van de

geïnterviewde zorgprofessionals van andere disciplines dat geestelijk verzorgers niet belerend moeten overkomen en niet op de stoel van de naaste moeten zitten in een MDO.

Nadat ik de deelvragen heb beantwoord ben ik nu in staat een antwoord op de hoofdvraag te formuleren. De onderzoeksvraag luidt: Met welke vraagstukken over hun rol worden geestelijk verzorgers geconfronteerd in multidisciplinaire overleggen in universitaire medische centra in Nederland? De doelstelling van het onderzoek was inzicht verwerven in de rolopvattingen van geestelijk verzorgers in MDO's en in de rolverwachtingen van zorgprofessionals van andere disciplines van geestelijk verzorgers in MDO's door semigestructureerde interviews. Voor de geïnterviewde geestelijk verzorgers kan hun vak gaan over religieuze zaken, maar niet exclusief, begrijpen zorgprofessionals van andere disciplines hun rol door (de manier van) deelname aan het MDO en aanwezig te zijn op de afdelingen en vatten zij hun rol anders op in een MDO: het kan gaan om zoeken naar evenwicht, nieuwe informatie en patiëntcontact opdoen, doorbreken van beeldvorming van naaste en patiënt, vertegenwoordigen van patiënt en domein en het delen van kennis. Voor de geïnterviewde zorgprofessionals van andere disciplines gaat geestelijke verzorging om zingeving, verschillen zij in wat heeft bijgedragen aan het begrijpen van de expertise van een geestelijk verzorger, zien zij de rol van een geestelijk verzorger in een MDO vooral als het vertegenwoordigen van de vierde dimensie en een ander soort rol of triage rol vervullen.

Bovenstaande conclusie biedt inzicht in hoe geestelijk verzorgers hun rol opvatten ten opzichte van wat zorgprofessionals van andere disciplines van die rol verwachten. Dit is belangrijk omdat het duidelijk maakt waar de mogelijkheden liggen om deze verschillen in rolopvatting en -verwachting dichter bij elkaar te brengen en zo de integratie van geestelijke verzorging in de zorg te verbeteren.

Er zijn drie opvallende zaken te noemen aan dit onderzoek. Het eerste is dat er een discrepantie zit tussen de gebruikte literatuur over spiritualiteit en dat rolzenders voornamelijk zingeving als term hanteren. Hiernaast blijkt uit het empirisch onderzoek dat geestelijk verzorgers een ander soort rol of triage rol vervullen in een MDO en dat de rol van islamitisch geestelijk verzorgers in een MDO wellicht kunnen verschillen van die van andere geestelijk verzorgers. Deze twee punten blijken niet uit de gebruikte theoretische literatuur, of uit gebruikte literatuur over eerder onderzoek naar de rol van geestelijk verzorgers. Ten derde zitten er vooral verschillen in de antwoorden op deelvraag één en

twee. Zo benoemen de geïnterviewde geestelijk verzorgers vooral dat geestelijke verzorging ook over religie kan gaan, maar niet exclusief en benoemen zorgprofessionals van andere disciplines zingeving. De geestelijk verzorgers hebben vooral universeel perspectief op hun spirituele oriëntatie, wat betekent dat zij focussen op algemene aspecten van geestelijke verzorging en benadrukken voor alle patiënten te zorgen, ongeacht de spirituele achtergrond van henzelf of van de patiënt (Liefbroer, Ganzevoort, en Olsman 2019, 248). Zorgprofessionals van andere disciplines hebben met name een particularistisch perspectief op de spirituele oriëntatie van geestelijk verzorgers, wat betekent dat zij vinden dat geestelijk verzorgers hun rol zien als formele representaties van hun spirituele oriëntatie en dat zij het belang van hun eigen spirituele oriëntatie benadrukken in hun vak (Liefbroer, Ganzevoort, en Olsman 2019, 248). De zorgprofessionals van andere disciplines vinden grotendeels dat geestelijk verzorgers de vierde dimensie vertegenwoordigen in een MDO en dat zij een ander soort rol of triage rol vervullen. De geestelijk verzorgers benoemen dit niet of nauwelijks. Overigens is er ook variëteit te zien tussen de geestelijk verzorgers in hoe zij hun rol in een MDO opvatten. De geïnterviewde zorgprofessionals van andere disciplines benoemen met name dat geestelijk verzorgers niet belerend moeten overkomen en niet op de stoel van de naaste moeten zitten, terwijl geestelijk verzorgers juist de bescheidenheid van hun rol benadrukken.

De doelstelling van het onderzoek is behaald doordat de interviews inzicht bieden in hoe geestelijk verzorgers hun rol opvatten in MDO's en wat zorgprofessionals van andere disciplines van die rol verwachten.

6.2 Discussie onderzoeksresultaten

Deze paragraaf gaat in op wat de resultaten betekenen voor de professie van geestelijke verzorging en samenwerking tussen geestelijk verzorgers en zorgprofessionals van andere disciplines. Hiernaast wordt aandacht besteed wat vanuit deze resultaten wenselijke vervolgstappen zijn voor de beroepsgroep, samenwerking en opleidingen. Tenslotte worden suggesties gedaan voor vervolgonderzoek

Onder de geïnterviewde geestelijk verzorgers is er geen duidelijkheid over de eigen rol in die zin dat die niet overeenkomt met zoals het beschreven staat in de beroepsstandaard van de VGVZ en komt ook niet overeen met hoe de geïnterviewde zorgprofessionals van andere disciplines die rol omschrijven. Voor de professie van geestelijke verzorging betekent dat, binnen de scope van dit onderzoek, dat er bij

geestelijk verzorgers verschillen onderling zijn in hoe zij hun rol in een MDO opvatten en in welke termen zij gebruiken om geestelijke verzorging te definiëren. Voor de samenwerking met zorgprofessionals van andere disciplines betekent dit dat zij wat anders van die rol verwachten dan geestelijk verzorgers en dat zij anders deze rol begrijpen dan geestelijk verzorgers. Zo hebben zij met name een particularistisch perspectief op de spirituele oriëntatie van geestelijk verzorgers, wat betekent dat de eigen spirituele oriëntatie op de voorgrond staat, terwijl geestelijk verzorgers zelf een universeel perspectief hebben, wat betekent dat zij zich meer op algemene aspecten focussen (Liefbroer, Ganzevoort, en Olsman 2019, 248). Ook benoemen zij de rol in het MDO anders en noemen andere termen om geestelijke verzorging te definiëren.

Vanuit dit onderzoek is het volgende wenselijk voor de beroepsgroep, onderlinge samenwerking en de opleidingen. Voor het verbeteren van onderlinge samenwerking kunnen geestelijk verzorgers en zorgprofessionals van andere disciplines dezelfde cursussen of symposia volgen aan de hand van een gezamenlijk thema.[43] Door verschillende kanten van een thema te belichten en ook professionals van andere disciplines in de zaal te hebben, kan er onderlinge kruisbestuiving ontstaan en wellicht ook begrip van zorgprofessionals van andere disciplines voor de discipline van de geestelijke verzorging.[44] Zo kan wellicht ook, refereert Hall (2005, 190) naar Petrie, meer begrip ontstaan in het begrijpen van elkaars 'cognitieve map', hoe elke discipline gewend is om naar een situatie te kijken, ontstaan door educatie en socialisatie en de cultuur van een professie beïnvloedt. De beroepsvereniging van geestelijk verzorgers kan een rol spelen in het organiseren van deze cursussen of symposia, door bijvoorbeeld samenwerking te zoeken met andere beroepsverenigingen. Vanuit de opleidingen voor zorgprofessionals in de zorg kan het de moeite waard zijn om meer samen te werken en bijvoorbeeld een aantal gezamenlijke vakken te ontwikkelen of een gezamenlijke studiedag te organiseren om te leren over ieders discipline en hoe zij elkaar kunnen aanvullen ten bate van goede zorg voor mensen met een ziekte.[45] Met een studiedag

[43] Of bijvoorbeeld op laagdrempelige wijze een gezamenlijke middag binnen het UMC organiseren over wat elke discipline doet, zoals participant vier benoemt (P150).
[44] Ook geestelijk verzorgers kunnen zo een beter begrip krijgen van andere disciplines, maar dat valt buiten de scope van dit onderzoek. Een voorbeeld van een gezamenlijke cursus is de masterclass 'Zingeving en spiritualiteit in de palliatieve zorg', waar deelnemers gemotiveerd worden om zich aan te melden als duo van geestelijk verzorger en zorgprofessionals van andere discipline (Finivita z.d.).
[45] Uiteraard rekening houdend met verschillen in opleidingsniveau.

over elkaars discipline en ieders kennisbijdrage aan goede zorg kan multidisciplinaire samenwerking wellicht worden versterkt. Met het kunnen volgen van gezamenlijke vakken over discipline-overstijgende thema's, bijvoorbeeld palliatieve zorg, kunnen ook andere samenwerkingsvormen voorop staan, zoals interdisciplinariteit.

Tenslotte benoem ik suggesties voor vervolgonderzoek. Ten eerste kan middels interviews de rol van islamitische geestelijk verzorgers in MDO's worden onderzocht of die verschilt van andere geestelijk verzorgers en of zorgprofessionals van andere disciplines van hen andere rolverwachtingen hebben. Daarnaast kan middels een enquête, en later wellicht interviews, de rolverwachtingen van zorgprofessionals van verschillende andere disciplines worden vergeleken, bijvoorbeeld of meer zorgprofessionals van andere disciplines de term 'zingeving' hanteren. Ten derde kan eenzelfde soort opzet van dit onderzoek worden herhaald in andere zorgcontexten om daar de rol van geestelijk verzorgers in MDO's te onderzoeken. Ten vierde kan onderzocht worden in hoeverre de triage rol van geestelijk verzorgers ook in MDO's in andere zorgcontexten, zoals de eerste lijn of verpleeghuizen, belangrijk is.

7. Reflectie

Dit slothoofdstuk omvat een methodische reflectie en reflectie de rol als onderzoekster.

7.1 Methodische reflectie op het onderzoek

In deze paragraaf komen eerst validiteit, intersubjectiviteit en generalisatie op basis van vergelijkbaarheid aan de orde. Tevens bespreek ik de beperkingen van het onderzoek.

Om dit onderzoek te beoordelen, wordt ten eerste gekeken naar de interne validiteit: in hoeverre ik heb gemeten wat ik wilde meten en naar hoe ik mijn waarnemingen heb geïnterpreteerd (Boeije en Bleijenbergh 2019, 154). Wat betreft het beogen te meten wat ik wilde meten, zie ik een discrepantie in hoe ik de modellen van gezondheid in de literatuur en in de vragenlijsten heb benaderd, wat leidde tot een verschil in wat ik wilde meten en wat ik daadwerkelijk heb gemeten (zie ook de alinea hieronder). Ten aanzien van de richtlijnen voor de betrouwbaarheid, het zorgvuldig transcriberen, systematisch coderen en het juist interpreteren van de waarnemingen (Boeije en Bleijenbergh 2019, 154), kan gesteld worden dat het onderzoek daaraan voldoet. Zo zijn de interviewopnames twee- tot driemaal beluisterd en is meermaals de transcripties doorgelezen op fouten, waarbij ook aandacht is besteed aan het anonimiseren van herleidbare zaken.[46] Het coderen is systematisch gedaan door het interview eerst helemaal door te lezen, dan het in fragmenten te verdelen, vervolgens het op papier te coderen en dan bij het in Atlas.ti te zetten nogmaals kritisch door te lezen. Bij het analyseren is opnieuw kritisch gekeken of een code al dan niet van toepassing was in relatie tot de vraagstelling en heb ik meerdere keren het gehele interview gelezen en dat erbij gepakt of de code van toepassing was gezien de context van het interview en in hoeverre de participant diens woorden ook zo bedoelde. Dit resulteerde in het aanpassen van codes en het toevoegen of achterwege laten van bepaalde stukken transcript bij een code. Ten tweede beoordeel ik de intersubjectiviteit van het onderzoek door te kijken in hoeverre de resultaten en conclusies met elkaar overeenstemmen (Boeije en Bleijenbergh 2019, 163). Grotendeels ben ik tevreden over de intersubjectiviteit omdat ik anderen heb gevraagd mee te lezen met het onderzoek en feedback te geven op mijn interpretaties, waardoor ik bijvoorbeeld een aantal interviewvragen duidelijker heb geformuleerd. Echter vond ik het

[46] Ook heb ik na elk interview, gedurende het transcriberen, coderen en analyseren memo's bijgehouden over nieuwe informatie, de interpretatie van een zin, sfeer, context en indruk van het interview.

soms een beperking dat ik zelf geestelijk verzorger in opleiding ben (zie paragraaf 7.2). Dit had ik kunnen ondervangen door samen te werken met een zorgprofessional van een andere discipline zodat multidisciplinariteit meer geïntegreerd was in het literatuuronderzoek en de vragenlijst.

Ten tweede beoordeel ik dit onderzoek op generalisatie op basis van vergelijkbaarheid (Boeije en Bleijenbergh 2019, 63). Ik kijk naar de overdraagbaarheid: in hoeverre de conclusies van betekenis en relevant kunnen zijn voor vergelijkbare niet-onderzochte contexten, zoals personen, locaties en/of situaties (Boeije en Bleijenbergh 2019, 63). De conclusies zijn mijns inziens niet overdraagbaar naar islamitische geestelijk verzorgers aangezien uit de resultaten blijkt dat islamitische geestelijk verzorgers vermoedelijk een ander soort rol kunnen hebben in een MDO. De conclusies zijn denk ik gedeeltelijk overdraagbaar naar rolzenders en -dragers in dezelfde of in andere UMC's omdat de zorgcontext grotendeels hetzelfde is. Vermoedelijk zijn er rolzenders en -dragers die dezelfde opvattingen en verwachtingen hebben, maar er zijn ook rolzenders die de rol van geestelijk verzorgers niet begrijpen en/of roldragers die veel jargon gebruiken en hun eigen rol niet volledig benutten of die niet wensen deel te nemen aan MDO's. Ik denk niet dat de conclusies één-op-één overdraagbaar zijn naar andere zorgcontexten, zoals verpleeghuizen of psychiatrie, omdat de context waarin MDO's daar zijn ingebed misschien teveel verschillen met die van UMC's om de overeenkomst te rechtvaardigen. Hoewel in die zorgcontexten ook goede zorg voor de patiënt en samenwerken centraal kan staan, kan de zorgcontext daar heel anders ingericht zijn dan bij UMC's, bijvoorbeeld: een andere rol van geestelijke verzorging vanuit de geschiedenis, andere beeldvorming van de organisatie, andere organisatiestructuur en hiërarchie, ander niveau opleiding van de medewerkers, mate van specialistische zorg, andere frequentie van de MDO's etc. Zulke variaties kunnen invloed hebben op hoe anders de rol van een geestelijk verzorger wordt opgevat of wat daarvan wordt verwacht dan in de context van UMC's.

7.1.1 Beperkingen van het onderzoek

Ik noem zes beperkingen van dit onderzoek. Eerst het aantal participanten. Aan dit onderzoek heeft een beperkt aantal participanten deelgenomen, waardoor het onderzoek niet representatief is voor de beroepsgroepen van alle participanten. Saturatie, externe validiteit en statistische generaliseerbaarheid zijn irrelevant (Boeije en Bleijenbergh 2019, 60-62, 164).

Ten tweede heb ik de modellen van gezondheid anders beschreven in het literatuuronderzoek dan toegepast in de interviews. In het literatuuronderzoek beschrijf ik modellen van gezondheid en de plek die spiritualiteit daarin heeft en in de interviews gaat het over de bijdrage van geestelijke verzorging aan iemands gezondheid en bij welk model van gezondheid dat dan past. Ik vermoed dat dit komt door hoe ik de interviewvragen hierover heb geformuleerd; ik had beter moeten nadenken over het doel van deze interviewvraag en had daardoor de vraag anders kunnen formuleren. Tevens had ik hier het model van positieve gezondheid willen toevoegen.

Verder zijn de aspecten en dimensies van MDO's en rollen, en daarmee de vragenlijst, te breed. Ik wilde de aspecten en dimensies die aan elkaar raakten, zoals het delen van informatie en interpretaties van de vrijplaats, niet kunstmatig uit elkaar halen. Maar wellicht waren de interviews kernachtiger en diepgaander geweest wanneer ik gefocust had op minder dimensies, zodat ik meer ruimte had om door te vragen.

Ook is de scope van het onderzoek wellicht te breed. Gedurende het onderzoek heb ik zorgprofessionals van andere disciplines aan de vraagstelling toegevoegd omdat ik anders maar één kant van het verhaal zou laten zien, terwijl het idee is van de roltheorie dat rollen bestaan uit rolzenders én roldragers, uit opvattingen én verwachtingen, waar ook interactie tussen plaatsvindt. Het slechts belichten van één kant hiervan vond ik zodanig tekort doen aan de theorie (en de praktijk) o dat ik dit heb aangepast. Tevens las ik in onderzoeken over de rol van geestelijk verzorgers, bijvoorbeeld dat van Van Meurs et al. (2023), alleen over de roldragers en niet de rolzenders, dat ik dit ook een argument vond om zorgprofessionals van andere disciplines erbij te betrekken. De keerzijde hiervan is dat de scope van het onderzoek werd verbreed, wat gecompenseerd had kunnen worden door één afdeling van een UMC of één UMC te kiezen. Echter had ik gezien de focus op multidisciplinariteit, ook de zorgprofessionals van andere disciplines moeten beschrijven in het literatuuronderzoek en wellicht, om het onderzoek specifieker te maken, één andere discipline moeten kiezen voor de interviews.

Hiernaast had ik beter over de definitie van geestelijke verzorging willen nadenken. Ik had bijvoorbeeld beter het model van palliatieve zorg, met zingeving als vierde dimensie, kunnen kiezen. Dit heb ik gedurende het literatuuronderzoek overwogen, maar ik dacht dat dit alleen op de palliatieve afdeling een rol zou spelen.

Hier miste ik de kennis over de context van UMC's en had ik beter over moeten nadenken. Ook had ik de volledige definitie van geestelijke verzorging van de VGVZ kunnen hanteren in plaats van alleen spiritualiteit, dat had beter aangesloten bij de Nederlandse context van wat geestelijke verzorging inhoudt.

Tenslotte had ik zorgprofessionals van andere disciplines anders willen benaderen. Nu heb ik in twee van de drie gevallen hen benaderd via de geïnterviewde geestelijk verzorgers. Het lijkt mij aannemelijk dat zij eerder iemand hebben voorgesteld met wie zij een goede samenwerking hebben die de rol van een geestelijk verzorger goed begrijpt en zien als geïntegreerd in de zorg, dan dat zij iemand aandragen voor wie dat niet geldt.[47]

7.1 Reflectie op functioneren als onderzoekster

Voor de reflectie op het functioneren als onderzoekster, kijk ik ten eerste naar mijn rol als geestelijk verzorger in opleiding. Ik ben mij er zeer bewust van geweest dat ik als geestelijk verzorger in opleiding dit onderzoek heb uitgevoerd. Soms merkte ik dat ik hierdoor op een bepaalde manier werd aangesproken. Zo werd bijvoorbeeld gevraagd of ik bepaalde richtlijnen kende (participant zes, P49) en dat ik werd aangesproken met 'jullie', waarmee 'de geestelijk verzorgers' werd bedoeld (participant vijf, P172). Dit heb ik tijdens de interviews zo veel mogelijk proberen te laten voor wat het was en ik heb me gefocust op welke informatie ik wilde weten van de participant.

Daarnaast heb ik geen stage-ervaring opgedaan in UMC's. Enerzijds is dit wellicht een voordeel omdat ik hierdoor meer een open blik had hoe roldragers hun rol zagen en rolzenders deze rol opvatten. Anderzijds is dit een nadeel omdat ik dan bepaalde interview vragen anders of niet gesteld zou hebben. Zo had ik de interviewvraag 'stel er schuift een nieuwe deelnemer aan in een MDO die niet weet wat geestelijke verzorging inhoudt. Welke termen zou jij dan juist wel of niet gebruiken om uit te leggen wat geestelijke verzorging is?' vermeden of anders gesteld. Met ervaring in een UMC zou ik vermoedelijk geweten hebben dat voor het uitleggen van geestelijke verzorging nauwelijks tot geen tijd zou zijn, en had ik meer tijd van het interview overgehouden om door te vragen of op andere zaken te focussen.

[47] Ik heb wel gekeken naar een andere manier van zorgprofessionals van andere disciplines te benaderen, maar dan moest je op de website van een UMC naar een specifieke afdeling. Dat had ik in de onderzoeksopzet niet gespecificeerd en als ik dat wel had gedaan, had ik zorgprofessionals van andere disciplines zelf kunnen benaderen en wellicht een gevarieerder beeld kunnen weergeven.

Bibliografie

Biddle, Bruce J. 1986. "Recent Developments in Role Theory." *Annual Review of Sociology* 12 (1): 67-92.

Boeije, Hennie, en Inge Bleijenbergh. 2019. *Analyseren in Kwalitatief Onderzoek: Denken En Doen*. 3 ed. Amsterdam: Boom.

Bolderston, Amanda. 2012. "Conducting a Research Interview." *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences* 43 (1): 66-76. https://doi.org/10.1016/j.jmir.2011.12.002.

Brooks, Joanna, Serena McCluskey, Emma Turley, en Nigel King. 2015. "The Utility of Template Analysis in Qualitative Psychology Research." *Qualitative Research in Psychology* 12 (2): 202-222. https://doi.org/10.1080/14780887.2014.955224.

Chamberlain-Salaun, Jennifer, Jane Mills, en Kim Usher. 2013. "Terminology Used to Describe Health Care Teams: An Integrative Review of the Literature." *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 6: 65-74. https://doi.org/10.2147/JMDH.S40676.

Choi, Bernard C.K., en Anita W.P. Pak. 2006. "Multidisciplinarity, Interdisciplinarity and Transdisciplinarity in Health Research, Services, Education and Policy: 1. Definitions, Objectives, and Evidence of Effectiveness." *Clinical and Investigative Medicine* 29 (6): 351-364.

Cobb, Mark R., Christina M. Puchalski, en Bruce Rumbold. 2012. "The Future of Spirituality and Healthcare." In *Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare*, In Oxford Textbook in Public Health, 487-492. Oxford: University Press.

---. 2014. "Preface." In *Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare*, In Oxford Textbook in Public Health. Oxford: University Press.

Cunningham, Christopher J. L., Mukta Panda, Jeremy Lambert, Greg Daniel, en Kathleen DeMars. 2017. "Perceptions of Chaplains' Value and Impact within Hospital Care Teams." *Journal of Religion and Health* 56 (4): 1231-1247. https://doi.org/10.1007/s10943-017-0418-9.

D'Amour, Danielle, Marcela Ferrada-Videla, Leticia San Martin Rodriguez, en Marie-Dominique Beaulieu. 2005. "The Conceptual Basis for Interprofessional Collaboration: Core Concepts and Theoretical Frameworks." *Journal of*

Interprofessional Care 19 (1): 116-131. https://doi.org/10.1080/13561820500082529.

Damen, Annelieke, Carmen Schuhmann, Gerty Lensvelt-Mulders, en Carlo Leget. 2020. "Research Priorities for Health Care Chaplaincy in the Netherlands: A Delphi Study among Dutch Chaplains." *Journal of Health Care Chaplaincy* 26 (3): 87-102. https://doi.org/10.1080/08854726.2018.1473833.

de Brito Sena, Marina Aline, Rodolfo Furian Damiano, Giancarlo Lucchetti, en Mario Fernando Prieto Peres. 2021. "Defining Spirituality in Healthcare: A Systematic Review and Conceptual Framework." *Frontiers in Psychology* 12: 756080. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.756080.

Den Toom, Niels, Renske Kruizinga, Anke I. Liefbroer, en Jacques Körver. 2023. "The Professionalization of Chaplaincy: A Comparison of 1997 and 2017 Surveys in the Netherlands." *Journal of Health Care Chaplaincy* 29 (1): 14-29. https://doi.org/10.1080/08854726.2021.1996810.

Dicicco-Bloom, Barbara, en Benjamin F. Crabtree. 2006. "The Qualitative Research Interview." *Medical Education* 40 (4): 314-21. https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02418.x.

Engel, George L. 1977. "The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine." *Science* 196 (4286): 129-136.

Farre, Albert, en Tim Rapley. 2017. "The New Old (and Old New) Medical Model: Four Decades Navigating the Biomedical and Psychosocial Understandings of Health and Illness." *Healthcare (Basel)* 5 (4). https://doi.org/10.3390/healthcare5040088.

Finivita. z.d. "Masterclass Zingeving En Spiritualiteit in De Palliatieve Zorg." Geraadpleegd op 15 november. https://finivita.nl/cursus/masterclass-zingeving-en-spiritualiteit-in-de-palliatieve-zorg/.

Flores-Sandoval, Cecilia, Shannon Sibbald, Bridget L. Ryan, en Joseph B. Orange. 2021. "Healthcare Teams and Patient-Related Terminology: A Review of Concepts and Uses." *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 35 (1): 55-66. https://doi.org/10.1111/scs.12843.

Gilliat-Ray, Sophie, Stephen Jacobs, Stephen E. Gregg, Frederick Bird, Laurie Lamoureux Scholes, en Steven Engler. 2022. "Research Ethics." In *The*

Routledge Handbook of Research Methods in the Study of Religion, redactie Steven Engler en Michael Strausberg, 88-109. London: Routledge.

Gross, Neal, Ward S. Mason, en Alexander W. McEachern. 1958. *Explorations in Role Analysis: Studies of the School Superintendency Role*. New York: John Wiley & Sons.

Hall, Pippa. 2005. "Interprofessional Teamwork: Professional Cultures as Barriers." *Journal of Interprofessional Care* 19 Suppl 1: 188-96. https://doi.org/10.1080/13561820500081745.

Huber, Machteld. 2019. "Positieve Gezondheid - De Status Anno 2019." *Bijblijven* 35 (8): 7-17.

Jastrzębski, Andrzej K. 2022. "The Challenging Task of Defining Spirituality." *Journal of Spirituality in Mental Health* 24 (2): 113-131. https://doi.org/10.1080/19349637.2020.1858734.

Jessup, Rebecca L. 2007. "Interdisciplinary Versus Multidisciplinary Care Teams: Do We Understand the Difference?" *Australian Health Review* 31 (3): 330-331.

Kalish, Naomi. 2012. "Evidence-Based Spiritual Care: A Literature Review." *Current Opinion in Supportive and Palliative Care* 6 (2): 242-6. https://doi.org/10.1097/SPC.0b013e328353811c.

Kruizinga, Renske, Carmen Schuhmann, Tina Glasner, en Gaby Jacobs. 2022. "Enhancing the Integration of Chaplains within the Healthcare Team: A Qualitative Analysis of a Survey Study among Healthcare Chaplains." *Integrated Healthcare Journal* 4 (1): e000138. https://doi.org/10.1136/ihj-2022-000138.

Liefbroer, Anke I., R. Ruard Ganzevoort, en Erik Olsman. 2019. "Addressing the Spiritual Domain in a Plural Society: What Is the Best Mode of Integrating Spiritual Care into Healthcare?" *Mental Health, Religion & Culture* 22 (3): 244-260. https://doi.org/10.1080/13674676.2019.1590806.

Luhrmann, Tanya Marie. 2022. "Interview Methods." In *The Routledge Handbook of Research Methods in the Study of Religion*, redactie Steven Engler en Michael Strausberg, 345-364. London: Routledge.

Martin, Aleysha K., Theresa L. Green, Alexandra L. McCarthy, P. Marcin Sowa, en E-Liisa Laakso. 2022. "Healthcare Teams: Terminology, Confusion, and

Ramifications." *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 15: 765-772. https://doi.org/10.2147/JMDH.S342197.

Peng-Keller, Simon. 2020. "Spiritual Care: Grundgestalten, Leitmodelle Und Entwicklungsperspektiven." *Spiritual Care* 9 (2): 127-135. https://doi.org/10.1515/spircare-2019-0078.

Pixabay. z.d. "Samenwerking." Geraadpleegd op 21 oktober. https://pixabay.com/nl/images/search/samenwerking/.

Radboud Universiteit. 2023. "Richtlijn Beheer Van Onderzoeksdata." Geraadpleegd op 26 december. https://www.ru.nl/over-ons/beleid-en-regelingen/beheer-van-onderzoeksdata/opslag-en-beheer-van-onderzoeksgegevens.

Radboud University. 2023. "Informed Consent and Ethics Committees." Geraadpleegd op 26 december. https://www.ru.nl/rdm/collecting-data/informed-consent-ethics-committees/#h7ada78c2-effe-9ad3-7b62-299d849b4f3b.

Rumbold, Bruce. 2012. "Models of Spiritual Care." In *Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare*, redactie Mark R. Cobb, Christina M. Puchalski en Bruce Rumbold, 177-183. Oxford: University Press.

Schilderman, Hans. 2012. "Geïntegreerde Geestelijke Verzorging." *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 15 (68): 9-14. https://vgvz.nl/tgv-68-2012/.

Sheldrake, Philip. 2013. *Spirituality: A Brief History*. 2 ed. Londen: John Wiley & Sons.

Smit, Job. 2015. *Antwoord Geven Op Het Leven Zelf: Een Onderzoek Naar De Basismethodiek Van De Geestelijke Verzorging*. Delft: Eburon.

Sulmasy, Daniel P. 2002. "A Biopsychosocial-Spiritual Model for the Care of Patients at the End of Life." *The Gerontologist* 42 (3): 24-33.

Timmins, Fiona, Sílvia Caldeira, Maryanne Murphy, Nicolas Pujol, Greg Sheaf, Elizabeth Weathers, Jacqueline Whelan, en Bernadette Flanagan. 2018. "The Role of the Healthcare Chaplain: A Literature Review." *Journal of Health Care Chaplaincy* 24 (3): 87-106. https://doi.org/10.1080/08854726.2017.1338048.

UMC Utrecht. 2024. "Over Ons." Geraadpleegd op 28 april. https://www.umcutrecht.nl/nl/over-ons.

van Eijk, Ryan, en Sophie van Bijsterveld. 2021. "De Geestelijk Verzorger in Het Perspectief Van De Verhouding Tussen Kerk En Staat." *Tijdschrift voor Religie,*

Recht en Beleid 12 (2): 50-67. https://doi.org/10.5553/TvRRB/187977842021012002006.

Van Meurs, Jacqueline, Roos Breedveld, Joep Van Geer, Carlo Leget, Wim Smeets, Robert Koorneef, Kris Vissers, Yvonne Engels, en Anne Wichmann. 2023. "Role-Perceptions of Dutch Spiritual Caregivers in Implementing Multidisciplinary Spiritual Care: A National Survey." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 20 (3). https://doi.org/10.3390/ijerph20032154.

Van Steekelenburg, Ellen, Ingrid Kersten, en Machteld Huber. 2016. *'Positieve Gezondheid' in Nederland: Wie, Wat, Waarom En Hoe?* Institute For Positive Health.

Vereniging van Geestelijk VerZorgers. 2016. *Beroepsstandaard Geestelijk Verzorger 2015*. Zoetermeer: Marsstar Design.

Verschuren, Piet. 2009. "Onderzoeksstrategieën." In *Praktijkgericht Onderzoek*, redactie Piet Verschuren. Amsterdam: Boom.

Verschuren, Piet, en Hans Doorewaard. 2021. *Het Ontwerpen Van Een Onderzoek*. 6 ed. Amsterdam: Boom.

Visser, A. Ph., E. Van Der Vliert, E.J.H. Ter Heine, en J.A.M. Winnubst. 1983. *Rollen: Persoonlijke En Sociale Invloeden Op Het Gedrag*. Amsterdam: Boom.

Walton, Martin. 2011. "Multidisciplinaire Geestelijke Verzorging: Samenwerking in De Zorg." *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 14 (64): 17-26. https://vgvz.nl/tgv-64-2011/.

Weiher, Erhard. 2014. *Das Geheimnis Des Lebens Berühren-Spiritualität Bei Krankheit, Sterben, Tod: Eine Grammatik Für Helfende*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Williams, Eleanor. 2008. "Holistic Medical Care: The Role of Chaplains in a Multidisciplinary Team." *Journal of Healthcare Chaplaincy* 11 (1): 9-16.

Bijlage 1: Transcriptie interview participant één

I1: Ja hij doet het. Nou welkom.

P1: Nou dank je jij welkom [lacht]

I2: [lacht] eerst twee meer algemene vragen

P2: Ja

I3: Hoe lang doe je dit werk al binnen dit UMC?

P3: Oh dit UMC

I4: Ja

P4: 13 jaar bijna

I5: 13 jaar

P5: Ja

I6: Bijna dus nu twaalf

P6: Ja ruim twaalf en een half jaar

I7: Ja. En dan een vraag over MDO. MDO's definieer ik hier als overleggen waarin zorgprofessionals van verschillende disciplines samenwerken voor de patiënt door informatie uit te wisselen – maar niet per se opvattingen delen – en een bijdrage leveren door de behoeften van de patiënt vanuit de eigen kaders van de discipline te bekijken. Hoe vaak neem jij deel aan een MDO?

P7: Nou het zijn verschillende MDO's dus zegmaar dus elke week op [dag] en nou ja we doen met z'n drieën doen we [afdeling] MDO's en dat zijn er twee per week en daar rouleren we dus ja zegmaar

I8: Twee à

P8: Twee, één à twee keer in de week ja

I9: Oké. Gemiddeld. En dan een aantal vragen over de discipline van de geestelijke verzorging.

P9: Hmhm

I10: En als ik straks nog wat vraag over MDO's als je dan een beetje in je achterhoofd wil houden ongeveer een MDO van de afgelopen drie maanden

P10: Hmhm

I11: Beetje recent. Wat is volgens jou geestelijke verzorging?

P11: Tjeetje nog meer moeilijke vragen.

I12: We hebben alle tijd

P12: Geestelijke verzorging is ja een vorm van professionele aandacht voor mensen hier in het ziekenhuis die ja door dat ze ziek zijn zegmaar de rode draad in hun leven wat kwijtraken, ik zie dat altijd maar heel letterlijk als een soort koord wat je normaal gesproken vast hebt en waardoor je door omstandigheden dat laat je dat even los en dan moet je weer je heroriënteren op van waar kan ik nou aan vasthouden dus dat is eigenlijk transcendentie maar dan horizontaal.

I13: Hm

P13: He dus kan het ook verticaal zijn maar het is eigenlijk meer horizontaal

I14: Hm

P14: Zo van waar heb ik nou houvast aan en hoe kan ik dat ja in relatie tot tot het ziek zijn weer beter vinden en daar zijn wij voor

I15: Hm

P15: Dus dat is eigenlijk de hoofdtaak vind ik van je wordt gevraagd of je bent betrokken bij mensen die kwetsbaar zijn op dat moment die een ingrijpende gebeurtenis meemaken zeker in zo'n academisch ziekenhuis is heel

I16: Hmhm

P16: D'r is hier niks dat gewoon is en door met mensen daarover te praten kunnen zij zegmaar een begaanbaar pad vinden door die gebeurtenissen heen

I17: Ja

P17: Niet iedereen heeft het nodig

I18: Hmhm

P18: Maar zijn wel veel mensen die denken dat ze het niet nodig hebben maar toch fijn vinden en er zijn ook mensen die het nodig vinden en dat ook uiten, nou ja goed kom je, zo

I19: Ja

P19: Dat is de hoofdmoot zijn nog veel meer is nog veel meer over te zeggen denk ik maar dan moet je maar vragen

I20: Ja ja dit is de hoofdfocus waar het zich op richt

P20: Ja wat míj betreft

I21: Ja ja ja

P21: Dus het gaat

I22: Ja

P22: Wat mij betreft echt om patiëntenzorg

I23: Ja

P23: En hier in het huis hebben we natuurlijk de patiëntenzorg, de onderzoek en onderwijs dat zijn eigenlijk de drie poten van de geestelijke verzorging maar eigenlijk geldt dat voor elk elke discipline he

I24: Hmhm

P24: Hier in huis die heeft heeft drie taken en dat nou ja de hoofdtaak is dan wat mij betreft patiëntenzorg

I25: Ja

P25: Zijn ook wel ziekenhuizen waarbij de hoofdtaak wordt gezien in onderwijs he die zeggen van nou geestelijke verzorging moet eigenlijk ánderen scholen om gevoelig te zijn voor deze dimensie he van dus je hebt tuurlijk heel sterk de de medische dimensie de technische dimensie van

I26: Hmhm

P26: Hoe gaat het fysiek met de patiënt maar je hebt daar ook de andere kant die vaak onderbelicht blijft maar niet om niet onderbelicht ís maar wel beter belicht zou kúnnen zijn

I27: Hmhm

P27: Waarbij het meer gaat om de sociale kant van ‘t verhaal of de ja de de de vragen van nou ja de echte zingeving levensvragen gewoon waar

I28: Ja

P28: Wat gebeurt er met me

I29: Ja

P29: En wat blijft d’r over en hoe hoe kan ik daarmee omgaan, hoewel dat ook weer een vraag is of dat echt een geestelijke verzorgingsvraag is, maar goed he d’r zijn

I30: Hmhm

P30: Allemaal overlappende vragen te bedenken

I31: Ja

P31: Maar omdat wij zijn ook een beetje altijd op zoek naar het evenwicht

I32: Ja

P32: En niet dat anderen dat niet doen want dat zou enorm, het zou niet waar zijn, bedoel heel veel mensen hier in huis zijn natuurlijk ook bezig met van wie is de patiënt

I33: Hmhm

P33: Maar ja dat evenwicht dat is niet altijd zo goed aanwezig

I34: Hm

P34: Zal ik maar zeggen

I35: En he met dat verhaal net dat je zegt van dat dat die rode draad dat koord met die verticale en die horizontale transcendentie

P35: Hmhm

I36: Waarom kies je voor juist deze beschrijving van geestelijke verzorging en niet voor andere?

