



Levensbeschouwing, zingeving en/of religie in de thuiszorg

Een explorierend onderzoek onder wijkverpleegkundigen, wijkziekenverzorgenden, kraamverzorgenden en gezinsverzorgenden



dr. L.J. Tiesinga

**Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken
Sectie Zorgwetenschappen (NCG/ZW)
Universitair Medisch Centrum Groningen
Rijksuniversiteit Groningen
2006**

Levensbeschouwing, zingeving en/of religie in de thuiszorg

Een explorierend onderzoek onder wijkverpleegkundigen, wijkziekenverzorgenden, kraamverzorgenden en gezinsverzorgenden

Lucas J. Tiesinga

Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken
Sectie Zorgwetenschappen (NCG/ZW)
Universitair Medisch Centrum Groningen
Rijksuniversiteit Groningen
2006

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopie, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande toestemming van de auteur.

Colofon

ISBN: 90 77113 45 2

Titel: Levensbeschouwing, zingeving en/of religie in de thuiszorg

Opdrachtgever: Stichting Geloofsovertuiging en Levensbeschouwing (SGL)

Uitgave: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken
Sectie Zorgwetenschappen (NCG/ZW)
Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG)

Adres: Postbus 196
9700 AD Groningen

Telefoon: 050 – 3633091 / 3633093

E-mail: L.J.Tiesinga@med.umcg.nl

Trefwoorden: Levensbeschouwing, zingeving, religie, spiritualiteit, thuiszorg,
verpleegkundigen, verzorgenden

Datum: September 2006

INHOUDSOPGAVE

Inleiding	3
Samenvatting	5
1. Levensbeschouwing, zingeving en/of religie in de thuiszorg	9
1.1 Doel van het onderzoek	9
1.2 Levensbeschouwing	9
1.3 Zingeving en/of religie	10
1.4 Levensbeschouwing, zingeving en/of religie in de thuiszorg	12
1.5 Reflectieve en maatschappij georiënteerde competentie van de professional	13
1.6 Probleemstelling	16
2. Methode van onderzoek	21
2.1 Onderzoeksopzet	21
2.2 Onderzoekspopulatie en setting	21
2.3 Dataverzameling en respons	21
2.4 Procedure en statistische analyses	22
3. Resultaten	25
3.1 Onderzoekspopulatie	25
3.2 Levensbeschouwing, zingeving en/of religie bij ziekte en gezondheid	27
3.3 Levensbeschouwing, zingeving en/of religie bij zorg	29
3.4 Zorgproblemen en zorgtaken	38
3.5 Belemmerende en stimulerende factoren	41
3.6 Competenties van professionals	43
3.7 Scholing en training	44
4. Conclusie, discussie en aanbevelingen	49
4.1 Conclusies	49
4.2 Discussie	51
4.3 Aanbevelingen	56
Literatuur	59

Inleiding

Maatschappelijke veranderingen hebben hun gevolgen in de gezondheidszorg. Dit geldt ook voor vraagstukken die te maken hebben met levensbeschouwing, zingeving en/of religie, zoals die zich voordoen in de thuiszorg. In opdracht van de Stichting Geloofsovertuiging en Levensbeschouwing (SGL) is daarom een explorierend onderzoek verricht naar genoemd thema, om zo na te gaan òf het leeft onder professionals en cliënten/patiënten, bij welke zorgproblemen en -situaties het zich voordoet, en in hoeverre er onder professionals behoefte is aan scholing en training om daarmee de deskundigheid van professionals in dit domein van de zorg te vergroten.

Hoewel het CBS aantoont dat het percentage niet-kerkelijken in Nederland toeneemt en het aantal religieuzen afneemt, betekent dit niet dat er in de zorg geen behoefte aan aandacht voor levensbeschouwing, zingeving en/of religie bestaat. Integendeel, deze studie maakt expliciet dat dit thema relevant is voor driekwart van de ondervraagde professionals in de thuiszorg. Verder geven die professionals aan dat dit thema volgens hun perceptie relevant wordt bevonden door de zorgvragers en dat het van belang is in de zorg die zij geven. Deze studie geeft inzicht in welke zorgsituaties levensbeschouwing, zingeving en/of religie een rol van betekenis heeft. Echter, door gebrek aan tijd komen professionals onvoldoende toe aan dit aspect van zorg.

De ondervraagde professionals zien duidelijk een verband tussen aandacht hebben voor levensbeschouwing, zingeving en/of religie in de zorg en de ervaren kwaliteit van leven en zorg van cliënten/patiënten. Het is dan ook geen vreemd gegeven dat er onder de professionals een grote behoefte bestaat aan scholing en training in de vorm van gastcolleges, cursussen met adequaat onderwijsmateriaal, intervisie en video opnames. Scholing kan bijdragen aan deskundigheidsbevordering van het personeel en de kennis van levensbeschouwing, zingeving en/of religie vergroten. Daartoe is een actief beleid noodzakelijk van zorginstellingen die dit aspect van leven en zorg prioriteit geven, agenderen en meenemen in de *mission statement* van de zorginstelling.

In dit rapport wordt verslag gedaan van een explorierend onderzoek naar het thema levensbeschouwing, zingeving en/of religie – als aspect van zorg, onder professionals in de thuiszorg¹. In hoofdstuk 1 worden achtergronden van de studie beschreven. Hoofdstuk 2 geeft een verantwoording van de gevolgde methode van onderzoek. Vervolgens worden in hoofdstuk 3 de resultaten beschreven. Hoofdstuk 4 beschrijft per deelvraag de conclusies (met verwijzing naar de paragraaf, pagina en tabel waarin de gegevens te vinden zijn), discussie en

¹ *Daar waar in dit rapport de mannelijke vorm is geschreven, moet ook de vrouwelijke vorm gelezen worden. Bijvoorbeeld voor humanistisch raadsman behoort men ook te lezen humanistisch raadvrouw.*

aanbevelingen. Zo kan de geïnteresseerde lezer voor gedetailleerde gegevens en de lezer die niet de tijd heeft om het gehele rapport te lezen, na de inleiding en samenvatting het beste beginnen met hoofdstuk 4. Dit alles wordt voorafgegaan door een inleiding en samenvatting, welke geadviseerd wordt om als eerste te lezen.

Samenvatting

Maatschappelijke veranderingen hebben hun invloed op de inhoud en inrichting van de zorg – zo ook op gezondheidsvraagstukken die te maken hebben met levensbeschouwing, zingeving en/of religie. Maatschappelijke ontwikkelingen die zich voordoen in de Nederlandse samenleving zijn: vergrijzing en ontgroening van de bevolking; toename van het aantal alleenstaanden, weduwen/weduwnaars en gescheiden mensen; een sterke toename van het aantal chronisch zieken, een toename van de complexiteit van de zorg; secularisatie en de ontwikkeling van een multiculturele en multireligieuze samenleving. Dit onderzoek is expliciet gericht op vraagstukken die te maken hebben met de levensbeschouwing, zingeving en/of religie van professionals en cliënten/patiënten die thuiszorg geven of ontvangen en de zorginstellingen van waaruit de professionals werkzaam zijn.

Onderzoeksvragen

Doel van dit onderzoek is vast te stellen of: 1) professionals levensbeschouwing, zingeving en/of religie beoordelen als een rol van betekenis bij *ziekte en gezondheid*; 2) professionals levensbeschouwing, zingeving en/of religie beoordelen als een rol van betekenis in de *zorg*; 3) professionals bepaalde *zorgproblemen en zorgtypen* kunnen benoemen waarin levensbeschouwing, zingeving en/of religie een rol van betekenis heeft; 4) professionals *belemmerde en stimulerende factoren* kunnen benoemen die hun (gebrek aan) zorg, waarin levensbeschouwing, zingeving en/of religie een rol van betekenis heeft, kunnen verklaren; 5) professionals zichzelf *competent* achten voor het verlenen van die zorg, waarin levensbeschouwing, zingeving en/of religie een rol van betekenis heeft; 6) professionals behoefte hebben aan die *scholing en training* in de zorg, waarin levensbeschouwing, zingeving en/of religie een rol van betekenis heeft en de *wijze* waarop ze dit aangeboden willen hebben.

Methode van onderzoek

Het betreft een cross-sectioneel onderzoek in de thuiszorg in Nederland. Alle bij de LVT/Z-org in Nederland aangesloten thuiszorginstellingen (n=97) zijn aangeschreven en vragenlijsten toegestuurd – elke zorginstelling acht. In dit onderzoek participeerden diverse beroepsgroepen in de thuiszorg, te weten: wijkverpleegkundigen (n=70); wijkziekenverzorgenden (n=65); kraamverzorgenden (n=35) en gezinsverzorgenden (n=62). De respons in dit onderzoek was 34% (n=232).