P36: Ja goede vraag omdat het jij vraagt en dit komt in me op

I37: Ja [lacht]

P37: Ja [lacht] jaa weet ik niet wat ja d'r zijn natuurlijk andere omschrijvingen mogelijk maar ik merk in de praktijk van dat dat dat het hier om draait

I38: Ja ja

P38: Dus en ja kijk levensbeschouwing kan of of of levensvisie dat kan eigenlijk overal over gaan dus in die zin moet je zo breed mogelijk kijken

I39: Hmhm

P39: En ook zo open mogelijk zijn en dat brede kijken dat levert op dat je met mensen praat over hun hond als betekenisgevend iets maar ook over Onze Lieve Heer als betekenisgevend

I40: Ja

P40: Dus het kan allemaal

I41: Ja

P41: Dat heb ik wel moeten leren maar dat is wel iets wat wat je gewoon aantreft je treft mensen aan met hun verhaal en dat verhaal dat heeft heeft een bepaalde loop en die loop wordt onderbroken door ziekte en en mogelijk palliatief worden of doodgaan of verlies afhankelijkheid al die bekende zijn altijd sprake van verlies

I42: Ja

P42: En nou ja daar ja ben ik klankbord en en ook wel meer dan dat ook gewoon direct ja wil niet zeggen adviseur of zo

I43: Hmhm

P43: Maar dat zijn van die verkeerde woorden maar meer iemand die meedenkt

I44: Ja

P44: En ook ja de tegenover is

I45: Oké. Stel d'r schuift een nieuwe deelnemer aan bij een MDO die niet weet wat geestelijke verzorging is, welke termen zou jij dan juist wel of juist niet gebruiken om uit te leggen wat geestelijke verzorging is?

P45: Ik zou dat niet helemaal niet uitleggen ik zou zeggen ik zou mijn hand uitsteken en zeggen ik ben de geestelijk verzorger

I46: Hmhm

P46: En dan ja dan is misschien niet ja dat is wat ik doe.

I47: Hm

P47: En dan hebben mensen daar een beeld bij

I48: Ja

P48: Maar ik ben de context van een MDO leent zich niet voor hele hele uitgebreide introductierondes

I49: Nee

P49: Dat is een uurtje of een halfuurtje en dan gaat het in een flink tempo door die lijst heen

I50: Ja

P50: Maar ja als ik wel eens vroeg ben en d'r schuift een nieuw iemand aan dan

I51: Hmhm

P51: Zeg ik geestelijke verzorger nou dan ontstaat er wel eens een gesprek van wat doe je dan en de transferverpleegkundige of de diëtist

I52: Hmhm

P52: Wij zijn altijd te vroeg. Artsen zijn altijd te laat. Dus wij zitten daar al

I53: Ja

P53: En dan is er een nieuwe diëtist nou maar meestal weten mensen wel ongeveer wat een geestelijk verzorger is

I54: Ja

P54: Denk ik. Hoop ik.

I55: Ja. Maar dat er zijn niet per se bepaalde termen dan daarin wel of niet zou gebruiken?

P55: Nou ik zou proberen te vermijden dat dat ik kom in in het frame van kerk en en en want dit is een [levensbeschouwelijke stroming] ziekenhuis geweest

I56: Hmhm

P56: Dat leeft nog wel een beetje he van en dat doen we natuurlijk ook he van hebben hier nog elke zondag een viering

I57: Hmhm

P57: En als mensen over hun ja religieuze vragen willen praten of dat soort dingen dan kan dat natuurlijk ook

I58: Hmhm

P58: Maar dat is dat is heel eigenlijk een heel nou niet een heel klein onderdeel maar dat is niet alles lang niet alles

I59: Nee

P59: Dus dat probeer ik te vermijden

I60: Juist om weer dat brede dan te benadrukken?

P60: Ja juist het brede van een brede kijk op van wat is ja wat wat betekent ‘t eigenlijk om over je nou ja goed wat is een levensvisie en hoe praat je daarover en welke rol is dat maar goed dat komt eigenlijk weinig voor

I61: Ja

P61: Want je hebt er geen tijd voor geen gelegenheid

I62: Dus

P62: Dus eerder zou je dit soort dingen echt echt zo proberen over spiritualiteit te praten en over wat is nou spiritualiteit he dat woord he

I63: Hmhm

P63: Dat is natuurlijk ook iets wat een beetje belast is

I64: Hmhm

P64: Dus dat gebruiken we al sowieso nooit behalve in klinische lessen als ik klinische lessen geef dan gebruik ik dat wel en dan probeer ik dan heb ik ook wat meer tijd

I65: Ja

P65: En dan probeer ik te nou goed nou waar gaat het waar draait het nou om

I66: Ja

P66: He

I67: Dus stel d'r zou een nieuw iemand aanschuiven en er is geen tijd om je voor te stellen dus je zegt alleen ik ben geestelijk verzorger

P67: Ja

I68: En dan ontdekt die tijdens het MDO wel door wat jij inbrengt wat je ongeveer doet?

P68: Dat zou zomaar kunnen ja

I69: Ja

P69: Ja

I70: Oké.

P70: [lacht] ja dat kan vast beter maar

I71: Ja nee nee nee

P71: Is ook gewoon zoals

I72: Daar gaat het niet om

P72: Zoals de hazen lopen zegmaar van je komt daar binnen en zeker zo'n MDO [afdeling]

I73: Ja

P73: Dat zit altijd na het [naam team]

I74: Ja

P74: Dus dan is het [naam team] nog bezig en op gegeven moment zijn zij klaar en dan gaan we naadloos in het [naam team] en dan komen er nog weer vier mensen binnen

I75: Ja

P75: Waarvan ik ook geen idee heb wie het zijn en zij ook niet wie ik ben dus en heel af en toe is er dan iemand die het tegenwoordigheid van geest heeft om te zeggen van laten we even gauw een rondje maken

I76: Oh ja

P76: Of degene die het leidt zegt van nou dat is die dat is die dat is die dat is die dan weet je ongeveer wie d'r zitten

I77: Ja

P77: En dat

I78: En dat is het dan

P78: Ja

I79: Ja. Oké

P79: Het is heel zakelijk

I80: Ja

P80: Ja

I81: En welke bijdrage levert volgens jou geestelijke verzorging aan de gezondheid van een patiënt? Wat volgens jou dan ook gezondheid mag betekenen

P81: Nou ik denk dat dat het nou goed we hebben we hebben het er best wel vaak over van wat doen we nou eigenlijk precies

I82: Hmhm

P82: En hadden dan [dagdeel] weer over er komt bijvoorbeeld iemand van raad van bestuur om om we hebben nu zo'n nieuw proces hier [naam proces] zoiets, het gaat dan over komende vijf jaar wat wil jij dat nou ja als als teams wat zie je en wat zou je willen dat he welke kant het ziekenhuis op gaat

I83: Hmhm

P83: Hoe kunnen we nog betere zorg leveren en nou ja beetje aansluitend bij jouw vraag

I84: Hmhm

P84: En dan zien wij vaak dat de communicatie heel erg belangrijk is communicatie in het ziekenhuis is over algemeen nou ja belangrijk maar moeizaam

I85: Hmhm

P85: Om patiënten horen vaak allerlei verschillende dingen en die komen dan die gaan allemaal over henzelf maar zijn wel verschillend en de ene dokter zegt van je gaat met ontslag en dan komt er een uur later twee zegt van ja maar dat gaan we niet doen

I86: Hmhm

P86: Dat soort dingen dus dat zit iets in de communicatie ja die is niet helemaal gericht op de patiënt. Dus eigenlijk wat wat ik zie als bijdrage hier is dat je dat je niet alleen de patiënt ziet en zijn als als zijn kwaal als zijn [wond] maar dat je 'm helemaal ziet

I87: Hmhm

P87: En dat je ook probeert te verkennen van wat speelt er nou allemaal wat is er thuis aan de hand wie ben je eigenlijk he als kan ik jou vragen wie zit er nou in die stoel daar

I88: Hmhm

P88: He vertel iets over jezelf, dus een bredere plaatje

I89: Ja

P89: En dat dat dan in relatie tot ziekte

I90: Ja

P90: En dat helpt volgens mij ja moet je natuurlijk wel aannemen anders kun je ophouden maar dat helpt bij het herstel

I91: Ja

P91: Meer een bredere ondersteuning en aandacht

I92: Ja

P92: Dan alleen maar we gaan nu drain wisselen zo of

I93: Ja

P93: En dat doen anderen ook

I94: Hmhm

P94: En dat niet de arrogante geestelijk verzorger die zegt van nou zonder ons he

I95: Hmhm

P95: Gaat het ziekenhuis ten onder

I96: Hmhm

P96: Maar bij ons is het de eerste taal

I97: Ja

P97: Daar gaat het bij ons om

I98: Ja

P98: Dit is wat wij als eerste doen

I99: Ja

P99: Anderen hebben als eerste pijnbestrijding en hebben dan maar wij dit is onze focus van wie ben jij waarom ben je hier wat gebeurt allemaal met je

I100: Ja

P100: En hoe hoe kunnen we je daarin ondersteunen wat gebeurt er met jou met jouw leven

I101: Ja

P101: En hoe kijk je daarnaar

I102: Ja

P102: En verandert het ook

I103: En dat draagt bij aan het herstel zei je

P103: Ja dat hoop ik

I104: Ja

P104: Ga ik vanuit

I105: Ja. Ja dus zo zou dat er dan concreet uitzien hypothetisch

P105: Hoe bedoel je

I106: Nou dat je daar aandacht voor hebt van wie ben je nou eigenlijk dat dat concreet uit uitwerking op iemands herstel dat iemand sneller herstelt ofzo

P106: Nou ja dit is een aanname

I107: Ja

P107: Kan ik niet bewijzen

I108: Nee

P108: Maar denk wel dat als je kijk mensen hebben vaak de neiging om heel sterk door één door door door een koker naar hun eigen naar het moment waarop ze zijn te kijken zo van nou ik heb pijn ik heb ben ziek heb [ziekte] en en nou ja om te kijken om te zeggen van nou kun je ook naast die koker kijken

I109: Hm

P109: Wat is er nog meer en hoe helpt je dat om nou ja dat beter aan te kunnen

I110: Ja

P110: En vlotter nou ja goed kijk tuurlijk zijn er allerlei zou je tuurlijk het liefste willen dat je zegt van nou goed weet je als er een geestelijk verzorger is dan geweest dan gaat de patiënt een dag eerder naar huis

I111: Ja

P111: Dat wil je eigenlijk dat zou je willen aantonen

I112: Hmhm

P112: He en dat kost dan zoveel minder dús nou ja daar is vast wel onderzoek naar geloof ik best dat dat bestaat

I113: Hmhm

P113: Dat ik ik geloof er niet erg in

I114: Nee

P114: Het is ook een het is ook een heel oud vak natuurlijk he van

I115: Hmhm

P115: Dat komt uit de tijd dat dingen niet nou zo meetbaar hoefden te zijn

I116: Ja

P116: Wij hoeven ons ook niet echt met getallen en zo te verantwoorden hoeft niet echt

I117: Nee

P117: Nee

I118: Oké. Welke zorgprofessional of zorgprofessionals pakken volgens jou vraagstukken over de geestelijke verzorging op?

P118: Vraagstukken over dat moet je duidelijker vragen weet ik niet wat je bedoelt

I119: Ja welke zorgprofessionals bieden geestelijke verzorging aan of zorgprofessional

P119: Ohhhhh zo ja ja kijk d'r is nu natuurlijk kijk een goede verpleegkundige heeft oog voor voor de dimensie waarop waarmee wij bezig zijn

I120: Hmhm

P120: En doet daar ook iets mee ik vind ook bijvoorbeeld klinische lessen geestelijke verzorging aan verpleegkundigen moeten eigenlijk nooit gaan over kijk eens goed wij zijn, maar probeer te zien wat je kan doen

I121: Hmhm

P121: En als er meer nodig is dan vraag je ons. Dus ik denk verpleegkundigen die zien de patiënten het meest

I122: Hmhm

P122: En die zijn daar dan ook die kunnen daar het meest mee doen, doet niet iedereen, maar d'r er die daar heel goed in zijn. Ik denk dat artsen dat ook zouden kunnen maar artsen hebben het altijd druk en kijken heel technisch

I123: Hm

P123: Zeker hier. Hele gecompliceerde gevallen voorbij komen. Dus dat denk ik dat dat zou veel beter kunnen maar

I124: Hmhm

P124: Dat ik weet niet precies. [naam] die je straks gaat spreken

I125: Hmhm

P125: Die zegt die heeft hier in het team vergadering is ook een keer langs geweest heeft [hij/zij] ook gezegd van ja eigenlijk als je naar vier dimensies van palliatieve zorg kijkt

I126: Hmhm

P126: Ken je die of niet?

I127: Ja

P127: Ja, dat is de vierde zingeving is de allerbelangrijkste want als dat deugt dan kun je dan weet je wat mensen aankunnen hoe ze d'r in staan wat ze nog willen wat ze van waarde vinden

I128: Hmhm

P128: Al die dingen weet je dan

I129: Ja

P129: Dat is een mooie uitspraak maar in de praktijk begint het altijd bij dimensie één

I130: Ja

P130: Omdat dat dat natuurlijk ook gewoon een artsending is

I131: Ja

P131: Dus de intentie is goed alleen de uitwerking niet

I132: Nee, dus de praktijk is nog weerbarstig

P132: Nou ik denk

I133: Of zo

P133: Ja

I134: Ja

P134: Dus ik denk wel dat [hij/zij] kijk medisch maatschappelijk werk bijvoorbeeld heb je ook hier

I135: Hmhm

P135: Nou die doen ook wel kijk als je iemand spreekt dan is het nooit zo dat je zegt van nou ja goed hier houdt mijn deskundigheid op

I136: Hmhm

P136: En hier wil ik niet met jou over praten dus dat werkt zo werkt het niet

I137: Hmhm

P137: Die vragen komen vanzelf voorbij he en nou ja daar deel je een nou dat is een overlap

I138: Ja

P138: Geldt ook voor de psycholoog zelfs voor de psychiater

I139: Hm

P139: Die hoort ook dat hele verhaal aan alleen met een andere focus

I140: Ja

P140: Zo zo zie ik het

I141: Ja

P141: Ze doen nou of ze er nou echt wat mee doen kijk ’t is natuurlijk wel zo dat zingeving wel heel hip is

I142: Hmhm

P142: Dus dat je ook wel ziet dat psychologen daarmee aan de haal gaan en ja dat is allemaal prima

I143: Ja

P143: Hoe meer aandacht voor zingeving hoe beter

I144: Ja. Dus je zegt ook ze hebben d’r wel aandacht voor maar of ze d’r iets mee doen dat vind je lastig te zeggen

P144: Ja het hangt er vanaf wat je ermee bedoelt

I145: Ja

P145: Kijk zijn toch allemaal uiteindelijk behandelaren en dat zijn wij niet

I146: Nee

P146: Dus

I147: En ten opzichte van he de verpleegkundigen de artsen de medische psychologie de psychiater psychologen wat is dan daarin wat doet geestelijke verzorging dan anders ten opzichte van dé geestelijke verzorging?

P147: Doet wat die anders doen ja dat is ook weer de focus he hm

I148: Hmhm

P148: Ja ik denk ja ik ben ik hou niet van van ik ben vrij zakelijk type dus ik hou niet van al die weke termen maar het ik denk het grote verschil is tussen al die anderen en de geestelijk verzorgers dat bij geestelijk verzorgers gaat niet om behandeling maar gaat het om de ontmoeting

I149: Ja

P149: Dus je komt iemand tegen en daar ga je een een ja iedereen gaat een relatie met elkaar aan maar dan ga je een bepaald soort relatie mee aan

I150: Hmhm

P150: Dat gaat over meer dan alleen de opname de ziekte het gaat over nou ja wat ik net zei

I151: Ja ja ja dus zij zien het wel die dimensie zegmaar die vierde dimensie maar jullie doen of jij doet er ook echt wel wat mee

P151: Ja dat is ons vertrekpunt

I152: Ja ja oké. In hoeverre deel jij als geestelijk verzorger al dan niet patiëntinformatie in een MDO?

P152: Als het nodig is ja

I153: Als het en wanneer is het nodig?

P153: Als ik iets toe te voegen heb

I154: Aan?

P154: Aan de discussie over wat het beste op dat moment voor de patiënt, kijk de het gaat zo dat is een een lijst met te bespreken patiënten die staat gewoon open in in [naam dossier]

I155: Hmhm

P155: En daar zit soms iemand tussen die ik ook ken nou dan staan mijn notities daar gewoon tussen die kunnen ze lezen

I156: Ja ja

P156: Dus wij delen sowieso wel patiëntinformatie

I157: Hmhm

P157: In het met de gedachte het is een soort gezamenlijk beroepsgeheim dat je ook samen moet kunnen werken

I158: Hmhm

P158: En daar is ook heel veel discussie over van wat schrijf je dan wel op en wat niet

I159: Hmhm

P159: Ja

I160: En in een MDO is dat dan hetzelfde?

P160: Nouu het zou

I161: Of

P161: Ik zou ja ik denk dat ik als het als het iets toevoegt kan ik wel iets meer zeggen dan ik in notitie

I162: Ja

P162: Ja

I163: Ja iets toevoegt aan de discussie over de patiënt

P163: Ja of of nou ja wat wat het beste kijk zijn twee verschillende MDO's he de [afdeling] MDO dan gaat het echt over van iemand in palliatieve fase en dan wordt wordt het als het allemaal goed loopt via die vier dimensies gesproken dus dat is ook direct moment waarop je je als geestelijk verzorger aangesproken kúnt worden

I164: Hmhm

P164: Of of jezelf in de strijd werpt zo van nou kijk dit is mijn mijn terrein

I165: Ja

P165: Daar heb ik iets over te melden, in dat wekelijkse MDO dat is een MDO op [afdeling] dat is dat zijn een [aantal] grote afdelingen met mensen die allemaal grote

[operaties] krijgen nou daar heb ik op gegeven moment gewoon m'n hand opgestoken en gezegd van nou ja is dat iets kan ik daarbij zijn

I166: Hmhm

P166: En sindsdien ben ik er bij

I167: Ja

P167: En dat dan begint zegmaar onderling dat je veel bekender bent

I168: Hmhm

P168: Voor de artsen en dan wordt ook gevraagd van ja ben jij al betrokken en zou je misschien kun je wat betekenen en of je bent al betrokken en dan zeg je ook wat er speelt

I169: Ja ja ja met het

P169: Maar dat is nog veel technischer

I170: Ja

P170: Dat gaat echt met foto's van complete ja röntgen weet ik wat allemaal en met die foto's met de drains liggen enzo dus daar begint het altijd mee

I171: Ja ja

P171: En dan vraag ik vaak van nou ja hoe is het nou met de mentale kant van dit verhaal

I172: Ja

P172: Hoe verdraagt mevrouw al deze ellende

I173: Ja

P173: Probeer ik díe kant een beetje wat meer omhoog te krijgen

I174: Ja dus dat is ook vragen stellen en niet alleen iets delen van

P174: Nou gewoon zeggen van nou hoe zit ze d'r bij?

I175: Ja

P175: He verpleging is d’r ook bij die kennen die vrouw of man van nou hoe hoe vinden jullie dat het gaat

I176: Ja

P176: Afgezien even van al die technische details maar

I177: Ja

P177: Zo

I178: Ja

P178: En dan wordt ook gekeken van nou ja wat zou dan handig zijn ga jij d’r heen of misschien maatschappelijk werk of is het meer iets voor de psychiater iemand echt angsten heeft of nou ja beetje proberen te zien van wat nou ook daar

I179: Ja

P179: He wat is nou handig

I180: En informatie die jij dus echt deelt over het contact met de patiënt is dus vooral om bij te dragen aan de discussie aan het aan de patiënt

P180: Ja aan goede zorg

I181: Aan goede zorg

P181: Niet omdat ik denk van ik moet per se wat zeggen

I182: Nee

P182: Het is wel ook handig als je per se wat zegt want dan anders zit je d’r maar bij maar

I183: Ja

P183: Dat heb ik ook tegen [naam] gezegd van als je er áls je nou bij een MDO bent doe dan je mond open minstens één keer

I184: Ja

P184: Gewoon één keer blaffen en dan dan weten ze in ieder geval dat je er bent

I185: Ja dan heb ik nog een vraag over de vrijplaats

P185: De vrijplaats?

I186: Ja ja

P186: Kijk eens aan

I187: De vrijplaats komt voort uit het grondwettelijk recht op vrijheid van godsdienst en levensovertuiging en garandeert volgens de beroepsstandaard, geestelijke bijstand voor burgers, onafhankelijk van een indicatie of toestemming door een derde. Hoe interpreteer jij die vrijplaats?

P187: Is heel lang geleden dat ik daarover nagedacht heb ja ja ik ik ik interpreteer het altijd vanuit vanuit recht he van je mensen zijn hier langer dan 24 uur opgenomen dus hebben ze het recht om met he traditioneel met iemand van hun eigen levensovertuiging van gedachte te wisselen omdat ze gedislokeerd zijn

I188: Hmhm

P188: He dus ziekenhuis, gevangenis, defensie je bent niet thuis je kunt ook niet naar huis dus heb je recht op die ondersteuning

I189: Ja

P189: That’s it wat mij betreft en hoe dat in de praktijk allemaal werkt dat is allemaal heel anders

I190: Ja

P190: Maar hier dit ligt dit is de grondslag

I191: Ja zo interpreteer jij het als zodanig

P191: Ja

I192: Ja. En beïnvloedt jouw of in hoeverre beïnvloedt jouw opvatting van de vrijplaats in hoeverre jij al dan niet patiëntinformatie deelt in een MDO? Heeft dat

P192: Jaa nou ja kijk in het ideale geval vraag je patiënt toestemming of je iets mag zeggen in een MDO

I193: Hmhm

P193: Maar ja zo werkt het niet

I194: Dat is in de praktijk anders?

P194: Praktijk is het gewoon is er gewoon een lijst van mensen die besproken worden en vanuit een vertrouwelijkheid die ja als gemeenschappelijk is aan het zorgpersoneel

I195: Ja

P195: Doe je dan iets met die informatie die jij hebt maar ook niet met alles kijk als iemand mij vertelt dat die zo moeite heeft om zich over te geven aan aan aan de zorg van anderen omdat zij in haar jeugd verkracht is

I196: Hmhm

P196: Dan ga ik dat niet opschrijven dan ga ik dat ook niet delen

I197: Hmhm

P197: Want dat is ja tenzij is een mooi voorbeeld is een is een we hebben hier ooit een [persoon] gehad die ja die vertelde mij dat [zijn/haar] [echtgenoot/echtgenote] die was overleden en goed huwelijk kinderen enzovoorts maar die [echtgenoot/echtgenote] die was actief in [levensbeschouwelijke institutie] en was in een hele [plaats] notabel om het zo maar te zeggen

I198: Hmhm

P198: En [hij/zij] was er dus achter gekomen dat na [zijn/haar] overlijden dat [hij/zij] seksuele contacten had, dat [hij/zij] weet ik veel ergens naar een club ging of zo nou dat was natuurlijk uiterst schokkend

I199: Hmhm

P199: En je kan er ook niet meer over hebben want [hij/zij] is dood

I200: Ja

P200: Nou ik dacht van ja dat is gevoelige informatie dus dat nou toen bleek dat heel de afdeling wist dat al nou dat is natuurlijk iets waarvan je zegt van ja zo moet het níet

I201: Hmhm

P201: Want [hij/zij] had het aan iedereen al verteld en dan wordt het zo gemeenschappelijke kennis van alle verpleegkundigen en het zat [hem/haar] heel hoog en stond ook overal in notities weet je denk ik van ja dat moet je allemaal niet doen

I202: Hm

P202: Dus dat is een heel duidelijk hm niet heel heel duidelijke grenzen maar wel gevoelsmatige grenzen van dat je zegt dit is wel belangrijk voor de persoon maar je kunt je wel afvragen of het belangrijk is voor de goede zorg op dit moment of ten tenzij het echt fout loopt he [mevrouw/meneer] daardoor ja gedeprimeerd raakt somber is maar dan kun je het nog bespreken zonder het te noteren

I203: Ja ja

P203: Maar dat is nou iets waarvan ik zeg van ja dat zou je eigenlijk gewoon niet moeten dat soort voorbeelden

I204: Ja ja dus jij zegt ja we hebben eigenlijk zo'n gedeelde verantwoordelijkheid gedeeld beroepsgeheim

P204: Ja

I205: En als het dus echt heel gevoelig is en heel privé is dan is het reden tenzij, als het echt bijdraagt aan goede zorg om het wel

P205: Ja om het dan

I206: Toe te laten

P206: Ja om dan te zeggen nou je hebt het aan mij verteld of dat is dat is niet zo maar in vertrouwen verteld

I207: Ja

P207: Maar goed het is dus niet zo die collega's heb ik wel trouwens die zeggen alles wat de patiënt mij vertelt dat schrijf ik niet op ik schrijf niks op

I208: Ik schrijf niks op

P208: Niks. Nou dat kan. Maar dan dan zet je jezelf helemaal naast het zorgproces

I209: Hmhm

P209: En ik denk dat dan hoef je eigenlijk ook in [naam dossier] niet niet te noteren want dan is er alleen de boodschap ik ben geweest

I210: Ja

P210: Nou dat vinden mensen vast heel goed dat je geweest bent en de patiënt ook maar dat zijn dat vind ik dan te weinig

I211: Ja

P211: Terwijl je juist de uitdaging is om je als geestelijk verzorger in bepaalde bandbreedte te integreren in de zorg

I212: Hmhm

P212: Zeg maar nou ik ben in dienst van het ziekenhuis ten bate van de goede zorg van de patiënt en dan heb ik dus ook een soort netwerk waar ik in zit en waar ik in mee draai ja dat kan niet zonder rapportage vind ik

I213: Nee

P213: Maar daar ben ik niet bedoel daar is het niet iedereen het mee eens

I214: Nee nee. En naast die rapportage ook dat zou dan ook gelden voor het MDO? Dat jij dat daar wel iets in deelt sowieso

P214: Ja ja maar dat is wel mijn eigen

I215: Voor jou

P215: Maak ik een afweging zo van nou is dat en je kunt je voorstellen dat je dat ook met de patiënt bespreekt maar in de praktijk komt dat echt weinig voor

I216: Ja

P216: Ja

I217: In hoeverre begrijpen zorgprofessionals van andere disciplines jouw expertise in een MDO zo'n MDO van de afgelopen drie maanden

P217: Nou ja goed dat is heel wisselend.

I218: Hmhm

P218: Dus de ene keer kom je word je toch weer in dat hoekje gedrukt van nou dan is iemand toevallig [levensbeschouwelijke stroming] en dan is het oh dat is wel iets voor jou

I219: Hm

P219: Dat blijft gewoon hardnekkig

I220: Ja

P220: Maar gaat ook wel om je ziet ook wel dat daar omdat je deelneemt en omdat je ook gewoon met een discussie meedoet dat mensen ook zien dat ja het gaat om iets veel breders dan dat

I221: Ja

P221: Dus en dat wordt wel begrepen denk ik

I222: Ja

P222: Hoop ik.

I223: Ondanks dat het dus wisselt

P223: Het wisselt wel

I224: En dan per MDO of of per week of hoe moet ik hoe bedoel je dat hoe is dat

P224: Nou meer meer per casus er zijn altijd wel weer of ja het is ook wel vaak kijk zo'n MDO [afdeling] is ook iets heel gezelligs

I225: Hmhm

P225: Gek genoeg d'r d'r wordt veel gelachen, gaat allemaal over dood en ellende maar d'r wordt veel gelachen en als dan echt een patiënt met wie ze helemaal waar ze helemaal níks mee kunnen dan zeggen ze oh nou misschien is het wat voor jou weet je wel zo

I226: Ja

P226: Zo van jullie kunnen wij kunnen ‘t allemaal niet maar hopeloze gevallen

I227: Ja

P227: Nou dan lach ik altijd maar hard mee en dan ga ik er niet heen

I228: Ja

P228: Want ja dat is natuurlijk kijkt je hebt ook op de afdeling wel dat dat dat ze je in consult vragen en goh van ja wat is dan de reden dat je en ja mevrouw is zo eenzaam ja

I229: Ja

P229: Dat vind ik niet echt een goeie niet echt een goeie consultvraag maar goed dan ga dan ga ik d’r wel heen

I230: Hmhm

P230: En dan ontdek ik wel wat daar speelt

I231: Ja

P231: Door het gesprek aan te gaan

I232: Ja

P232: Maar het is de vraag of kijk de zorgverlener heeft natuurlijk altijd een bepaald beeld van een geestelijk verzorger en

I233: Hmhm

P233: Kan niet in het gesprek kijken maar door goed te rapporteren en ook gewoon veel op de afdeling te zijn zien mensen wel wat je kracht is

I234: Ja

P234: Ik heb één zo’n afdeling waar ik dan al 13 bijna kom en daar zeggen ze van nou ja he zeggen ze niet we hebben een geestelijk verzorger zeggen ze we hebben iemand die goed kan luisteren en die goed kan met je mee kan denken

I235: Ja

P235: Dan halen ze dat geestelijke er gewoon af

I236: Ja

P236: En dan kom ik en dan zeg ik wel dat ik geestelijk verzorger ben je moet wel eerlijk zijn

I237: Hmhm

P237: En dan zij zien het dan zo van jij maakt dit mee het kost veel moeite en je hebt verdriet we hebben iemand die goed kan luisteren naar je verhaal

I238: Ja

P238: Nou daar ben ik dan tevreden mee

I239: Ja ja dus dan begrijpen ze het goed

P239: Ik zou zeggen dat ze het dan begrijpen

I240: Ja

P240: Ja

I241: En hoe zorg jij d'r voor in een MDO dat zorgprofessionals van andere disciplines jouw expertise dan begrijpen?

P241: Ja

I242: Of is dat ook

P242: Ja door m'n mond open te doen

I243: Ja

P243: Ja en ook af en toe te zeggen nou moeten we niet wat nog even iets bespreken over de laatste dimensie

I244: Ohja

P244: Nou goed dat is wel dat is wel wennen hoor

I245: Hmhm

P245: Want het is natuurlijk zo'n trein die rijdt

I246: Hmhm

P246: En en dan moet je ook wel ja af en toe gewoon je mond open dúrven dóén en dat is ja kijk het is ook per persoon weer verschillend he we hebben ook een [aantal] moslim collega's hier [naam], wij doen die MDO's doen we van [afdeling] doe ik met [naam] dat is een humanistische collega en dus ook moslim collega en met name kijk daar is natuurlijk wel veel duidelijker appèl op [hem/haar] omdat dan gaat over culturele problematiek of communicatieproblematiek

I247: Hmhm

P247: Ook door moslim patiënten he stoppen van behandeling of palliatief wat betekent dat en dat de vertaling daarvan naar de cultuur of naar het geloof van moslim patiënten is iets meer voor de hand liggend

I248: Ja

P248: He dus en [hij/zij] wordt dan [hij/zij] is heel communicatief en [hij/zij] is [inwoner land] met [inwoner land] achtergrond is heel communicatief [hij/zij] is heel toegankelijk dus dan merk je dat dat dat soms wat sneller op de voorgrond komt

I249: Ja

P249: In zo'n MDO

I250: Ja dus het verschilt ook per persoon

P250: Ja

I251: Ja

P251: Ja ik ben tuurlijk gewoon [leeftijd] dus weet je dat is toch niet zo bijzonder en en [naam] is dan een [leeftijd] collega die is humanist nou die zou er misschien net weer ook weer net anders aangesproken worden maar het werkt eigenlijk alleen door zelf je mond open te doen

I252: Ja

P252: He wat mankeert er nu aan de bespreking he van niet in de zin van dat het fout is maar hoe kun je nog vollediger maken

I253: Ja

P253: Ja

I254: En welke termen om geestelijke verzorging aan te duiden ervaar jij als bevorderend of belemmerend bij het ervoor zorgen dat andere zorgprofessionals jou begrijpen?

P254: Nou ja dat heb ik eigenlijk al een beetje gezegd he

I255: Ja

P255: Van ja dat hele kerkelijke dat is natuurlijk

I256: Ja

P256: Dat vind ik zelf wel belangrijk van [levensbeschouwelijke stroming] dus ik vind het ook niet onbelangrijk

I257: Hmhm

P257: Maar dat is wel net het kom je ook bij patiënten tegen zeg van ja goed kerk ik zeg nee ik ben ook niet bij de kerk ik ben van het ziékenhuis

I258: Ja

P258: Dus het gaat dan eigenlijk om dat frame is heel hardnekkig ook wel begrijpelijk en ook onder collega's vaak van nou is er weer een consult ja mevrouw is [levensbeschouwelijke stroming] moet jij d'r dan niet heen ik zeg nou nee waarom? Het is jouw afdeling

I259: Ja

P259: Zoek het maar uit dus dat is wel mijn achtergrond en we hebben hier dus in totaal [aantal] collega's waarvan er [aantal] humanist zijn even kijken [aantal] katholiek [aantal] moslim en dan nog [aantal] protestanten

I260: Ja

P260: Maar wij doen eigenlijk allemaal hetzelfde werk alleen je ziet wel van het is natuurlijk aan ene kant we zijn er voor iedereen he we gaan zo open mogelijk in gesprek en aan de andere kant is het toch ook weer van ja we hebben ook [aantal] moslim collega's die eigenlijk alleen voor moslims zijn

I261: Hmhm

P261: Dus het is soort van boodschap die eigenlijk niet kan

I262: Nee

P262: Maar goed het is wel zo

I263: Hm ja

P263: Dus de de dat hele strakke levensbeschouwelijke kijk als je mij naar een [levensbeschouwelijke stroming] stuurt dan is het ook negen van de tien keer iemand die ik niet begrijp omdat die zo anders [levensbeschouwelijke stroming] is dan ik

I264: Hmhm

P264: Dus het heeft helemaal geen zin om dat om die etiketten te plakken d'r zit daar gewoon een persoon en daar moet je mee in gesprek en nou dan moet je kijken van wat waar gaat het nou eigenlijk over

I265: Ja. Dus die etiketten zijn soms dan ook belemmerend

P265: Die etiketten zijn belemmerend

I266: Ja

P266: Ja

I267: Wat is jouw rol als geestelijk verzorger in een MDO?

P267: Ja ik denk dat het beetje toch altijd hetzelfde idee is van dat ik bij een patiënt zoek naar evenwicht en allemaal hier zitten en je zit helemaal daar met je gedachten nou dat is in een MDO eigenlijk ook zo, het gaat heel snel over kuur zus of pijnstiller zo of en dat is dan goed om ook te kijken naar het bredere plaatje daar dat vind ik een beetje mijn taak

I268: Bredere plaatje dan alleen de de medicatie?