Resultaten

De belangrijkste resultaten van dit onderzoek zijn als volgt geformuleerd:

- Ongeveer driekwart van de professionals vindt levensbeschouwing, zingeving en/of religie een relevant aspect van ziekte, gezondheid en zorg - zowel in het informeel functioneren (los van beroep) als formeel in de beroepspraktijk;
- Een kwart tot een derde van de professionals voert *redelijk tot heel vaak* gesprekken over levensbeschouwing, zingeving en/of religie met cliënten/patiënten in relatie tot *ziekte en gezondheid* en de *zorg* die daarbij gegeven wordt;
- Bij 25 van de 46 gestelde zorgproblemen (54%) en 8 van de 12 beschreven zorgtaken (67%) kan volgens de meerderheid van de professionals (>50%) levensbeschouwing, zingeving en/of religie een rol van betekenis hebben. Voorbeelden van zorgproblemen zijn: leren omgaan met lichamelijke en psychosociale beperkingen, chronische ziekte/handicap, sterven, angst voor de dood, zin van het leven, leven na de dood, pijn. Voorbeelden van zorgtaken zijn: begeleidingsgesprekken met cliënten/patiënten en lichamelijke verzorging.
- 1 van de 14 belemmerende (7%) – ‘gebrek aan tijd’ - en 2 van de 5 stimulerende factoren (40%) – ‘professional ziet duidelijk verband tussen 1) kwaliteit van leven en 2) kwaliteit van zorg en het aandacht hebben voor levensbeschouwing, zingeving en/of religie’ - zijn door de meerderheid van de professionals (>50%) beoordeeld als verklarende factoren op de vraag waarom er respectievelijk niet of wel aandacht voor die zorg is, waarin levensbeschouwing, zingeving en/of religie een rol van betekenis heeft;
- De professionals beoordelen zichzelf over het algemeen *redelijk competent*, waar het gaat om de houding en vaardigheden in de zorg op het terrein van levensbeschouwelijke vraagstukken, zingeving en/of religie. Het kennis aspect van de competentie is over het algemeen *onvoldoende aanwezig* onder de professionals;
- De professionals hebben over het algemeen *meer* behoefte aan scholing en training;
- Gastcolleges, cursussen en intervisie zijn gewenste leermethoden en technieken en schriftelijk onderwijsmateriaal en video opnames zijn gewenst als leermiddelen.

Conclusie

De algemene conclusie die op basis van dit onderzoek geformuleerd kan worden is dat levensbeschouwing, zingeving en/of religie door de geënquêteerde professionals in de thuiszorg beoordeeld wordt als zijnde een *evident en relevant aspect* voor zowel het informeel functioneren (los van beroep) als het formeel functioneren (gekoppeld aan het beroep) in de thuiszorg in relatie tot *ziekte en gezondheid* van cliënten/patiënten en de *zorg* die daarbij verleend wordt. Eveneens kan geconcludeerd worden dat er behoefte bestaat aan scholing en training die de deskundigheid van de professionals kan vergroten.

Discussie

Gebrek aan tijd voor levensbeschouwing, zingeving en/of religie en het duidelijk zien van een relatie tussen genoemd thema en de kwaliteit van leven en zorg, maakt voor professionals in de thuiszorg duidelijk dat dit een onderbelicht aspect in de zorg is. De relevantie die professionals en cliënten/patiënten toekennen aan dit aspect van zorg maakt dat zorginstellingen hier niet omheen kunnen en keuzes moeten maken of zij het thema prioriteit geven in zorg en beleid, het agenderen en meenemen als *mission statement* van de zorginstelling.

De toegepaste methode van onderzoek, analyse van de non-respons bias, controles die uitgevoerd zijn om de selectiebias te reduceren en een nauwkeurige evaluatie van de vragenlijst en respons heeft er toe bijgedragen dat verondersteld mag worden dat de onderzoekspopulatie in deze studie een redelijk goede representatie van de totale beroepsgroep is.

Aanbevelingen

Op basis van dit onderzoek kunnen aanbevelingen worden geschreven die gericht zijn op onderzoek, onderwijs, beleid en zorg. Nu dit onderzoek duidelijk heeft gemaakt dat levensbeschouwing, zingeving en/of religie geen randverschijnsel is, maar behoort tot een relevant aspect van zorg, zijn effectstudies naar innovatieve interventies of leermethoden en leermiddelen in scholingstrajecten vereist om daarmee het onderzoeksthema structureel een plaats te geven in de thuiszorg.

Het is van het grootste belang dat curricula van initiële (basisscholing) en postinitiële onderwijs (bij- en nascholing) modules of cursussen opnemen die aandacht hebben voor levensbeschouwing, zingeving en/of religie – als aspect van kwaliteit van leven en zorg. Daarnaast zou meer aandacht gegeven kunnen worden aan de inpassing van andere vormen van onderwijs en deskundigheidsbevordering zoals intervisie, supervisie, video opnames en de ondersteuning van een expertise centrum.

Thuiszorginstellingen kunnen de behoeftes van professionals aan deskundigheidsbevordering op het terrein van levensbeschouwing, zingeving en/of religie omzetten in concrete beleidsvoorstellen met het oog op een verbetering van de kwaliteit van leven en zorg. Nu is de situatie nog zo, aldus de professionals in dit onderzoek, dat thuiszorginstellingen in geringe mate het thema hebben opgenomen in hun visie op zorg, en staan de onderzochte thuiszorginstellingen veelal onvoldoende open en stimuleren ze professionals te weinig voor cursussen, scholing en trainingen waarbij levensbeschouwing, zingeving en/of religie een rol van betekenis heeft.

Richtlijnen die gericht zijn op de geïdentificeerde zorgproblemen in deze studie en professionals die hier vanuit hun beroepstaken aan werken, zullen zich bewust moeten worden van de mogelijkheid dat levensbeschouwelijke vraagstukken, zingeving en/of religie een *evident en relevant* onderdeel is in de formele zorg. Deze bewustwording kan vergroot worden als

thuiszorginstellingen voldoende randvoorwaarden creëren zodat de professionals in staat worden gesteld om hier in hun beroepspraktijk in voldoende mate aandacht aan te kunnen besteden.

1. Levensbeschouwing, zingeving en/of religie in de thuiszorg

In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van het doel van dit onderzoek (par. 1.1), theoretische achtergronden van de begrippen levensbeschouwing, zingeving en/of religie (par. 1.2 en 1.3), toepassing van de begrippen levensbeschouwing, zingeving en/of religie in de thuiszorg (par. 1.4), reflectieve en maatschappij georiënteerde competentie van de professional in de thuiszorg (par. 1.5), en de probleemstelling van dit onderzoek (par. 1.6).

1.1 Doel van het onderzoek

In deze studie wordt het aandachtsgebied van levensbeschouwing, zingeving en/of religie bij ziekte, gezondheid en zorg bestudeerd en wel zoals die door professionals in de thuiszorg gepercipieerd wordt. Doel van dit onderzoek is vast te stellen of: 1) professionals levensbeschouwing, zingeving en/of religie beoordelen als een rol van betekenis bij *ziekte en gezondheid*; 2) professionals levensbeschouwing, zingeving en/of religie beoordelen als een rol van betekenis in de *zorg*; 3) professionals bepaalde *zorgproblemen en zorgtypen* kunnen benoemen waarin levensbeschouwing, zingeving en/of religie een rol van betekenis heeft; 4) professionals *belemmerde en stimulerende factoren* kunnen benoemen die hun (gebrek aan) zorg, waarin levensbeschouwing, zingeving en/of religie een rol van betekenis heeft, kunnen verklaren; 5) professionals zichzelf *competent* achten voor het verlenen van die zorg, waarin levensbeschouwing, zingeving en/of religie een rol van betekenis heeft; 6) professionals behoefte hebben aan die *scholing en training* in de zorg, waarin levensbeschouwing, zingeving en/of religie een rol van betekenis heeft en de *wijze* waarop ze dit aangeboden willen hebben.

1.2 Levensbeschouwing

Levensbeschouwing kan begripsmatig worden omschreven als het geheel van waarden, normen en opvattingen die mensen hanteren als ze nadenken over de zin en het doel van hun leven (Pieper & van Uden, 1993). Dekker & de Hart (2001) voegen aan deze omschrijving nog toe dat het ook gaat om houdingen en gedragsregels die door een groep gedeeld worden. Een levensbeschouwing is dus het product van een reflectie op het leven en de aard van de mens, een complex van waarden en een ethos (Dekker & de Hart, 2001). Het komt voort uit het doordenken van indringende vragen die opkomen vanuit het leven – vragen naar het waarom, hoe en wat van gezondheid en ziekte, leven en dood.