P268: Ja

I269: Hm

P269: Ja zoals [tijdstip] was er een patiënt dat was een [levensbeschouwelijke stroming] [meneer/mevrouw] die werd besproken en ze hadden heel keurig die zingevingscomponent nou uitgevraagd

I270: Hmhm

P270: Dus [meneer/mevrouw] was [levensbeschouwelijke stroming], nou niet verder gevraagd, wat betekent dat voor jou, niet verder gevraagd. Dat is gewoon een etiket. En verder was [hij/zij] was [hij/zij] overtuigd van de ideeën van ik heb het opgezocht anders was ik het vergeten even kijken hoor [zoekt op telefoon] misschien ken je het [naam] [slogan gedachtegoed]

I271: Oh

P271: Nou hartstikke mooi

I272: Ja

P272: Is een [inwoner land] een beetje nou ja kunt het opzoeken

I273: Hm

P273: Nou die [man/vrouw] gaat dood en die [naam] die heeft met allerlei theorieën denkt van als je maar anders denkt dan genees je die [ziekte] wel he die [man/vrouw] gaat dood dus daar heeft [hij/zij] echt niks aan dus dat dan zeggen van ja hoe zit het dan met [levensbeschouwelijke stroming] is dat meer dan een woord he heb je d'r iets over gevraagd nou eigenlijk niet

I274: Hmhm

P274: Dus dat soort vragen probeer ik te stellen zeg van nou ja misschien als je [hem/haar] nog spreekt wat uitdiepen

I275: Ja

P275: Kijken of [hij/zij] daar misschien dan wat meer die kant ook ja misschien dat [hij/zij] daar ook bepaalde gedachten over heeft want [hij/zij] wil niet dood [hij/zij] gaat niet dood [hij/zij] denkt [hij/zij] is [leeftijd] maar [hij/zij] denkt dat [hij/zij] [hogere leeftijd dan dat hij/zij is] wordt nou dat wordt [hij/zij] niet, die [meneer/mevrouw] heeft

een grote open wond die niet meer sluit, waaruit bloed, mag ook niemand naar kijken dus die [man/vrouw] zit helemaal in de ontkenning

I276: Ja

P276: Dus ergens moet er toch iets gevonden worden waardoor je zegt van nou dat je iemand een beetje in de buurt kan krijgen van nadenken over ja gaat toch aflopen

I277: Ja

P277: En kun je wel met [naam] aan de gang gaan maar [naam] die denkt alleen maar van we gaan denken dan gaat die wond dicht

I278: Ja ja

P278: Dat is niet waar dus beetje zoeken naar mogelijkheden om mensen naja evenwichtig te laten kijken naar hun situatie

I279: Ja

P279: En wat daarin belangrijk is en dingen die je wil nog kan doen en wat het dan betekent om iets te willen nou

I280: Ja

P280: Maar dat is meer dan zit ik al weer meer op de afdeling aan het bed

I281: Ja

P281: In een MDO gaat het nou wat heb je nou gehoord in zo'n gesprek en en hoe kun je dat nou inzetten en vervolgens natuurlijk ook de vraag moet er een geestelijk verzorger langskomen

I282: Ja. Dus dat zijn ook een aantal dingen die jij juist doet in een MDO zijn er ook dingen die jij vindt dat je als geestelijk verzorger juist moet láten in een MDO?

P282: Nou ik vind het heel vermoeiend om elke keer per se m'n hand op te moeten steken om te vragen naar, je moet ook je moment kiezen

I283: Hm

P283: Zo van ja vervelend, kijk het is een bescheiden rol ‘t is niet zo dat je daar, kijk het is toch een witte jassen overleg

I284: Hmhm

P284: Dus het is niet ik ben niet degene die daar aan het roer staat er zijn ook wel mensen die zeggen van ja eigenlijk zou je zo’n MDO [afdeling] moeten laten voorzitten door de geestelijk verzorger

I285: Hmhm

P285: Want die weet namelijk niks van al die medische ellende dus die kan dan beginnen bij waar het zou moeten beginnen en dan kunnen we verder daarna opbouwen van wat hebben we nodig

I286: Ja

P286: Maar zover is dat is nog duidelijk niet aan de orde

I287: Nee nee

P287: Nee

I288: Nee dus een bescheiden rol

P288: Vind ik wel

I289: Ja en hoe ziet hoe ziet dat er dan uit of wat moet ik me daarbij voorstellen?

P289: Wat bedoel je?

I290: Hoe hoe zou je dan zo’n hoe zou dat eruit zien in een MDO dat je daarin een bescheiden rol hebt?

P290: Nou dat je dat je stel er zijn vier patiënten dat je bij twee van de vier, ook als het als er reden toe is he

I291: Ja

P291: Vraagt van van wat is de stand van zaken als het gaat om nou eigen netwerk of de steun die er is of

I292: Ja en niet bij en niet bij alle vier

P292: Nou zou ik ja vind ik dan toch lastig

I293: Ja

P293: Want dan word je zo'n stoorzender die zegt dan iedere keer hetzelfde

I294: Ja ja

P294: Je moet ook een beetje kijken van wanneer is het nou echt nodig en wanneer is er wel een aardig beeld

I295: Ja

P295: Het is nou niet zo dat ik vind dat ik, ik vind wel dat ik ieder MDO iets moet zeggen want anders ben ik voor niks om ben ik om [tijdstip] mijn bed uitgekomen

I296: Hmhm

P296: Ook niet waar maar ik vind dat wel goeie strategie om te zeggen nou iedere keer in ieder geval even laat ik mij even horen

I297: Ja

P297: Maar ik ga niet tegen stroom in elke patiënt nee dat vind ik echt niet nodig

I298: Nee. Welke rol speelt jouw eigen spirituele oriëntatie in het aanbieden van geestelijke verzorging

P298: Nou

I299: Aan patiënten?

P299: Ja, dat vind ik een heel lastige vraag. Eigenlijk ja goed ik ben [levensbeschouwelijke stroming] ik ben ook wel actief daarin [zucht] maar ja dat is een vraag die ik eigenlijk wel vaker ik heb er eigenlijk niet zo goed antwoord op

I300: Nee

P300: Ik ben eigenlijk zo ik heb hiervoor bij [organisatie] gewerkt [aantal] jaar en dat was al zo nou ja goed zit je op [locatie] bij [locatie] he daar wandelde je dan rond ja dan gaat het eigenlijk nooit over geloof of zo ja heel af en toe kom je een heel zware [levensbeschouwelijke stroming] tegen die zitten veel bij [locatie] dan gaat het wel

over, dan zeggen ze eigenlijk zeggen ze jij bent een slechte geestelijke verzorger want je hebt het nooit over God ja, dan moet jij het over God hebben dan ga ik het ook over God hebben

I301: Ja

P301: Maar zij verwachten iets ánders maar ik ben niet zo van het inzetten van mijn achtergrond, iemand om mijn mening vraagt dan zal ik die geven

I302: Hmhm

P302: Ik denk wel dat mijn kijk op nou waar ik mee begon met dat koord enzo

I303: Hmhm

P303: Die transcendentie dat dat wel dat is ook wel haast filosofisch geïnspireerd he van beetje Heidegger achtig van van ja wat wat is nou horizontale transcendentie en hoe hoe kun je daar dat geeft mij wel basis maar als ik nou aan mijn [persoon van levensbeschouwelijke stroming] zou vragen hoe ik het doe dan zou die waarschijnlijk niet tevreden zijn

I304: Nee nee

P304: Maar ja wat, ja ik doe wat nodig is voor deze situatie

I305: Ja

P305: Ja we doen wel vieringen nou die vieringen van mij zullen iets meer [levensbeschouwelijke stroming] getint zijn misschien dat ik in gesprekken iets vaker naar beelden grijp maar dat zijn van die clichés ik geloof niet dat dat dan echt

I306: Dat het echt op de voorgrond staat

P306: Nee

I307: Nee. En in MDO's?

P307: Nee ook niet

I308: Nee. Het is meer bagage die je meeneemt

P308: Bagage voor mezelf ja, waar je nooit meer vanaf komt, dat is bagage

I309: Wil je nog iets delen over het onderwerp waarvan je denkt dat het wel belangrijk is maar waar we het nog niet over hebben gehad?

P309: Nou ja ik kan me wel voorstellen dat het zeker voor kijk ben natuurlijk al ontzettend lang aan het werk als geestelijk verzorger en dat voor beginnend geestelijke verzorger best wel lastig is en voor mij is het ook nog steeds lastig zo ervaar ik het ook om die ruimte in te nemen tussen al die mensen waarvan je denkt nou die weten veel beter wat er met de patiënt aan de hand is dan ik

I310: Ja

P310: Dat is wel een soort van en ja als je dan soms van ja hopeloze gevallen weet je wel dat dan dan kun je óók denken van ja ze nemen me in de maling

I311: Hmhm

P311: Zo ervaar ik dat niet want dat is een bepaalde gebeurt alleen op het moment dat je een gewaardeerd lid bent van van de club he dat ze over je grappen maken maar kan me wel voorstellen dat dat lastig is en dat voelt ook soms lastig aan, ’t is natuurlijk toch zoeken steeds van kun je nou zo’n hele technologische medische wereld toch net iets anders laten horen dan dan dan precies dat

I312: Ja ja

P312: En dat heb ik bij het [afdeling] MDO wat minder dan bij dat met dat afdelings MDO dat is echt heel technisch

I313: Ja

P313: En daar ja komen steeds hele hordes nieuwe coassistenten in opleiding binnen en weet je dat zijn toch ja ik weet niet precies hoe ik dat nou moet verwoorden ’t is in ieder geval niet een gemakkelijke omgeving zomaar, daar moet je wel je best voor doen

I314: Ja

P314: Je bent niet vanzelfsprekend ofzo. Dat.

I315: Oké

P315: Ik weet niet of dat een antwoord is op je vraag?

I316: Ja nou ja het was een open dus je kunt zeggen [lacht]

P316: Ik weet niet meer wat de vraag was, ik begin te praten en dan ja

I317: Dan kom je wel ergens uit

P317: Ben ik weg

I318: [lacht]

P318: [lacht] ja

I319: Het was juist het was heel open

P319: Oké

I320: Of je er nog iets wilde

P320: Oh ja

I321: Delen

P321: Oh ja

I322: Dus

P322: Oh ja nou dat

I323: Is geen fout antwoord

P323: Nee oké oké oké helemaal goed

I324: Wil je het uitgetypte interview ontvangen voor eigen interesse?

P324: Is wel leuk

I325: Ja?

P325: Ja. Zijn we beetje oh ja zijn binnen de tijd

I326: Ja

P326: Netjes

I327: Dank je wel.

P327: Alsjeblieft.

I328: Ik zal deze even stopzetten

Bijlage 2: Transcriptie interview participant twee

I1: Ja hij neemt op. Nou welkom. Dank je wel dat je wil deelnemen aan het onderzoek. Ik heb eerst twee wat meer algemene vragen. Hoe lang doe je dit werk al binnen dit UMC?

P1: 15 jaar

I2: 15?

P2: Ja

I3: Oké. En dan heb ik nog een vraag over een MDO. En ik zal even voorlezen wat ik daarvoor voor definitie heb. Multidisciplinaire overleggen zijn overleggen waarin zorgprofessionals van verschillende disciplines samenwerken voor de patiënt door informatie uit te wisselen – maar niet per se opvattingen delen – en een bijdrage leveren door de behoeften van de patiënt vanuit de eigen kaders van de discipline te bekijken. Hoe vaak neem je deel aan een MDO?

P3: Minimaal één keer per week

I4: Minimaal

P4: Ja

I5: En gemiddeld?

P5: Eén keer per week

I6: Dan een aantal vragen over de discipline van de geestelijke verzorging. En als ik wat vragen stel over een MDO, ik weet niet of je in de afgelopen drie maanden een MDO heb bijgewoond

P6: Ja

I7: Als je dan daar dan beetje aan denkt, beetje een recent MDO

P7: Ja ja dat is goed

I8: Wat is volgens jou geestelijke verzorging?

P8: Geestelijke verzorging is de discipline die aan mensen die dienstverlening geeft om hun bestaan in al hun facetten zelf te verstaan of voor anderen begrijpelijk te maken zo verre dat mogelijk is

I9: Hm

P9: Uit de losse hand

I10: Ja ja ja exact. En waarom kies je voor deze beschrijving en niet voor andere beschrijvingen van geestelijke verzorging?

P10: Omdat ik me een beetje overvallen voel, ja ik heb niet een definitie

I11: Nee

P11: Monster om het zo te zeggen

I12: Nee nee nee

P12: Natuurlijk kan heel simpel maar dit is gewoon wat op dit moment ook bij me op komt en ik denk dat dat een vrij brede definiëring is

I13: Ja

P13: Die overigens niet alles dekt natuurlijk

I14: Hm

P14: Ik heb het woord levensovertuiging niet maar ik heb wel het bestaan in al zijn facetten

I15: Ja

P15: Nou vind ik zelf eigenlijk best wel leuk gevonden op dit moment

I16: Ja ja oké. Stel er schuift een nieuwe deelnemer aan in een MDO die niet weet wat geestelijke verzorging inhoudt, welke termen zou jij dan juist wel of juist niet gebruiken om uit te leggen wat geestelijke verzorging is?

P16: Nou zeker niet het benadrukken van geestelijk, het vooroordeel wat daarin dus dat het alleen maar religieus zou zijn

I17: Hmhm

P17: En

I18: Dus dat zeker niet

P18: Niet alleen he

I19: Niet alleen

P19: Nee nee ik zou het zo breed trekken dat we voor alle mensen aanspreekbaar zijn ongeacht levensovertuiging

I20: Hm

P20: Dat is wel belangrijk. Dat is natuurlijk wel veranderd de afgelopen jaren. Het gaat steeds verder in het kader van laten we het noemen de secularisering he

I21: Hmhm

P21: Mensen hebben wel levensovertuiging maar dat is niet per se aan instituties verbonden. Ja. Mag ik nog een correctie maken?

I22: Ja tuurlijk

P22: Het is zo dat we ook regelmatig soms wel twee of drie keer per week aan een, ik heb ook ik neem ook nog, maar dat doen we met z'n allen, de sociaalpsychologische triage

I23: Hmhm

P23: Sociaalpsychologische welzijn dat is ook een aantal disciplines en komen iedere dag bij elkaar maar natuurlijk iedere keer een wisselen we van collega of hebben we een vaste dag

I24: Oké

P24: Dus soms nu in de toekomst ga ik zeker twee keer per week doen, een vaste [dagdeel]

I25: Ja

P25: Dus, maar ik focus me vooralsnog op het [afdeling] overleg

I26: Ja

P26: Anders wordt het misschien een beetje ingewikkeld ook

I27: Ja dus in de toekomst wel twee keer in de week omdat dan ook die psychosociale

P27: Dat gaat gewoon door

I28: Ja

P28: Dus het is wel degelijk dat ik MDO, je zou dat ook een MDO kunnen noemen

I29: Ja

P29: Dat eigenlijk toewijzen. Maar eigenlijk gaat het alleen is het dan beperkt tot een soort goed om te zeggen psychiatrie, maatschappelijk werk

I30: Hmhm

P30: Geestelijke verzorging, activiteiten therapie en medische psychologie dus artsen zitten er niet bij, buiten dan de psychiater eventueel

I31: Ja oké

P31: Dus dat maakt het weer een heel ander MDO dan dat is heel specifiek op het psychosociaal

I32: Ja

P32: Triageren

I33: Ja

P33: Ja

I34: Dus dat is echt wel een ander MDO

P34: Ja

I35: Dan die ander ja

P35: Dus ik denk het beste is misschien ook gewoon op het revalidatie overleg anders wordt het een beetje verwarrend

I36: Ja

P36: Nee toen je me net vroeg over het geestelijke verzorging moest ik denken oh de setting daar, iemand komt binnen toen ja zat ik even bij de triage

I37: Ja ja

P37: Ja

I38: Ohja ja

P38: Ja ja in gedachten

I39: Ja. En je zei van dan zou ik dat bredere benadrukken

P39: Ja zeker ja natuurlijk ja want anders

I40: Ja

P40: Wordt je in een hoek geduwd worden we in een hoek gedrukt waar we niet meer willen zitten he dus he

I41: Nee

P41: Dus waar we wel kúnnen zitten. Rituelen

I42: Hmhm

P42: Maar niet per sé willen, gewoon om kunnen draaien met iedereen

I43: Ja

P43: Zonder tot het godsdienstige beperkt te worden

I44: Ja

P44: Exact

I45: Ja. En zijn er dan ook bepaalde termen die je dan juist daarin wel gebruikt of die je dan juist vermijd?

P45: Nou ja betekenis en zingeving dat zijn toch wel hele courante termen geworden

I46: Ja

P46: Dat begrijpen mensen wel dat kun je wel mee thuiskomen

I47: Ja

P47: En van mij de ja de geestelijk verzorger de pastor uithangen nee dat doen we niet meer he. Geestelijk verzorger is vaak toch al heel beladen

I48: Hmhm

P48: Soms voor mensen zo'n beladen begrip maar we hebben geen betere naam

I49: Nee

P49: Mental coach gaat het ook niet worden, expertise centrum voor zingeving en ethiek nouu ik weet niet of ik daar bij mensen mee moet aankomen hoor

I50: Nee

P50: Dat is wel zoeken maar ik denk niet te snel iets uit handen geven wat over het algemeen best wel goed werkt nog

I51: Ja, ja. Dus zo dat zou je gebruiken in een MDO

P51: Geestelijk verzorger?

I52: Ja

P52: Te allen tijde

I53: Ja

P53: Tuurlijk. Het is een beschermd beroep, is zodanig het ambt ook dus

I54: Ja

P54: Geen aalmoezenier, de rector ook niet die hadden we vroeger hier

I55: Ja?

P55: Rectoren ja er werkten hier in de [jaartal] werkten hier nog [aantal] rectoren, priesters dominee en een humanistisch raadvrouw en een raadsman het was echt zo hoor

I56: Ja ja

P56: En dat is allemaal veranderd nou ja we zijn eigenlijk naarstig opzoek bijvoorbeeld naar een [geestelijk verzorger] maar ja kunt je voorstellen gezien het [politieke klimaat] in [plek] is dat ook niet komt dat niet snel van de grond he

I57: Nee

P57: Daar heeft het wel iets mee te maken lijkt het wel he

I58: Ja

P58: Ja nou ja goed.

I59: En als je moet uitleggen wat de inhoud is van geestelijke verzorging zou je dan ook bepaalde termen juist niet gebruiken?

P59: Ja dat ligt er een beetje aan met welke

I60: In een MDO

P60: In het MDO me beperk ja als d'r een invulling wordt gegeven denk dat er wel ja bijvoorbeeld laten we nu we toch ja is geen beladen begrip maar godsdienst speelt natuurlijk heel vaak een hele grote rol

I61: Hmhm

P61: Of levensovertuiging. Wat gebeurt er met mij wat gebeurt er he nou ja goed alles wat, waarom verdien ik dit, waarom wat ik heb ik verkeerd gedaan dat zijn natuurlijk wel dingen die we aanroeren

I62: Ja

P62: Dus als dat ingevuld wordt is dat ook een aspect van ons

I63: Ja dus dan zou je dat wel in die zin gebruiken

P63: Ja bijvoorbeeld vergeving ofzo komt niet snel aan de orde maar ja dat zou zomaar kunnen

I64: Ja

P64: Je hebt het natuurlijk ook met zwaar christelijke of de wat meer rigide islamitische overtuigingen te maken nou ja je kunt het zo gek tegenwoordig niet verzinnen of gewoon agnost en zo

I65: Ja

P65: Ik zou iedereen een oor en ik denk dat dat ook een van de taken van de geestelijk verzorger is om die gesprekken niet uit de weg te gaan

I66: Nee

P66: En daar ook misschien als dat over een patiënt gaat de nuance aan te brengen

I67: Ja

P67: He je hebt het over cultuur

I68: Dus dat geheel van zo werkt

P68: Ik denk dat wij een vrij grote expertise hebben op allerlei gebieden

I69: Ja

P69: Alles wat met zingeving betekenisverlening

I70: Ja

P70: Ja het is gewoon dat weet je zelf het is een brede opleiding, je krijgt psychologie je krijgt van alles wat he

I71: Ja ja

P71: Dus gesprekstechnieken dus

I72: Ja

P72: Filosofie nou ja goed ja theologische vakken die krijg je ook waarschijnlijk en

I73: Ja ja

P73: En dat

I74: Ja dus dat

P74: Ja dus als dat ingezet moet worden, word ik geacht dat wel te kunnen en anders dan moet ik een andere expertise inroepen

I75: Ja ja ja ja dus als je dat zou moeten uitleggen aan een nieuw iemand zou je het zo breed mogelijk definiëren én levensovertuiging én godsdienst zodat mensen de de breedte ervan

P75: Ja

I76: Ja

P76: Ja binnen in een MDO zou ik dat wat explicieter kunnen doen

I77: Hmhm

P77: Maar als ik bij mensen gewoon aan bed sta die doodziek zijn dan zeg ik een luisterend oor bieden

I78: Ja

P78: En dat is wel want luisteren echt een kúnst

I79: Ja ja

P79: En dat die volgens mij beheersen wij als geestelijk verzorgers dat heel goed, luisteren en niet oordelen

I80: Ja

P80: En niet altijd de oplossing he wordt heel veel oplossingen gebracht, mijn collega maakt zich daar heel stellig zitten hier in een medisch technische he, moet een oplossing zijn. Soms zijn er geen oplossingen en dan moet je die ruimte bieden voor het onoplosbare

I81: Ja

P81: Dat is ook een hele kunst

I82: Ja

P82: Voor mensen natuurlijk in de eerste plaats die het wie het treft he

I83: Ja ja zeker

P83: Dus dat is misschien ook wel een soort definitie. Dat we ons bezighouden met het onoplosbare. Geestelijk verzorger houdt zich bezig met het onoplosbare

I84: Ja

P84: Maar het kan ook heel concreet zijn gewoon over soms hebben mensen in een ziekenhuissetting ook gewoon eens even nodig om over koetjes en kalfjes te praten soms is d'r gewoon geen tijd, de verpleegkundige of arts wil ook wel lekker aanschuiven mensen zijn ook heel aardig hier, krijg je altijd wel interessante verhalen toch, maar er is geen tijd

I85: Nee

P85: Maar ik vind dat dus heel leuk ik heb een hele leuke baan wat dat betreft

I86: Ja

P86: Ik kan gewoon aanschuiven en alles, en het bevalt blijf ik toch lekker zitten eventjes.

I87: Ja

P87: He en heeft de ander ook wat aan he

I88: Ja

P88: Ja

I89: Welke bijdrage levert volgens jou geestelijke verzorging aan de gezondheid van een patiënt? Volgens jouw eigen definitie wat gezondheid is

P89: Nou ik denk om maar modieuze term te gebruiken het het kan enorm stress verlagend werken en teveel stress is gewoon slecht voor de gezondheid zeker in een ziekenhuisomgeving

I90: Ja. Dus concreet

P90: Juist ja

I91: Iemand

P91: Spanning verminderen

I92: Ja

P92: Mensen lopen over, die huilbui die maar helemaal niet wil komen. Ik hoef maar ten tonele te verschijnen en de tranen beginnen al te stromen he. Nee. Soms is dat echt zo

I93: Ja

P93: Ook bij anderen tuurlijk, maar ik denk dat en hoe vaker hoe beter en dan komt er opeens weer een lach tevoorschijn

I94: Ja

P94: Dat is belangrijk eigenlijk voor ja

I95: Ja dus concreet stress verlagend en emotioneel ja emoties uiten

P95: Ja en ook in relatie tot bijvoorbeeld naasten ook hele bemiddelende rol, iets openbreken

I96: Hm

P96: Waar blokkades zijn doorbreken dat is ook heel belangrijk, kunnen wij een hele goede rol in spelen

I97: Ja

P97: Omdat wij relatieve buitenstaanders zijn en daardoor iets kunnen observeren en het zodanig kunnen verwoorden dat het niet bedreigend is en mensen toch elkaar ja ook weer elkaar de ruimte kunnen geven elkaar zien en niet allerlei ja eigenlijk ongewilde blokkades opheffen dat je de ander wil sparen en niet belasten

I98: Ja

P98: Ja. Dat is ook heel belangrijk dat doen we heel vaak

I99: En hoe zou dat er dan hoe zou dat dan concreet of een bijdrage leveren aan de gezondheid van die persoon?

P99: Nou ik weet niet of ze helemaal gezond worden en hier naar buiten zou lopen maar wel wat die ja acceptatie, communicatie, teleurstelling, boosheid, op zichzelf op haarzelf ja dat je daar toch een weg in kunt vinden daar kun je iemand mee helpen

I100: Ja

P100: Mensen moeten dat eigenlijk zelf doen maar en gaat ook niet zo van bam we doen het even maar ik denk dat je mensen wel op een spoor kunt brengen

I101: Ja

P101: Dat lijkt me ter ondersteuning van ja het welbevinden of omgaan met ziekte en daardoor inderdaad je beter voelen gezonder heel belangrijk

I102: Ja

P102: Want ook met een ziekte kun je toch nog een heleboel leuke dingen doen in het leven he

I103: Hm

P103: En dat heeft wel zijn tijd nodig en mensen zien dat niet altijd eigenlijk, nee trouwens ik zou het zelf ook in à la minute kunnen als

I104: Hm

P104: Ik mn onderbeen zou moeten missen ja dan staat je wereld op z'n kop he.

I105: Ja

P105: Bijvoorbeeld.

I106: Dan een vraag over zorgprofessionals. Nou kort gezegd zorgprofessional zie ik hier als iemand die vanuit diens opleiding en expertise betaald werk verricht met het oog op zorgverlening van een patiënt

P106: Ja

I107: Welke zorgprofessional of zorgprofessionals pakken volgens jou vraagstukken over de geestelijke verzorging op?

P107: Nou ik denk ja vraagstukken welke nou ik denk dat maatschappelijk werk heel vaak op ons gebied zit

I108: Hm

P108: Medische psychologie ook

I109: Hmhm

P109: En dat het ook dat we snel moeten doorschuiven als het echt over coping zoals dat heet dat dat he dat dat is een mooi natuurlijk de vlag die de lading dekt

I110: Hmhm

P110: Doen we allemaal he hoe ga je om met

I111: Ja

P111: Om ja je iets beter gezonder te voelen ondanks je ziekte maar wat zingevingsvragen betreft kan ook wel eens bij maatschappelijk werk he er zit natuurlijk overlap in

I112: Ja

P112: Medische psychologie psychiatrie natuurlijk net zo goed he tuurlijk ook op het idee en over en weer he heel vaak wordt er doorverwezen van die kant weer naar ons omdat ze toch wel merken dat hier wel meer een existentieel probleem is of existentiële vragen rond ziekte, eindigheid et cetera

I113: Ja dus

P113: En mensen kunnen dan bang zijn en worden doorverwezen door andere professionals nou dan zeg ik ja nee nee is niet echt sprake van persisterende angstcomplexen ofzo of nee dat hoort eigenlijk bij jullie

I114: Hm

P114: Onzekerheid. Onzekerheid bijvoorbeeld is toch geen reden om iemand naar mdr te sturen

I115: Hm nee

P115: He of een trauma trauma te veranderen ofzo

I116: Nee dus maatschappelijk werk onder andere komt het wel tegen en als het dan echt om iets existentieels gaat zeg je dan verwijzen

P116: Zou het net zo goed bij ons kunnen. Maar weet je met maatschappelijk werk is het natuurlijk ook zo dat waar het financiën betreft bijvoorbeeld he het verlies van werk

I117: Hmhm

P117: Is natuurlijk wel iets existentieels. Dus ja om dan direct te zeggen nou hier moet de geestelijke verzorging bij nee dat kunnen zij heel goed dat weten zij ook wel dat het betekent dat iemand zingeving gaat verliezen

I118: Ja

P118: Máár het kan nooit slijten als dat echt

I119: Dus het is

P119: Eigenlijk het zwaarste probleem is en niet zozeer als de financiën uiteindelijk wel goed gekomen zijn of dan zou je kunnen denken kunnen wij een complementaire functie vervullen

I120: Ja

P120: Het is altijd een afstemming en dat doe je in het MDO

I121: Ja

P121: Tenminste wat triage betreft. Ja. Maar [afdeling] ja dan is dan daar zitten overigens dan weer geen ja dat is daar zitten wel activiteiten therapie bij

I122: Hmhm

P122: Geen medische psychologie, maatschappelijk werk ook niet

I123: Nee

P123: Tenzij op aanvraag dus

I124: En

P124: Maar lijnen zijn kort dus

I125: Oké

P125: Als er wat wordt en dan wat ik dan wel eens, dat is wel goed om te zeggen dat ik juist op dat gebied dan ook zeg nou dat lijkt me eigenlijk iets, ik ken meneer of mevrouw en het lijkt me iets voor maatschappelijk werk of dat wordt geopperd nou gezien de situatie wij denken aan maatschappelijk werk zou ik niet direct zeggen ho ho je vergeet mij

I126: Nee

P126: Nou laat maar maar daar hebben we over de [afdeling] dat is natuurlijk wel hele aparte

I127: Ja

P127: Ja, toch een hele aparte een andere wereld dan de normale de normale verpleegafdeling

I128: Ja en als je het hebt over die MDO's op de [afdeling] want je zegt ook die bij

P128: [afdeling] is dat he

I129: Ja want de triage zeg je goh maatschappelijk werk enzo die herkennen wel die die existentiële thema's zeg maar en hoe zit dat bij de professionals bij de MDO's van [afdeling]?

P129: Die heel goed want het is [naam] die daar mij daar echt met de haren bij heeft getrokken

I130: Ja

P130: Het werkt heel goed

I131: En pakken zij ook dan die vraagstukken van geestelijke verzorging op of verwijzen ze door?

P131: Krijg altijd de vraag of wij al er, er wordt van tevoren een patiëntenlijst, soms ik ken ik een patiënt al of soms nog niet in de gelegenheid nou ja ik bedoel ik hoef niet altijd helemaal voorbereid

I132: Hmhm

P132: Soms laat ik mij ook verrassen dan komt echt wel de vraag zo van goh heb je al contact gehad ja dus ik ben echt, wordt daar helemaal voor vol aangezien

I133: Ja

P133: Dat gevoel ik wel. Dus daar zitten nou intensivisten, de intensivisten, de verpleegunit de of de of teamleiders of de hele ja ligt eraan wie er wordt besproken, die in aanmerkingen komen voor [afdeling]

I134: Hmhm

P134: Ergotherapie, fysiotherapie, activiteitentherapie, logopedie, diëtiek niet geloof ik nee nee de diëtiek niet maar goed die zijn ook altijd in op ja. Ja dus dat is best wel een zware

I135: Ja

P135: ’t k an eigenlijk vol zitten daar, zijn natuurlijk ook fellows en intensivisten of anesthesisten in opleiding enzo

I136: Ja

P136: Dus het wel eh een pffff

I137: En doen zij dan ook iets met geestelijke verzorging of als ze dan een

P137: Ze krijgen een verwijzing ja

I138: Of dan verwijzing

P138: Dan eigenlijk gevraagd goh lijkt me wel goed om daar eens naar toe te gaan

I139: Ja ja

P139: Ja

I140: Ja oké.

P140: Ja nee dat is wordt echt gezien ja

I141: Ja

P141: Wordt ook geïnformeerd goh wat vindt jij ervan ja

I142: Hm

P142: Wordt ook wel inhoudelijk gevraagd he

I143: Ja

P143: En dan is het misschien mag ik dat zeggen is het juist leuk als d'r een bepaald beeld is over patiënt is om dat ook eens te doorbreken net dat andere te laten zien nouu het is niet helemaal zo zoals het hier wordt gebracht meneer bijvoorbeeld niet gemotiveerd zou zijn nou dat kan allerlei facetten hebben waarom iemand niet gemotiveerd is kan iets heel anders zijn iets nou ja goed dat kan ik soms een aanvulling op geven of een vraagteken bij stellen

I144: Ja

P144: Omdat ik iemand meemaak een totale indruk heb van iemand

I145: Interessant

P145: Ja

I146: Komt zo nog meer

P146: Ja

I147: In hoeverre deel jij als geestelijk verzorger al dan niet patiëntinformatie in een MDO?

P147: Ik zal altijd ook binnen het dossier patiëntendossier wat wij door bijhouden of in overleg of MDO of als het te als het de behandeling ten goede komt zal ik altijd vragen aan de patiënt he indien vertrouwelijk is

I148: Hmhm

P148: Dat je merkt heel dit is wel iets heel vertrouwelijks waar veel he zal ik altijd vragen of het goed is dat het genoteerd wordt of beter of het met iemand kan bespreken dat kan een MDO zijn of ook met de verpleegkundige

I149: Ja

P149: Dus altijd met instemming van de patiënt

I150: Ja ja

P150: Ja niet zo maar nee nee dat vind ik dus iets heel wezenlijks van geestelijke verzorging de vrijplaats he

I151: Ja

P151: Dat je eigenlijk vertouwensfunctie hebt

I152: Ja

P152: Ook niet zo maar alles in het dossier schrijft

I153: Nee en je zegt dan deel ik het als het ten goede komt aan de patiënt

P153: Ja tuurlijk

I154: Ja

P154: Maar dan moet je zelf natuurlijk ook akkoord mee zijn he

I155: Ja

P155: En anders dan nee

I156: Ja dat is de enige factor die daarin voor jou een rol speelt?

P156: In?

I157: In het al dan niet in het delen van informatie in een MDO over een patiënt?

P157: Naa het kan ook heel algemeen zijn maar dan is het betreft het geen vertrouwelijke, dat kan mijn indruk zijn

I158: Ja

P158: Of ja dat vind ik ook want het is blijft tuurlijk ook vertrouwelijk he

I159: Hmhm

P159: Allemaal natuurlijk zekere beroeps he geheim dus wat betreft

I160: Ja dus ook

P160: Ik ga er niet krampachtig mee om, maar gaat het echt over iets heel wezenlijks dan nee

I161: Dan ja

P161: Dat geeft dat is kwestie van aanvoelen natuurlijk

I162: Ja dus als het bijdraagt aan een behandeling en jouw indruk ja

P162: Ja dan zal het altijd melden met instemming van de patiënt

I163: Ja

P163: Al dan niet

I164: Dan inderdaad iets over de vrijplaats

P164: Oh toch

I165: Ja

P165: Nou goed dat is ook interessant hmhm

I166: Ja. Even kijken. De vrijplaats komt voort uit het grondwettelijk recht op vrijheid van godsdienst en levensovertuiging en garandeert volgens de beroepsstandaard, geestelijke bijstand voor burgers, onafhankelijk van een indicatie of toestemming door een derde. Hoe interpreteer jij die vrijplaats?

P166: Dat ik zelf initiatief kan nemen en niet afhankelijk ben van orders of maar als ik iemand langs een kamer loop en iemand zit daar te snikken dan loop ik zo naar binnen behandelrelatie of niet

I167: Ja

P167: En dat kan tot een contact leiden en dat is dat is de vrijplaats voor mij

I168: Ja

P168: Te allen tijde er ben present ben voor mensen en als mensen een beroep op mij willen doen dat ik dat doe

I169: Ja

P169: Al zegt de hele afdeling wat oh vreselijk of nee dan he nou ja en dat recht heb ik gewoon

I170: Ja. Dan loop jij gewoon naar binnen

P170: Ja tuurlijk

I171: Ja

P171: Tuurlijk wel overeenstemming met en met goed vinden van

I172: Ja

P172: Dat is ook je moet iemand ook vrijlaten he bedoel de keuze dat vind ik ook heel belangrijk

I173: Ja

P173: Dus over en weer vrijplaats he

I174: Ja

P174: Ik zeg heel vaak tegen mensen zeg gewoon als ik volgende keer terugkom en ’t komt niet uit voor mij niet erg. Neem die vrijheid ook

I175: Ja

P175: Als het niet uitkomt

I176: Ja

P176: Dat is ook vrijplaats he

I177: Ja

P177: Mensen moeten zich wel vrij in de relatie met de geestelijk verzorger kunnen voelen

I178: Ja

P178: Ik zeg ook heel vaak ik hoef niets he moet nu heleboel in zo’n ziekenhuis de hele dag mensen worden stapeldol natuurlijk. Dan staat die aan je bed en dan die en dan

komt de geestelijk verzorger ook nog ‘ns dus soms hebben mensen voel je echt ook de weerzin alsjeblieft nou even niet he. Ook kwestie van aanvoelen

I179: Ja

P179: Heeft ook alles met vrijplaats te maken want ja goed, ik hoef geen medische handeling te ik hoef de antibiotica niet op tijd toe te dienen dus wat dat betreft

I80: Jij bent tuurlijk

P180: Ook wel vrij vrij dat is ook wel best wel vrij wat dat betreft he

I181: Ja ja

P181: Er hoeft geen claim op mensen gelegd te worden

I182: Nee. Dus jij bent ook iemand tegen wie mensen nee kunnen zeggen

P182: Ja natuurlijk

I183: Ja

P183: Ik hoop het wel

I184: En in hoeverre beïnvloedt jouw opvatting dan van de vrijplaats in het al dan niet delen van die patiëntinformatie in een MDO?

P184: Ja wat ik net al heb gezegd

I185: Ja

P185: Dat staat of valt met de instemming en het vertrouwen van de patiënt

I186: Ja

P186: En zeker niet het vertrouwen schaden. Dat zou heel erg zijn

I187: Ja

P187: Ja

I188: Als je kijkt naar de MDO’s van de afgelopen drie maanden zo ongeveer die je hebt bijgewoond

P188: Ja

I189: In hoeverre begrijpen zorgprofessionals van andere disciplines jouw expertise in een MDO?

P189: Nou bij [afdeling] is dat wel aardig duidelijk omdat velen natuurlijk wel mij aan het bed zien staan en de [afdeling] dat is zo'n zaal dus men ziet dat ik veel aanwezig ben en wat ik doe, dus eigenlijk niet veel ik sta maar ja beetje met mensen jaa nou ja he ja [lacht]

I190: Ja

P190: Is ook een kunst he

I191: Ja

P191: Kom met lege handen

I192: Ja

P192: Dus dat weten ze wel wat ze bij mij kunnen halen. En maar voor nieuwelingen is het tuurlijk niet durf te wedden dat problemen die omdat ze nog niet bekend zijn met geestelijke verzorging mensen in opleiding enzo heel snel aan maatschappelijk werk zullen denken oh dat doen die wel of sterker nog medische psychologie he

I193: Ja

P193: Direct alles psychologiseren daar moet een oplossing voor komen terwijl psychologie ook wel iets meer is dan alleen een oplossing bieden he ook het in kaart brengen van he problematiek angst, nou het coping verhaal, het tips geven ontspanning, stress reduceren en ja dat zijn natuurlijk ook dingen die wij kunnen

I194: Ja

P194: Worden geacht te kunnen en dan ja dat is natuurlijk zou wel eens tot onderschatting van ons kunnen van ons kwaliteit kunnen leiden dus

I195: Hmhm

P195: Je moet constant aandacht vragen en ook laten zien wat je doet

I196: Hm

P196: Dat is wel heel belangrijk

I197: Hm

P197: Ook vertellen daarover

I198: Ja

P198: Ja en dan is het heel leuk om dan net die aspecten naar boven te halen als die zich voordoen die andere facetten zo he heb je ook zo naar deze patiënt, maar bovenal méns gekeken?

I199: Ja

P199: He en daar daar zit het het dat is denk ik dat onze meerwaarde kan zijn

I200: Ja

P200: We denken niet te strak in ik wil niet in modelletjes denken, ik als geestelijk verzorger

I201: Hmhm

P201: Zijn ook geestelijk verzorgers die hebben het ene model na het andere maar

I202: Ja nee

P202: Ben ook niet zo vernieuwend dat wat betreft, ik hoef ja innovatie prima maar ik hoef niet ieder jaar een een nieuw copingsmodel of zo je begrijpt he

I203: Ja

P203: Ben ik ook te oud voor trouwens

I204: [lacht] En hoe zorg jij er dan voor in een MDO dat die andere zorgprofessionals jou begrijpen? Want ik hoor je

P204: Door normale mensentaal te spreken

I205: Ja

P205: Ja.

I206: En zijn er dan zijn er dan dan dan dan woorden waarvan je zegt oh ja dat is heel bevorderend want dat snappen mensen of ja dat werkt echt belemmerend wat dat dat begrijpt niemand?

P206: Nou ik kan ook wel eens een beetje als een beetje zo nou na na kan ik ook wel beetje provocatief dan gooi je gewoon een term tussendoor he. Ik wil ook nog wel oh dat is het die term ken ik want ja weet je zo'n [afdeling] wat ik daar over mij heen krijg aan termen en iedereen begrijpt natuurlijk buhbuhbuhbuhbuh ik zal je eerlijk zeggen het heeft ook iets priesterlijks zoiets zo'n MDO he

I207: Hm

P207: Dat is gewoon ook voor de in voor de de de eigen gemeente en dan wordt zo'n blaadje neer, ik zit nu een beetje

I208: Ja

P208: En dan buhbuhbuhbuhbuh allemaal geheimzinnige termen iedereen wordt dat geacht te begrijpen en vooral te horen en maar soms van nou, ik merk dus tegenwoordig

I209: Ja

P209: Dat was een ander MDO dat moest vervangen het [afdeling] MDO

I210: Ja

P210: En daar zitten er acht bij, kun je dat, tegen arts dan, kun je gewoon menselijke taal nou gebruiken want ja dat is natuurlijk terminologie he

I211: Ja

P211: Ja en dat is ook natuurlijk met de andere disciplines tuurlijk ik word wel geacht wel termen maar ook heel vaak afkortingen en

I212: Ja

P212: In tegenstelling tot [inwoners land] medische is het bij ons we zijn Nederlanders sowieso zijn dól op afkortingen ja dat is echt een dráma

I213: Ja

P213: Af en toe he, vind ik. Nou goed laat maar ja soms is het heel vervelend

I214: Ja

P214: Wat bedoelt ‘ie nou als ie het gewoon voluit zou zeggen

I215: En de termen wat betreft geestelijke verzorging die je daarvoor kan gebruiken zijn er dan ook termen die jij hebt ervaren in een MDO die daarin helpend zijn of juist belemmerend?

P215: Termen in de geestelijke verzorging ja ik heb nou niet direct

I216: Ja

P216: Nou ik zei van net provocatief maar

I217:Voor andere zorgprofessionals dan

P217: Nee denk dat het toch wel probeer te vermijden

I218: En wat probeer je dan te vermijden?

P218: Dat ik termen gebruik die voor hen totaal onbekend zouden zijn dus nee ik ben dus ook sowieso niet dat ik hele moeilijke woorden ga gebruiken of zo

I219: Nee

P219: En

I220: En wat voor termen zou je dan bijvoorbeeld vermijden?

P220: Nou heel mooi voorbeeld depressie. Dat zou ik niet snel gebruiken want mensen zijn depressief, nou ik als ik op de [afdeling] zou liggen ja ik zou ook niet zo geweldig voelen denk ik

I221: Ja

P221: Wordt heel snel termen geplakt wordt heel snel gepsychologiseerd en dat wil ik wel vermijden

I222: Ja

P222: Ik zou eerder zeggen iemand is zwaarmoedig of wat een echte interventie is en dat heb ik een paar keer, leg mensen als die mogelijkheid d'r is in godsnaam in een box, ik weet op de [afdeling] is hier gewoon een zaal, verpleegpost zaal bedje aan bedje

I223: Hmhm

P223: En dan heb je paar boxen en dat hebben ze destijds voor mensen met ebola zouden komen maar ebola is nooit gekomen ja covid wel dus dat is allemaal verbouwd en daar liggen mensen alleen, maar en soms hebben ze raken zó door de war door wat er allemaal om hun heen gebeurt. Mensen komen te overlijden, als je daar half wakker zijn heleboel mensen te slapen maar ja als je daar half wakker ligt nou dat is horror natuurlijk

I224: Ja

P224: Krijgen daardoor delier. Mensen raken helemaal van ding en dan zei ik zou het tijd worden om iemand apart te leggen en dat heeft meestal dat komt dan niemand op heel raar is dat

I225: Ja

P225: Dat is dan een ja we hebben er geen plaats die box moet vrij maar als je dan echt een beetje door duwt en dan oh ja en dan gebeurt er wel wat

I226: Ja

P226: Dus ik kan wel ook wel wel degelijk wat invloed uitoefenen

I227: Ja

P227: Haast speciaal aanwakkert het welbevinden mag allemaal medisch en de monitoren en allemaal in orde maar hoe iemand zich voelt steeds meer daardoor in de problemen komt ja dat heb ik een paar menig paar keer echt succes mee gehad en dat patiënten ook echt dankbaar waren daarna van goh wat fijn dat jij ja daar echt geïntervenieerd dus doe iets meer dan presentie, neem ook wel eens ja denk daar eens aan

I228: Ja

P228: Dus dat kan ik ook wel brengen daar en er wordt ook naar me geluisterd, wordt heel serieus genomen in dat

I229: Ja

P229: Ja

I230: Ja want dat was mijn volgende vraag. Wat is jouw rol als geestelijk verzorger in een MDO?

P230: Nou ten eerste natuurlijk informatie opdoen van die ik nog niet wist

I231: Hm

P231: Zeker waar het nieuwe patiënt is mogelijk een nieuw contact waar ik mijn ondersteuning aan kan bieden

I232: Hmhm

P232: Ik wil dat ook door wordt wel zo van ik ga d'r wel naartoe dat wordt er naar me gekeken want we werken heel goed samen door wij worden daar echt ja ik word daar echt wel gezien serieus genomen. Wat er verdere rol dan is nou ook wel eens de de vinger op de zere wonden te leggen van als iemand als gevoel dat overigens heb de hele tijd over patiënten, familie en naasten spelen ook een hele grote rol

I233: Hmhm

P233: Soms zelfs bij iemand die nou nog niet in [traject] is of heel moeizaam gaat, is juist heel belangrijk om met de familie contact te leggen, dat hoeft niet alleen in een kanaal loopt niet alleen via het MDO

I234: Hmhm

P234: Want er komen ook gewoon de verpleegkundigen gewoon zonder dat een MDO is geweest opgebeld, de lijnen zijn kort

I235: Ja

P235: Maar dat is ook heel en dan ook wel eens als er bepaalde beeldvorming over de patiënt of de naaste familie is daar ook wel wat tegengas te geven

I236: Hm

P236: Ik wil ook wel eens mensen in bescherming nemen zo van ho ho ho nu nu gaan we wel heel snel

I237: Ja

P237: Dat stel je oordeel eens uit ja en dat ja het zijn soms ook hele complexe casussen hoor dus die dan voel ik me ook een beetje bewaker van ja klinkt misschien heel vaag ook van humaniteit ja

I238: Hm

P238: Want er gebeuren ook dingen waarvan je denkt oh is ook heel vaak van verpleegkundigen kijk ook jonge artsen waar zijn we hier mee bezig

I239: Ja

P239: Hm?

I240: Ja

P240: Ik denk dat dat ook wel een wezenlijke rol is, tuurlijk met [afdeling] zit je natuurlijk wel mensen die richting herstel gaan maar het gebeurt heel vaak dat mensen iedere keer terugkomen [afdeling] en uiteindelijk gaat het fout en dan komen ze eigenlijk dan ja dan is het ook belangrijk om mijn visie op een en ander ook te geven, wat die ook mag zijn

I241: Ja

P241: Ja.

I242: Heel divers dus

P242: Jaa zonder meer ja

I243: Ja

P243: Ja heel divers ja ik heb een hele geestelijk verzorger is een heel leuk beroep hoor

I244: Ja

P244: Je komt overal

I245: Ja

P245: Je mag overal iets over zeggen

I246: Ja

P246: Met indien verstanden toch ook ja altijd die grenzen van de eigen expertise ook een beetje in de gaten ik wil ook geen allesweter zijn

I247: Nee

P247: Dat ja andere beroepsgroepen denk ook wel eens binnen de geestelijke verzorging overal verstand van hebben en dat is niet altijd even verstandig, doe je namelijk mensen tekort mee, niet alleen collega's maar ook de mensen waarvoor je aangesteld bent

I248: Ja, dus dit is ook wel wat je

P248: Het is niet alleen oh dat moet dat hoort bij ons

I249: Hmhm

P249: Nee je moet ook eens delen met iemand anders dat is bijvoorbeeld dat triage overleg dat je niet met z'n vieren tegelijk op één dag bij dat bed staat terwijl iedereen dus oh ja laat iedereen maar komen, ja daarvoor is dat onder andere veel efficiënter werken maar veel fijner ook voor de patiënt. Oh nu heb ik de psycholoog dan de geestelijk verzorger oh nog de maatschappelijk werker. Het komt voor he, echt waar, toktoktoktok afvinken he

I250: Ohh ja

P250: Jaa dat is jaa dat is tuurlijk belachelijk daar doe je niemand een lol mee

I251: Nee dus

P251: Ziekenhuis zelf niet kost een heleboel geld

I252: Hmhm

P252: En nee he ja

I253: Ja

P253: Uren gewoon uren capaciteit die kunnen niet naar andere mensen toe

I254: Nee

P254: He terwijl het over een één probleempje gaat maar iedereen dan boeeemm ja dat en en MDO is natuurlijk de fase vooraf omdat te voor om beter af te stemmen

I255: Ja

P255: Ook in de loop van een ziekte of een opnameperiode want d'r kan van alles gebeuren wat dat dat je dat vermijdt eigenlijk

I256: Ja

P256: Dat lijkt me heel belangrijk. En dat geldt ook voor [afdeling] eigenlijk het MDO ja

I257: Ja. Dus dat zijn een aantal dingen die jij doet in een MDO ook zegmaar wat je rol is maar ook wat je doet heb je net natuurlijk ook al een deel beschreven, zijn er ook dingen nog naast die grenzen weten van je discipline en kunnen doorverwijzen naar anderen en kunnen afstemmen die je juist als geestelijk verzorger moet láten in een MDO?

P257: Ja vind ik een heel goede. Ik denk dat het ook is goed is even op de lip te bijten het zelf niet weten en een vraagteken te hebben en het zelf ook nog eens een keer te verifiëren ik denk dat dat heel belangrijk is niet direct op aan te haken bij juist daar de open blik voor te houden want misschien en dat is helemaal we kunnen nooit het totale plaatje hebben maar misschien ik net vanuit een bepaald perspectief dat net oppak wat misschien wel heel erg belangrijk is ook voor de anderen en daarom niet te snel want we leggen elkaar allemaal heel snel vast op woorden of de woorden die we willen horen he

I258: Hm

P258: Of de beelden willen zien he

I259: Ja

P259: Dus dat lijkt me al heel belangrijk dat is ook denk ik heel belangrijke taak van de geestelijk verzorger

I260: Voor jezelf ook bedoel je?

P260: Voor mezelf en ook een beetje het hermeneutische he dus de interpretatie van een en ander want ik gebruik wel het woord facetten perspectieven die je inneemt he ook vanuit je beroep

I261: Hmhm

P261: Ik heb ook mijn vooroordelen ben ik me altijd heel bewust van

I262: Ja

P262: En kan het voelen ik merk heel vaak te snel mijn oordeel [eigen naam] weer te snel geweest en ja maar het gebeurt me iedere keer

I263: Ja

P263: Logisch

I264: Ja

P264: Want anders wordt het heel als ik nooit een oordeel ga geven of een stand maar wel ook zelf kritisch reflecterend hé ik heb het hier ook deze keer bij het verkeerde eind gehad

I165: Ja

P265: De inschatting bijvoorbeeld hoe slecht of hoe goed het met iemand gaat

I266: Ja

P266: Soms ben ik veel te optimistisch misschien als ik mensen zo zie is veel ernstiger dan uiteindelijk maar goed dat is ook een beetje aftasten en nou dat ook mee te geven in het MDO ik kan niet te rooskleurig te laten worden maar ook niet zwartgallig laten we het daarop houden ja

I267: Ja.

P267: Ja

I268: Zonet zei je van dat veel mensen in het MDO van de [afdeling] jou wel weten te vinden en weten wat je doet dus jou het vak ook best ook goed begrijpen wat geestelijke verzorging is

P268: Ja ik denk dat wel ja dat dat heel duidelijk is ja

I269: Wat heeft denk je daaraan bijgedragen?

P269: Nou ik denk dat wij als team hier zoals wij functioneren door veel op de werkvloer te zijn en contact met de patiënten de families en dat zien mensen ja ze zien dat wij gewoon aanwezig aan bed zitten

I270: Ja

P270: Contacten maar ook met collega's ook met de schoonmaakdienst met facilitair ja gewoon gewoon open blik en ja het werk voor aanwezig zijn en dat dat en dat spreek ik voor het team gewoon dat dat ja dat wordt wel opgepikt want kijk er werken hier meer dan meer dan [getal] mensen ik ken niet iedereen en kijk heleboel mensen kantoor, financiën ja ik ken ze wel van zien of zo maar

I271: Ja

P271: Ja nou nieuwe opleiders hele jonge verpleegkundigen die stage komen lopen hier komen werken werk hier nou 15 jaar ja ik dacht dat ik toch wel beetje de namen kende maar d'r gaan mensen met pensioen dus je moet ook iedere keer weer wat dat betreft is ook je moet ja een beetje aan marketing doen eigenlijk he naamsbekendheid, vandaar ook naamsverandering nou ik ben daar niet direct heel enthousiast dat is ook iets die vraag gaat ook bij ons

I272: Hm

P272: Ik ben daar niet enthousiast over

I273: Hm

P273: Is ook een soort merknaam heb je

I274: Ja

P274: We zijn nu net een beetje af van de pastorale dienst. De pastor. Nee dienst geestelijke verzorging. En je had nog de oude garde van het oude ziekenhuis hadden het over aanpassen of de pastorale dienst.

I275: Hm

P275: Ja dat zit er zo ingesleten en dan moeten ze weer iets nieuws gaan doen jaa ik ben daar gewoon niet voor

I276: Nee

P276: Ja denk naamsbekendheid en gewoon er zijn dat dat meeste dat is de beste reclame

I277: Ja. Welke rol speelt jouw eigen spirituele oriëntatie in het aanbieden van geestelijke verzorging aan patiënten?

P277: Oh dat ik mij heel goed kan verplaatsen in de leefwereld en eventueel religieuze wereld van mensen of dat nou moslim is of niks he

I278: Ja

P278: Zo een keer bij een ritueel was en hele familie was er en kwam net iemand later aan en ik kwam moest dus even iets doen en was dus eigenlijk weer op de [afdeling] ik steek een hand uit en die man zegt, helemaal onder de tattoos, niks. Ik zeg oh [lacht] Snap je? Ik ben niks. Ik heb geen geloof [lacht]

I279: [lacht]

P279: Nee ik hoor dan even hoe je dan ja dat is een heel mooi voorbeeld he

I280: Ja

P280: Ja. Niks. Ja dan moet je me wel op dat moment en plein public moet ik me goed mee verhouden

I281: Ja

P281: Maar het was echt zó leuk he. Dat was ook heel chique wat hij deed eigenlijk ja

I282: Ja

P282: Maar mensen hoeven zich niet te verantwoorden want iedereen ja goed ook niks is een overtuiging he

I283: Ja

P283: Tja.

I284: Ja

P284: Dus maar het is ook niet zo mee met alle winden mee waaien

I285: Hmhm

P285: Ik bedoel zwijgen kan ook een oordeel zijn he zo van oh van ja sommige mensen die zat gisteren in gesprek met iemand die had het over [levensbeschouwelijke stroming] enzo ja ik heb er maar ik heb ook mensen in waarde laten als ze op dat moment daar iets aan hebben steun is dat hartstikke belangrijk

I286: Ja

P286: Zou ik daar zeker nou door van in elk geval niet tegen te spreken bevestigen

I287: Hm

P287: Wat ik d'r van zelf ook van vind, maar een uitgestelde mening

I288: Ja

P288: En ik hoef dat ook ik hoef niemand te bekeren en he bekeren

I289: Hmhm

P289: Dat betekent ook niet ja ik denk dat dat ook wel een beetje terughoudendheid moet zijn van de geestelijk verzorger ja

I290: Ja

P290: Mensen in hun waarde laten

I291: Ja

P291: Tenzij het natuurlijk met inachtneming de waarde van anderen niet worden aangetast dat is wel belangrijk d'r zijn ook grenzen he

I292: Ja

P292: Dat denk ik wel

I293: Ja.

P293: Ja.

I294: En in hoeverre speelt jouw eigen spirituele oriëntatie een rol in jouw deelname aan MDO's?

P294: Spirituéél jaa. Dat vind ik een beetje

I295: Nee

P295: Ik ben niet zo dol op het woord spiritueel in zo verre dat je dat natuurlijk, ik begrijp wat je d'r mee bedoelt ja ik denk dat spiritueel ik denk dat toch ook een noem het nou geen narcisme ofzo maar dat is ook iets voor mensen betekenen en echt betekenen en ja dat is de drijfkracht ook want ik krijg er ook hele goede zin van als ik mensen kan helpen

I296: Ja ja

P296: Ja echt als je resultaat ziet en als je daar een kleine bescheiden bijdrage kunt leveren ja dat als dat spiritueel is dan is dat wel een motivatie voor mij ja om deel te nemen aan en het ook heel serieus te nemen

I297: Ja ja

P297: Ja en ik denk dan ja dat kan een een geestrijk MDO opleveren dan

I298: Ja

P298: Ja waar resultaten geboekt worden daarom zijn we bij elkaar

I299: Ja

P299: Noem het spiritualiteit, is de spiritus van het moment van het MDO dan. Of anderen dat zo zullen zo ervaren weet ik niet

I300: Nee

P300: Ik heb zelf daar ook nooit een heilig gevoel bij gehad

I301: Nee

P301: Wel dat het over hele serieuze zaken gaat

I302: Hm

P302: Dat is misschien ook wel heel belangrijk dat hoeft niet altijd en nu met een heilig aura omgeven te zijn het gaat over hele serieuze zaken tussen leven of dood en keuzes die gemaakt moeten worden

I303: Ja

P303: Als ik daar al een bijdrage aan mag leveren en mij dat ter ore komt dat ja dat is ja wel iets heel bijzonders waar ik nu niet direct de woorden voor kan vinden

I304: Nee hm

P304: Maar het kan ook wel raken ja

I305: Hm

P305: Ja ook in relaties die je misschien al hebt die ik al misschien heb met patiënten en de betrokkenheid toegewijdheid ja dat soort dingen ja

I306: Ja

P306: Dat soort woorden en gevoelens.

I307: Dan nog een laatste vraag. Wil je nog iets delen over het onderwerp waar we het nog niet over hebben gehad maar wat je denkt dat wel belangrijk zou kunnen zijn?

P307: Nee ik denk dat ik alles heel goed heb kunnen verwoorden op jouw fantastische vragen. Nee

I308: Nee

P308: Nee ik zou niet nee zo dan val ik misschien in herhaling nee, laat ik ‘t niet doen

I309: Nee

P309: Ik denk dat alles ter sprake is gekomen en ik vond het heel erg bijzonder om het ja om het zelf zo met hulp van jou onder woorden te brengen, ik hoop natuurlijk dat jij er wat aan hebt

I310: Ja ja

P310: Ik vond het heel fijn om te doen in elk geval

I311: Ja bedankt in elk geval voor je deelname

P311: Ja

I312: Wil je voor je eigen interesse nog het uitgetypte interview ontvangen of? Hoeft niet maar het mag

P312: Als je transcript maakt

I313: Ja

P313: Vind ik wel heel leuk

I314: Ja?

P314: Om te zien of ik nog dingetjes echt nee flauwekul nee ja als dat

I315: Zeg maar, het maakt mij niet uit

P315: Het meest interessante zou natuurlijk de natuurlijk de uiteindelijke thesis he de

I316: Ja

P316: Ja ja ja. Dat zou ik tuurlijk nee je mag gerust het transcript sturen als je dat toch maakt moet maken dan maakt het me niks uit dan

I317: Ja is goed

P317: Staat misschien misschien staat wel toch iets in wat ik beetje kan aan schaven dat doe ik ja ik heb er ook wat aan

I318: Ja ja dan stuur ik het transcript en later de thesis, ik zal deze even

P318: Dank je wel Els

I319: Ja. Ik zal deze even stop zetten.

Bijlage 3: Transcriptie interview participant drie

I1: Ja. Nou dank je wel dat je wil deelnemen aan het onderzoek. Eerst twee wat meer algemene vragen. Hoe lang doe je dit werk al binnen dit UMC?

P1: vijf jaar

I2: vijf jaar oké. En dan een vraag over MDO. MDO's definieer ik hier als overleggen waarin zorgprofessionals van verschillende disciplines samenwerken voor de patiënt door informatie uit te wisselen – maar niet per se opvattingen te delen – en een bijdrage te leveren door de behoeften van de patiënt vanuit de eigen kaders van de discipline te bekijken. Hoe vaak neem je deel aan een MDO waar ook een geestelijk verzorger bij zit?

P2: Twee keer per week

I3: Twee keer per week elke week oké. En als ik een vraag stel over MDO zou ik je willen vragen om een MDO van de afgelopen drie maanden in je achterhoofd

P3: Hmhm

I4: Te houden dus een beetje recent

P4: [dagdeel] nog

I5: Oh nou kijk [lacht]

P5: Daar zat [naam geestelijk verzorger] bij [lacht]

I6: Ja. Nou dan een vraag over de discipline van de geestelijke verzorging. Wat is volgens jou geestelijke verzorging?

P6: Dat is iemand die de die die zegmaar verder gaat kijken in de vierde dimensie zoals wij dat noemen in de zingevingsdimensie en kijken ook om daar over in gesprek te gaan en om problemen die daar in zijn om die proberen ja op te lossen dat is meestal het niet goede woord

I7: Hmhm

P7: Maar gewoon daar handen en voeten aan te geven

I8: Ja. Dus de geestelijke verzorging richt zich dan vooral op die zingevingsdimensie

P8: Ja

I9: Ja. En waarom kies je voor deze beschrijving van geestelijke verzorging en niet voor andere beschrijvingen?

P9: Omdat dit is wat ik er onder versta

I10: Ja

P10: [lacht] ja

I11: Oké. Stel er schuift een nieuwe deelnemer aan in een MDO die niet weet wat geestelijke verzorging is, met welke termen zou jij dan juist wel of juist niet omschrijven wat geestelijke verzorging inhoudt?

P11: Ja ik wat ik we hebben het altijd over zingeving

I12: Hmhm

P12: En het kán ook te maken hebben met religie, geloven en dat soort zaken

I13: Hmhm

P13: Maar d'r zijn niet per se termen die ik niet gebruik of wel gebruik

I14: Hmhm

P14: Maar het is wel iets wat bij zingeving natuurlijk om de hoek komt kijken is dat de waarden en normen die iemand meekrijgt vanuit z'n geloof, een belangrijk deel is ook in z'n zingeving

I15: Ja

P15: Dus vandaar dat je dat áls mensen ook geloven je dat zeker mee moet nemen in je zingevingsdimensie

I16: Ja

P16: Dus zo zie ik het eigenlijk verbonden met elkaar maar daarin zijn niet echt termen die ik vermijd of die

I17: Hm

P17: Niet benoemd mogen worden

I18: Nee nee

P18: Sterker nog ze kunnen héél erg goed helpend zijn zeker als die geestelijk verzorger meer verstand heeft van het geloof wat bijvoorbeeld speelt

I19: Hmhm

P19: Dat kan enorm helpend zijn in de communicatie naar naar de patiënten en naasten toe

I20: Ja ja dus jij zou dan aan zo'n nieuw iemand uitleggen dat het zowel om die zingevingsdimensie gaat maar waarin dus geloof ook een belangrijke plek kan spelen

P20: Ja

I21: Ja

P21: Omdat alles ook met zingeving te maken heeft

I22: Ja ja. En waarom

P22: Soms wel soms niet bij de ene patiënt wel en bij de andere maar het dit kán er wel mee te maken hebben ja

I23: Ja ja. En waarom zou je dan denk je het zo dan uitleggen?

P23: Omdat ik geloof dat dit zo is

I24: Ja ja vanuit jouw

P24: Ja

I25: Ervaring. Welke bijdrage levert volgens jou geestelijke verzorging aan de iemands gezondheid? Volgens jouw eigen definitie wat gezondheid is

P25: Een hele grote

I26: Hmhm

P26: Want als die en het is een soort van we noemen het wel de vierde dimensie maar het is soort basis dimensie denk ik

I27: Hmhm

P27: En je ziet dat als mensen die zingeving niet meer zien dat het dan heel moeilijk is om door te gaan

I28: Hm

P28: Waarvoor dan en waarvoor lijd je dan of lijd je pijn of moet je nog [behandeling] of wat dan ook. En dat kan ook hele positieve als mensen heel veel zin hebben om nog dingen te doen en het nut van hun bestaan nog zien dat dat een hele positieve uitwerking heeft om of met [ziekte] ja ik ben ook [functie]

I29: Hmhm

P29: En ik zie dat veel mensen met heel veel chronische [ziekte] langdurige [ziekte] ja daar zie je vaak toch dat zingevingsdimensie grote rol speelt

I30: Ja

P30: Omdat ze eigenlijk geen zich niet zich niet meer nuttig voelen zich niet gewaardeerd worden niet meer buiten komen geen sociale contacten meer hebben

I31: Ja

P31: Dat ze daardoor hun zin van het leven

I32: Ja

P32: Niet meer zien

I33: Ja ja

P33: En dat het daardoor ook heel lastig wordt om eruit te komen

I34: Ja. En andersom zou dan de bijdrage van geestelijke verzorging zijn dat iemand dan juist wel zich nuttig voelt en

P34: Jaa als als de geestelijk verzorger die dan ga ík er vanuit uit kijk

I35: Hmhm

P35: Ik kan vragen naar iemands zingeving en ik kan een probleem signaleren

I36: Ja

P36: Maar écht de weg naar naar weer zin in het leven krijgen die kan ik minder bieden

I37: Ja

P37: Bij mij zeggen ze alleen maar van ja moet je m'n pijn verminderen

I38: Ja

P38: Maar ik zie heel vaak dat als die zin er niet meer is die zingeving ja dan is pijnvermindering eigenlijk, dat lukt ook bijna nooit

I39: Hm

P39: Dus het is echt heel erg verbonden met elkaar

I40: Ja ja dus dat is ook heel concreet dan

P40: Dat is heel concreet, [dag] hadden we nog een een [persoon] die was bij mij op [dag] op de poli geweest op [dag] op de poli had [hij/zij] héél veel pijn, [dag] belt [hij/zij] op bel ik [hem/haar] op, nóg veel meer pijn, wordt opgenomen en wordt een gesprek gevoerd met [hem/haar] over het [beleid] maar dat heeft [hij/zij] en [zijn/haar] naaste heeft dat verstaan als van ja ik heb nog maar paar dagen te leven

I41: Hm

P41: En toen die [meneer/mevrouw] heeft afscheid genomen van iedereen want [hij/zij] dacht van nou nu is het klaar, en die heeft gewoon [zijn/haar] kop laten hangen en hebben die pijn weggenomen maar [hij/zij] is gewoon die zin was weg zegmaar voor [hem/haar] om nog verder te leven

I42: Ja

P42: Je zag [hem/haar] met de dag achteruitgaan

I43: Ja

P43: Dus daarin zag je héél erg van ja als die zingeving weg is dan heeft het dan heeft het is het heel lastig om verder te leven

I44: Ja

P44: Ja. En dan hoop ik dat de geestelijke verzorger daar, maar in dit geval was dat [hij/zij] wilde dat niet

I45: Hmhm

P45: Dus had de geestelijk verzorger eigenlijk geen toegang

I46: Nee

P46: Bij [hem/haar] en misschien wel omdat [hij/zij] het gewoon ook had gezegd van joh weet je het is nu klaar voor mij is echt genoeg ook

I47: Ja ja maar je wilde zeggen dan hoop ik dat die geestelijk verzorger

P47: Nou ja dat die daar natuurlijk op verder kan gaan en tóch weer die draad op zou kunnen pakken met die patiënt

I48: Ja

P48: Om daar soort begeleiding in te geven van om omdat wel te weer te gaan zien

I49: Ja

P49: Maar ja als iemand dat niet toelaat dan en het is natuurlijk onze taak omdat proberen wel, maar ja als iemand weigert dan houdt het op

I50: Ja en als stel hypothetisch gezien geestelijk verzorger zou dat wel oppakken en iemand zou dan wel weer die zin van het leven zien, dan zou je dus wel weer met die [medicatie]

P50: Nee maar we hebben gewoon de dingen gedaan die we moesten doen he

I51: Ja

P51: Bij [hem/haar] [behandeling] gegeven [hij/zij] heeft minder pijn gekregen

I52: Ja

P52: Alleen wat je zag is dat [hij/zij] [hij/zij] het had opgegeven [hij/zij] liet letterlijk [zijn/haar] hoofd hangen zo

I53: Ja

P53: [hij/zij] heeft minder pijn want daar streefde [hij/zij] naar want [hij/zij] dacht dan heb ik betere kwaliteit van leven

I54: Ja

P54: Maar doordat dit was gebeurd daarvoor en [hij/zij] dacht écht van ja God nu is het klaar kon [hij/zij] het kon [hij/zij] ‘t leven niet meer oppakken

I55: Ja

P55: En daarin zie je dat de drive om te leven de zin om het leven die had [hij/zij] die was [hij/zij] verloren

I56: Ja

P56: En ook al had [hij/zij] minder pijn, ik hoop nu [hij/zij] ligt nu in [zorgorganisatie] is [dag] overgegaan

I57: Hm

P57: Ik hoop dat [hij/zij] misschien weer kan zien en dat iemand wél via die via die dimensie toch weer een een ingang krijgt

I58: Ja

P58: Maar ik denk dat dat bij [hem/haar] was dat een heel duidelijk voorbeeld van

I59: Ja

P59: De zin niet meer zien

I60: Ja

P60: Terwijl [hij/zij] wel alle [behandelingen] onderging die d’r mogelijk waren

I61: Ja is dat ook wat jij net bedoelde met die basis dimensie?

P61: Ja

I62: Ja

P62: Daarom is het basale behoefte zegmaar

I63: Ja

P63: Een basale reden om te leven

I64: Ja en wat betreft dan iemands gezondheid, is dat dus ook onlosmakelijk verbonden met andere

P64: Onlosmakelijk ja

I65: Ja

P65: Als je basaal niet gelooft in het leven dan ga je ook niet gezond gezonde dingen doen zegmaar

I66: Hm nee nee

P66: Dat moet je ergens voor doen

I67: Ja en dan een vraag over zorgprofessionals. Zorgprofessional heb ik hier gedefinieerd als iemand die vanuit diens opleiding en expertise betaald werk verricht met het oog op zorgverlening van een patiënt. Welke zorgprofessional of zorgprofessionals pakken volgens jou vraagstukken van de geestelijke verzorging op?

P67: Dat is betaald en onbetaald he

I68: Hmhm

P68: De zorgprofessionals

I69: Hmhm

P69: Maar ja in principe moeten alle zorgverleners dat doen

I70: Hmhm

P70: Om zo'n patiënt heen staan

I71: Is het

P71: En

I72: Ja

P72: Ik weet dat ik weet niet of je haar kent [naam] die heeft die heeft dit gedaan ook bij in de [organisatie] die is meegelopen met [zorgprofessionals] en heeft toen gekeken

naar alle signalen die een patiënt geeft als ze opgenomen liggen over zingeving. En dat was aan één stuk door dus aan één stuk door geeft een patiënt aan van goh daar wil ik het wel over hebben alleen de zorgverlener pikt dat in tachtig procent van de gevallen niet op

I73: Hmhm

P73: Dus ja het is omdat het zoiets basaals is iedereen die met zo'n patiënt te maken heeft, moet ook met de basale mensen gewoon aan de slag

I74: Ja ja

P74: Of moet dat oppikken of moet dat signaleren

I75: Ja. En zit daar dan nog verschil tussen, dus iedereen pakt dat op of signaleert dat of dat is dan zou dan volgens jou idealiter zijn omdat dus nou twintig procent dat misschien doet

P75: Nou dat blijkt dat het niet zo is maar

I76: Ja ja idealiter gezien

P76: Ja

I77: En hoe hoe zie je dat dan ten opzichte van geestelijk verzorgers en de andere professionals? Want iedereen signaleert het en wie wie doet

P77: Nou ja kijk en als d'r extra aandacht gegeven moet worden daaraan dan wordt heel vaak de geestelijk verzorger d'r bij geroepen

I78: Ja

P78: En en dat is zegmaar de de de dimensie zingeving plus wordt de geestelijk verzorger geroepen als er echt ja in de communicatie bijvoorbeeld door geloof d'r zulke tegenstellingen ontstaan dat d'r echt soort mediator moet komen

I79: Hmhm

P79: Waardoor de waardoor de dokter begrijpt waarom de familie zo reageert

I80: Ja ja

P80: En als je dat op een andere manier formuleert dan gaat dat gaat dat gesprek stukken beter

I81: Ja ja

P81: Daarin speelt de geestelijk verzorger ook een hele grote rol

I82: Ja

P82: Maar dat is dan weer een beetje afhankelijk van de achtergrond van die geestelijk verzorger

I83: Hm. En wat bedoel je daarmee?