Levensvragen kunnen worden overwogen vanuit het perspectief van en de betrokkenheid op een transcendente werkelijkheid (Dekker & de Hart, 2001). In dat geval wordt er bij de reflectie op het leven vanuit gegaan dat er buiten de bestaande zichtbare werkelijkheid ook een niet-zichtbare (transcendente) werkelijkheid aanwezig is (Hunter, 1990). Een dergelijke benadering waarbij op systematische wijze kennis, inzichten en ervaringen worden opgedaan en beschreven, wordt een religie genoemd. Voorbeelden van frequent voorkomende religieuze levensbeschouwingen in de wereld zijn het jodendom, christendom, islam, boeddhisme en hindoeïsme. Religie is dus een verbijzondering van het algemene begrip levensbeschouwing (Dekker & de Hart, 2001). Er bestaan religieuze en niet-religieuze levensbeschouwingen.

Levensbeschouwing in Nederland

De Nederlandse samenleving wordt het laatste decennium gekenmerkt door verschuivingen op levensbeschouwelijk gebied. De cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS, 2004a) tonen dit aan. In Tabel 1.1 wordt een overzicht gegeven van de diverse levensbeschouwelijke stromingen in Nederland in 1993, 1998 en 2003 waarmee een vergelijking in de tijd te maken is. Hoewel in de Nederlandse bevolking het percentage niet-kerkelijk enigszins stabiel is, van 40% in 1993 naar 42% in 2003 – zit het verschil in de tijd vooral in de verhouding van groepen binnen het religieuze deel van de bevolking. Het percentage rooms-katholiek en protestant gezamenlijk neemt af van 54% in 1993 naar 50% in 2003, terwijl het percentage moslims stijgt van 4% in 1993 naar 6% in 2003.

De verschuiving van percentages van levensbeschouwelijke stromingen binnen zowel het religieuze deel van de bevolking als de Nederlandse bevolking als geheel kan worden verklaard door enerzijds de toenemende secularisatie (teruggang van invloed van kerk en geloof in de samenleving) en anderzijds de instroom van migranten in onze samenleving. Op 1 januari 2004 was van de Nederlandse bevolking 19% allochtoon – het totaal van de personen waarvan tenminste één van de ouders in het buitenland is geboren (CBS, 2004b). Voorspellingen wijzen uit dat het percentage allochtonen uit zowel Westerse als niet-Westerse landen nog zal toenemen, in totaal van 19% in 2004 naar 23,4% in 2025 en 29,8% in 2050 (CBS, 2004b).

1.3 Zingeving en/of religie

Zingeving en/of religie is te plaatsen binnen de context van de gezondheidszorg in zorgpraktijken waarin de spirituele dimensie van ziekte en gezondheid een rol van betekenis speelt en die in essentie gekenmerkt wordt door de begrippen transformatie en betrekking (Tiesinga et al., 2002, Waaijman, 2000). De spirituele dimensie manifesteert zich in het voortdurende *omvormingsproces* waarin de mens verkeert door ontwikkelingen in de levensloop, ziekte en

Tabel 1.1: *Levensbeschouwelijke stromingen in Nederland in 1993, 1998 en 2003, weergegeven in percentages welke afgerond zijn op hele getallen (CBS, 2004a)*

stroming	1993	1998	2003
niet-kerkelijk	40%	40%	42%
rooms-katholiek	32%	31%	30%
protestant	22%	21%	20%
moslim	4%	5%	6%
hindoe	1%	1%	1%
overige	1%	2%	1%

gezondheid, leven en dood. Het betrekkinggebeuren van spiritualiteit benadrukt het *verbonden zijn* met iets, de ander of - in geval van religie - het transcendente en reikt daarmee verder dan het in relatie staan tot. Het is een dialogisch gebeuren, waarbij oog is voor zowel het geven en ontvangen, als het actieve en passieve aspect van spiritualiteit. Het betrekkinggebeuren en het omvormingsproces zijn afhankelijk van elkaar en beïnvloeden elkaar wederzijds. Aandacht voor zingeving en/of religie in de gezondheidszorg komt voort uit ontwikkelingen die zich voordoen in de levensloop, de aanwezigheid van ziekte en gezondheid en de levensvragen die dit met zich meebrengt.

Spirituele dimensie

Een thuiszorg waarin heel de mens centraal staat, heeft aandacht voor alle dimensies van het leven – fysieke, psychische, sociale en spirituele dimensie (Eliens & Frederiks, 1998; Post et al., 2000; WHO, 2002). Deze dimensies zijn niet te scheiden maar wel te onderscheiden. De spirituele dimensie is te verbijzonderen tot het terrein van de zingeving en/of religie. Zingeving en/of religie van de mens kan zich manifesteren op het persoonlijke niveau van de cliënt/patiënt, diens mantelzorg en professional maar ook op het intermenselijke niveau waarbij groepsprocessen een rol spelen. In het eerste geval kan het bijvoorbeeld gaan om het doorverwijzen of ondersteunen van een cliënt/patiënt bij zijn of haar gedachten, gevoelens of existentiële ervaringen die op kunnen treden bij een levensbedreigende ziekte. In het tweede geval kan het bijvoorbeeld gaan om het gemeenschappelijk beleven van gebeurtenissen. Hierbij kan gedacht worden aan het aanwenden van een ritueel na het overlijden van een cliënt/patiënt. In de thuiszorg kan aandacht voor de spirituele dimensie van ziekte, gezondheid en zorg - welke gericht is op zingeving en/of religie – zich op het persoonlijke en op het intermenselijke niveau manifesteren.

1.4 Levensbeschouwing, zingeving en/of religie in de thuiszorg

De thuiszorg kent een historische band met levensbeschouwelijke stromingen. Tot eind jaren zeventig bestonden drie koepelorganisaties van het kruiswerk in Nederland die hun identiteit verbonden aan het kruiswerk, te weten: het protestants-christelijke Oranje-Groene Kruis, het rooms-katholieke Wit-Gele Kruis en het algemene Groene Kruis. In 1990 richtten de Nationale Kruisverenigingen en de Centrale Raad voor de Gezinsverzorging samen de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) op – welke onlangs een naamswijziging heeft ondergaan en nu bekend staat als Z-org.

De Stichting Geloofsovertuiging en Levensbeschouwing (SGL) werd in 1988 opgericht. SGL is gericht op het bevorderen van de omgang met en het respect hebben voor de levensbeschouwelijke en religieuze achtergrond van de cliënt/patiënt. Levensbeschouwing en religie kunnen een belangrijke functie hebben in de gezondheidszorg (SGL, 2004). Dat de LVT/Z-org dit aspect in de gezondheidszorg relevant acht, blijkt uit het feit dat één van de kwaliteitseisen voor lidmaatschap van thuiszorginstellingen is, dat hier in de thuiszorg voldoende aandacht en ruimte voor bestaat (LVT, 2001).

Ontwikkelingen

De komende decennia doen zich een aantal demografische, ziekte generieke, organisatorische en maatschappelijke ontwikkelingen voor die gevolgen zullen hebben voor het aanbod van de thuiszorg - naar verwachting ook voor die zorg, waarin levensbeschouwing, zingeving en/of religie een rol van betekenis speelt. Een eerste ontwikkeling is dat niet alleen een toename van de leeftijdsgroep van 65 of ouder wordt verwacht – van 13,8% in 2004 naar 19% in 2020 en 23,6% in 2040 (CBS, 2004b) – maar ook een geringe ontgroening van de bevolking in de leeftijdsgroep van 0-20 jaar – van 24,5% in 2004 naar 22,5% in 2020 en eveneens 22,5% in 2040 (CBS, 2004b). De levensverwachting voor mannen zal volgens het CBS toenemen van 75,5 jaar in 2000 tot 78,0 in 2020. Bij vrouwen is de toename minder groot: van 80,6 naar 81,7 jaar.

Een tweede ontwikkeling is dat er in de nabije toekomst meer alleenstaanden, weduwen/weduwnaars en gescheiden mensen zullen zijn in de Nederlandse samenleving (RIVM, 2002). Het aantal ongehuwde personen stijgt aanzienlijk: van 7 miljoen in 2000 naar 8,8 miljoen in 2025. In 2025 zullen er bijna een miljoen weduwen/weduwnaars zijn en bijna 1,2 miljoen gescheiden mensen. Gehuwden hebben de minste gezondheidsproblemen, gevolgd door nooit gehuwden en weduwen/weduwnaars, terwijl gescheiden mensen de meeste gezondheidsproblemen hebben (RIVM, 2002).