P83: Nou is dat dat we zien dat als het islamitische geloof is dat dat soms best moeilijk voor ons te begrijpen is hoe hoe d'r gedacht wordt over leven en dood en over vooral het leven van een individu in een groep dat is een heel ander uitgangspunt dan hoe wij in het leven staan

I84: Ja

P84: Heel individueel

I85: Hm

P85: Dus dat de de de groep wel wat te zeggen heeft over het individu en dat begrijpen wij niet dat willen we ook niet begrijpen denk ik en dat is heel goed om daar iemand bij te hebben die dat wel begrijpt

I86: Ja

P86: En ook de overgang naar de naar de dood toe

I87: Ja

P87: Dus ook ja ik weet niet of je die film gezien heb van de [naam film]

I88: Nee

P88: Nou toen hebben we in [tijdsperiode] hebben we hebben we naasten gebeld en toen bleek iemand dat was een [persoon] hier en die lag heel ziek op de op de [afdeling] en bleek alleen maar familie in [land] te hebben, dat ging allemaal via tolk, maar op

gegeven moment degene die belt en dat hoor je heel duidelijk of dat zie je heel duidelijk in die documentaire dan zie je dat die belt en dat die voelt van ja bovendien kan je die tolk niet controleren

I89: Hm

P89: Maar je voelt dat het niet over komt en toen heeft die gevraagd of de imam d'r bij wilde zijn en toen zei die hele andere woorden

I90: Hm

P90: En toen was 't goed aan de andere kant dus maar ook bijvoorbeeld dat iemand ja die waarin de behandeling toch werd gestaakt dat is natuurlijk altijd een lastige

I91: Hmhm

P91: Dat de imam aan de telefoon en al biddend beneden in de gebedsruimte zat bijvoorbeeld de dat soort dingen is heel helpend voor voor de naaste

I92: Ja

P92: En dat kan een enórm verschil zijn voor voor de naaste om het te verwerken

I93: Ja

P93: En daarin ja doet die dat natuurlijk in de [afdeling] heel erg veel

I94: Ja

P94: Dus je hebt naast zingeving heb je dit issue van leven en dood en het geloof is ook een hele belangrijke

I95: Ja. En je zei net van als mensen hier liggen dat ze heel veel zingevingsignalen afgeven en dat van de honderd procent maar twintig procent van de mensen dat oppakt of dat signaleert en dat als er dus echt aandacht extra aandacht ergens voor nodig is of als het wat betreft geloof qua communicatie spaak loopt dat dan vaak een geestelijk verzorger wordt gevraagd om het verder op te pakken

P95: Ja

I96: En die die die twintig procent van de professionals die het wel ziet die signaleren het dus en doen zij daar dan verder nog iets mee denk je? Of hoe ziet dat er dan uit?

P96: Nou wij gaan het wij zijn nu een project of we gaan een project doen waarin we dat wél willen en dan met name bij de [patiënten] die waarschijnlijk minder dan een jaar te leven hebben en we gaan [zorgprofessionals] trainen op de afdeling die dan die vier dimensies gaan uitvragen

I97: Hm

P97: Dus die gaan evalueren en ook op die zingevingsdimensie

I98: Ja

P98: Om daar meer aandacht aan te besteden

I99: Ja ze niet alleen het signaleren maar ook iets meer doen dat

P99: Ja

I100: Ja ja

P100: Ja en ik weet dat de geestelijk verzorger die komt hier heel laagdrempelig op de afdeling dus als die langs komt dan kunnen ze ook zo hulp vragen

I101: Ja ja. In hoeverre vindt jij dat een geestelijk verzorger al dan niet patiëntinformatie moet delen in een MDO?

P101: In het MDO wordt per definitie patiëntinformatie gedeeld

I102: Ja

P102: Maar ja ik denk dat het aan de geestelijk verzorger is in hoeverre je individuele problematiek je mag delen ja dat heb dat is hetzelfde als voor elke andere professional natuurlijk

I103: Hmhm

P103: Soms krijg je dingen van patiënten toevertrouwd ja die niet geschikt zijn voor een MDO

I104: Nee

P104: Die moet je gewoon niet benoemen en dat hebben we in de [geneeskunde] misschien nog wel meer denk ik

I105: Ja

P105: Daar gebeuren echt, zijn heel veel trauma's liggen vaak aan [ziekte] patiënten of bij [ziekte] aan ten grondslag ja het daar moet je heel erg gewógen beoordelen gebruiken om zegmaar kijken ja wat je deelt en wat je niet deelt

I106: Ja

P106: Wat heeft een patiënt in vertrouwen gezegd en wat niet

I107: Ja

P107: Dus ja dat doet de geestelijk verzorger ook en dat doet ieder die daar zit

I108: Ja ja. En je zegt als er dan misschien dus zo'n trauma aan ten onder aan ten grondslag zou liggen dan zou dat dus een afweging zijn om het dan nou ja heel gewogen dus te wegen of je dat wel of niet deelt

P108: Nou ja ik denk dat dan dan dan kan je volstaan met van goh d'r liggen trauma's in de voorgeschiedenis

I109: Ja

P109: En niet zeggen wat

I110: Ja

P110: Maar als het wel belangrijk is dan moet je kijken van ja in hoeverre laat ik een heel klein tipje van de sluier open omdat dat dan de communicatie van of dan begrijpt de verpleegkundige misschien beter waarom die altijd z'n deken om zich heen doet of waarom die zich niet wil laten zien of

I111: Ja

P111: Weet je dat dat daar kunnen hele ja privé dingen aan ten grondslag liggen

I112: Ja

P112: En maar op het moment dat het dat het helemaal niet besproken wordt dan is het natuurlijk ook dan wordt het begrip naar elkaar niet niet meer

I113: Hm

P113: Ja meestal vraagt denk ik vraagt die dan ook van ja wat mag ik wel delen en wat mag ik

I114: Ja

P114: Niet delen

I115: Ja dus dat zou dus dat is eigenlijk gelijk met met andere zorgprofessionals

P115: Ja

I116: Ja. Ja dat is dan de enige factor denk je? Die daarin een rol speelt

P116: Ja ja wat denk ik wat wil de patiënt wel en wat wil de patiënt niet

I117: Ja

P117: Patiënt heeft hier het eindoordeel

I1118: Ja ja. In hoeverre begrijp jij denk je de expertise van een geestelijk verzorger in een MDO?

P118: Hoe

I119: In hoeverre

P119: Ja

I120: Begrijp je de expertise van een geestelijk verzorger in een MDO?

P120: Hoe begrijp je

I121: Ja

P121: De expertise

I122: In hoeverre begrijp jij wat de expertise is van een geestelijk verzorger denk je

P122: Ik denk best wel redelijk ja

I123: Ja

P123: [lacht]

I124: Ja en hoe zorg jij ervoor dat jij die expertise bent gaan begrijpen?

P124: Door ze vaak aan het woord te laten

I125: Hm

P125: En ik ben heel vaak voorzitter dus dan geef ik ze heel vaak het woord

I126: Ja ja

P126: En dat was in het begin ik weet nog wel in het begin vijf jaar geleden of zo dat het dat dát wel een issue was van ja dat ze iets minder neiging hebben om kijk je hebt natuurlijk [artsen] d'r tussen zitten dat zijn nogal hittepetitterige figuren

I127: Hmhm

P127: En die bluuuuh die hebben wel een mondje klaar

I128: Ja

P128: Maar geestelijk verzorgers zijn toch vaak wat ook ja wat op de achtergrond maar door ze gewoon het woord te geven goh hoe denk jij d'r over en zou jij als geestelijk verzorger nog wat kunnen betekenen

I129: Ja

P129: Voor deze patiënt of zijn jullie betrokken bij deze patiënt

I130: Ja

P130: En dat je ziet nu dat ze wel zelf meer zeggen

I131: Ja

P131: Ja

I132: Dus dat is wel veranderd

P132: Zeker

I133: Ja

P133: Ja

I134: En op die manier doordat jij hen dus het woord gaf ben jij ook gaan begrijpen wat ze doen?

P134: Ja

I135: Of wat ja

P135: Ja ja

I136: Ja heb net ook al beetje gevraagd maar in dat begrijpen van wat die geestelijk verzorgers dan doen zijn er dan heb jij bepaalde woorden ervaren die daarin juist heel bevorderend zijn of juist heel belemmerend? Of niet

P136: Nee, ja trouwens in die [documentaire] komen ook geestelijk verzorgers in voor

I137: Oh

P137: Zijn ze ook hebben namelijk [aantal] verschillende

I138: Ja

P138: Dus daar zit [naam geestelijk verzorger] zit daar in en dan zie je ook wat die doet

I139: Oh ja

P139: Bij een patiënt

I140: Ja

P140: Een [persoon] die het niet meer zag zitten en dan zie je wat die doet

I141: Ja gewoon het zien

P141: Dus ja

I142: Dan nog een aantal vragen over de specifiek de rol. Wat is volgens jou de rol van een geestelijk verzorger in een MDO?

P142: Is die vierde dimensie verder uitdiepen

I143: Ja ja

P143: En ook signaleren van als wij met z'n allen hittepetitterig door elkaar heen zo van joh wat is er, wat denkt de patiënt over de zin van z'n leven of zo, om even weer terug naar de basis omdat ik vind dat het echt een basis is

I144: Ja

P144: Daarom vind ik het ook wel heel jammer dat er overal nu biopsychosociaal model wordt gezegd

I145: Hmhm

P145: Terwijl je helemaal voorbijgaat aan deze dimensie

I146: Ja

P146: Omdat dit de basis is zou dit gewoon en ja we hebben toch allemaal eigen bahbahbah technische termen en dit stuk soms vergeten

I147: Ja. Ja dus aan de ene kant dus die vierde dimensie vertegenwoordigen en aan de andere kant dus ook weer terug te gaan naar de patiënt

P147: Ja

I148: En naar de basale

P148: Het basale

I149: En je zegt ook van dat biopsychosociale zou wat jou betreft is dat niet meer passend of

P149: Nee vind ik niet passend

I150: Nee

P150: Als je alleen maar biopsychosociaal doet dat is niet passend dan heb je niet die mens

I151: Nee

P151: En natuurlijk moet je ook die hele dimensie misschien is er nog wel vijfde dimensie een zesde weet ik veel dat zou best kunnen, maar ik vind als je biopsychosociaal ga je echt voorbij aan de basis van een mens

I152: Ja. Ja. Dat zijn dan ook een aantal dingen die dan een geestelijk verzorger zou moeten doen in een MDO, zijn er dan ook dingen waarvan je zegt ja dat zijn wel dingen die een geestelijk verzorger zou moeten laten in zo'n overleg?

P152: Nee wat zou die moeten laten ik zou het niet weten

I153: Nee hm

P153: Nee nou kijk

I154: Ja?

P154: Dat is natuurlijk best wel je komt natuurlijk best wel dicht bij mensen en wat die zou moeten laten is natuurlijk hele privé dingen gaan bespreken dat moet die laten dat is natuurlijk niet goed maar ja ik neem dat je dat dat iedereen dat wel weet

I155: Ja

P155: En ik denk dat als hier als ik té dicht, het blijft een soort bemiddelende rol denk ik wat wat wat heel goed werkt denk ik

I156: Hmhm

P156: Maar op moment dat je het helemáál aan één kant gaat staan dan gaat het niet meer werken namelijk want dan word je onderdeel van de naaste eigenlijk

I157: Ja dus je bedoelt een bemiddelende rol tussen wat?

P157: Nou ja dat je kijk op moment dat je dat het niet de één-op-één relatie is met de patiënt maar dat dat die zegmaar in een MDO zit dan heb je een soort bemiddelende rol tussen de hulpverleners zorgverleners en de patiënten en de naasten toe

I158: Hmhm

P158: Op het moment dat je in de naasten functie gaat zitten, heb ik wel eens meegemaakt, dat moet je niet doen want dán kom je te ver af van die van die zorgverleners

I159: Hmhm

P159: In de [zorgorganisatie] heb ik daar daar was iemand en die dat was geen geestelijk verzorger maar die deed wel alsof die dat was

I160: Hmhm

P160: En die ging véél te véél op de stoel van van of de naaste of van die patiënt zelf of die patiënt op schoot weet ik veel wat

I161: Hmhm hmhm

P161: En ja dan verlies je de rest

I162: Ja

P162: En en daar zit een spannings spanningsveld omdat je natuurlijk die patiënt z'n noden en en behoeftes probeert soort van verdedigen maar op moment dat dat al verdedigen dan is het al niet meer goed eigenlijk dus het is

I163: Hmhm

P163: Het is echt kijk het gaat erom dat je nader tót elkaar komt en niet dat je verder uit elkaar komt

I164: Nee

P164: En dat kan gebeuren als je een soort van naaste van die patiënt wordt

I165: Ja ja dus daar

P165: En daarin moet je professionaliteit denk ik bewaren en ook weten van goh oké ik werk in een organisatie krijg betaald als geestelijk verzorger om hier zegmaar die dimensie en die mens zo goed mogelijk behandeling te laten geven door deze zorgprofessionals

I166: Ja dus dat je dat de geestelijk verzorger daarin ook balans weet te houden

P166: Ja

I167: Tussen die twee polen zegmaar

P167: Ja en ik vond dat diegene niet professioneel genoeg was

I168: Hm

P168: Geen distantie meer tussen wat [hij/zij] was en de patiënt of de naaste

I169: Ja ja dat is dan iets wat je zou moeten vermijden

P169: Ja

I170: Ja. Welke rol speelt volgens jou de eigen spirituele oriëntatie van een geestelijk verzorger in het aanbieden van geestelijke verzorging aan patiënten?

P170: Ja ik denk dat dat wel een grote rol speelt

I171: Hmhm

P171: En dat ik denk dat de mindere rol hóéft te spelen in de één-op-één relatie met patiënten en naasten dat zou ík zeggen

I172: Hmhm

P172: Dat hoop ik in ieder geval, waar het een hele grote rol speelt is in de bemiddelende rol als je tussen zorgverleners en patiënten naasten als communicatie niet goed gaat op basis van bijvoorbeeld geloof ofzo

I173: Ja ja

P173: Daarin speelt de achtergrond van de van de geestelijk verzorger een hele grote rol

I174: Ja dus daarin zou het dan juist een op de voorgrond zijn en in het in het één-op-één contact achter

P174: Ik denk dat niet belangrijk is

I175: Ja en in het MDO?

P175: En in het MDO wat ik altijd terug hoor is dat dat niet zo hele grote rol speelt

I176: Nee

P176: Omdat ik denk dat kijk we hebben een aantal geestelijk verzorgers die bij ons aansluiten en die weten altijd van elkaar en van de hoed en de rand

I177: Ja

P177: En die schakelen elkaar ook in op moment dat ze zeggen van goh beter dat die dat die dat doet

I178: Ja ja. Ja dus in een MDO speelt dat eigenlijk geen rol behalve dan dat ze onderling afstemmen

P178: Ja ik denk wel dat het dat het afhankelijk is uit wat voor soort afdeling ze komen

I179: Hm

P179: Omdat kijk hier is het zo dat we echt een hele mooie verdeling hebben denk ik aan geestelijk verzorging

I180: Hmhm

P180: Dus die hebben ook heel goed contact met elkaar, op het moment dat je bijvoorbeeld alleen maar witte mannen als geestelijk verzorger hebt dat het dan denk ik dat die sfeer anders is

I181: Ja

P181: En dat dan ook de rol van die geestelijk verzorger ook anders is in zo'n MDO

I182: Ja

P182: Het is wel bepalend ook in wat voor soort afdeling functioneer je nou

I183: Ja

P183: En hier gaat dat goed omdat het heel open ja en en en het in MDO niet uitmaakt wie daar zit

I184: Nee

P184: Of dat nou de islamitische of de of een geestelijk verzorger met een andere achtergrond

I185: Ja ja. Maar dat kan dus per afdeling verschillen

P185: Dat denk ik wel ja

I186: Ja ja

P186: Als je op [plaats] zit daar zit alleen maar [plaats] geestelijk verzorgers dan maakt het wel degelijk uit denk ik

I187: Ja ja oké. Nou dan zijn we alweer aan het eind gekomen. Wil je nog iets delen over het onderwerp waarvan je wel denkt dat het belangrijk is maar wat nog wat niet aan de orde is geweest?

P187: Nou eigenlijk [lacht] sluit aan op dat biopsychosociale model

I188: Hmhm

P188: Ik probeer overal zeg maar ook in presentaties dat biopsychosociale model dan uit te breiden met die vierde dimensie

I189: Hmhm

P189: Ja ik vind dat we dat voor alle vakgebieden moeten vragen

I190: Wie bedoel je met we?

P190: Wij als dokters

I191: Ja

P191: Omdat bijvoorbeeld bij [ziekte] ja ik heb dan een collega [functie] die heeft dan de leidraad en die noemt dan alleen maar biopsychosociaal biopsycho ja en dan probeer ik honderd keer, ik ben nu voorzitter van [organisatie] die over [aantal] [verenigingen] met [ziekte] te maken hebben gaat maar het het we moeten dat véél meer neerleggen zo van véél meer op de voorgrond laten dat we dat we óók naar dat stuk zingeving naar kijken

I192: Ja

P192: En als je met bijvoorbeeld met [ziekte] met [afdeling] praten dan is dat een héél duidelijk focus van die [zelfde soortafdeling] en niet alle [zelfde soort afdelingen] he sommige [zelfde soort afdelingen] denken in hun biopsychosociale model

I193: Hmhm

P193: Maar d’r zijn ook [zelfde soort afdelingen] die zien van he als ik zingeving toevoeg dan wordt het ineens iets ánders

I194: Ja

P194: Dan gaat het ánders met die patiënt

I195: Ja

P195: En ja ik geloof daar gewoon veel meer in

I196: Ja

P196: Dan in het trucje om ja het is bijna een trucje geworden dat biopsychosociale model

I197: Hm

P197: En het uit elkaar halen en ja je mist gewoon je mist toch een soort essentieel onderdeel van die mens

I198: Ja. Ja dus je zegt bij dat biopsychosociaal is het een beetje uit elkaar gehaald getrokken en dan mis je dit

P198: Nou ja d'r zit d'r zit één geen vierde dimensie aan en door het heel plastisch biopsychosociaal te noemen ja doen we iets heel kunstmatigs

I199: Hm

P199: Misschien door die vierde dimensie toe te voegen wordt het weer een heel mens in één keer

I200: Ja ja

P200: Ja en ja is ook wel waar ik een beetje mee zit te worstelen is dat kijk psychologische factoren worden heel erg ook gehakt in stukjes dus is het stemming, gaat het over depressie of angst of wat dan ook maar d'r wordt eigenlijk heel weinig gekeken naar emotie naar wat voor emotie zit d'r nou onder of wat voor, soms kijken ze naar trauma maar dat wordt ook heel vaak niet gedaan he psychologen die zeggen van oké wat is je doel en hoe kun je dat bereiken

I201: Ja

P201: En dan ga je voorbíj aan wat er daarvoor is gebeurd en hoe het zo ver heeft kunnen komen

I202: Ja

P202: En het stomme is dus dat patiënten zélf op dit moment hebben een eigen stichting gemaakt waarin ze zeggen van waarom heeft d'r nooit een dokter zegmaar connectie gemaakt tussen emotie en mijn pijn

I203: Ja

P203: En die emotie die heeft natuurlijk ook met zingeving te maken. Want d'r is iets verschrikkelijks gebeurd en daarna is misschien wel de zin van het leven toch heeft een enorme knauw gekregen en daardoor gaat het ook de hele tijd mis

I204: Ja

P204: Dus op het moment dat ze bijvoorbeeld na een jaar van die [ziekte] af zijn dan worden ze [ziekte], je ziet patiënten héél vaak terug in een ander chronisch [ziekte]

I205: Ja

P205: Dus ik ik denk die die en patiënten zélf beginnen dat dus nu te roepen

I206: Hm

P206: Terwijl dokters alleen maar zeggen van ja he weet je

I207: Ja

P207: En nu is het dan biopsychosociaal model jaa

I208: Ja dekt voor jou niet de lading

P208: Ik denk dat geestelijke verzorging moet gewoon pfeww [hand omhoog] moet daarin meelopen

I209: Ja ja. Dus jij zegt ook van al die losse stukjes of ook bij psychologie dan dat ze het nu allemaal in stukjes hebben verdeeld dat zou je eigenlijk aan elkaar moeten linken en verbinden en zo zou dus als ik het goed begrijp zingeving dus die vierde dimensie daar dan ook

P209: Ja

I210: Deel van zijn

P210: Die zou als een soort basis

I211: Ja

P211: Er onder moeten liggen

I212: Maar ik begrijp ook dat nou jij daar dan heel erg voorstander van bent maar dat er dus ook mensen in jouw omgeving zijn die nog wel of nou die daar niet zo in meegaan maar wel nog heel erg

P212: De meesten

I213: Ja de meesten ja

P213: Heel veel. Ja en dat is natuurlijk waarom wordt het steeds belangrijker die geestelijk verzorging omdat we ja héél erg ook uit elkaar hebben getrokken we hebben is natuurlijk vroeger was het zo dan ging je dan hoefde je niet eens gelovig te zijn maar dan ging je wel op zondag naar de kerk en dat heeft niet zo veel met zingeving te maken maar ’t heeft wél te maken met dat je teruggaat naar jezelf en ook al zit je je een uur te vervelen maar je gaat wel even terug naar jezelf, het maakt helemaal niet uit wat je op dat moment doet of je afsluit of wat dan ook maar de rust en de het terugkeren naar jezelf dat is iets wat we natuurlijk verleerd zijn

I214: Hm

P214: En wat wat steeds slechter gaat mensen alleen maar overprikkeld en en daardoor komen ook heel veel ja nare narigheden zegmaar

I215: Ja

P215: Heel veel chronische [ziektes]

I216: Ja

P216: Dus ik denk dat zingeving ja dat daar ook dat het steeds belangrijker wordt omdat de maatschappij steeds minder van die die dimensie bevat

I217: Ja

P217: Zijn alleen maar bezig met appen en leuke dingen op Facebook plaatsen en ja

I218: Ja

P218: Zonder en je ziet ook enorm veel mensen ook weer ik ik heb [aantal] [kinderen] die die die heel erg in de [activiteit] en die gaat [dagdeel] appte [hij/zij] me dat [hij/zij] naar [activiteit] he wat is dat nou het was geen [activiteit] wat was dat nou, internet, ik zou even zeggen [zoekt op telefoon] wel grappig ik had er nog niet van gehoord hoe heette het, een [activiteit]

I219: Oh

P219: Nou ja dus een [activiteit] en dan lig in een [plek] echt helemaal en dan gaat er een vrouwtje geluiden maken en zingen is echt [plaats]

I220: Ja

P220: Maar de béhoefte daaraan

I221: Ja

P221: Wordt steeds groter omdat tóch die rust ofzo die we die vroeger in een soort ritme wel aangeboden kreeg, ook al maakte je misschien geen gebruik van, maar die is wel belangrijk voor mensen

I222: Ja ja. En je zei net van ja zingeving dat komt steeds meer op en vroeger was dat anders dan ging je naar de kerk en dan zit je daar gewoon en dan deed je misschien iets mee en misschien niet, was dat dan ook meer denk je onderdeel van die andere delen? Of was dat dan hoe zie jij dat?

P222: Ja ik denk dat het wel meer onderdeel was ja

I223: Hm

P223: Natuurlijk niet bij de dokter ofzo maar wel binnen het leven

I224: Ja

P224: Maar ja door door d’r gingen natuurlijk ook heel veel dingen mis in die in de geloven in de kerken en ja ik weet niet of het nou slechter of beter was

I225: Hm

P225: Maar in ieder geval de het de basale kenmerk van ja de zin van het leven moet gewoon meer een rol krijgen in alles in het leven en maar zeker in gezondheid

I226: Ja ja. Wil je het uitgetypte interview nog voor eigen interesse ontvangen? Hoeft niet maar het mag

P226: Nee

I227: Nee

P227: Hoeft niet. Maar het verslag wel van de

I228: De het eind de scriptie

P228: Ja je scriptie

I229: Nou bedankt

P229: Ja nou graag gedaan.

I230: Ik zal deze even

P230: Ik hoop dat je er wat aan hebt gehad

I231: Ja zeker denk het wel. Ik zal deze stopzetten

Bijlage 4: Transcriptie interview participant vier

I1: Oke nou welkom. Eerst twee ja wat meer algemene vragen.

P1: Hmhm

I2: Hoe lang doe je dit werk al binnen dit UMC?

P2: Ik als ik het goed heb ben ik in 2019, doet die het, ja? 2019 hier begonnen 2019 2020 2021 die drie jaar had ik hier een deed ik hier de geestelijke verzorging in opleidingsroute dat was een traject van twee jaar en dat werd toen vanwege corona werd dat een jaar verlengd. En aan het einde van mijn derde jaar toen ik bijna dus weg moest hier kwam er hier een plek vrij en daar heb ik op gesolliciteerd en ben ik aangenomen dus dat was in 2023 en nu is 2024, dit is mijn 5e jaar

I3: Ja

P3: Ja, totaal

I4: Ja. En dan twee jaar daarvan als

P4: Twee jaar daarvan ben ik als vast teamlid en daarvoor had ik een opleidingsplek

I5: Ja, ja oké. En hoe vaak neem je deel aan een MDO?

P5: Ja dat is een beetje zeg maar wat op op [dag] heb ik een MDO van [naam team] dat is echt een MDO, heel multidisciplinair, maar het is ook tegelijkertijd weer heel specifiek want het is niet verbonden aan een afdeling maar aan een team. Elk UMC heeft een [naam team] en dit dat van ons dus ook. Dus het is zeker een MDO maar wel een specifieke.

I6: Hm

P6: Op [dag] en op [dag], beide dagen heb ik ook een een psychosociaal overleg met collega's van maatschappelijk werk, psychologie en medisch-pedagogische zorg en daar sluit vaak ook iemand van educatieve voorzieningen aan en iemand van de verpleging meestal, bijna altijd. Dat zijn niet formele MDO's

I7: Hmhm

P7: Maar dat zijn wel soort uitgeklede MDO'tjes ja met een klein team maar daar ontbreekt de arts en daar zitten ook niet alle andere disciplines bij

I8: Hm

P8: Dus dat telt valt dan denk ik niet in de scope van jouw onderzoek he. En dan op [dag] heb ik nog een MDO wat dan wel weer telt echt als MDO

I9: Hmhm

P9: Dat is dan weer heel specifiek voor één bepaalde categorie patiënt ook in [afdeling]. Dus op [dag] heb ik een echte, een échte, en op [dag].

I10: Ja

P10: Dus twee keer per week

I11: Elke week?

P11: Elke week.

I12: Oké. Ja daarover gesproken ik zal even kort even

P12: Ja

I13: Uitleggen wat ik er onder versta onder MDO. Multidisciplinaire overleggen zijn overleggen waarin zorgprofessionals van verschillende disciplines samenwerken voor de patiënt door informatie uit te wisselen – maar niet per se opvattingen delen – en een bijdrage leveren door de behoeften van de patiënt vanuit de eigen kaders van de discipline te bekijken

P13: Hm nou ja dat is een vrije ruime omschrijving waardoor die die zegmaar die kleine MDO's die zouden daar bijna ook wel onder vallen want we zijn met verschillende disciplines aanwezig, wel minimaal nou op [dag] zijn het er 1 2 3 en verpleegkundige erbij is 4

I14: 4 verschillende disciplines

P14: Ja.

I15: Ja.

P15: Maar dat is ja dan dat is zegmaar zo kort en vluchtig dát zou ik niet mee tellen

I16: Hmhm

P16: Dat is meer even van wie liggen er en even kort afstemmen

I17: Hmhm

P17: Maar die op [dag] dan bespréken we echt wel patiënten en dan zitten er wel 6 disciplines aan tafel

I18: Ja

P18: Dus dat heet formeel geen MDO, maar ja ik denk binnen jouw beschrijving is het dat wel

I19: Ja

P19: Ja.

I20: En die op [dag] is ook elke week?

P20: Ja.

I21: Oké. En die op dus ja die op [dag] is elke week en die op [dag] is ook elke week en hoeveel disciplines?

P21: En op [dag] ook. Op [dag] zitten er dus wel dan zitten er wel wel 12 disciplines bij elkaar

I22: Hmhm

P22: Echt heel uitgebreid [naam team] en op [dag] zitten denk ik nou logopedist, ergo, fysio, educatieve voorzieningen, er zit ook maatschappelijk werk bij en ikzelf en een arts en een nog verpleegkundige en een revalidatie persoon, ook wel een stuk of 9

I23: Ja, ja. En die ja dus bij alle drie zitten er dus wel veel verschillende disciplines bij?

P23: Ja ja

I24: Oké. Even kijken. Ja. Dan een aantal vragen over de discipline van de geestelijke verzorging zelf.

P24: Hmhm

I25: Wat is volgens jou geestelijke verzorging?

[15 seconden stil]

P25: Jaa. Nou ja ik denk dat het vooral gaat over het het aandacht hebben voor het deel van de mens wat gaat over wat voor die persoon van wezenlijk belang is en dat is gekoppeld aan hoe staat iemand nou in het leven, gaat ook over levensgeschiedenis, welk pad je hebt afgelegd tot nu toe en waar je dan nu gekomen bent en hoe dat dan van invloed is allemaal op de huidige situatie maar en en op de toekomstbeeld maar het gaat ook over waar geloof je in en dat hoeft niet religieus te zijn maar ook breder waar geloof je nou in, wie ben je nou ten diepste. Ik kan er niet onder één noemer samenvatten

I26: Hm

P26: Maar dat hoort er allemaal bij en daar heb je specifiek met die antenne op zit je bij iemand en dan probeer je daar ruimte voor te scheppen dat dat aan de orde kan komen

I27: Ja. En met breder bedoel je van wat iemand ten diepste

P27: Bezighoudt, motiveert, gaande houdt of laat stoppen of

I28: Hm

P28: Ja, ja. En ik denk dat binnen de context van dit academische ziekenhuis dat het van belang is waar wij hier zeggen van iedereen moet daar eigenlijk aandacht voor hebben voor dat onderdeel van mens zijn, elke zorgverlener moet dat eigenlijk hebben, maar wanneer d'r extra zorg rondom nodig is omdat de situatie héél moeilijk voor mensen of ze helemaal vastlopen of dat je op voorhand wel kan bedenken dat het een ja een buitengewone situatie is of dat mensen met met de dood toch wel heel dichtbij staan of of dat mensen zelf aangeven van ik loop hierin vast of daar je hoort vragen dat geestelijke verzorger dan moet komen. Maar de gewone aandacht voor het levensverhaal of van hoe he hoe gaat het met je, dat ligt denk ik buiten ons

I29: Hm

P29: Bij de rest.

I30: Hm

P30: Ja.

I31: Interessant. Komt zo nog meer op

P31: Ja

I32: Waarom kies je voor deze beschrijving van geestelijke verzorging en niet voor een andere?

P32: Nou omdat ik ik kies voor deze beschrijving omdat ik door de jaren heen ben gaan denken dat het híer vooral om gaat. En ik probeer het zo te beschrijven dat het een beetje open is

I33: Hmhm

P33: Ja en niet te veel vastomlijnde begrippen gebruiken die héél veel worden gebruikt in geestelijk verzorger land maar die eigenlijk dat ik eigenlijk zelf soms denk waar hébben we het nou eigenlijk over? Als we het hebben over zingeving, alleen dat woord al. Ik word er zelf soms wel een beetje moe van dan denk ik ja, ja, waar gaat het nou eigenlijk uiteíndelijk om

I34: Hm

P34: En dan denk ik dan gaat het meer om concrete dingen van, wat is nou belangrijk voor je waar geloof je nou eigenlijk in, wat wil je nu eigenlijk, wie ben je nou eigenlijk. Dát.

I35: Ja

P35: Ja. En dat kunnen we dan zingeving noemen misschien, of spiritualiteit. Ja. En én soms gaat het geestelijk verzorgerschap ook gewoon over het expliciet bijstaan van mensen rondom geloofsvragen of rituelen, geloofsrituelen

I36: Hmhm

P36: Religieuze rituelen. Of dat zouden we graag willen meer andersoortige rituelen maar dat komt nog niet zo van de grond hier. Dus dat hoort ook bij de taken, dat is wat concreter misschien

I37: Ja

P37: Maar geestelijk verzorger als je zegt van wat wat is wat is nou geestelijke verzorging dat is dus heel erg die taak naar patiënten en ook naar hun familie soms maar denk binnen dit huis dit ziekenhuis en en ook als je het hebt over MDO's is de taak van de geestelijk verzorger ook om dat veld als het ware inderdaad te verpersoonlijken dus dat je steeds alert bent in dat soort overleggen om die dimensie aan de orde te stellen.

I38: Hm

P38: Ja.

I39: Stel er schuift een nieuwe deelnemer aan in een MDO die niet weet wat geestelijke verzorging inhoudt. En als ik het als ik het hierin hebt over MDO's dan bedoel ik de MDO's van de afgelopen drie maanden

P39: Hmhm hmhm

I40: Stel er schuift een nieuw iemand aan

P40: Ja

I41: Die niet weet wat het is, wat geestelijke verzorging is, welke termen zou jij dan juist wel of juist niet gebruiken om uit te leggen wat geestelijke verzorging is?

P41: Ik denk dat zoiets zou zeggen als, nou dat heb ik namelijk heel recent nog gedaan maar elke keer komt het een beetje er anders eruit, maar iets van ik ben er om mensen om met mensen te praten over wat hen ten diepste beweegt of bezighoudt, waar ze in geloven wat ze echt belangrijk vinden. Dat noemen we ook wel de existentiële vragen die gaan over je de bestaansvragen waarom ben je nou hier, confrontatie met met de dood, dat type vragen

I42: Hm

P42: Daar ben ik met mensen over aan het nadenken, of daar probeer ik ruimte voor te maken. Ik denk dat ik zo'n soort toelichting zou geven

I43: Hm

P43: En dat misschien misschien dat ik er ook wel bij zou zeggen van dat kan gaan over geloof en over in religieuze zin maar dat is ook ook heel vaak niet zo maar soms ook echt wel

I44: Hm

P44: Dus eerder zeiden we vaak van nou he dat hoeft niet te gaan over geloof, om maar vooral dat beeld tegen te spreken dat geestelijk verzorger alleen voor geloofsvragen komt, maar tegenwoordig denk ik nee het is ook belangrijk om het wel te noemen want het gaat daar soms ook echt wel over en het is ook een soort stukje wat ons ook uniciteit geeft dus we moeten dat ook niet helemaal aan de kant schuiven, het is ook niet, doe je ook geen recht aan de samenleving want samenleving is zo veranderd en ontkerkelijkt en in die zin zijn mensen minder religieus gelovend maar ze zijn er natuurlijk nog steeds heel veel

I45: Hm

P45: Dus ja.

I46: Je hebt het net al een beetje uitgelegd maar waarom kies je ervoor om juist deze termen wel en andere niet te gebruiken?

P46: Een woord ik over het algemeen probeer te vermijden is geestelijk verzorger omdat ik zonder uitzondering denk ik van mensen terugkrijg dat ze dat een te ingewikkelde term vinden en dat snap ik ook heel goed en dat is heel lastig vind ik want, want het beroep heet wel zo dus je kan er ook niet helemaal omheen. Dus als ik mij voorstel toch als geestelijk verzorger want ik moet op de een of andere manier ook als ik ben bij mensen op bezoek ga, ik moet me ergens legitimeren en als ik mij in een voorstelrondje bij een MDO zeg he, vaak schuift er een nieuw iemand aan en dan zeggen ze van ken je iedereen nee oh dan doe we even een rondje en nou dan zeggen ze ik ben die van psychologie ik ben die logopedie, zeg ik ben geestelijk verzorger en als mensen niet binnen een MDO aangeven van ik weet niet wat het is dan laat ik het daarbij en zeg ik alleen ik ben geestelijk verzorger en nou dan is dat dan maar wat het is dat ze niet weten wat het is maar als ernaar wordt gevraagd wordt of er is meer ruimte of ik ga naar patiënt toe dan licht ik dat altijd toe. Dus met die woorden van wat ik net zei dan geef ik een soort toelichting

I47: Ja. En zijn er daarin bepaalde woorden die je dan, of je hebt er net al een aantal genoemd zoals existentieel, die je wel gebruikt, maar zijn er ook andere die je daarin juist ook vermijd?

P47: Vermijd zei je?

I48: Ja die je juist niet gebruikt

P48: Ja nou naar patiënten zou ik het woord existentieel vermijden

I49: Hmhm. En naar deelnemers naar een MDO?

P49: En naar deelnemers van een MDO? Jaaa. Ik zou niet zo snel dat ja dat ja kijk tegenwoordig heb je ik vind binnen context van de zorg dat het op zich wel gebruikt kán worden, maar dan moet je het even uitleggen want anders weten mensen niet wat het is. Het woord spiritualiteit zou ik niet zo snel gebruiken, tegelijkertijd heet [naam afdeling], dus in die zin gebruik ik het ook wel weer

I50: Hmhm

P50: Want anderen zeggen dan oh hoe heten jullie ook alweer oh ja [naam afdeling] en ja. Nou, dus dan zeg ik het wel, maar ik vind het een woord wat uitgelegd moet worden

I51: En dat vind je een nadeel of?

P51: Ja dat vind ik wel een na ja, kijk ja, ja in zekere zin vind ik het een nadeel. En tegelijkertijd is het ook niet erg om dingen uit te moeten leggen want er worden ook heel veel termen gebruikt door helemaal in een MDO mensen die smijten met allerlei termen waarvan ik echt geen idéé hebt wat het is en je maakt altijd voor jezelf een afweging van is het is het nódig dat ik nu toelichting vraag en ik denk dat mensen bij mij ook doen

I52: Hm

P52: Eigenlijk door je deelname aan een MDO door de manier waarop je deelneemt hoop je ook dat mensen gaan ontdekken van óh maar dát doet dus die geestelijk verzorger. Dus ja dat maakt ook dat ik het ook niet vaak uitleg, en vaak zijn MDO's ook heel erg to-the-point en zit er tijdsdruk dus dan ja het is kort dus dan ga je het niet uitgebreid vertellen van nou

I53: Nee

P53: Dit doe ik allemaal, ja.

I54: Welke bijdrage levert volgens jou geestelijke verzorging aan de gezondheid van een patiënt? Ik noem hier expliciet geen definitie van gezondheid

P54: Nou ik denk dat het heel erg bijdraagt omdat het mensen heel goed kan doen dat er iemand is die naar ze luistert en die écht anders dan hun familie of hun bezoek zegmaar dingen aan de orde stelt of probeert ruimte te scheppen dat dingen uitgesproken kunnen worden gezegd kunnen worden die ze niet bij anderen kunnen zeggen. Dus ik denk dat dat mensen héél erg goed kan doen over het algemeen. Tegelijkertijd denk ik ook wel vaak van ja als we er niet zijn, mensen gaan er niet dood aan he als ik niet kom

I55: Hmhm

P55: Dus in die zin ben je echt heb je echt een bijrol. En dat vind ik dat vind ik soms ook het hele lastige, aan de ene kant wij zelf vinden vaak ja wij hebben een hoofdrol het is heel belangrijk wat we doen en ergens vind ik dat ook, tegelijkertijd vind ik ook echt dat we een bijrol hebben

I56: Ja

P56: Want ja mensen komen hier niet omdat ze geestelijk verzorger willen, daarvoor komen ze niet naar het ziekenhuis. Ze komen hier echt voor andere dingen.

I57: En wat is dan denk je bijdrage aan die gezondheid van zo'n iemand?

P57: Ik kan dat niet ik kan dat niet aantonen

I58: Hmhm

P58: Maar ik geloof wel echt dat het mensen goed kan doen, maar ja, het feit dat je als je kanker hebt en je hebt een goed gesprek met een geestelijk verzorger heb je niet opeens geen kanker meer. Maar we weten ook allemaal dat een mens een heel ingewikkeld samenspel is van lichaam en geest en wat op elkaar inwerkt en dat mensen die zich gehoord of gezien voelen misschien ánders in hun lijf komen te zitten wat ook weer een positieve uitwerking kan hebben op hun ja lichámelijke gezondheid

I59: Hm

P59: Dus ja ik geloof héél erg in de samenhang tussen al die dingen maar ik heb ik kan absoluut niet zeggen hoe dat allemaal zit en werkt nee

I60: Hmhm. Hoe ziet deze bijdrage die je net hebt omschreven van geestelijke verzorging aan gezondheid hoe zou die er concreet uitzien?

P60: Bedoel je, je bedoelt niet in een MDO he, je bedoelt nu gewoon

I61: In het algemeen

P61:Bedoel je hoe het eruit zal zien voor een patiënt of bedoel je hoe ziet het contact van geestelijk verzorger met de patiënt eruit? Wat bedoel je precies?

I62: Nee de de de plek van geestelijke verzorging binnen gezondheid, wat die plek hoe dat er dan concreet uit zou kunnen zien

P62: Oh dat is echt een lastige vraag

I63: Hm

P63: Ik merk dat ik lastig vind hoe je precies bedoelt.

I64: Ja

P64: Dus je vraag zegmaar van wat denk je nou dat de uitwerking is van geestelijke verzorging op de gezondheid van iemand en dan zeg ik ik denk dat het veel uitwerking zou kúnnen hebben

I65: Ja ja

P65: Maar hoe precies weet ik niet

I66: Nee

P66: En dan zeg je maar hoe zou het eruit zien

I67: En dat weet je niet

P67: Wat je soms ziet is dat mensen na een gesprek opgelucht zijn he, dat geven ze vaak zelf ook aan

I68: Ja

P68: Van oh van toch fijn even over te hebben of ik ben opgelucht, mensen gaan vaak huilen

I69: Ja

P69: En daarna ah, zijn ze dat effe kwijt

I70: Ja

P70: Dat is niet altijd zo natuurlijk. Mensen kunnen ook misschien wel geïrriteerd raken of misschien he dat ze zullen niet zo snel zeggen van nou ik vond het een heel vervelend gesprek of nou ik voel me nu slechter dan toen je binnenkwam he, dat zeggen mensen niet

I71: Nee

P71: En het tegenovergestelde zeggen ze eerder wel

I72: Hmhm

P72: Maar ik zie ja ik zie soms wel echt dat het mensen goed heeft gedaan, zo interpreteer ik het

I73: Ja

P73: Soms zeggen ze het zo. Soms heb ik geen idee.

I74: Hm. Ja dus dat verschilt

P74: Ja dat verschilt denk ik.

I75: Hm

P75: Soms ik vraag ik hoe was het voor u om hier zo over te praten, nou dan geven mensen daar antwoord op. Ja toch wel fijn zeggen ze dan vaak, vind ik altijd beetje lastige vraag want ik denk ja in hoeverre geven mensen dan eerlijk antwoord he

I76: Ja

P76: Ja.

I77: Ja

P77: Dus is dat een beetje antwoord op de vraag zoals je ‘m bedoelt of niet?

I78: Ja

P78: Ja?

I79: Ja. Dan een vraag over zorgprofessionals van andere of ja zorgprofessionals in het algemeen. Dus iemand die vanuit diens opleiding en expertise betaald werk verricht met oog op zorg verlenen van een patiënt

P79: Hmhm ja

I80: Welke zorgprofessional of zorgprofessionals pakken volgens jou vraagstukken over geestelijke verzorging op? Volgens jouw eigen definitie van geestelijke verzorging

P80: Nou als het goed is verpleegkundigen en artsen. Als het goed is doen ze dat. Hier hier zeggen we van ze moeten in ieder geval signaleren dat er iets speelt en in het beste geval moeten ze ook zelf wat gaan verkennen daarin en dan eventueel doorverwijzen naar ons

I81: Hmhm

P81: Dus ik hoop dat zij dat doen. Soms is dat ook wel echt zo. Ennn ik denk daarnaast toch wel met name de maatschappelijk werkers en de psychologen en de pedagogisch zorgverleners waar ik mee samenwerk ja die en de mensen [naam team], de [naam team] verpleegkundigen en artsen daar die zijn natuurlijk heel erg gericht op comfort en op kwaliteit van leven dat zijn allemaal mensen die dat die oppikken van wat is er nu belangrijk voor deze patiënt en moeten we dat gesprek meer gaan verkennen en ja. Dus ik moet vooral aan hen denken, ik hoor niet zo vaak zoals van van een van een fysiotherapeut of een ergotherapeut of een logopedist of een diëtist maar dat soort mensen die hoor ik eigenlijk niet vaak dingen zeggen wat hier over gaat

I82: Hm

P82: Nee, nee

I83: En je noemt vooral en de geestelijk verzorger zelf?

P83: Geestelijk verzorgers zelf?

I84: Hoe wat wat is hun taak in vergelijking tot hoe je

P84: Met de anderen?

I85: Ja

P85: Tot die andere disciplines?

I86: Ja

P86: Nou kijk wat mij betreft doen die andere disciplines zijn zich ervan bewust dat dat het een heel belangrijk is element is van een mens van hoe staat die in het leven, waar gelooft die in of niet of he, wat is zijn levensgeschiedenis, dat ze weten dat dat er is dat vind ik bij hun horen, en net zoals dat ik weet dat een mens een lichaam heeft en een hart waar wat mis mee kan zijn en dat voedingsproblemen van hele grote invloed kunnen zijn dat soort basale kennis van andere disciplines dat is belangrijk dat je dat ergens bij je hebt. Maar ik denk dat de taak van geestelijk verzorger is om die die kan als het ware echt een soort blok in de agenda inzetten een soort ruimte creëren in tijd en in aandacht om het daar dan ook vervolgens écht over te hebben

I87: Hm

P87: Omdat het gevoeld wordt als een noodzaak en verpleegkundigen of een psycholoog kan het ook wel over dingen hebben he, maatschappelijk werker ook

I88: Hmhm

P88: Maar ik heb ik denk toch dat zij aan de rand blijven of meer aan de oppervlakte blijven en wanneer het wanneer er een spade dieper moet worden gegraven op dit terrein dat dán de geestelijk verzorger de aangewezen persoon is

I89: Oké.

P89: De geestelijk verzorger is de specialist in dit gebied

I90: Ja

P90: Maar dat betekent niet dat andere geen oog hebben voor dit gebied. Ik heb ik ik weet ook dat je thuissituatie, de mantelzorg, het werk, de school, dat dat allemaal belangrijke elementen zijn die onder druk komen te staan bij een ziekenhuisopname

maar dat het het dieper daarin duiken en alle regelzaken daaromheen en het uitzoeken van hoe dat allemaal moet en dat dat is de expertise van een maatschappelijk werker. Ja zij geven daar beetje andere definitie aan, dat is een beetje kort door de bocht

I91: Ja

P91: Expertise van de maatschappelijk werker

I92: Ja

P92: En dat is niet die van mij, dus daar blijf ik ook af, ja

I93: En zo geldt

P93: En zo is dat ook andersom vind ik, dat is mijn mening ja

I94: Ja, ja. In hoeverre deel jij als geestelijk verzorger al dan niet patiëntinformatie in een MDO?

P94: Ja ik deel wel ik deel wel globale lijnen en soms als er in een MDO écht wordt ingegaan op een situatie die als een probleem wordt ervaren, dus je kan hebben dat het gewoon een MDO is waarin gewoon een soort basisinformatie wordt gedeeld van de stand van zaken van die patiënt, wat he hoe gaat het nu met het eten hoe gaat het nu met bewegen wie heeft er nog meer contact jullie ook van de geestelijke verzorging, nou dan zeg eh ja wij hebben ook gesprekken of dit of dat is ook bij ons ook aan de orde geweest, zoiets kan ik wel zeggen

I95: Hmhm

P95: Maar ik zou niet zo snel meer zeggen dan dat tenzij d'r echt een situatie wordt besproken die echt een probleem is zoals nu hadden we bijvoorbeeld ouders van wie het kind heel hard achteruitgaat en die ouders daar niet in mee zich daar tegen verzetten heel erg, ik heb die ouders nu nog niet gesproken maar stel dat ik die uitgebreid besproken had of gesproken had

I96: Hmhm

P96: En het kind wordt volgende week weer besproken dan zou ik wat meer informatie delen

I97: En waarom?

P97: Omdat je dan daar met die informatie echt bijdraagt aan het verlenen van goede zorg, daar help ik anderen ook weer mee verder

I98: Hm

P98: Maar ik ben er wel wat terughoudend in vanwege ons beroepsvertrouwensrelatie

I99: Hmhm

P99: En als ik denk van ja dit gaat in MDO op tafel komen en wordt mijn bijdrage gevraagd dan zou het het beste zijn en ik hoop ook dat ik dat doe om te checken dan bij ouders. Wij spreken onderling af van je kan het beste vragen aan ouders van wat wilt u dat ik níet deel van deze informatie

I100: Hm

P100: In plaats van wat mag ik allemaal vertellen

I101: Hm

P101: Als je die vraag stelt ja, dan dan weet je ook met wat je wel dan kan je ook vrij naar een MDO om die informatie te kunnen delen

I102: Ja

P102: Ja.

I103: Dus je deelt het wel in de zin van kwaliteit of zorgverlening, kwaliteit van leven, en niet als de persoon in dit geval dan bijvoorbeeld de ouders expliciet heeft aangegeven dat die niet gedeeld wilt hebben?

P103: Nou ja als ze het expliciet aangeven dat ze het niet willen delen dan zal ik het niet delen

I104: Hm

P104: Of als ik denk dat het heel persoonlijke informatie is wat de anderen vast interessant zouden vinden om te horen maar dat het niet nodig is, dan zou ik het niet doen.

I105: Nee. En niet nodig ten opzichte van?

P105: Om de om de goede zorg te kunnen verlenen

I106: Ja

P106: Is het niet nodig dat zij dat weten. Maar ja ze zouden het vast wel willen weten omdat mensen nieuwsgierig zijn en we er heerst een sfeer van we gaan een patiënt bespreken dus komt er heel veel op tafel over die persoon

I107: Ja

P107: Maar ik denk van ons hoeft niet alles op tafel te komen

I108: Hm

P108: Tenzij het nodig is

I109: Hm

P109: Ja.

I110: Dit kwam net ook al een beetje aan bod, maar welke factoren spelen voor jou een rol in deze afweging om dus nou ja wel of niet informatie te delen, zijn er nog andere factoren?

P110: Nou ja ik denk dat het voor mij toch ook wel meespeelt zegmaar om je om je om je plek te kunnen pakken in een MDO om je beroep te neer te zetten is het nodig dat je ook informatie deelt of dat je op z'n minst vragen stelt en dat wat dat kun je ook doen in plaats van dat je veel informatie deelt over een patiënt kun je ook gewoon vragen stellen aan de anderen hebben jullie hebben jullie d'r zijn jullie ervan op de hoogte wat dit betekent voor ouders, wat voor hen belangrijk is of, dat dat is dan weer een beetje andere insteek maar je móet een bijdrage leveren

I111: Hmhm

P111: Want anders heeft het ik vind het persoonlijk anders niet zo zinvol om bij een MDO te zitten

I112: Hm

P112: Nou ja soms is het wel zinvol want ik hoor wel dingen en die kan ik wel meenemen maar ja ik vind om echt mee te kunnen tellen en serieus genomen te worden door anderen helemaal omdat we in zo'n marge zitten

I113: Hmhm

P113: Ja dan je moet je moet als het ware toch aantonen dat er dat er relevantie van je vakgebied en dat kan alleen maar als je informatie deelt of vragen stelt of ieder geval je mond optrekt

I114: Ja. Dus die zichtbaarheid speelt ook een rol?

P114: Heel erg. Zichtbaarheid en ook het het serieus genomen worden

I115: Ja

P115: Ja.

I116: Dan heb ik nog een vraag over de vrijplaats. Dat definieer ik hier als de vrijplaats komt voort uit het grondwettelijk recht op vrijheid van godsdienst en levensovertuiging en, volgens de beroepsstandaard, garandeert geestelijke bijstand voor burgers, onafhankelijk van een indicatie of toestemming door een derde.

P116: Hmhm

I117: Hoe interpreteer jij die vrijplaats?

P117: Heel actueel hier want we hebben er net uitgebreid in ons team over opnieuw weer eens over gesproken omdat het een lastige is zegmaar. Kijk de vrijplaats heel vaak wordt wordt er duidelijk bijgezet de vrijplaats geldt niet voor de geestelijk verzorger maar geldt voor de patiënt díe heeft vrij recht tot geestelijke verzorging en die hoeft niet eerst een verwijzing te krijgen van de arts dus als de patiënt zegt ik wil een geestelijk verzorger spreken dan mag die een geestelijk verzorger spreken dat is zo duidelijk als maar wat als maar kan

I118: Hmhm

P118: Probleem is echter dat heel veel patiënten niet weten dat er een geestelijk verzorger bestaat dus die zúllen niet zeggen ik wil een geestelijk verzorger spreken dat maakt dat je op andere manieren naar mensen toe moet of het contact moet kunnen

leggen en dat maakt die rol van die arts en die verpleegkundige zo belangrijk en ook die MDO's want daar worden patiënten besproken waar uit jij je informatie kan halen als geestelijk verzorger van he het zou goed zijn als ik naar die patiënt toe zou gaan. Dat is niet de vrijplaats maar daar zit ook iets in dat dat je als geestelijk verzorger een eigen afweging maakt van is het verstandig om naar deze patiënt toe te gaan ja of nee en díe zin vind ik de vrijplaats toch ook weer wel wat voor de geestelijk verzorger, namelijk ik hoef niet ook ik ben vind ik persoonlijk dat is mijn mening

I119: Hmhm

P119: Zullen anderen ongetwijfeld anders over denken

I120: Hmhm

P120: Ook ik heb niet per se een verwijzing van een arts nodig om een patiënt te zoeken op te zoeken. Ik maak mijn eigen professionele afweging, maar het zou wel mooiste zijn als ik die doe zegmaar in contact met andere zorgverleners. Dus dat ik aangeef bij een verpleegkundige van he ik hoor dit en dat over die patiënt ik lijkt mij goed dat ik eens kennis ga maken, dus niet vind jij het goed als ik kennis ga maken maar het lijkt mij goed dat ik kennis ga maken

I121: Ja

P121: En dan dat is een wat andere insteek dus dat is niet dat is niet de vrijplaats zoals de wet 'm bedoelt maar ik vind het wel daar heel erg van verwant

I122: Ja

P122: Tegelijkertijd staat dat wel een beetje op gespannen voet met het idee van participeren in MDO's en helemaal ook hier in dit ziekenhuis waarin we ook als als afdeling geestelijke verzorging zeggen van we willen echt samenwerken met andere disciplines dus we willen ook meedoen aan MDO's we willen expliciet overleg hebben met vooral de psychosociale zorgverleners omdat we daar zo veel raakvlakken mee hebben. Met als wij vrij vrijuit naar patiënten toe gaan zonder dat we verwijzing hebben dan is onze werkwijze fundamenteel anders dan psychologen en maatschappelijk werkers want die gaan alleen op verwijzing

I123: Hm

P123: Dus het is het is een een beetje een lastig veld om in te opereren omdat we samen willen werken en een soort gelijke werkwijze willen hebben en tegelijkertijd kunnen we dat niet hebben omdat we andere beroepen hebben. Niet alleen qua inhoud maar ook qua ja de lijnen zegmaar de de de financiering de structureren

I124: Ja

P124: Overigens gaan wij wel het overgrote deel van de mensen die wij bezoeken doen we op aanvraag van verpleegkundigen of artsen. Dus wij gaan bijna altijd na een verwijzing

I125: Ja

P125: Of als de patiënt d'r zelf om vraagt. En we gaan minder snel op eigen initiatief, maar het kan wel

I126: Hm

P126: Ja.

I127: En in hoeverre beïnvloedt jouw opvatting deze opvatting dan voor jou van de vrijplaats in hoeverre je wel of niet patiëntinformatie deelt?

P127: Ja voor mij staat dat een beetje los van vrijplaats maar gaat dat meer over vertrouwelijkheid

I128: Ja

P128: Zegmaar informatie delen

I129: Ja

P129: Ja

I130: In hoeverre begrijpen zorgprofessionals van andere disciplines jouw expertise in een MDO? Van de afgelopen drie maanden dan he

P130: Nou ik denk in zo'n [naam team] begrijpen ze het goed omdat ze daar zegmaar een MDO doen via structuren wordt het besproken en dan lopen ze de vier dimensies af van de lichamelijke de sociale de psychische en de existentiële en daar gebruiken ze ook dat woord, dus daar kan ik dat woord ook makkelijker gebruiken. En doordat het daar

een domein is wat altijd eigenlijk de revue passeert tijdens een bespreking is het ook makkelijker voor mij om een inbreng te hebben en kunnen ze dus ook eerder snappen van oh als we het over het existentiële domein hebben dan kijken we naar de geestelijke verzorging

I131: Hm

P131: Dan zijn er ook anderen die daar wel opmerkingen over maken maar daar daar daar iedereen snapt wel dat dat voornamelijk bij ons ligt.

I132: En even voor mijn beeldvorming dat is dus dat MDO dat elke [dag] is?

P132: Ja

I133: Of

P133: Van het [naam team]

I134: Ja.

P134: Maar het MDO dat op [dag] is dat gaat over [afdeling] dat dat volgt helemaal niet zo'n structuur daar brengt gewoon de arts het de de het hele ziektebeeld even in in een notendop

I135: Hmhm

P135: En vervolgens wordt dan aan de andere disciplines aan tafel gevraagd wie heeft wat aan te vullen en te melden van wat de stand van zaken is en dan gaan ze vooral eerst de fysiotherapie en de ergotherapie enzo langs en dan is er véél minder ruimte voor mij om wat te zeggen, daar zit ik ook heel vaak bij terwijl d'r patiënten worden besproken die ik niet ken

I136: Hmhm

P136: Die ik niet gesproken heb. Daar is mijn inbreng dus kleiner dus daar snappen ze ook minder goed wat ik doe.

I137: Ja

P137: Ja daar moet ik daar echt veel harder nog aan werken om dat voor elkaar te krijgen

I138: Ja

P138: Daar ben ik nog niet.

I139: Dus en je hebt het gevoel dat die dan op [dag] omdat ze dus dat model hebben, dat wel begrijpen?

P139: Ja plus dat het op [dag] echt gaat over kinderen die gaan overlijden

I140: Hm

P140: Of die terminaal zijn, palliatief, waardoor het ook veel meer gaat over leven en dood

I141: Ja

P141: Over dood. Dus daar het is meer daar is het meer voor de hand liggend om ook voorbij het lichamelijke te kijken terwijl bij die andere MDO van de afdeling daar gaat het veel meer over het lichamelijke nog, daar heeft het zegmaar 80 procent bij wijze van spreken dit zijn geen harde feiten he

I142: Nee nee, zo voelt het

P142: En 20 procent voor psychosociaal en zingevings

I143: Ja

P143: Gerelateerde aspecten. Als het al 20 procent is

I144: Ja. En die op [dag]?

P144: Die op [dag] dat is een overleg dat ik dus echt met psychosociaal overleg zit

I145: Hmhm

P145: En daar zitten ook verpleegkundigen bij daar is ook verreweg de hoofdmoot voor de psychosociale gebeuren maar daar is heel veel aandacht voor psychologie, maatschappelijk werk en en pedagogische zorg

I146: Hmhm

P146: En daar is mijn stukje moet ik daar nog daar moet ik echt terrein voor winnen

I147: Ja

P147: Ja maar die ruimte is daar wel wat meer omdat daar het medische wat minder plek heeft

I148: Ja

P148: Het is er wel maar het is er kleiner.

I149: En in hoeverre zouden die zorgprofessionals dat jouw expertise begrijpen?

P149: Nou onvoldoende. Gaandeweg door de afgelopen pakweg anderhalf jaar heen snappen ze wel wat beter wat ik doe maar tijdje geleden zei nog iemand van ja ik weet ook eigenlijk niet zo goed he wat ik kan het wel aan ouders aanbieden dat jij komt maar ik weet ook eigenlijk niet zo goed wat je doet

I150: Hm

P150: En we hebben ook binnenkort een keer een middag en dat is dan heel uniek want dat is voor het eerst dat we met die verschillende disciplines bij elkaar gaan zitten om uit te wisselen van wat doen we nou eigenlijk

I151: Hm

P151: Dat is ook echt nodig. Ja. En ik denk dat onze positie daarin het zwakst is

I152: Hm

P152: Bij hun is het veel duidelijker wat ze doen. Wij zijn toch echt wel diegene van wie het van wie het minst duidelijk is wat we aan het doen zijn

I153: Ja

P153: Ja

I154: En hoe zorg je ervoor dat in een MDO zorgprofessionals van andere disciplines jouw expertise begrijpen?

P154: Nou dat kan op drie manieren volgens mij. Door bepaalde type te vragen te stellen waardoor je een ander domein als het ware vertegenwoordigt dat kan door informatie te delen vanuit de gesprekken die ik heb met die ouders waardoor je

bijdraagt vanuit je vakgebied en laatst zei iemand tegen mij je moet ook gewoon vaker wat meer kennis delen vanuit je vakgebied van he de van zus of zo werkt het bij mensen op levensbeschouwelijk gebied of ook over soms aan religie verbonden van mensen die in die traditie staan die denken daar zus of zo over dat is natuurlijk veel te generaliserend

I155: Hmhm

P155: Maar meer kennis delen over de

I156: Ja

P156: Hoe werkt het nou

I157: Ja

P157: Ja.

I158: En hoe zorg je er dan voor dat ze dat begrijpen?

P158: Ja door normale woorden te kiezen zo veel mogelijk.

I159: Hm. En zijn er dan bepaalde termen die je dan denkt of die je al hebt ervaren dat die bevorderend daarin zijn of juist belemmerend?

P159: Nee nou ja wat ik eerder zei dat die titel van geestelijk verzorger is echt belemmerend

I160: Ja. Zijn we bijna klaar hoor.

P160: Heel goed

I161: Wat is jouw rol als geestelijk verzorger in een MDO?

P161: Nou ik denk dat dat is voornamelijk is in eerste plaats maar dat is gewoon hardop denken nu

I162: Hm

P162: Ik weet niet of dat echt waar is dan maar, het eerste waar ik aan denk is de patiënt vertegenwoordigen op dat terrein van wat houdt iemand ten diepste bezig, wat is nou werkelijk belangrijk voor iemand in dit geheel, wat waar wat moet hier mee gewogen

worden in dit hele gesprek over behandeling zorg. Dus vertegenwoordiger van de patiënt. En in tweede instantie vertegenwoordiger van een bepaald domein in het algemeen zodat dat niet vergeten wordt binnen de zorg zodat niet alleen maar de focus is op het medische of alleen maar focus is op ‘t psychologische of het sociale dus dat voel ik ook echt wel als een taak van een geestelijk verzorger

I163: Ja

P163: Ja en soms dus ook wel die kennis delen

I164: Ja

P164: Ja

I165: Dus voor de patiënt, voor het domein en kennis delen

P165: Ja ja

I166: En wat vindt je dan dat je zou moeten doen of zou moeten laten als geestelijk verzorger in zo’n MDO?

P166: Ja ik denk dat je je rol in het ziekenhuis is bescheiden dus je moet ook wel bescheiden opstellen maar ik heb mij veel te vaak veel té bescheiden opgesteld dat is ook niet goed want dan verdwijn je want anderen gaan jou zélden een podium geven dus je moet het zelf creëren dat is wel mijn ervaring

I167: Dus dat is iets wat je moet doen

P167: Ja, dat vraagt echt wat van je. Dat is heel lastig vind ik zelf, maar dat ligt ook een beetje aan wat voor karakter heb je

I68: Hm

P168: Hoe hoe hoe ontvangt de afdeling waar je bent jouw expertise en jouw vakgebied

I169: Ja

P169: En sommige afdelingen die zijn hebben al heel veel goeie ervaring opgedaan met geestelijke verzorging dus die hebben het al omarmd ja dan is het veel makkelijker, maar er zijn ook afdelingen die kijken d’r een beetje met argusogen naar of die vinden van ja het is echt een bijzaak we zijn hier met andere dingen bezig he de focus ligt hier

op andere dingen. Zoals in het [naam team] hier is de focus héél erg op het psychosociale momenteel en op het systemisch werken daarin en ja die geestelijk verzorger die wordt daar echt wel naar de zijlijn geduwd

I170: Ja

P170: Ja. Wat is je vraag ook alweer?

I171: Wat jij juist zou moeten doen of zou moeten laten

P171: Ja

I172: Als geestelijk verzorger in zo'n MDO

P172: Ja dus je moet denk ik bescheiden zijn maar veel meer moet je juist beetje rui beetje gewoon een klein stukje ruimte pakken maar wel durven pakken dat kleine stukje

I173: Hm

P173: Ja. Dat moet je doen denk ik. Vragen durven stellen.

I174: Welke rol speelt jouw eigen spirituele oriëntatie in het aanbieden van geestelijke verzorging aan patiënten?

P174: Dat is weer een hele brede vraag he, wow. Nou ja ik denk dat het het was oorspronkelijk gewoon de motivatie van waarom ik dit werk doe denk ik maar dat is een vermenging van spirituele oriëntatie en karakter en je interesse en waar heb je het gevoel dat je goed in bent

I175: Ja

P175: Een soort brij van waarom doe ik wat ik doe

I176: Hmhm

P176: En het het werk vormt heel erg mijn eigen spirituele oriëntatie als je het zo wil noemen mijn eigen geloof en ongeloof of whatever hoe ik in het leven sta, maar andersom neem ik ook hoe ik in het leven sta en wat ik geloof neem ik ook wel weer mee in mijn werk in ja. Dat maakt wel dat ik op een bepaalde manier aanwezig ben bij mensen of dingen juist wel of niet bespreek ik denk juist wel bespreek dingen die ik wel

zeg of juist niet zeg ja. Het is toch wel toch wel van grote invloed maar het is ook een beetje ongrijpbaar waar dan precies in

I177: Ja

P177: Ja

I178: Dus in waarom dus in je motivatie waarom doe ik dit en in wat je wel of niet zegt

P178: Ja en doet ja

I179: Ja

P179: Ja.

I180: In hoeverre speelt jouw eigen spirituele oriëntatie een rol in je deelname aan MDO's?

[15 seconden stil]

P180: Weet ik niet zo goed. Nee. Nee ja soms het enige wat nu in mij opkomt is dat ik soms ook vanuit vanuit mijn eigen doorleefde spiritualiteit weet hoe kernachtig dat kan zijn in iemands leven

I181: Hm

P181: En dat ik dat wel eens probeer over te brengen tijdens een MDO dat dat iets is wat het is dat is eigenlijk geen bijzaakje. Het feit dat iemand een behandeling wel of niet wil omdat die vanuit zijn geloof dat aangrijpt of juist afwijst daar kun je dat kun je doen als van nou dat dat is een feit en dat is raar of begrijpelijk of maar het is veel meer dan dat het is het gaat over dingen die zijn zo kernachtig in een mens dat is echt richtinggevend daar baseren mensen hun beslissingen soms op

I182: Hm

P182: En om om mensen in een MDO dat te laten voelen van dat het echt belang het is niet het is echt belangrijk voor deze mensen daar kunnen we niet zo maar aan voorbij gaan of dat moeten we niet zien als bijzaak, misschien dat dat nog wel eens probeer vanuit de wetenschap zelf van hoe belangrijk dat voor je kan zijn

I183: Ja

P183: Zoiets

I184: Ja. Dus meer van hoe belangrijk het hoe kernachtig het voor iemand

P184: Ja

I185: Is maar niet per se vanuit jouw eigen

P185: Nee

I186: Levensbeschouwing

P186: Nee dat denk ik eigenlijk niet

I187: Nee

P187: Nee het contact met patiënten wel maar binnen MDO ja nee. Ja misschien hooguit bij het [team] MDO hoor als het echt gaat over over leven en dood dan merk ik wel eens als er bepaalde discussies echt op inhoud zijn dat ik ook merk bij mezelf ik heb een bepaalde mening en die komt voort uit mijn eigen spiritualiteit

I188: Hmhm

P188: Ja dat merk ik wel eens maar dan ben ik wel vaak terughoudend om het ja om het om dat heel erg naar voren te brengen

I189: Ja

P189: Ja. Denk ik.

I190: Dus dat zit altijd op de achtergrond dan

P190: Ja want het is een deel van van wie je bent dus het is er, het is er wel

I191: Ja. Nou dan we zijn alweer aan het eind. Wil je nog iets delen over het onderwerp wat we nog niet hebben besproken maar wat jij graag wel wat wel van belang zou kunnen zijn?

P191: Nou ik met mijn met mijn gepionier in dit [afdeling] merk ik en maar dat geldt denk ik op alle afdelingen wel, dat als je het gevoel hebt dat het jouw vak begrepen wordt en vooral op waarde wordt geschat, dan is het zó veel fijner om mee te doen in een MDO dan wanneer dat niet het geval is. En het is iets dat kost tijd om daar aan te

bouwen en het hangt ook af van van wie je bent als persoon, kun je makkelijk je makkelijk begeven in een groep waar je je ruimte moet pakken in plaats van krijgen, snappen mensen wat je doet soms heb je soms ook een beetje een gelukje nodig dat er een bepaalde situatie is met een patiënt waarin jij echt duidelijk heb kunnen laten zien dat je echt van toegevoegde waarde bent nou dan heb je geluk daarmee

I192: Ja

P192: Maar dat moet je ook een beetje ja dat moet je ook een beetje treffen zegmaar

I193: Ja

P193: Maar ik ervaar wel van hoe ontzettend veel fijner het is om een in een MDO mee te doen als als je het gevoel heb van nou men ik ik doe gewoon mee

I194: Ja

P194: En ik heb ik ken ik ken het beide zegmaar dat gevoel dat je denkt oh wat fijn we zitten hier gewoon als op gelijk niveau met elkaar vanuit ons eigenheid met elkaar te bespreken, maar ik ervaar ook wel die keren dat je gewoon eigenlijk niet meedoet of omdat mensen niet snappen wat je doet of omdat er hele overheersende mensen of disciplines aan tafel zitten of omdat de patiënt die besproken wordt niet kent omdat je er helaas niet bij betrokken bent of kunnen allerlei redenen zijn maar dat dan kan een MDO een hele vervelende omgeving zijn vind ik

I195: Ja

P195: Ja, ja.

I196: Dus jij kent beide uitersten

P196: Ja. Zeker ja ja.

I197: Wil het uitgetypte interview voor je eigen interesse ontvangen? Hoeft niet maar het mag

P197: Zit ik zit even te denken. Ik wil sowieso ben ik heel benieuwd naar het eindresultaat van je scriptie zegmaar die zou ik wel graag en

I198: Hmhm. Ja

P198: Nee het uitgetypte interview hoef ik niet ontvangen denk ik

I199: Oké. Ik zal deze even stopzetten

Bijlage 5: Transcriptie interview participant vijf

I1: Ja hij neemt op. Nou hartelijk dank dat u bereid was om deze tijd hiervoor vrij te maken. Ik heb eerst twee wat meer algemene vragen. Hoe lang doet u dit werk al binnen dit UMC?

P1: Sinds 2010.

I2: Oké. En hoe vaak neemt u deel aan MDO's?

P2: Elke week

I3: Eén keer in de week? Of

P3: Eén keer in de week ja

I4: Eén keer in de week elke week oké. Ik zal even voorlezen wat ik in dit geval onder MDO's versta. Dat zijn overleggen zijn overleggen waarin zorgprofessionals van verschillende disciplines samenwerken voor de patiënt door informatie uit te wisselen – maar niet per se opvattingen delen – en een bijdrage leveren door de behoeften van de patiënt vanuit de eigen kaders van de discipline te bekijken.