Een derde ontwikkeling is de sterke toename van het aantal chronisch zieken door groei en vergrijzing van de Nederlandse bevolking (RIVM, 2002). Het aantal bestaande en nieuwe

gevallen voor veel chronische ziekten neemt in de komende 20 jaar met 25-55% toe. Bij mannen zijn de stijgingspercentages hoger dan bij vrouwen. Een sterke toename van het aantal chronisch zieken heeft zijn effect op de vraag naar thuiszorg – deze zal niet alleen toenemen maar ook complexer worden door de kwetsbaarheid van leefsituaties, co-morbiditeit en het langer overleven van ziekten. Het aanbod in de zorg zal verschuiven van behandeling naar verzorging, begeleiding en secundaire preventie. Daarmee komt de functie van levensbeschouwing, zingeving en/of religie als aspect van ziekte, gezondheid en zorg meer in beeld, aangezien die nu juist gericht is op het leren omgaan met levensvragen – vragen die ontstaan in de worsteling met ziekte en gezondheid, leven en dood.

Een vierde ontwikkeling is dat in de organisatie van de thuiszorg door de complexiteit van de zorgvraag de behoefte aan een multidisciplinaire en integraal ontwikkelde zorg zal toenemen. Hierbij kan in geval van chronisch zieken gedacht worden aan de ontwikkeling van transmurale zorg (Spreeuwenberg et al., 2000) en het ontwikkelen van zorgtrajecten (van de Lisdonk, 2000). Deze ontwikkelingen zijn te plaatsen in een toenemende behoefte aan een vraaggericht en vraaggestuurd benadering in de gezondheidszorg, waarbij een versterking van de positie van de cliënt/patiënt wordt beoogd door het zelfbeschikking(srecht), eigen verantwoordelijkheid, autonomie en mondigheid van de cliënt/patiënt te vergroten (van der Kraan, 2001; RVZ, 2000; STG, 1997). Uit een kwalitatief onderzoek onder thuiszorgvragers is vastgesteld dat bejegening door zorgverleners tot de top vijf van wensen, behoeften en verwachtingen behoort (de Klaver et al., 2003). Bij het opnieuw centraal stellen van de cliënt/patiënt in de thuiszorgorganisatie en het aandacht hebben voor de bejegening door zorgverleners, kan in de functie die levensbeschouwing, zingeving en/of religie in de zorg heeft - namelijk het leren omgaan met levensvragen - een rol van betekenis uitgaan.

Tot slot zijn er maatschappelijke ontwikkelingen zoals de secularisatie (toename niet-kerkelijkheid) en de ontwikkeling van een multiculturele en multireligieuze samenleving (toename van allochtonen en diversiteit in culturen en religies), welke hun weerslag hebben op het beleid en beheer van zorginstellingen waarmee ze gedwongen worden om hun eigen zorgvisie te ontwikkelen en deze uit te dragen in de organisatiecultuur (Tiesinga & Post, 2003a). Dit betreft ook vraagstukken die te maken hebben met levensbeschouwing, zingeving en/of religie.

1.5 Reflectieve en maatschappij georiënteerde competentie van de professional
Aandacht hebben voor levensbeschouwing, zingeving en/of religie vereist zelfanalyse en betrokkenheid van de professional bij de cliënt/patiënt en mantelzorg en is geen vrijblijvende zaak (Tronto, 1993). Zodra de professional zorg op zich neemt is hij of zij daar verantwoordelijk voor.

Dat geldt ook voor die zorg, waarin levensbeschouwing, zingeving en/of religie een rol van betekenis heeft. De verantwoordelijkheid voor de zorg is gekoppeld aan de competenties van de professional - een affiniteit met levensbeschouwelijke, religieuze en zingevingsvragen, het kunnen beluisteren ervan en niet het afwijzen of vluchten ervoor (Pijnenburg, 1985). In de dialoog met de cliënt/patiënt en mantelzorg zijn attitudebeschrijvingen als betrokkenheid, verantwoordelijkheid en ontvankelijkheid dus belangrijke randvoorwaarden om als professional adequaat invulling te kunnen geven aan de reflectieve en maatschappij georiënteerde competentie.

Zorginstellingen

Zorginstellingen hebben afhankelijk van hun zorgvisie in meer of mindere mate aandacht voor levensbeschouwing, zingeving en/of religie. Dit is bijvoorbeeld te zien in de ondersteuning die geboden wordt op dit terrein door de in die instellingen werkende professionals, welke gericht is op de kwaliteit van leven en het optimaal functioneren van de cliënt/patiënt en mantelzorg (van de Lisdonk, 2000). Maar ook zien we dit terug op beleidsniveau. Zorginstellingen bijvoorbeeld die erkennen dat levensbeschouwing, zingeving en/of religie er toe doet bij ziekte, gezondheid en zorg zullen eerder ruimte en gelegenheid creëren zodat professionals hun ervaringen en problemen kunnen bespreken. Hierbij kan gedacht worden aan de mogelijkheid van collegiaal overleg of psychosociale en geestelijke ondersteuning van de professionals die geconfronteerd worden met ernstige ziekte, leed, levensbeschouwelijke of ethische vraagstukken.

Interventie

Op basis van een in Nederland uitgevoerd Delphi-onderzoek onder 38 experts in de gezondheidszorg is gebleken dat de spirituele dimensie van ziekte en gezondheid zich voor de zorgpraktijk operationeel goed laat typeren als 'Aandacht voor zingeving en/of religie' (Driebergen et al., 2005). Concreter uitgewerkt leverde dit onderzoek de volgende omschrijving op als belangrijk aandachtsgebied voor professionals in de zorg: 'Aandacht hebben voor wat de cliënt/patiënt belangrijk vindt op het gebied van zingeving en/of religie en afspraken maken over de gewenste ondersteuning hierin'. Hoewel dit onderzoek zich richtte op verpleegkundigen, mag op basis van de generieke formulering van activiteiten verwacht worden dat deze interventie in meer of mindere mate ook van toepassing is op andere professionals in de thuiszorg. In genoemde Delphi-studie konden 13 activiteiten worden geformuleerd en gedetecteerd op basis van streng vastgestelde consensus criteria (Driebergen et al., 2005). De 13 activiteiten zoals vastgesteld zijn weergegeven in Tabel 1.2.

Tabel 1.2: *Activiteiten behorende bij de interventie 'Aandacht voor zingeving en/of religie' (Driebergen et al., 2005)*

1. Informeer de cliënt/patiënt over de bestaande mogelijkheden in de instelling op het gebied van zingeving en/of religie. Bijvoorbeeld: de mogelijkheid tot contact met een geestelijk verzorger #;
2. Vraag aan de cliënt/patiënt of hij/zij bepaalde behoeften of gebruiken heeft op het gebied van zingeving en/of religie;
3. Overleg met de cliënt/patiënt of en op welke wijze voorzien kan worden in zijn/haar wensen en/of behoeften op het gebied van zingeving en/of religie;
4. Wees u zelf bewust van uw eigen opvattingen en overtuiging op het gebied van zingeving en/of religie en onderken daarin uw eigen mogelijkheden en grenzen. Verwijs eventueel - in overleg met de cliënt/patiënt - door naar een collega, mantelzorg of geestelijk verzorger #;
5. Creëer - indien de cliënt/patiënt dat wenst en waar mogelijk - gelegenheid om activiteiten op het gebied van zingeving en/of religie uit te oefenen. Bijvoorbeeld: mediteren, bidden, lezen of luisteren naar muziek;
6. Biedt - indien gewenst - de cliënt/patiënt hulp bij het uitvoeren van activiteiten op het gebied van zingeving en/of religie of vraag een collega, mantelzorg of geestelijk verzorger #;
7. Vraag en luister actief naar wat de cliënt/patiënt bezighoudt op het gebied van zingeving en/of religie;
8. Indien van toepassing - besteed in een gesprek aandacht aan de gedachten en/of gevoelens die handicap, ziekte, lijden of dood kunnen oproepen. Bijvoorbeeld: eenzaamheid, machteloosheid, boosheid, maar ook verbondenheid, harmonie en acceptatie;
9. Informeer de cliënt/patiënt over de mogelijkheid van gesprek met de geestelijk verzorger op het gebied van zingeving en/of religie #;
10. Observeer of er bij de cliënt/patiënt (te verwachten) problemen zijn op het gebied van zingeving en/of religie;
11. Maak (eventuele) problemen op het gebied van zingeving en/of religie bespreekbaar bij de cliënt/patiënt en verwijs - indien daar behoefte aan is - naar de geestelijk verzorger #;
12. Beschrijf de zorg op het gebied van zingeving en/of religie in het zorgplan/dossier;
13. Bespreek de zorg op het gebied van zingeving en/of religie binnen het multidisciplinaire team.

Onder 'geestelijk verzorger' kan ook humanistisch raadsman/vrouw, imam of pastor worden verstaan

Competenties

Naast de ontwikkeling van een interventie gericht op zorg waarin zingeving en/of religie een rol van betekenis heeft, hebben Van Leeuwen en Cusveller (2004) een verpleegkundig competentieprofiel voor zorg voor spiritualiteit opgesteld. Hoewel dit profiel in eerste instantie gericht is op verpleegkundigen, wordt verondersteld dat het in meer of mindere mate ook van toepassing is op andere professionals in de thuiszorg omdat de competenties generiek beschreven zijn. Daarnaast lijkt de term spiritualiteit in het door Van Leeuwen en Cusveller ontwikkelde competentieprofiel inwisselbaar voor het label zingeving en/of religie aangezien zij spiritualiteit omschrijven als het levensbeschouwelijk en religieus functioneren van de mens, waartoe ook de vragen van zingeving en zinervaring behoren. Hiermee vindt conceptueel aansluiting plaats bij de beschreven interventie *Aandacht voor zingeving en/of religie*. De competenties, maar dan hier toegeschreven op professionals in algemene zin en met een aangepaste terminologie – zingeving en/of religie als verbijzondering van de term spiritualiteit - levert het overzicht van Tabel 1.3 op.

Tabel 1.3: *Competenties van professionals die zorg verlenen waarin zingeving en/of religie een rol van betekenis heeft*

-
1. Eigen waarden, overtuigingen en gevoelens hanteren in de relatie met zorgvragers met verschillende levensbeschouwingen;
 2. Op een betrokken wijze communiceren met zorgvragers uit verschillende culturen over hun zingeving en/of religie;
 3. Informatie kunnen verzamelen over de zingeving en/of religie van de zorgvrager en in samenspraak met die zorgvrager de zorgvraag vaststellen
 4. In samenspraak met de zorgvrager en in overleg met andere disciplines zorg voor de zingeving en/of religie van de zorgvrager kunnen afstemmen en het eigen aandeel in die zorg plannen en schriftelijk vastleggen
 5. De zorg voor de zingeving en/of religie van de zorgvrager kunnen uitvoeren en die zorg in samenspraak met de zorgvrager en in het (multi)disciplinair overleg evalueren
 6. Een bijdrage leveren aan de kwaliteitszorg en deskundigheidsbevordering op het gebied van zorg voor zingeving en/of religie binnen de zorginstelling
-

In de thuiszorg hebben professionals te maken met kwetsbare en afhankelijke medemensen die vanuit hun biografische context en levensvragen een beroep doen op zorg. Van de professionals mag verwacht worden dat zij competent zijn om aandacht te hebben voor levensbeschouwing, zingeving en/of religie bij ziekte, gezondheid en zorg (Leistra et al., 2000; Tiesinga et al., 2003b; WHO, 2002). De beschreven interventie *Aandacht voor zingeving en/of religie* en de zes *competenties van professionals* maken concreet om wat voor activiteiten, attitude en vaardigheden het hierbij kan gaan.

Scholing en training

In toenemende mate wordt erkend dat professionals in de gezondheidszorg onvoldoende opgeleid zijn om adequaat aandacht te kunnen schenken aan gezondheidsvraagstukken waarin zingeving en/of religie een rol van betekenis heeft (Baldacchino & Draper, 2001, Lo et al., 2002; Tiesinga et al., 2003b). In de literatuur wordt de behoefte aan multidisciplinaire scholing en training vastgesteld (Greasley et al., 2001). De opleiding kan een belangrijke rol hebben om professionals adequaat op te leiden. In het curriculum van de studies zou daarom ruimte moeten komen voor dit soort vraagstukken in de zorg (Harrison, 1994; Piles, 1990; Ross, 1994).

1.6 Probleemstelling

Alhoewel levensbeschouwing, zingeving en/of religie door de eeuwen heen een belangrijk aandachtsgebied is geweest in de gezondheidszorg, lijkt dit besef in de hedendaagse praktijk van professionals in de gezondheidszorg niet langer vanzelfsprekend. De spirituele dimensie van ziekte, gezondheid en zorg wordt door professionals onvoldoende onderkend en behandeld (Prins, 1996; Tiesinga et al. 2003b, 2003c). In dit project wordt daarom allereerst onderzocht of

levensbeschouwing, zingeving en/of religie volgens professionals nog een rol van betekenis heeft bij ziekte, gezondheid en thuiszorg.

Gebrek aan aandacht

Hoewel er diverse redenen in de literatuur worden genoemd die de verminderde aandacht voor levensbeschouwing, zingeving en/of religie zouden kunnen verklaren, blijft de vraag in hoeverre dit ook geldt voor de thuiszorg in de Nederlandse context. Redenen die vanuit het perspectief van de professional in de literatuur genoemd worden zijn: te hoge werkdruk; gebrek aan tijd; toenemende aandacht voor biologische aspecten in de zorg; moeilijk om kunnen gaan met vragen die geen direct antwoord hebben; onvoldoende bewust van eigen spiritualiteit; onvoldoende in staat om signalen van cliënten/patiënten te onderkennen; onvoldoende kennis hebben van en verleggen zijn met vraagstukken op het terrein van levensbeschouwing, zingeving en/of religie; gebrek aan richtlijnen; gebrek aan informatie voor de cliënt/patiënt waardoor het onduidelijk is of zij op het terrein van de levensbeschouwing, zingeving en/of religie een beroep mogen doen op de professionals; gebrekkige communicatie tussen verschillende disciplines waardoor de zorg niet efficiënt en effectief is (Eliens & Frederiks, 1998; Piles, 1990; Prins, 1996; Ross, 1994; Tiesinga et al., 2003b). In dit project worden genoemde maar ook andere redenen onderzocht in de thuiszorg.

Scholing en/of training

Tot slot wordt expliciet stil gestaan bij het onderwijs. In de literatuur wordt gesteld dat er een gebrek aan scholing en training is op het terrein van levensbeschouwing, zingeving en/of religie (Baldacchino & Draper, 2001, Lo et al., 2002). De vraag blijft echter of professionals zelf ook een gebrek aan kennis en vaardigheden ervaren en of zij behoefte hebben aan scholing en/of training.