P4: Oké.

I5: En ik zal u willen vragen als ik straks iets vraag over MDO's om dan een recent MDO van de afgelopen drie maanden in uw achterhoofd te houden

P5: Hm

I6: Dan eerst een aantal vragen over de discipline van de geestelijke verzorging

P6: Hmhm

I7: Wat is volgens u geestelijke verzorging?

P7: Ik denk dat geestelijke verzorging is die eigenlijk met de patiënt kijkt wat de impact is van een [opname] in dit geval en en ja kijkt hoe kan die patiënt de vragen die die heeft in z'n leven daar verder mee ja hoe kan die z'n leven verder vormgeven aan de hand van vragen die de patiënt heeft

I8: Ja

P8: En de waarden en normen die de patiënt heeft

I9: Ja dus de impact en hoeverre het dus de gevolgen heeft voor de patiënt en voor diens waarden en normen

P9: Nou niet voor z'n waarden en normen, hij heeft z'n waarden en normen maar he hij d'r gebeurt iets en dan gaat die patiënt gaat erop reageren en heeft die levensvragen en heb waarden en normen

I10: Ja

P10: He

I11: Ja

P11: En dan gaat het eigenlijk om van ja hoe kan die eigenlijk z'n leven verder vormgeven he

I12: Ja

P12: En daarvoor zijn die waarden en normen van belang maar ook de levensvragen die de patiënt heeft

I13: Ja dus ook de levensvragen

P13: Ja

I14: Die komen kijken daar richt het zich op

P14: Ja

I15: Oké. En kunt u ook uitleggen waarom u deze beschrijving gebruikt van geestelijke verzorging en niet een andere omschrijving?

P15: Jaa. Nou ja dit is gewoon zoals wij dat hier we hebben een we hebben een [afdeling] projectgroep en daar is de dienst geestelijke verzorging in

I16: Hmhm

P16: En daar hebben we met z'n allen toen afgesproken van ja wat he wat is de functie van eenieder

I17: Hmhm

P17: En daar dit is ik kan nog wel even kijken we hebben dat vastgelegd

I18: Hmhm

P18: Hoe we dat [zoekt op computer] hoe we dat precies hebben vastgelegd in dat protocol want we hebben daar een protocol van [zoekt op computer] he wat we hier hebben staan is [aantal] daags bezoek te brengen aan [afdeling] waarbij de bezoekuren een mogelijkheid bieden op een laagdrempelige manier kennis te maken met de naaste c.q. de patiënt

I19: Hmhm

P19: Ondersteunende gesprekken voeren met patiënten en naasten gesprekken op vlak van zingeving voeren met de patiënt en hier dan hebben ze d'r bij gezegd voor de dgv he

I20: Hmhm

P20: Staat flexibiliteit een prioritering door de patiënt voorop

I21: Ja

P21: Dat is wat ze zelf aangeven hoe ze hun rol zien

I22: Ja ja dit is wat de geestelijk verzorgers zelf

P22: Wat wij in het protocol hebben geschreven voor de [afdeling]

I23: Ja dus daar staat dan ook zingeving in

P23: Ja ja

I24: Dus dat zou u dan d'r ook onder ver

P24: Jaja zingeving lijkt me heel belangrijk juist voor mensen op de [afdeling]

I25: Ja ja

P25: Ja ja

I26: Oké

P26: Ja

I27: Dus u baseert uw beschrijving op het protocol omdat het zo gezamenlijk is opgesteld

P27: Ja

I28: Ja oké. Stel d'r schuift een nieuwe deelnemer aan in een MDO die niet weet wat geestelijke verzorging is, hoe zou u dan uitleggen aan die persoon wat geestelijke verzorging inhoudt?

P28: Ja eigenlijk is [naam geestelijk verzorger] he onze geestelijk verzorger is heel actief

I29: Ja

P29: En die is heel actief op de [afdeling] dus ik denk dat die allang met [naam geestelijk verzorger] heeft kennisgemaakt

I30: Ja

P30: Voordat ik dat moet gaan uitleggen

I31: Ja

P31: He dus ik denk dat dat niet zo werkt hier nee [hij/zij] is gewoon heel actief en is op de [afdelingen] en de verpleging kent [hem/haar] ook en [hij/zij] wordt laagdrempelig ingeschakeld

I32: Ja

P32: Het is niet zo dat ik dat moet gaan uitleggen ik denk eerder de verpleging eigenlijk bijvoorbeeld

I33: Ja oké ja ja dus u denkt van nou dat is een vraag die eigenlijk mij niet gesteld zou worden

P33: Nee nee nee is mij nooit gesteld nee

I34: Nee nee nee. En als stel u zou dat wel hypothetisch gezien uitleggen dan zou u dan zegmaar dezelfde beschrijving gebruiken als net of

P34: Ja wat zij wat ze zelf in het protocol hebben gezet ja ja

I35: Ja ja oké.

P35: Ja

I36: Even kijken. Ja dus u zou dan ook die termen wat u net zei he van levensvragen en de impact die het heeft en hoe iemand daarmee verder gaat en zingeving zou u ook specifiek voor díe termen kiezen

P36: Ja

I37: En niet voor andere termen?

P37: Nee

I38: Nee. Oké. Welke bijdrage levert volgens u geestelijke verzorging aan de gezondheid van een patiënt? Volgens uw eigen definitie wat gezondheid is

P38: Ik denk wat een hele belangrijke rol is dat zij zo schakel ik hun ook ook extra nog in is voor he de met name de familie ook he want de patiënt op de [afdeling] is vaak beademd dus die kan niet zo veel zeggen

I39: Hm

P39: Maar met name ook de familie he die gaan die mensen liggen op de [afdeling] nou is toch vaak heel spannend of iemand gaat overleven dus dan is een geestelijk verzorger er ook voor de familie om uit te leggen en ook verder in het traject te begeleiden

I40: Ja

P40: Vanaf het begin af aan eigenlijk

I41: Ja ja. Dus dat is zou ik dan kunnen interpreteren als in die zin gezondheid voor de patiënt die in dat bed ligt dan een sociale steun voor zijn of haar omgeving? Of?

P41: Nou we weten dat mensen die is een [syndroom] he en dat [syndroom] en heb je ook [syndroom familie] en we weten dat he een deel van de familie dat ontwikkelt en één van de manieren om dat te voorkomen is de mensen al heel vroeg d'r bij te betrekken en goeie uitleg te geven en ook de he aandacht via [naam geestelijk verzorger]

I42: Ja

P42: Te doen

I43: Ja

P43: He dus dat is denk ik een heel belangrijk punt en het is tuurlijk ook als de patiënt weer kan spreken he is aan het einde van de [opname] dan met de patiënt zelf

I44: Ja

P44: He

I45: Ja dus

P45: Spraakcanule kan ook spreekcanule kan ook

I46: Ja dus in die zin draagt dat dan bij als ik het goed begrijp draagt die ondersteuning van de geestelijk verzorger bij aan dat syndroom bij zowel patiënt als diens familie dan nou verminderen? Moet ik dat zo zien? Of?

P46: Nou we weten dat een [aantal] van de patiënten die op de [afdeling] ligt die ontwikkelt [syndroom]

I47: Hmhm ja

P47: Dus is een, ken je dat?

I48: Vaag

P48: He is een combinatie van lichamelijke, mentale en cognitieve problemen, nou en dus dus wat je probeert is he met met elkaar te zorgen dat dat die gevolgen zo min mogelijk zijn

I49: Ja

P49: En we weten dat fámilie van de [patiënten] dat die met name dus mentale problemen hebben

I50: Ja

P50: He en dus dat je ze dat je ze daarin begeleidt he die ondersteunende gesprekken he die kunnen daarbij helpen

I51: Ja

P51: He om dat te voorkomen

I52: Ja ja precies oké. Dan een vraag over zorgprofessional of zorgprofessionals. Dat duid ik hier als iemand die vanuit diens opleiding en expertise betaald werk verricht met het oog op zorgverlening van een patiënt.

P52: Hmhm

I53: Welke zorgprofessional of zorgprofessionals pakken volgens u vraagstukken over de geestelijke verzorging op?

P53: Ja dat is de psycholoog, maatschappelijk werk de en de activiteitentherapie met name

I54: Oké. En hoe hoe doen zij dat volgens u?

P54: Oké ja ga ik gewoon [zoekt op computer] ja ik bedoel

I55: Hmhm

P55: De activiteiten therapie he die kunnen in kaart brengen hoe de hoe de mentale situatie van de patiënt is ze kunnen ondersteunende gesprekken voeren en kunnen daarbij helpen he de patiënt en de partner mentaal ja en en de mentaal te ondersteunen en ook ze kunnen cognitieve training doen waardoor dus de cognitie getraind wordt

I56: Hmhm

P56: Ja

I57: Ja

P57: Ja ja en de psycholoog ja dat is gewoon he we hebben we hebben dus hier niet een psycholoog en maatschappelijk werk we hebben alleen [naam geestelijk verzorger]

I58: Hmhm

P58: He de psycholoog is toch meer als er sprake is van acceptatie verwerkingsproblemen depressie angst he dat is waar de psychologen zich op richten

I59: Ja

P59: En de maatschappelijk werk is vooral ter ondersteuning kan ook ondersteunende gesprekken voeren maar ook met name kijken van hoe kunnen we de familie ondersteunen zowel in in met gesprekken maar ook praktisch met praktische hulp

I60: Ja dus de activiteiten therapie en de psychologen en de maatschappelijk werkers die pakken in die zin die vraagstukken van geestelijke verzorging op doordat ze die ondersteuning aanbieden in bijvoorbeeld gesprekken?

P60: Nou bij ons is het zo dat het dus één, het is hier die combinatie deze vier he dus

I61: Hmhm

P61: Dienst geestelijke verzorging, psychologie, maatschappelijk werk en activiteitentherapie zijn één één groep en één van die vier is toegewezen aan de [afdeling] bij ons is [naam geestelijk verzorger] dat en die en de activiteitentherapie ook sowieso

I62: Hmhm

P62: En die andere niet dus die komen alleen als het

I63: Aahh

P63: Wij bespreken dat met [naam geestelijk verzorger] bijvoorbeeld er is een depressie en zou toch gesprek moeten komen met de psycholoog zeg tegen [naam geestelijk verzorger] kun je

I64: Ja

P64: Kun je dat met je collega's in die

I65: Aahh

P65: Psychosociale

I66: Ja oké

P66: Groep bespreken

I67: Ja

P67: Ze zitten niet allemaal

I68: Nee in principe alleen geestelijke verzorging en de activiteiten

P68: Ja ja ja ja

I69: Oké dus in principe pakt dan de activiteitentherapie ook dan volgens u die vraagstukken van geestelijke verzorging op of?

P69: Nou het is een al ik denk dat

I70: Of hoe ziet u dat

P70: He meer de levensvragen en de

I71: Hmhm

P71: Zingeving ligt meer bij de dienst geestelijke verzorging

I72: Ja

P72: En zij gaan meer ondersteunen he emotie emotie-regulatie, spanning

I73: Ja

P73: Leren ontspannen, stress reduceren nou dat soort dingen doen zij meer

I74: Ja dus dat is echt wat anders dan

P74: Ja is wel echt wat anders ja

I75: Ja

P75: Ja is niet hetzelfde nee

I76: Nee. Dus dan

P76: Nee

I77: Is het echt de geestelijke verzorger die zich richt op dat stukje geestelijke verzorging en de activiteitentherapie draagt ook bij maar dan op een andere

P77: Ja

I78: Vanuit een andere invalshoek

P78: Ja dat is die dus ja klopt ja

I79: a

P79: Daar heb je gelijk aan ja ja ja

I80: Ja oké

P80: Ja

I81: In hoeverre vindt u dat een geestelijk verzorger patiëntinformatie zou moeten delen in een MDO?

P81: Nou ja [naam geestelijk verzorger] is deel van het [afdeling team]

I82: Hmhm

P82: He dus ik denk dat [hij/zij] informatie kan delen die voor belang zijn en wat we in het [afdeling team] willen

I83: Hmhm

P83: Is dat mensen dat de [aanpak] al start op de [afdeling] he zodat de patiënt uit bed gehaald wordt als het kan, dat de patiënt getraind wordt dat de patiënt ADL deels he

I84: Hmhm

P84: Deels ADL zelfstandig wordt dat die z'n geheugen concentratie gaat gebruiken he en daar hoort ook he dus de de [naam geestelijk verzorger] bij

I85: Hmhm

P85: En gezien [zijn/haar] rol he binnen die psychosociale hoek is tuurlijk wel belangrijk dat die bepaalde gegevens deelt

I86: Ja

P86: He met ons

I87: Ja

P87: Want [hij/zij] wij delen ook gegevens met [hem/haar]

I88: Ja ja

P88: Dus ja

I89: Ja en en zit daar dan voor u ergens een een een grens in wat [hij/zij] dan wel of niet zou moeten delen in zo'n MDO of?

P89: Nou [hij/zij] zou moeten delen met ons he wat als wij zeggen van goh we denken dat die patiënt depressief is zou die moeten zeggen van ja ik merk dat die man depressief is he of hij maakte mij een depressieve indruk dan zou de psycholoog de diagnose stellen maar

I90: Hmhm

P90: He [hij/zij] zou wel moeten kunnen aangeven van ja de patiënt maakt bij mij een depressieve indruk is angstig of he

I91: Ja

P91: He patiënt heeft dit meegemaakt op de [afdeling] en is daardoor en is daar heel angstig geweest of ja d'r is recent familie overleden en dat heeft 'm heel erg diep geraakt dat soort dingen ja, denk wel wil je effectief lid van zo'n team zijn zul je dat wel moeten delen ja

I92: Ja ja ja. Dus ook in bijvoorbeeld dan het kader of je de een een psycholoog erbij zou moeten

P92: Ja

I93: Roepen of

P93: Ja ja ja inderdaad ja het is eigenlijk een dubbele rol nog he het is niet alleen de rol van dienst geestelijke verzorging maar ook nog als contactpersoon van die psychosociale groep ja ja

I94: Ja ja ja en dat is dan het enige denkt u dat een rol speelt in dat delen van goh we zouden misschien iemand anders in bij in moeten vliegen?

P94: Nee nee nee wat ik net zei he

I95: Of ja de hele indruk

P95: Ik ik denk dat belangrijk is dat als die patiënt als [hij/zij] informatie van de patiënt krijgt he dus inderdaad indicatie

I96: Ja

P96: Voor vervolg behandeling maar dat zullen wij ook wel los van [hem/haar] stellen maar

I97: Hmhm

P97: [Hij/zij] heeft dat overleg dus dat wel handig als [hij/zij] dat meteen kan overleggen daar he met die psycholoog, maatschappelijk werk, activiteitentherapie

I98: Ja

P98: He maar is het belangrijk als [hij/zij] bijvoorbeeld weet dat die patiënt vertelt van goh ik heb ik ben vorig jaar ook depressief geweest

I99: Ja

P99: En heb bijna zelfmoord gepleegd nou ja dat is wel belangrijk dat wij weten he want dit is ook weer een hele moeilijke situatie dus patiënt he

I100: Ja

P100: Ja kan kan heeft het al één keer gedaan he dus ja dan moet je wel voorzichtig zijn dat het he we alert zijn op dingen

I101: Ja

P101: He en als we dingen weten over de thuissituatie waar waar he waar wij vervolgens maatschappelijk werk weer op kunnen zetten voor dingen te regelen ja

I102: Ja

P102: Ja dat zou is natuurlijk wel ja goed

I103: Ja

P103: He

I104: Ja ja ja dus zijn/haar indruk in die zin dat je dan een geheel beeld krijgt

P104: Ja

I105: Van de achtergrond

P105: Ja

I106: Wat speelt er nog meer

P106: Inderdaad precies ja

I107: En dat die dat zijn/haar contactpersoon met

P107: Ja

I108: Dat andere

P108: Ja ja

I109: Ja oké. In hoeverre vindt u dat u de expertise van een geestelijk verzorger begrijpt in een MDO?

P109: Ja ik denk ik denk dat [naam geestelijk verzorger] eigenlijk heel hard [zijn/haar] best heeft gedaan hier om te zorgen dat we dat begrepen ja

I110: Ja ja

P110: Ja

I111: En en is er dan daarin iets wat daaraan heeft bijgedragen om dat te begrijpen? En wat is dat

P111: Gewoon door door door d'r te zijn en door het werk te doen

I112: Ja ja dus gewoon op de werkvloer te zijn

P112: Ja

I113: En te zien wat [hij/zij] precies doet oké. Zijn er ook bepaalde termen waarvan u zegt die dan expertise van de geestelijk verzorger aanduiden die u zegt goh dat vind ik nou heel bevorderend die hebben mij geholpen in het begrijpen wat een geestelijk verzorger doet of wat [naam geestelijk verzorger] in dit geval doet of d'r zijn er ook bepaalde termen die u juist heel belemmerend vond? Of niet?

P113: Wat je bedoelt

I114: Of is dat is dat dat protocol zegmaar was voor u gewoon duidelijk

P114: Ja

I115: Hoe het daarin stond wat

P115: Ja

I116: Wat een geestelijk verzorger doet

P116: Ja ja

I117: Ja

P117: Ik begrijp de vraag niet helemaal termen

I118: Nee. Ja nou d'r zijn heel veel woorden waarmee mensen kunnen uitleggen wat geestelijke verzorging is

P118: Hmhm

I119: Jullie hebben een protocol en eigenlijk daar staan bepaalde woorden in en andere niet en dat vindt u wat daar in het protocol staat is voor u helder genoeg om het te snappen? Laat ik het zo zeggen

P119: Ja

I120: Ja

P120: Ja

I121: Wat is volgens u de rol heeft u net ook al iets gezegd maar misschien zijn er nog andere dingen de rol van een geestelijk verzorger in een MDO? Als je in het overleg zit

P121: Ja denk ja ik ik heb denk ik wel een beetje gezegd wat ik

I122: Ja

P122: Ik denk dat de rol is he bedoel

I123: Ja

P123: Ik denk dat iets anders natuurlijk is dat he daar hebben we het in het MDO niet over maar

I124: Hmhm

P124: Zingeving is natuurlijk heel belangrijk als je op de [afdeling] ligt en je kan doodgaan

I125: Ja

P125: Dat is toch wel belangrijk he he over het geloof enzo ja daar hebben wij het dat hebben wij dat nemen wij niet mee verder he maar het is denk ik wel belangrijk het zou eigenlijk wel belangrijker moeten zijn dan het nu is

I126: Hm

P126: He wat ik nu denk ja het geloof is heel belangrijk voor mensen

I127: Ja

P127: He dus dat is belangrijk dat daar ook over gesproken wordt en he heel veel mensen hebben daar houvast aan

I128: Ja

P128: He dus ik denk dat het heel belangrijk is dat zij daar aandacht voor hebben en wij zouden misschien wel wat meer aandacht daarvoor mogen hebben

I129: Ja ja ja dus er wordt nu wel aandacht aan besteed als ik het goed in het MDO maar u zegt ja dat zou dan dat zóú in de zin van wat voor impact het kan maken op iemands leven dat iemand op de [afdeling] ligt zou wel meer aandacht zou kunnen hebben

P129: Nou

I130: Of

P130: Ik bedoel meer zingeving

I131: Ja ja

P131: Zingeving zou meer aandacht kunnen hebben he

I132: Ja maar het specifiek in het MDO ook?

P132: Ja ja ja dat dat ja klopt in het MDO is maar hoogstens een halfuur meestal korter

I133: Ja

P133: He dat gaat heel heel to-the-point

I134: Ja

P134: He dus dus dat daar hebben we het niet over

I135: Hmhm

P135: Maar ik denk dat ja he met name mensen maar die patiënten zie ik eigenlijk niet, patiënten waar dus eigenlijk beslissing moet genomen worden over he de knop he uitdoen

I136: Hmhm

P136: De stekker d'r uit om het zo te zeggen

I137: Hmhm

P137: Dus ik denk dat heel belangrijk om dat stukje mee te nemen he hoe ziet iemand he he wat voor geloof heeft iemand wat denkt iemand

I138: Ja

P138: En hoe ja hoe staat iemand in daarin in het leven en in het leven na de dood

I139: Ja

P139: He dat lijkt me wel heel belangrijk ja

I140: Ja ja ja. En dan een heel andere vraag. U heeft net al een beetje uitgelegd van nou dit is ongeveer wat een geestelijk verzorger wat ik een geestelijk verzorger zie doen in het MDO

P140: Hmhm

I141: Zijn er volgens u ook dingen die een geestelijk verzorger zou juist zou moeten laten in een MDO?

P141: Ja kijk dit is een heel kort MDO he

I142: Ja

P142: Dus iedereen komt he

I143: Ja

P143: Dus dus dus ja dus de geestelijk verzorger geeft wat geeft informatie en dus zoveel tijd om heel veel zeggen heeft die eigenlijk niet he

I144: Hmhm

P144: Dus het gaat vrij snel he

I145: Ja

P145: He omdat dat ook de opzet is dus ja ik denk dat die waarschijnlijk heleboel dingen niet vertelt he ja ik weet niet of die nog meer moet laten dat zou ik niet zeggen dat die dat moet doen nee

I146: Nee nee

P146: Nee

I147: Zou die dan juist meer moeten doen? Of?

P147: Nou ja kijk [hij/zij] krijgt de mogelijkheid wel om dingen te zeggen

I148: Ja

P148: Als die dat he als die dat dat nodig vindt

I149: Ja

P149: Maar ik zou zeggen niet dingen laten of zo

I150: Nee nee nee. Welke rol speelt volgens u de eigen spirituele oriëntatie van geestelijk verzorger in het aanbieden van geestelijke verzorging aan patiënten?

P150: Dus je bedoelt het geloof van de

I151: Ja

P151: Van de geestelijk verzorger

I152: Ja

P152: Ja ik heb geen idee want ik ben alleen [naam geestelijk verzorger] gewend

I153: Ja

P153: Dus ik durf het niet te zeggen of dat voor andere

I154: Nee nee

P154: Andere andere he

I155: En en van uw indruk van [naam geestelijk verzorger]?

P155: Ja ik denk zeker dat je dit als je geestelijke verzorger bent dan moet je eigen ja dat moet zeker een rol spelen neem ik aan

I156: Ja

P156: Anders doe je dat vak niet denk ik toch

I157: Hmhm

P157: Je moet zelf ergens in geloven en daar en dat willen he dat dat is jouw zijn jouw waarden en normen en daar wil je mee verder neem ik aan

I158: Ja

P158: He en dat kan je dan testen of checken aan de patiënt maar neem aan dat je dat dat daar jouw kennis en kunde ligt

I159: Ja ja en hoe zit dat met in het MDO? Of dat is natuurlijk heel kort dus

P159: Ja dat komt echt niet ter sprake van wat ik weet zelfs niet eens wat [naam geestelijk verzorger] precies voor geloof heeft

I160: Nee

P160: Eerlijk gezegd he

I161: Nee

P161: Dus dat zegt eigenlijk al genoeg he

I162: Ja ja dat het zo snel en to-the-point gaat

P162: Ja ja

I163: Ja ja

P163: He maar denk dat het met daar zit ik dus niet bij maar er zijn ook overleggen ik denk dat ook een MDO is met voor mensen met he levenseinde beslissingen moeten worden genomen daar denk ik dat dat wel van natuurlijk meer naar voren komt maar daar ben ik niet bij betrokken

I164: Nee

P164: Die is ook wel

I165: Ja ja ja dat verwacht u wel dat dat daar meer

P165: Ja zeker

I166: Precies. Nou dan zijn we mooi op tijd zijn alweer aan het einde gekomen

P166: Oh oké

I167: Ja

P167: Oké

I168: Wilt u nog iets over het onderwerp delen waarvan u wel denkt dat dat wellicht belangrijk zou kunnen zijn maar wat niet aan de orde is geweest?

P168: Nou ik denk dat het heel belangrijk is dat de dienst geestelijke verzorging in meer MDO's is he met name in de [afdeling] hebben we natuurlijk mensen die verlies hebben he

I169: Ja

P169: Die verliezen na een ongeval die verliezen hun hersenfunctie die verliezen een been die verliezen nou maar op he en ik denk dat dat dat gaat een heel stuk over he we vragen dan van die mensen om zich toch aan te passen aan de nieuwe situatie en denk dat daar geloof een hele belangrijke rol kan spelen

I170: Ja

P170: Tuurlijk denk dat he wat mij betreft mag best meer prominent nog in [afdeling] teams zitten want ik denk dat dat mensen kan helpen he

I171: Ja

P171: Bedoel we lezen dat vijftig procent van de mensen die niet meer gelooft maar weet niet of dat echt niet geloven is of dat ze niet naar de kerk gaan he

I172: Hmhm

P172: Dus ik denk dat het heel belangrijk is ik denk dat mensen enorm veel houvast kan geven dus ik vind het jammer ik denk zou zeggen zorg dat jullie d'r meer bij zijn

I173: Ja bij de in de teams bedoelt u

P173: Jaa

I174: Ja ja oké. Nou bedankt

P174: Hmhm

I175: Wilt u het uitgetypte interview nog ontvangen via de mail?

P175: Ja graag ja ja

I176: Oké schrijf ik dat op. Ja. Nou ik zou deze even stopzetten. Even kijken

Bijlage 6: Transcriptie interview participant zes

I1: Bedankt allereerst. Wil je dat ik u of jij zeg?

P1: Je

I2: Ja?

P2: Alstublieft

I3: Ja oké. Hoe lang werk je al binnen dit UMC?

P3: Twintig jaar

I4: Twintig jaar, oké. En dan vraag over MDO's, dat definieer ik hier als overleggen waarin zorgprofessionals van verschillende disciplines samenwerken voor de patiënt door informatie uit te wisselen – maar niet per se opvattingen te delen – en een bijdrage leveren door de behoeften van de patiënt vanuit de eigen kaders van de discipline te bekijken.

P4: Hmhm

I5: Hoe vaak neem jij deel aan een MDO waar ook een geestelijk verzorger aan deelneemt?

P5: Negentien jaar

I6: En is dat elke week of?

P6: We hebben elke week met een [naam] team want ik werk ook mee in het [naam] team dus ik ben [functie], [functie], [functie], [functie] he in die hoedanigheid was ik voor [land] de eerste [functie] [wetenschapsgebied] en [wetenschapsgebied]

I7: Hmhm

P7: Van daaruit hebben we hier een [naam] team opgericht en vanuit dat [naam] team zijn wij ook omdat ik dat al in [land] deed, waar ik vandaan kom, en dat hoor je ook aan mijn accent denk ik, deden we al MDO's he, even

I8: Hmhm

P8: En dat multidisciplinair overleg dat is wekelijks elke [dag] is dat hier van [tijdstip] tot [tijdstip] en we hebben dat ook misschien wel gemaakt niet alleen voor onze eigen team maar voor ook de [artsen], voor de [artsen], de [artsen], als je een patiënt hebt die in een palliatief traject en er moet een gesprek gevoerd worden

I9: Hm

P9: Dan doen we dat op dat moment

I10: Ja

P10: Er is ook een vaste voorzitter van dat MDO die is ook al nu veertien voorzitter van dat MDO dat is [naam]

I11: Hmhm

P11: Een [arts], staat die mee op je lijst om te interviewen?

I12: Ja had ik ook ja

P12: Ja misschien dat is wel belangrijk en die is er alleen op [dag] dus dat moet je even weten

I13: Oké

P13: De andere dagen werkt die elders. En met hem/haar hebben we dat helemaal uitgebouwd en is dat eigenlijk een goed voorbeeld geweest voor [land]

I14: Oké, op die manier

P14: Ja

I15: Dus voor u is dat elke week en daar zit ook een geestelijk verzorger bij? Of

P15: Daar zit vanaf dag één dat ik hier begonnen ben heb ik laten we zeggen aangegeven aan de dienst geestelijke verzorging

I16: Ja

P16: Zo heette die toen nog, nu heet die anders he,

I17: Ja ja klopt

P17: Nu is het [naam afdeling] maar heb ik toen, in die tijd was dat al [naam geestelijk verzorger] heb ik aangegeven dat ik een geestelijk verzorger ik ga het nu even taalkundig

I18: Hmhm

P18: Verkeerd uitdrukken

I19: Ja

P19: Maar wil inkopen [maakt gebaar van aanhalingstekens met vingers] om aanwezig te zijn in het MDO

I20: Ja

P20: En toen hadden we nog geen richtlijn nog geen richtlijn spirituele zorg in de palliatieve zorg of in de zorg in het algemeen trouwens he want er werd helemaal niets rond gedaan

I21: Hm

P21: En die geestelijk verzorger die moest vooral zorgen dat wij één allemaal als medisch inhoudelijke zorgverleners he verpleegkundigen, artsen, fysiotherapeut, psycholoog, case managers van de [artsen] bijvoorbeeld of van de de [artsen] maar dat wij allemaal op de juiste manier aandacht zouden kunnen geven aan spirituele zorg

I22: Hm

P22: Of spirituele dimensie of he daar kun je nog best

I23: Ja

P23: Een discussie over voeren

I24: Hmhm

P24: Dat deden we ken jij [naam geestelijk verzorger]?

I25: Ja

P25: Ja hebben we dus [naam geestelijk verzorger] heeft dat dan daarna overgenomen, we zijn dat oorspronkelijk opgestart met [naam geestelijk verzorger]

I26: Oké

P26: En dat was een geestelijk verzorger vanuit de dienst [naam afdeling] die vanaf dag één heeft meegedaan met ons

I27: Ja, dus u heeft, om even terug te komen, elke week één MDO

P27: Elke week hebben wij één MDO

I28: Ja

P28: Daar worden gemiddeld vier patiënten besproken

I29: Ja

P29: Soms kan dat meer zijn soms is dat minder en als we geen patiënt hebben dan lassen we het af maar dat is een minderheid en dat is niet alleen een lokaal MDO van het [naam UMC]

I30: Hmhm

P30: Dat is een regionaal MDO dus

I31: Oké

P31: Er komen ook bijvoorbeeld de verpleegkundige specialisten ik weet niet of dat je die term kent

I32: Ja ja

P32: Die in de eerste lijn werken, he voor die dan in deze regio de [naam regio], die sluiten aan op dat MDO

I33: Oké

P33: Als ze zelf ook een bijzondere patiënt hebben

I34: Oké dus het is

P34: Dus dat is transpiraal

I35: Ja dus het is niet van één specifieke afdeling dat dat MDO wordt

P35: Nou wij initiëren het he

I36: Ja

P36: Vanuit [naam afdeling]

I37: Ja

P37: Maar we stellen het open voor iedereen

I38: Ja

P38: Ja en eenvoudigweg als je een patiënt hebt en wij doen daar een consult bij of dat dat nu thuis of hier is dan zeggen wij ook uw patiënt gaat besproken worden

I39: Ja

P39: En wij hopen ook telkens dat de huisarts tijd maakt om erbij aan te sluiten, maar dat is een moeilijke stap

I40: Ja oké

P40: Die heeft daar niet altijd tijd voor

I41: Nee nee. Wat is volgens jou geestelijke verzorging?

P41: Tjoe kijk ik ik technisch gezien zou ik moeten de richtlijn spirituele zorg in de palliatieve zorg kunnen citeren

I42: Hmhm

P42: Omdat je maar ik zou zeggen dat het vooral de vierde dimensie is op de dimensies die we daarvoor al hadden

I43: Hmhm

P43: En het biopsychosociale

I44: Ja

P44: Het biologisch medische zal ik maar zeggen, wat natuurlijk een deel van mijn vak is

I45: Hmhm

P45: Het psychologische daar hebben we veel van geleerd en daar zitten ook altijd psychologen en nu collega [naam] daarvoor was dat [naam] he de [functie]

I46: Hmhm

P46: En de sociale dimensie vind ik nog het meest interessant want die dachten we te kennen maar daar kennen we ’t minste van

I47: Hm

P47: En nu dankzij de richtlijn waar ik zelf mee aan de wieg heb van gestaan want ik heb enorme gepusht om de richtlijn spirituele zorg erdoor te krijgen landelijk he

I48: Hmhm

P48: We hebben nu zelfs al een herziening achter de rug

I49: Hmhm

P49: Maar dat concept van A B C in die richtlijn, ik weet niet of je de richtlijn kent even, nog niet, belangrijk dat je die wel kent [lacht]

I50: Ja

P50: Even, maar daar zit ook een A en B en C in, dus A B C van de reanimatie technieken die ken je wel denk ik he

I51: Hmhm

P51: He de airway, de breathing en de circulation

I52: Hmhm

P52: Maar hier hebben we dat eigenlijk omgevormd en gezegd het A en het B is het observeren en het signaleren

I53: Ja

P53: Ja en de eerste opvang moet iedere zorgprofessional kunnen en bij crisis, de C van crisis, in crisis in de spirituele dimensie ja daar moet je voor verwijzen naar een geestelijk verzorger

I54: Ja

P54: Ja ik vind dat nog wel conflictueus

I55: Hmhm

P55: Want wij noemen dat vanaf dag één hebben wij in het [naam UMC] dat niet een geestelijk verzorger genoemd

I56: Hmhm

P56: Taalkundig vind ik dat een woord dat niet helemaal goed past zal ik maar zeggen, is het een verzorger, dat denk ik niet altijd, maar wij hebben het vooral een [naam functie] genoemd

I57: Hm

P57: Omdat ik verwacht helemaal niet dat de geestelijk verzorger in mijn MDO alle zorg zelf gaat opnemen, dat kan niet dat kunnen wij ook niet als zorgverleners in dat MDO, maar dat die vooral goed gaat verwijzen wie moet er thuis voor die patiënt verder gaan zorgen en dat kan reguliere religieuze personen zijn

I58: Hmhm

P58: Maar dat kunnen ook andere mensen zijn die daar nuttig in zijn

I59: Ja

P59: Ja en dat kan ook maatschappelijk werk zijn of dat kan een vrijwilliger zijn die tijd heeft om te praten met iemand dus ik ik lijn dat niet heel scherp af

I60: Hmhm

P60: Maar ik vind wel dat de geestelijk verzorger in mijn MDO zo noem ik dat dan heel even

I61: Ja

P61: Die persoon heeft een enorme grote triage rol, en waarom, omdat toen we ermee begonnen, maar nu praat ik over [jaartal]

I62: Ja

P62: He in [jaartal] toen was er eigenlijk núl aandacht voor deze dimensie

I63: Hmhm

P63: Dus niemand wist hoe dat dan moet naar wie moet je naartoe, er waren nog wel pastors en imams en humanistische

I64: Ja

P64: Zorgverleners maar die bemoeiden zich daar eigenlijk niet mee zeker niet in een ziekenhuisstructuur

I65: Hm

P65: Die deden heel veel in de eerste lijn en in hun kerken, maar als we zegden he maar bij een patiënt zou je toch iets extra aandacht moeten hebben of een persoon met een ziekte moeten we nu zeggen

I66: Ja

P66: Dat weet je ook wel

I67: Hmhm

P67: En dat was wel een hele grote stap

I68: Ja

P68: Ja

I69: Dus die triage rol en je zei net ook iets over spirituele dimensie en wat wat verstaat u daaronder?

P69: Nou de spirituele dimensie is alles wat niet onder die eerste drie valt

I70: Ja

P70: He en ik noem het altijd een beetje vanuit mijn standpunt

I71: Ja

P71: He he de motor van het leven daar haal je motivatie daar haal je inzicht van hoe ben ik verbonden met anderen maar ook met iets vraagteken groter he

I72: Hmhm

P72: Andere mensen noemen dat God of wie dan ook, dat maakt niet zo veel uit denk ik. Maar de spirituele dimensie is vooral een kracht die mensen hebben om zichzelf ten opzichte van de mensheid te zetten en daarin te geloven of daar de moeite in te verliezen dat kan van alles nog wel zijn

I73: Ja

P73: Even en zeker mensen die ziek worden of die een tegenslag meemaken hebben extra nood aan spirituele dimensie dan aan als je heel gezond bent

I74: Hmhm

P74: Dan denk je meestal niet aan

I75: Nee. Oké. En stel d'r schuift een nieuwe deelnemer aan in een MDO die niet weet wat geestelijke verzorging inhoudt, welke termen zou jij dan juist wel of niet gebruiken om uit te leggen wat geestelijke verzorging is?