Probleemstelling

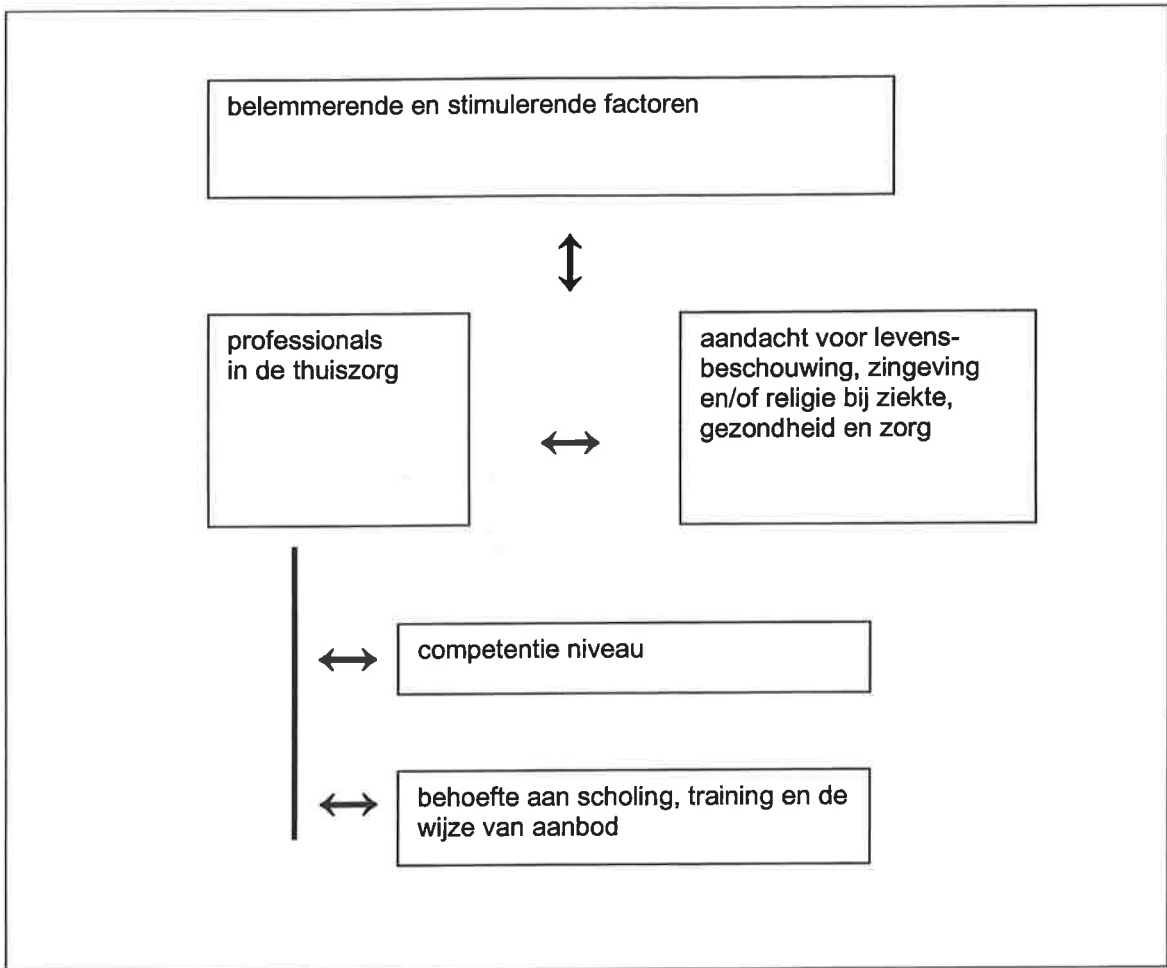
Dit project is explorerend en beschrijvend van aard en wil een bijdrage leveren aan de kwaliteit van zorg. Verondersteld wordt dat de kwaliteit van zorg verbeterd als professionals in de thuiszorg in voldoende mate ruimte krijgen voor vraagstukken in de zorg waarin levensbeschouwing, zingeving en/of religie een rol van betekenis heeft (Tiesinga et al., 2002). Door meer kennis en inzicht te krijgen in de perceptie van de professional en op de belemmerende en stimulerende factoren die de aandacht voor levensbeschouwing, zingeving en/of religie mogelijk verklaren, kunnen aanbevelingen worden gedaan richting onderwijs, onderzoek, beleid en praktijk.

Onderzoeksvragen

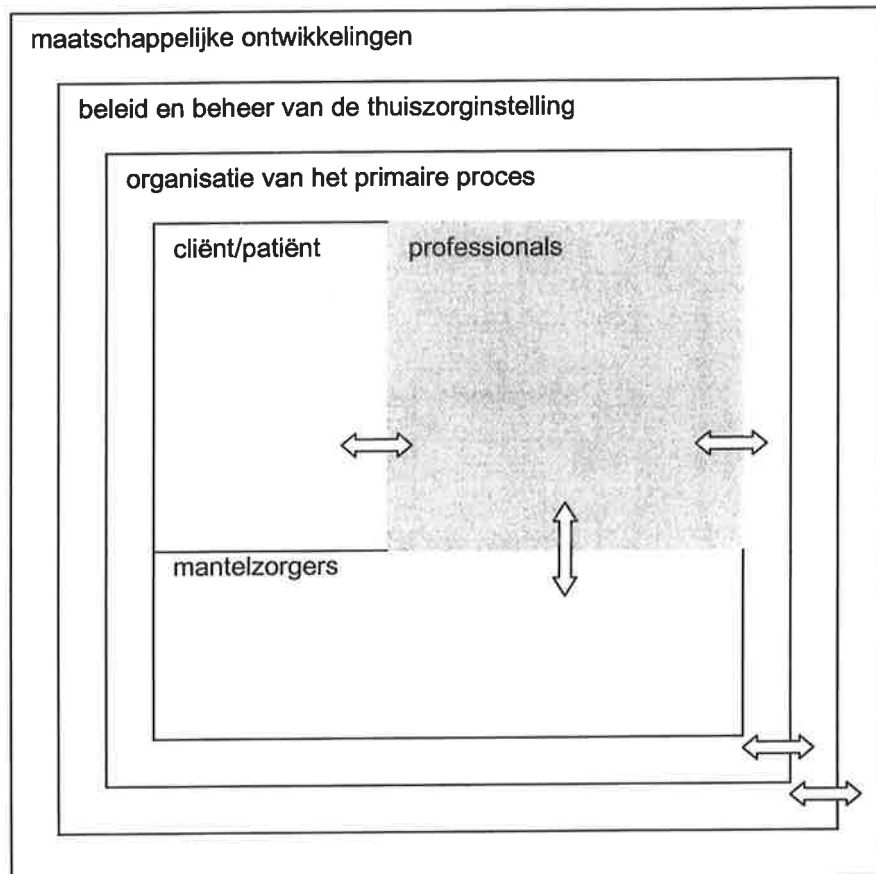
In deze studie wordt het aandachtsgebied van levensbeschouwing, zingeving en/of religie bij ziekte, gezondheid en zorg bestudeerd en wel zoals die door professionals in de thuiszorg gepercipieerd wordt. De onderzoeksvragen zijn als volgt geformuleerd en schematisch weergegeven in *Figuur 1.1*:

1. Beoordelen professionals levensbeschouwing, zingeving en/of religie als een rol van betekenis bij *ziekte en gezondheid*?
2. Beoordelen professionals levensbeschouwing, zingeving en/of religie als een rol van betekenis in de *zorg*?
3. Bij welke *zorgproblemen en zorgtaken* kan volgens de professionals levensbeschouwing, zingeving en/of religie een rol van betekenis hebben?
4. Welke *belemmerende en stimulerende factoren* benoemen professionals om hun (gebrek aan) zorg, waarin levensbeschouwing, zingeving en/of religie een rol van betekenis heeft, te kunnen verklaren?
5. Beoordelen professionals zichzelf als *competent* voor het verlenen van die zorg, waarin levensbeschouwing, zingeving en/of religie een rol van betekenis heeft?
6. Hebben professionals in de thuiszorg behoefte aan die *scholing en training* in de zorg, waarin levensbeschouwing, zingeving en/of religie een rol van betekenis heeft en op welke *wijze* willen ze dit aangeboden hebben?

De positie van professionals zoals geplaatst in dit onderzoek is weergegeven in *Figuur 1.2*.



Figuur 1.1: Onderzoeksmodel



Figuur 1.2: Subject van het onderzoek, professionals in de wijkzorg, kraamzorg en gezinszorg

2 Methode van onderzoek

In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op de onderzoeksopzet (par. 2.1) en de onderzoekspopulatie en setting van de studie (par. 2.2). Daarnaast wordt de dataverzameling en respons beschreven (par. 2.3) en de procedure en gebruikte statistische analyses (par. 2.4).

2.1 Onderzoeksopzet

Het onderzoek betreft een cross-sectioneel onderzoek². Aan de hand van een samengestelde vragenlijst zijn de gegevens verzameld.

2.2 Onderzoekspopulatie en setting

Aan de directies van alle bij de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT/Z-org) aangesloten thuiszorgverenigingen in Nederland (n=97) in 2005 zijn elk acht vragenlijsten toegestuurd met het verzoek om deze vragenlijsten te verdelen onder de volgende vier direct patiëntgerelateerde beroepsgroepen, te weten: wijkverpleegkundigen, wijkzakenverzorgenden, kraamverzorgenden en gezinsverzorgenden en vervolgens te laten retourneren. In totaal konden van elke thuiszorginstelling dus maximaal acht vragenlijsten - van elke beroepsgroep twee - terugverwacht worden.

2.3 Dataverzameling en respons

Dataverzameling vond plaats door middel van een vragenlijst. Deze vragenlijst bestond uit drie gedeeltes. Allereerst persoonlijke gegevens van de invuller. Vervolgens vragen over levensbeschouwing, zingeving en/of religie, welke in relatie gebracht zijn met ziekte, gezondheid en zorg. Tot slot werden vragen gesteld over het invullen van de vragenlijst zelf.

Aangezien niet iedere thuiszorginstelling al de vier beroepsgroepen in dienst heeft - wijkverpleegkundigen, wijkzakenverzorgenden, kraamverzorgenden en gezinsverzorgenden - vielen op voorhand een aantal van de in totaal 776 verstuurd vragenlijsten af. In het bijzonder bleek dat de kraamzorg een aparte positie innam. Er waren bijvoorbeeld thuiszorginstellingen die

² *Cross-sectioneel, transversaal of dwarsdoorsnede onderzoek is onderzoek waarbij op één moment in de tijd één meting per respondent verzameld wordt.*

zich alleen richten op de kraamzorg en er waren thuiszorginstellingen die niet beschikten over een afdeling kraamzorg. Kortom: om de respons te kunnen bepalen van deze studie moesten eerst de reacties van de thuiszorginstellingen verwerkt worden om te kunnen komen tot het exacte aantal werkelijk aangeschreven thuiszorginstellingen. Uiteindelijk bleek dat 100 vragenlijsten niet van toepassing waren, waarmee de aangeschreven respondenten in totaal uit kwam op 676.

Van de 676 verstuurd vragenlijsten werden er in totaal 232 ingevuld geretourneerd, wat in totaal een respons opleverde van 34%. In Tabel 2.1 wordt in totaal en per regio een overzicht gegeven van de respons. De variatie in respons tussen de regio's kan mede verklaard worden door het absolute aantal thuiszorginstellingen dat aangeschreven was. Redenen van non-respons waren in dit onderzoek: andere prioriteit binnen de instelling, reorganisatie of fusie en bezuinigingen. Het merendeel van de thuiszorginstellingen die niet meededen aan het onderzoek, onderschreven wel de relevantie van het onderzoek. De item non-respons³ bleef beperkt in deze studie tot hier en daar enkele respondenten per deelvraag.

Tabel 2.1: Respons, weergegeven in absolute aantallen en tussen haakjes in procenten

functiegroep	totaal	noord*	oost**	zuid***	west****
wijkverpleegkundige (n=180)	70 (39)	14 (20)	17 (24)	16 (23)	23 (33)
wijkzakenverzorgende (n=180)	65 (36)	10 (15)	16 (25)	22 (34)	17 (26)
kraamverzorgende (n=138)	35 (25)	6 (17)	11 (31)	10 (29)	8 (23)
gezinsverzorgende (n=178)	62 (35)	13 (21)	13 (21)	20 (32)	16 (26)
totaal (n=676)	232 (34)	43 (19)	57 (25)	68 (29)	64 (27)

* noord = Groningen, Friesland, Drenthe (17 thuiszorginstellingen); ** oost = Overijssel, Flevoland, Gelderland (19 thuiszorginstellingen); zuid = Brabant, Limburg, Zeeland (27 thuiszorginstellingen); **** west = Noord-Holland, Zuid-Holland, Utrecht (34 thuiszorginstellingen).

2.4 Procedure en statistische analyses

Op basis van literatuurstudie is de vragenlijst samengesteld en uitgetest onder een aantal inhoudsdeskundigen, met als gevolg dat deze wat betreft formulering van teksten enigszins bijgesteld is. De vragenlijst is samen met een aanbevelingsbrief van de directie van de LVT/Z-org toegestuurd aan de 97 thuiszorginstellingen. Binnen de thuiszorginstellingen zijn de vragenlijsten verspreid onder de beroepsgroepen met het verzoek deze ingevuld te retourneren aan de onderzoeker. Er is een rappel verstuurd waarmee de respons nog enigszins verhoogd is.

De verkregen gegevens van de respondenten is verwerkt in het computerprogramma SPSS-12.01. In de rapportage is gebruik gemaakt van de beschrijvende statistiek. Toetsing van verschillen tussen de beroepsgroepen heeft plaatsgevonden door gebruik te maken van de one-

³ Dit wil zeggen dat van degenen die aan het onderzoek deelnamen op sommige vragen geen antwoord gekregen is.

way ANOVA⁴, de Kruskal-Wallis test (H)⁵, Phi⁶ en Spearman's rang correlatiecoëfficiënt (rho)⁷. De toegepaste significantie niveaus⁸ zijn aangegeven in de beschrijving en bij de tabellen die weergegeven zijn in dit rapport.

⁴ One-way ANOVA is een variantie-analyse techniek waarbij een aantal groepsgemiddelden tegelijkertijd met elkaar vergeleken worden. One-way ANOVA is toegepast bij parametrische gegevens op interval of ratio meetniveau.

⁵ Kruskal-Wallis test is een verdelingsvrije techniek die gebruikt wordt om meerdere groepsgemiddelden tegelijkertijd met elkaar te vergelijken en is vergelijkbaar met een variantie-analyse. Kruskal-Wallis test is gebruikt bij non-parametrische gegevens met minimaal een afhankelijke variabele op ordinaal meetniveau.

⁶ Phi is een associatiemaat bij nominale gegevens.

⁷ Rho is een associatiemaat bij ordinale gegevens.

⁸ Het gaat hierbij om de volgende significantie niveaus: $p < .05$; $p < .01$; en $p < .001$.

3 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven aan de hand van de gestelde onderzoeksvragen. Daaraan voorafgaand wordt een beschrijving gegeven van de onderzoekspopulatie (par. 3.1). Vervolgens worden de resultaten van de onderzoeksvragen weergegeven in tekst en tabellen: levensbeschouwing, zingeving en/of religie bij ziekte en gezondheid (par. 3.2) en zorg (par. 3.3); zorgproblemen en zorgtaken (par. 3.4); belemmerende en stimulerende factoren (par. 3.5); competenties van professionals (par. 3.6); en scholing en training (par. 3.7).

3.1 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestaat uit 232 professionals in de thuiszorg, waaronder 70 wijkverpleegkundigen, 65 wijkziekenverzorgenden, 35 kraamverzorgenden en 62 gezinsverzorgenden. In Tabel 3.1 (pag. 26) wordt een overzicht gegeven van een aantal achtergrondvariabelen van de respondenten. De gemiddelde leeftijd van de totale populatie bedroeg 42,2 jaar (SD=10,4 jaar) en varieerde statistisch significant tussen de 4 beroepsgroepen ($p < .001$) - de groep van wijkverpleegkundigen scoorden gemiddeld lager (38 jaar; SD=11,9 jaar) en de groep van gezinsverzorgenden hoger (46,2 jaar; SD=8,9 jaar). Het percentage mannen in dit onderzoek ligt op 3,9%, dat van het aantal vrouwen op 96,1%. In totaal is 96,1% van de onderzoekspopulatie geboren in Nederland. Naar verwachting varieert de hoogst behaalde opleiding naar beroepsgroep, daar deze verschillende opleidingseisen kennen – het verschil tussen de 4 beroepsgroepen is statistisch significant ($df=3$; $H=98.1$; $p < .001$). Van de totale groep kent 54,3% een MBO opleiding en 27,6% een HBO of WO opleiding. Gemiddeld hebben de respondenten 16,2 jaar (SD 9,9 jaar) ervaringsjaren in de zorg en verschilt deze niet statistisch significant tussen de 4 beroepsgroepen.

Van de onderzoekspopulatie heeft verder 21% geen en 9,6% een humanistische levensbeschouwing. Dus opgeteld heeft 30,6% van de respondenten in de onderzoeksgroep geen religieuze levensovertuiging. Het overige deel heeft wel een religieuze levensovertuiging, wat opgeteld neerkomt op een percentage van 69,4%. Het percentage van respondenten met een religieuze achtergrond – die gerekruteerd zijn in 2005 - is hoger dan die van de totale bevolking volgens het CBS in 2003 (2004a), waarbij in 2003 42% als niet-kerkelijk is aangeduid. Overigens is onduidelijk wat in de totale populatie het percentage werknemers in de thuiszorg is

Tabel 3.1: Achtergrondgegevens van de onderzoekspopulatie, weergegeven voor de totale groep en naar functiegroep