P75: Ja dat is een moeilijke vraag die je me stelt he, even

I76: Hmhm

P76: Want op dit ogenblik door de laten we zeggen de [naam afdeling] spreken we nu altijd van zingeving en spiritualiteit

I77: Oké

P77: Ook in de medische termen, dus wij hebben niet zozeer dat we nog spreken van een geestelijk verzorger

I78: Nee

P78: Ik blijf nog altijd dat heb ik altijd gedaan [naam geestelijk verzorger] is voor mij mijn [functie]

I79: Ja

P79: Of spirituele dimensie of wat dan ook

I80: Ja

P80: En zij/hij kan ook dingen die andere mensen niet kunnen, dus dat wordt interessant

I81: Ja

P81: En daardoor detecteert zij/hij ook wel dingen die misschien wel ertoe doen

I82: Hmhm. En welke bijdrage levert volgens u geestelijke verzorging aan de gezondheid van een patiënt?

P82: Aan de gezondheid kan ik niet antwoorden want die mensen zie ik meestal niet, ik zie vooral zieke mensen [lacht]

I83: Ja

P83: Is een beetje een strikvraag he, taalkundig klopt je vraag niet helemaal

I84: Hmhm

P84: Ik denk dat geestelijke verzorging bij gezonde mensen heel veel kan doen

I85: Ja

P85: Maar ik denk dat je er dan niet aan denkt

I86: Nee

P86: Even he dus mensen die gezond zijn in de maatschappij doen die van alles maar

I87: En aan de patiënt?

P87: Maar voor de patiënt of voor de persoon met een ziekte

I88: Ja

P88: Daar kan dat heel veel bijdragen he want het is echt de vierde dimensie

I89: Ja

P89: En het maakt niet zoveel uit of dat je gelooft in Machteld Huber of in vier dimensies van de definitie van palliatieve zorg maar in ieder geval is een burger die aandacht heeft voor zijn eigen spiritualiteit een rustige burger

I90: Hm

P90: Ten opzichte van een die dat niet doet

I91: Oké

P91: Ja, want zodra dat die ziek wordt zie je ook wel dat mensen met een met een begrip in hun eigen spiritualiteit dat die rustiger zijn dat die een betere kwaliteit van leven ervaren dat die minder medicatie nodig hebben dat die veel meer ook hun omgeving kunnen geruststellen he dat is een beetje raar want als je ziek bent dan moet je door de omgeving gerustgesteld worden, maar je ziet iemand die een mooie spiritualiteit beleeft dat die ook z'n omgeving kan geruststellen

I92: Hm

P92: Van oké ik ga wel dood maar is dat nou zo erg, even snap je

I93: Ja

P93: Die mentaliteit zit daar meer in terwijl dat heel veel mensen die weinig spiritualiteit beleven ja die gaan vaak strijdend ten onder he

I94: Hm

P94: Die hebben ook het gevoel van als ik dood ben is het gedaan, dat is bij spirituele mensen minder he

I95: Ja, welke zorgprofessional of zorgprofessionals pakken volgens jou vraagstukken over geestelijke verzorging op?

P95: Ik zou zeggen gemiddeld in een palliatief team iedere professional

I96: Hm

P96: Ja iedere of dat dan nu de dokter, de verpleegkundige, de verpleegkundig specialist, de PA, de huisarts of de psycholoog is, ik denk dat ze daar door de richtlijn spirituele zorg

I97: Hmhm

P97: Dat ze automatisch daar veel meer aandacht voor hebben. Ik denk dat in de, ik noem het dan voorzichtig wat zo mag je het denk ik in de tekst niet noemen maar

I98: Hmhm

P98: In de curatieve zorg he waar mensen denken dat ze de eeuwige leven hebben, een cardioloog of een longarts maar dat is een beetje perciverend want ik moet daar voorzichtig mee zijn

I99: Hmhm

P99: Want we zijn twintig jaar verder en er wordt veel meer aandacht aan gegeven door iedereen

I100: Ja

P100: Je ziet ook wel dat vind ik ook wel leuk he door nu generatie Z zal ik maar even zeggen, waar jij tot behoort he? [lacht]

I101: Denk het wel ja [lacht]

P101: [lacht] ik zeg het even voorzichtig, is het best natuurlijk van mijn kant uit, maar

I102: Hm

P102: Ik zie wel dat ook die mensen daar terug veel meer aandacht voor hebben en dat toen ik twintig jaar geleden [functie] werd had ik [aantal] [doelen] bij mijn [aanstelling] en mijn [aantal] [doel] was waar zit nu de spiritualiteit in [land] en toen zei men sst [eigen naam] daar moeten we het niet over hebben in [land], terwijl dat ik uit een land kwam waar in mijn ziekenhuis de pastor een heel belangrijke rol had

I103: Ja

P103: En die rol zijn we óf vergeten óf we hebben die wegbezuinigd óf die bestaat niet meer he, je mag zelf bedenken wat de reden kan zijn, terwijl dat ik denk juist dat die rol misschien wel heel belangrijk was

I104: Ja

P104: En ik heb hier ook nog meegemaakt dat we helemaal in het begin mochten we achter persoon z’n religie vragen bij de amnese en dan twee jaar later werd er door de directeur van het ziekenhuis ja maar dat behoort tot de privacy sfeer

I105: Ja

P105: Dat mag je niet meer vragen

I106: Ja

P106: En dan stonden we daar

I107: Ja

P107: Ik mag niet vragen of jij katholiek of of een moslima of een boeddhist en als jij sterft zijn er allemaal spelregels maar ik mag ze niet toepassen

I108: Ja

P108: Het moet niet gekker worden. Snap je wat ik bedoel

I109: Ja

P109: Dus ik heb me er nooit veel van aangetrokken omdat ik vond ook wel dat dat een geestelijk verzorger met het hart op de juiste plaats en dat zal ik nog toelichten wat ik daarmee bedoel, kan juist enorm goed bijdragen om zieke personen een een rust te geven, ja, dat zijn ze wel vergeten, want de meeste geestelijk verzorgers slash religieuze medewerkers ja die zitten veel meer met hun eigen kerkelijke geloof en met ja de missie die ze daarvan hebben

I110: Hmhm

P110: En dat vind ik niet altijd noodzakelijk mensen tot rust brengen

I111: Hmhm

P111: Dat is mijn persoonlijke visie

I112: Ja

P112: Terwijl als je dat wel zou durven invullen op die manier dan zou je zien dat de kerken en dat de aandacht voor religiositeit opnieuw zou zou toenemen

I113: Hm

P113: Dat denk ik. En kijk naar de Afrikaanse landen of naar het oosten en het impact dat de paus nu heeft met zijn reis in het oosten ja ik vind dat wel mooi om zien want die mensen hebben heel wat minder luxe dan wij waardoor die dimensie een veel grotere rol speelt denk ik

I114: Ja, en in hoeverre vindt u jij dat een geestelijk verzorger patiëntinformatie moet delen in een MDO?

P114: Ja dat is een heel dat is een grote vraag maar dat hebben we opgelost met het boek van [naam geestelijk verzorger], ik weet niet of dat je dat boek gelezen hebt maar daar [hoofdstukken] heb ik met hem uitgewerkt wat juridische kaders zijn

I115: Hmhm

P115: He dus wij hebben het heel eenvoudig gemaakt, d'r zijn twee soorten van beroepsgeheim je hebt mededeelzaam beroepsgeheim dat is in het medische kader dus wat wij hier doen in een ziekenhuis is mededeelzaam beroepsgeheim

I116: Hmhm

P116: Als een geestelijk verzorger of een persoon he medewerker in de spiritualiteit in het MDO komt zitten, dan praten we daar over het mededeelzaam beroepsgeheim en als je daar niet aan wil meedoen moet je ook niet binnenkomen

I117: Hm

P117: Dat vind ik dat je moet buiten blijven, dan want alles wat wij daar doen is confidentieel is AVG gevoelig. Ik vind het daarom ook technisch gezien storend dat de Nederlandse vereniging voor geestelijke verzorging niet ervoor zorgt dat er misschien wel twee groepen zijn namelijk diegenen die meedoen in een MDO en daardoor BIG geregistreerd worden en dan heb je de wetgeving van de privacy die automatisch van tel is en als er priesters en imams tussen zitten die zeggen nee ik heb niet mededeelzaam beroepsgeheim vind ik prima maar die hoeven niet te komen van mij, die moeten wegblijven

I118: Ja, helder.

P118: Die hebben daar niks te zoeken, dan

I119: Ja. In hoeverre

P119: In dat boek staat heel mooi uitgewerkt waarom en hoe, dus [naam geestelijk verzorger] ik heb het hier niet staan denk ik nee, maar die heeft een heel mooi boek voor de voor de educatie van de zingeving in de medische zorg voor palliatieve zorg

heeft een boek geschreven, [hoofdstukken] gaan hier helemaal over, hebben we ook juridisch uitgezocht en kerkelijke kaders enzovoort en je hebt wel degelijk een mededeelzaam beroepsgeheim

I120: Ja. Interessant.

P120: Mooi he

I121: Ja. Als u kijkt naar jij kijkt naar de afgelopen drie maanden ongeveer en de MDO's die daarin plaatsvonden in hoeverre zou jij dan zeggen begrijp jij de expertise van een geestelijk verzorger in een MDO?

P121: Zeker. Ik heb ik kom uit een MDO

I122: Ja

P122: Van een halfuur geleden [naam geestelijk verzorger] zat daarmee aan en heeft daar een heel essentiele rol in en brengt ook wel een dimensie binnen die wij minder goed bespelen zeg ik maar heel even

I123: Ja

P123: Wij kunnen die ook wel leren he laten we niks verkeerd verstaan

I124: Hmhm

P124: Maar in ons team is de blik van [naam geestelijk verzorger] dan noem ik het maar even als [functie] is super belangrijk

I125: En hoe ben jij die blik gaan begrijpen, wat heeft daaraan bijgedragen?

P125: Door er jarenlang mee samen te werken

I126: Ja, gewoon ervaring

P126: En te zien wat zij kan wat ik kan, niet alleen ervaring, kijk, de geestelijk verzorger die in een klinisch team komt werken of mag komen werken die moet natuurlijk ook een enorme deskundigheid hebben

I127: Hm

P127: Ja dat vraagt ook van die persoon wel heel veel opleiding, visie, structuur, begrijpen hoe een ziekenhuisteam werkt he

I128: Ja

P128: Want voor de meesten is dat onbekend terrein

I129: Hmhm

P129: En ik vind het ook wel interessant want ik had nog onlangs een overlijden en ik ging naar de overlijdensdienst, ik ging mee naar de teraardebestelling de dat was een hele jonge pastoor nog, een kapelaan, ja en die zei oh interessant wat u doet enzovoorts ik zeg ja maar kent u mijn vak wel, he want hij kent wel zijn vak als kapelaan

I130: Hmhm

P130: En hij weet wel welk boekske hij moet opendoen en wat die moet voorlezen

I131: Ja

P131: Maar of dat die nu levenservaring heeft en de mensen voelen dat die snapt wat die mensen meemaken dat vind ik nog wel een grote vraag

I132: Ja, ja. Ook dat speelt een rol

P132: Dat speelt een enorme rol en ik denk we zien ook wel dat geestelijk verzorgers noem ik het dan even

I133: Hmhm

P133: Dat die zelf veel hebben gemaakt kunnen véél beter inleven wat een patiënt of een familielid meemaakt he, is ook mooi om te zien, dus daar moet echt getraind worden dat moet je in de klinische zorg en klinische kan ook thuis he, is niet alleen hier

I134: Hmhm

P134: Maar moet je enorme training lopen om dat om dat passend te doen denk ik

I135: Ja. U heeft in het begin jij hebt in het begin ook er al iets over gezegd, wat is volgens jou de rol van een geestelijk verzorger in een MDO?

P135: De vierde dimensie bewaken voor mij heet dat dan

I136: Ja

P136: He dus die vierde dimensie die wordt vaak vergeten of is onbekend ook nog bij zorgverleners

I137: Hmhm

P137: Is vaak onbekend tegenwoordig voor patiënten zelf en familieleden en omgeving dus ik denk die vierde dimensie kunnen observeren kunnen in kaart brengen kunnen mededelen aan anderen en daar een perspectief aanbieden he, kijk ik zal één klein voorbeeld geven, maar heel veel mensen die voelen heel veel pijn ja en als je dan vraagt ja wat voor pijn is dat, is dat pijn aan uw teen of is dat zielepijn kunnen ze dat niet weergeven. Ik denk juist dat een goede [functie] moet kunnen kijken is dit nu zielepijn en wat moet er dan, dan moet je geen morfine geven, maar moet je vooral de stoel pakken en gaan zitten en een goed gesprek voeren

I138: Ja

P138: En misschien wel morgen terugkomen en ook durven zeggen ik kom morgen nog eens terug en als u naar huis gaat laat mij weten, ik heb een hele goede collega en die komt dan bij u thuis wel langs, zoiets, ja even. Ik denk dat die dynamiek van de zorg die heel erg transmuraal is en erg naar de eerste lijn

I139: Hmhm

P139: Dat een geestelijk verzorgers slash consulent

I140: Hmhm

P140: Dat die dat moet volgen

I141: Ja. En is er ook iets wat die moet laten in een MDO?

P141: Ja die moet vooral niet belerend overkomen. Ik denk dat een geestelijk verzorger die als als de patiënt daar geen zin in heeft daar toch over geloof of religie begint, dan denk ik dat je een cruciale fout maakt

I142: Ja

P142: Dat denk ik en die rolverwarring die die zie ik nog heel vaak gebeuren ja er zijn nog heel vaak mensen als er familie aangeeft we willen graag een ritueel en daar hebben we dan een klassieke religieuze deskundige prima he

I143: Hmhm

P143: Maar er zijn ook andere rituelen

I144: Ja

P144: Die hoeven helemaal niet alleen door hen gegeven te worden, maar het mag niet de hoek zijn ik kom nog even langs óm

I145: Ja

P145: Ja want als ze dat doen ja één dan hebben ze mij tegen, even als [functie]

I146: Hmhm

P146: Omdat ik vind dat vaak ongehoord wat ik dan hoor uitspreken tenzij dat die familie uit die traditie komt en heel fijn vindt dat dat gebeurt

I147: Ja

P147: Maar daar zitten veel spanningsvelden. En ik geef een tweede voorbeeld, bij veel toch islamitische patiënten zien wij enorm spanningsveld tussen wat is kwaliteit van leven en wat verwacht Allah van mij en wat is de rol van de imam daarin he, dus wij gaan heel ik ga heel vaak of ik roep heel vaak bij een islamitische patiënt de imam erbij met de familie om tot een gesprek te komen mogen we wel of niet een palliatieve sedatie geven

I148: Ja

P148: En oorspronkelijk tien jaar geleden dan zei men maar mag niet want ge moet elke minuut tot Allah kunnen bidden, ik snap dat wel

I149: Hmhm

P149: Ik zeg ja maar ik ben [functie] ik kan zorgen dat je drieëntwintig uur slaapt en één uur wakker bent

I150: Ja

P150: Op een dag ja, dus je kunt perfect bidden tot Allah en de rest van de tijd heb je geen pijn. Moeilijke balans he. In de nieuwe culturen die mensen bij hebben want het zijn ook mengculturen he dus ik denk daar goed aandacht voor hebben en wat [naam geestelijk verzorger] dan voor ons doet zal ik maar zeggen zoals [naam geestelijk verzorger] die ken je ook wel denk ik he

I151: Ja

P151: Maar die zijn heel erg aan het nadenken wat is onze en ik had het even taalkundig verkeerd he tuurlijk

I152: Hmhm

P152: Wat is onze medische rol om op die vier dimensies goed te antwoorden

I153: Ja

P153: Ja en dat is heel mooi model denk ik en dat hebben we tot hier toe ik echt in twintig jaar van geen één patiënt van een klacht gehoord, integendeel, mensen zeggen van wauw, wat kijken jullie naar die hele mens. Ja, dat vind ik heel mooi

I154: Ja

P154: Daar ben ik heel trots mee

I155: En welke rol speelt volgens u de spirituele oriëntatie van de geestelijk verzorger in het aanbieden van geestelijke verzorging?

P155: En wat bedoel je daarmee spirituele oriëntatie

I156: Nou de eigen ja de eigen

P156: De eigen inzichten

I157: Ja de eigen geloofs- of levensovertuiging

P157: Ah ja. Geen. Even

I158: Hmhm

P158: Ik denk als als kijk iedereen mag van mij een eigen spirituele oriëntatie hebben zoals jij het noemt, is wel mooi gezegd ik heb ‘t nog nooit gehoord maar, bon

I159: Ja

P159: He dus dat noem ik eigen religiositeit

I160: Ja

P160: Maar is misschien heel oud wat ik nu zeg, dat mág, maar bij een burger die ziek is, een patiënt, moet je natuurlijk neutraal zijn, daar gaat het dus niet over, degene die dat niet kunnen, he even

I161: Ja

P161: Die dat vermengen, dat vind ik een beroepsfout

I162: Ja

P162: Ik zet dat zwaar aan, maar dat doe ik heel expliciet [lacht]

I163: Ja nee dat is goed. Welke termen vindt u juist bevorderend of belemmerend, jij zei er net ook al iets over, om geestelijke verzorging aan te duiden?

P163: Ja weet je ik vind we hebben nu een consensus dat de term zingeving nuttig is

I164: Ja

P164: En dat de term spiritualiteit, eigenlijk is dat een spijtige term spiritualiteit, waarom, omdat die komt vooral uit het Engels he in het Engels is spirituality is heel breed begrip, dat is een containerbegrip, wij interpreteren in het Nederlands spiritualiteit verwarren veel mensen met religiositeit dat is het zeker niet

I165: Hmhm

P165: Denk ik dus ik denk dat een begripsverheldering ja dat dat belangrijk is

I166: Hmhm

P166: Maar in technische zin hebben we nu vijftien jaar gewerkt aan de eerste en de tweede en nu de derde richtlijn spiritualiteit dus ik hoop niet dat ze die term gaan veranderen

I167: Ja

P167: Want dat is hetzelfde als met palliatieve zorg, mensen denken bij palliatieve zorg aan terminale zorg

I168: Hm

P168: Maar dat is het helemaal niet, het gaat erover aandacht hebben voor een zieke persoon van zodra dat die ongeneeslijk is, dat kan heel jong zijn en die kan nog dertig jaar leven. Als je nierziekte hebt, leverziekte, hartfalen, kanker is iets anders he pffiewt [zwaai beweging met hand], daar ga je snel dood mee, in sommige gevallen,

I169: Hmhm

P169: Maar ik denk dat de terminologie heel belangrijk is, dus een goede vraag, maar ik hoop dat we ‘m niet te veel omgooien nu want eindelijk beginnen we in de pers spiritualiteit te laten landen en dat is niet religiositeit

I170: Nee

P170: Snap je dus

I171: Ja

P171: Daar daar moeten we even heel verstandig mee omgaan

I172: Ja. Interessant

P172: Maar [naam] weet dat wel van mij [lacht]

I173: Wilt u nog iets delen over het onderwerp wat waarvan je denkt dat het misschien wel belang is maar wat nog niet aan de orde is geweest?

P173: Ja in een ziekenhuis vind ik dat er loopt hier enorm veel teams rond alleen weten ze niet van mekaar dat ze teams zijn. Hoe ben ik op deze lijn gekomen ooit, voor [jaartal] dat was omdat ik een geweldig goeie oude pastoor had in mijn ziekenhuis he, klinkt even fout, ik weet niet, ben jij zelf katholiek of geen godsdienst, oké, he maar die pastoor die ging elke zondag in mijn ziekenhuis was een katholiek ziekenhuis in [land] ging die elke ochtend langs om de hostie uit te delen, als er gevraagd was je ken het het ritueel he

I174: Ja

P174: Even, en die hield heel goed in ‘t oog wie z’n tong niet meer kon uitsteken. Want dan dacht die, dat is fout, die gaat sterven binnen dit en twee weken, bij manier van spreken, ja. En dan had die een briefje en schreef die al die namen, mag nu niet meer hoor, maar toen deed die dat. Ik praat nu over [jaartal] he even

I175: Hmhm

P175: Zo ongeveer. En had die een briefje en schreef die alle namen op en ik was [functie] en ik kwam op zondagavond in het ziekenhuis, premediceren mensen die maandag onder narcose moesten, moesten een [arts] gezien hebben en dat deed ik, dan gaf die dat briefke aan mij en zei [eigen naam] in die kamer moet u eens even binnengaan want ik denk dat ge daar werk hebt

I176: Hm

P176: Was heel mooi werk zo ben ik gestart, dat spontane team van mensen die, want hij was pastoor in het [plek]

I177: Hmhm

P177: Waar mijn ziekenhuis stond en hij droeg dus heel goed zorg voor zijn mensen thuis want hij ging ook op huisbezoek

I178: Ja

P178: Maar ook in het ziekenhuis

I179: Ja

P179: En ík heb daardoor geleerd dat als zo’n patiënt inderdaad nog maar twee drie weken te leven had dan dacht ik oh dan gaan we snel naar huis laten gaan want mensen wilden graag thuis sterven en ik ben mee uit het ziekenhuis gegaan en de medische dingen thuis volgen. Dus wij waren samen, vond ik, avant à la lettre heet dat dan heel mooi. In [land] waren we echt een spiritueel aandachtig team. Ik heb daar heel veel plezier van gehad ik heb daar ook heel tevreden klanten mee gehad he

I180: Hmhm

P180: Kwam ik bij een en die zegt goh wat fijn dat de dokter aan huis komt, de medisch specialist he

I181: Ja

P181: De huisarts was er ook wel bij vaak bij, en huisartsen zijn daar spontaan daardoor met die religieuze medewerkers zijnde pastoor

I182: Hmhm

P182: Beginnen samenwerken om de zorg voor die wijk te verbeteren

I183: En wat bedoelt u dan met veel, d'r zijn veel teams maar niet iedereen beseft dat ze een team zijn?

P183: Nou iedereen loopt hier langs mekaar heen, iedereen die is druk met z'n eigen agenda met administratie of wat dan ook, één ding mogen we niet vergeten, hier zijn echt ongeneeslijke ziekten in dit huis, die hebben allemaal noden waaronder spirituele noden, en daar moeten wij naar kijken

I184: Hm

P184: En als een verpleegkundige mij om drie uur 's nachts belt als ik dienst heb en die zegt [eigen naam] deze patiënt heeft heel veel pijn welke morfine mag ik geven en hoeveel, zeg ik geen morfine geven, een stoel pakken u collega verwittigen dat je een halfuurtje een gesprek gaat voeren

I185: Hm

P185: Gaan zitten en práát eens met die mensen, in echt waar in zeventig procent van de gevallen heb je geen morfine nodig en vallen die mensen in slaap want ze hebben hun hart kunnen luchten, ze hebben kunnen vertellen wat hun bezighoudt en ze worden en de nacht is daar heel mooi voor, snap je

I186: Ja

P186: En wij hebben de nacht wegbezuinigd want de verpleegkundige moet 's nachts de kasten vullen en de vloer proper maken en de bedden verschonen en een heleboel dingen doen die ik vind dat andere mensen zouden kunnen doen die geen werk hebben

I187: Hmhm

P187: En laat die verpleegkundige, verpleegkundige zijn

I188: Ja, dus ook oprechte aandacht

P188: Oprechte aandacht, dat is het mooiste wat er is, ja ik ben enorme fan van Andries Baart he

I189: Oh ja

P189: De presentietherapie

I190: Hmhm

P190: Of de presentietheorie en therapie, ja ik blijf dat belangrijk vinden

I191: Ja

P191: Daarom, dat vind ik echt mooiste

I192: Wil je het uitgetypte interview ontvangen?

P192: Als dat kan graag

I193: Ja hoor geen probleem

P193: Dat vind ik altijd, ben ook nieuwsgierig naar je naar je resultaten van het onderzoek

I194: Ja, kan ik ook sturen

P194: Als je een scriptie over hebt dan, je hoeft niet op papier uit te drukken he, maar je kunt het met een mail sturen en mijn mail staat in uw informed consent dus, maar leuk dat je dat onderzoek doet, dus veel succes

I195: Ja bedankt.

P195: Het ging vlot he [lacht]

I196: Ja, ik heb mijn best gedaan [lacht]

P196: Ik heb je afgedreven excuses. Je hebt het toch opgenomen.

Bijlage 7: Vragenlijst geestelijk verzorgers

Introductie

1. Bedankt.
2. Jij of u aanspreken?
3. Onderwerp en doel van het interview
    a. Onderwerp: rol van geestelijk verzorgers in een MDO in een UMC
    b. Doel: inzicht verwerven in de rolopvattingen van geestelijk verzorgers in MDO's en in de rolverwachtingen van zorgprofessionals van andere disciplines van geestelijk verzorgers in MDO's in een specifiek UMC in Nederland.
    c. Tijdsduur: max. 1 uur
4. Hoe resultaten in de scriptie worden gepresenteerd (codes + enkele citaten)
5. Altijd recht om terug te trekken zonder opgave van reden
6. Zo veel mogelijk anonimiteit waarborgen:
    a. Persoon pseudoniem in scriptie (bijv. participant 1). Beroep wel genoemd.
    b. Herleidbare plaatsen, namen etc. eruit gehaald (geanonimiseerd)
    c. Geluidsopname en transcript ervan op online beveiligde werkmap Radboud Universiteit bewaard voor 5 jaar.
7. Vrij spreken, geïnteresseerd eigen mening en ervaringen (jouw/uw kijk, neem de tijd, onduidelijk? Zeg het)
8. Vertrouwen. Anoniem zo veel mogelijk. Geen foute antwoorden.
9. Vragen?
10. Schriftelijke handtekening zetten toestemmingsformulier. Kopie geven ander?? Vragen.

Nogmaals onderwerp van het onderzoek en het doel van het interview

Opname aanzetten (2x! horloge af: tijd bewaken) en extra goed controleren!! Evt. tweede ook aanzetten. Mobiel op vliegtuigstand!!

Relevante kenmerken

1. Hoe lang doe je dit werk al binnen dit UMC?

- Idee erachter: meer ervaring met beroep→ meer ervaring met rol van geestelijk verzorger→ beter begrijpen van rol geestelijk verzorgers

→ definitie MDO

2. Hoe vaak neem je deel aan een MDO?
    - Idee erachter: in hoeverre structurele samenwerking→ hoe structureler, hoe meer vertrouwen/op elkaar ingespeeld→ beter begrijpen rol geestelijk verzorger

Thema 1: MDO (beantwoorden met in achterhoofd een MDO dat in de afgelopen 3 maanden heeft plaatsgevonden→ voor vergelijking en recent)

Discipline van de geestelijke verzorging

3. Wat is volgens jou geestelijke verzorging? **(dimensie 1.1)**
    - Als er een antwoord komt met 'dit doet een geestelijk verzorger' vragen: Waar richt de geestelijke verzorging zich op/wat houdt geestelijke verzorging in? **(dimensie 1.1**)
    - Waarom kies je voor deze beschrijving en niet voor andere beschrijvingen van geestelijke verzorging? **(indicator 2.2.1-2.2.2)**
4. Stel er schuift een nieuwe deelnemer aan in een MDO die niet weet wat geestelijke verzorging inhoudt. Welke termen zou jij dan juist wel of niet gebruiken om uit te leggen wat geestelijke verzorging is? **(indicator 1.1.1-1.1.3 + 2.2.1-2.2.2)**
    - Waarom kies je ervoor om juist deze termen wel of niet te gebruiken? **(indicator 1.1.1-1.1.3 + 2.2.1-2.2.2)**
5. Welke bijdrage levert geestelijke verzorging aan de gezondheid van een patiënt? **(dimensie 1.2)** (geen definitie, jouw/uw kijk op gezondheid)
    - Hoe ziet deze bijdrage (van geestelijke verzorging aan de gezondheid van een patiënt) er concreet uit? **(indicatoren 1.2.1-1.2.5)** evt. wanneer het concrete nog onduidelijk is
6. Welke zorgprofessional of zorgprofessionals pakken vraagstukken over geestelijke verzorging op? **(dimensie 1.3)**

- Welke zorgprofessional of zorgprofessionals/wie biedt geestelijke verzorging? **(dimensie 1.3)** evt. wie heeft aandacht voor vraagstukken van de geestelijke verzorging (n.a.v. participant 4)

7. In hoeverre deel jij als geestelijk verzorger al dan niet patiëntinformatie in een MDO? **(dimensie 2.1)**
    - Welke factoren spelen een rol in deze afweging (om patiëntinformatie al dan niet te delen in een MDO)? **(indicator 2.1.1 en 2.1.2)** evt. 1 factor genoemd: welke andere factoren? (n.a.v. participant 4)

→ definitie vrijplaats

8. Hoe interpreteer jij 'de vrijplaats'? **(indicator 2.1.2-2.1.2.2)**
    - In hoeverre beïnvloedt jouw opvatting van 'de vrijplaats' het al dan niet delen van patiëntinformatie binnen een MDO? **(indicator 2.1.2-2.1.2.2)**
9. In hoeverre begrijpen zorgprofessionals van andere disciplines jouw expertise in een MDO? **(indicator 2.2.1)** afgelopen drie maanden
    - Hoe zorg jij ervoor dat in een MDO zorgprofessionals van andere disciplines jouw expertise begrijpen? **(indicator 2.2.1)**
    - Welke termen (om geestelijke verzorging aan te duiden) ervaar jij als bevorderend of belemmerend bij het ervoor zorgen dat zorgprofessionals van andere disciplines jou begrijpen? **(indicator 2.2.1-2.2.2)**

Thema 2: rol.

10. Wat is jouw rol als geestelijk verzorger in een MDO? **(dimensies 1.1 en 2.1)**
    - Wat vindt jij dat je als geestelijk verzorger moet doen of laten in een MDO? **(indicator 2.1.1)**
11. Welke rol speelt jouw eigen spirituele oriëntatie in het aanbieden van geestelijke verzorging aan patiënten? **(indicatoren 2.2.1-2.2.2)**
    - In hoeverre speelt jouw eigen spirituele oriëntatie een rol in jouw deelname aan MDO's? **(indicatoren 2.2.1-2.2.2)**

Afsluiting

1. Wil je nog iets delen over het onderwerp wat wél van belang is, maar niet aan de orde is geweest?

2. Wil je het uitgetypte interview ontvangen (voor eigen interesse)?
3. Bedankt voor je deelname!

Bijlage 8: Vragenlijst zorgprofessionals van andere disciplines

Introductie

1. Bedankt.
2. Jij of u aanspreken?
3. Onderwerp en doel van het interview
    a. Onderwerp: rol van geestelijk verzorgers in een MDO in een UMC
    b. Doel: inzicht verwerven in de rolopvattingen van geestelijk verzorgers in MDO's en in de rolverwachtingen van zorgprofessionals van andere disciplines van geestelijk verzorgers in MDO's in een specifiek UMC in Nederland.
    c. Tijdsduur: max. 1 uur
4. Hoe resultaten in de scriptie worden gepresenteerd (codes + enkele citaten)
5. Altijd recht om terug te trekken zonder opgave van reden
6. Zo veel mogelijk anonimiteit waarborgen:
    a. Persoon pseudoniem in scriptie (bijv. participant 1). Beroep wel genoemd.
    b. Herleidbare plaatsen, namen etc. eruit gehaald (geanonimiseerd)
    c. Geluidsopname en transcript ervan op online beveiligde werkmap Radboud Universiteit bewaard voor 5 jaar.
7. Vrij spreken, geïnteresseerd eigen mening en ervaringen (jouw/uw kijk, neem de tijd, onduidelijk? Zeg het)
8. Vertrouwen. Anoniem zo veel mogelijk. Geen foute antwoorden.
9. Vragen?
10. Schriftelijke handtekening zetten toestemmingsformulier. Kopie geven ander?? Vragen.

Nogmaals onderwerp van het onderzoek en het doel van het interview

Opname aanzetten (2x! horloge af: tijd bewaken) en extra goed controleren!! Evt. tweede ook aanzetten. Mobiel op vliegtuigstand!!

Relevante kenmerken

1. Hoe lang doe je dit werk al binnen dit UMC?

- Idee erachter: meer ervaring met beroep→ meer ervaring met rol van geestelijk verzorger→ beter begrijpen van rol geestelijk verzorgers

→ definitie MDO

2. Hoe vaak neem je deel aan een MDO waar ook een geestelijk verzorger bij zit?
    - Idee erachter: in hoeverre structurele samenwerking→ hoe structureler, hoe meer vertrouwen/op elkaar ingespeeld→ beter begrijpen rol geestelijk verzorger

Thema 1: MDO (beantwoorden met in achterhoofd een MDO dat in de afgelopen 3 maanden heeft plaatsgevonden→ voor vergelijking en recent)

Discipline van de geestelijke verzorging

3. Wat is volgens jou geestelijke verzorging? **(dimensie 1.1)**
    - Als er een antwoord komt met 'dit doet een geestelijk verzorger' vragen: Waar richt de geestelijke verzorging zich op/wat houdt geestelijke verzorging in? **(dimensie 1.1**)
    - Waarom kies je voor deze beschrijving en niet voor andere beschrijvingen van geestelijke verzorging? **(indicator 2.2.1-2.2.2)**
4. Stel er schuift een nieuwe deelnemer aan in een MDO die niet weet wat geestelijke verzorging inhoudt. Welke termen zou jij dan juist wel of niet gebruiken om uit te leggen wat geestelijke verzorging is? **(indicator 1.1.1-1.1.3 + 2.2.1-2.2.2)**
    - Waarom kies je ervoor om juist deze termen wel of niet te gebruiken? **(indicator 1.1.1-1.1.3 + 2.2.1-2.2.2)**
5. Welke bijdrage levert geestelijke verzorging aan de gezondheid van een patiënt? **(dimensie 1.2)** (geen definitie, jouw/uw kijk op gezondheid)
    - Hoe ziet deze bijdrage (van geestelijke verzorging aan de gezondheid van een patiënt) er concreet uit? **(indicatoren 1.2.1-1.2.5)** evt. wanneer het concrete nog onduidelijk is
6. Welke zorgprofessional of zorgprofessionals pakken vraagstukken over geestelijke verzorging op? **(dimensie 1.3)**

- Welke zorgprofessional of zorgprofessionals/wie biedt geestelijke verzorging? **(dimensie 1.3)** evt. wie heeft aandacht voor vraagstukken van de geestelijke verzorging (n.a.v. participant 4)

7. In hoeverre vind jij dat een geestelijk verzorger al dan niet patiëntinformatie moet delen in een MDO? **(dimensie 2.1)**
    - Doorvragen: en waarom?
    - Welke factoren zouden een rol moeten spelen in deze afweging (om patiëntinformatie al dan niet te delen in een MDO)? **(indicator 2.1.1)** evt. 1 factor genoemd: welke andere factoren? (n.a.v. participant 4)
8. In hoeverre begrijp jij de expertise van een geestelijk verzorger in een MDO? **(indicator 2.2.1)** afgelopen drie maanden
    - Hoe zorg jij ervoor dat jij in een MDO de expertise van een geestelijk verzorger begrijpt? **(indicator 2.2.1)**
    - Welke termen (om geestelijke verzorging aan te duiden) ervaar jij als bevorderend of belemmerend in het begrijpen van de expertise van een geestelijk verzorger? **(indicator 2.2.1-2.2.2)**

Thema 2: rol.

9. Wat is de rol van een geestelijk verzorger in een MDO? **(dimensies 1.1 en 2.1)**
    - Wat verwacht jij dat een geestelijk verzorger moet doen of laten in een MDO? **(indicator 1.1.1)**
10. Welke rol speelt volgens jouw de eigen spirituele oriëntatie van een geestelijk verzorger in het aanbieden van geestelijke verzorging aan patiënten? **(indicatoren 1.2.1-1.2.2)**
    - Welke rol speelt volgens jouw de eigen spirituele oriëntatie van een geestelijk verzorger in een MDO? **(indicatoren 1.2.1-1.2.2)**

Afsluiting

1. Wil je nog iets delen over het onderwerp wat wél van belang is, maar niet aan de orde is geweest?
2. Wil je het uitgetypte interview ontvangen (voor eigen interesse)?
3. Bedankt voor je deelname!