	totaal n=232	wvk n=70	wzv n=65	kz n=35	gz n=62
achtergrondgegevens					
- leeftijd ***					
gemiddeld	42.2 jaar	38.0 jaar	43.4 jaar	41.1 jaar	46.2 jaar
sd	10.4 jaar	11.9 jaar	8.4 jaar	10.4 jaar	8.9 jaar
- geslacht					
man	3.9 %	5.7 %	3.1 %	0.0 %	4.8 %
vrouw	96.1 %	94.3 %	96.9 %	100 %	95.2 %
- geboren in					
Nederland	96.1 %	95.7 %	96.9 %	100 %	93.5 %
buiten Nederland	3.9 %	4.3 %	3.1 %	0.0 %	6.5 %
- hoogst behaalde opleiding ***					
lager beroepsonderwijs	3.4 %	0.0 %	4.6 %	0.0 %	8.1 %
vmbo (mavo, mulo)	10.3 %	2.9 %	15.4 %	14.3 %	11.3 %
middelbaar beroepsonderwijs	54.3 %	17.1 %	72.3 %	77.1 %	64.5 %
havo / vwo / (hbs)	4.3 %	2.9 %	3.1 %	5.7 %	6.5 %
hoger beroepsonderwijs	26.7 %	74.3 %	4.6 %	2.9 %	9.7 %
wetenschappelijk onderwijs	0.9 %	2.9 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %
- ervaringsjaren in de zorg # (ns)					
gemiddeld	16.2 jaar	14.6 jaar	18.7 jaar	15.3 jaar	15.8 jaar
sd	9.9 jaar	10.3 jaar	8.9 jaar	10.0 jaar	10.2 jaar
- levensbeschouwing/religie ##					
humanistisch	9.6 %	5.8 %	15.6 %	11.4 %	6.6 %
geen enkele	21.0 %	24.6 %	14.1 %	25.7 %	21.3 %
joodse	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %
protestants christelijke	38.0 %	42 %	32.8 %	31.4 %	42.6 %
rooms katholieke	23.6 %	14.5 %	29.7 %	31.4 %	23.0 %
islamitische	0.9 %	2.9 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %
hindoeïstische	0.4 %	1.4 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %
boeddhistische	1.7 %	1.4 %	3.1 %	0.0 %	1.6 %
andere	4.8 %	7.2 %	4.7 %	0.0 %	4.9 %
- religieus opgevoed ##					
ja	81.7 %	85.5 %	80.0 %	68.6 %	86.7 %
nee	18.3 %	14.5 %	20.0 %	31.4 %	13.3 %
- gelooft in God, hogere macht of kracht (ns)					
ja, altijd	54.7 %	62.9 %	41.5 %	51.4 %	61.3 %
ja, soms	35.8 %	28.6 %	46.2 %	40.0 %	30.6 %
nee, nooit	9.5 %	8.6 %	12.3 %	8.6 %	8.1 %
- gelooft in een leven na de dood (ns)					
ja, altijd	42.7 %	48.6 %	33.8 %	40.0 %	46.8 %
ja, soms	41.4 %	34.3 %	47.7 %	45.7 %	40.3 %
nee, nooit	15.9 %	17.1 %	18.5 %	14.3 %	12.9 %
- frequentie van (religieuze) samenkomst ### (ns)					
meerdere keren per week	8.6 %	11.4 %	6.2 %	5.7 %	9.7 %
(vrijwel) iedere week	16.4 %	18.6 %	13.8 %	17.1 %	16.1 %
regelmatig	11.2 %	8.6 %	9.2 %	17.1 %	12.9 %
zo nu en dan	37.9 %	37.1 %	47.7 %	34.3 %	30.6 %
nooit	25.9 %	24.3 %	23.1 %	25.7 %	30.6 %
- levensbeschouwing/religie is mede van invloed op beroepskeuze (ns)					
ja, zeker	9.1 %	7.1 %	7.7 %	5.7 %	14.5 %
ja, enigszins	29.3 %	34.3 %	27.7 %	34.3 %	22.6 %
nee, zeker niet	61.6 %	58.6 %	64.6 %	60.0 %	62.9 %

missing cases = 2; ## missing cases = 3; ### bijvoorbeeld in de kerk, moskee of synagoge;

* p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001; (ns) = niet statistisch significant tussen de 4 beroepsgroepen.

dat wel of geen religieuze overtuiging heeft, waarmee een precieze vergelijking tussen de onderzoekspopulatie en de totale populatie van professionals in de thuiszorg op dit punt van de levensbeschouwing onmogelijk is.

In totaal is 81,7% van de respondenten religieus opgevoed, gelooft 90,5% soms of altijd in God, hogere macht of kracht, gelooft 84,1% soms of altijd in een leven na de dood, en gaat 25,9% nooit naar een (religieuze) samenkomst. Opmerkelijk is dat – hoewel levensbeschouwing/religie een belangrijke factor is in de onderzoekspopulatie is – 61,6% van de professionals aangeeft dat dit zeker niet van invloed is geweest op hun beroepskeuze.

3.2 Levensbeschouwing, zingeving en/of religie bij ziekte en gezondheid

De eerste onderzoeksvraag was: Beoordelen professionals levensbeschouwing, zingeving en/of religie als een rol van betekenis bij *ziekte en gezondheid*? Zoals in Tabel 3.2 weergegeven vindt 76,3% van de professionals het nadenken over vragen – die ontstaan in de worsteling met het waarom, hoe en wat van gezondheid en ziekte, leven en dood – in hun eigen leven wel belangrijk of zeer belangrijk. Daarentegen vindt 6,0% dit niet zo belangrijk of geheel en al onbelangrijk – van de groep van kraamverzorgenden zelf 0,0%. 17,7% heeft geen uitgesproken mening. Tussen de 4 beroepsgroepen bestaat geen statistisch significant verschil.

Tabel 3.2: Welke rol het nadenken over vragen - die ontstaan zijn in de worsteling met het waarom, hoe en wat van gezondheid en ziekte, leven en dood – heeft, bij de professionals zelf, weergegeven in procenten

functiegroep	n	geheel en al onbelangrijke	niet zo belangrijke	niet belangrijke/ niet onbelangrijke	wel belangrijke	zeer belangrijke
wijkverpleegkundige	70	0.0	5.7	21.4	52.9	20.0
wijkziekenverzorgende	65	1.5	4.6	15.4	50.8	27.7
kraamverzorgende	35	0.0	0.0	11.4	60.0	28.6
gezinsverzorgende	62	0.0	9.7	19.4	46.8	24.2
totaal	232	0.4	5.6	17.7	51.7	24.6

In Tabel 3.3 worden de resultaten weergegeven over welke rol het nadenken over *religieuze* vragen – waarbij er vanuit wordt gegaan dat er buiten de bestaande zichtbare werkelijkheid ook een niet-zichtbare werkelijkheid aanwezig is – heeft, bij de professionals zelf. Hieruit blijkt dat 61,1% van de professionals voor zichzelf die rol wel belangrijk of zeer belangrijk vindt. De beroepsgroepen verschillen enigszins maar laten globaal het zelfde beeld zien en zijn niet statistisch significant verschillend.

Tabel 3.3: Welke rol het nadenken over religieuze vragen – waarbij er vanuit wordt gegaan dat er buiten de bestaande zichtbare werkelijkheid ook een niet-zichtbare werkelijkheid aanwezig is – heeft, bij de professionals zelf, weergegeven in procenten

functiegroep	n*	geheel en al onbelangrijke	niet zo belangrijke	niet belangrijke/niet onbelangrijke	wel belangrijke	zeer belangrijke
wijkverpleegkundige	70	2.9	14.3	20.0	35.7	27.1
wijkzakenverzorgende	65	3.1	10.8	23.1	41.5	21.5
kraamverzorgende	35	0.0	20.0	20.0	31.4	28.6
gezinsverzorgende	61	3.3	19.7	19.7	39.3	18.0
totaal	231	2.6	15.6	20.8	37.7	23.4

* missing cases = 1

Vervolgens is gekeken of levensbeschouwing, zingeving en/of religie, naar het oordeel van professionals, een rol van betekenis heeft bij ziekte en gezondheid in het leven van cliënten/patiënten. Deze resultaten zijn weergegeven in Tabel 3.4 en laten een gelijksoortig beeld zien als voorgaande resultaten. Volgens 77,1% van de professionals, heeft levensbeschouwing, zingeving en/of religie een rol van betekenis bij ziekte en gezondheid van cliënten/patiënten. Daarentegen geeft 5,6% van de professionals aan dat dit niet zo belangrijk of een geheel en al onbelangrijke rol van betekenis heeft – met wat afwijkende percentages voor de groep van kraamverzorgenden. Tussen de 4 beroepsgroepen bestaat geen statistisch significant verschil.

Tabel 3.4: De rol die levensbeschouwing, zingeving en/of religie heeft bij ziekte en gezondheid in het leven van cliënten/patiënten volgens professionals, weergegeven in procenten

functiegroep	n*	geheel en al onbelangrijke	niet zo belangrijke	niet belangrijke/niet onbelangrijke	wel belangrijke	zeer belangrijke
wijkverpleegkundige	69	0.0	2.9	14.5	68.1	14.5
wijkzakenverzorgende	65	0.0	3.1	13.8	58.5	24.6
kraamverzorgende	35	8.6	8.6	20.0	31.4	31.4
gezinsverzorgende	62	0.0	4.8	22.6	54.8	17.7
totaal	231	1.3	4.3	17.3	56.3	20.8

* missing cases = 1

Tabel 3.5 geeft een overzicht van de resultaten waarbij het gaat om de vraag: wat is het belang van levensbeschouwing, zingeving en/of religie voor de professional zelf, als het gaat om ziekte en gezondheid van de cliënten/patiënten. De professional oordeelt hier dus vanuit zijn eigen perspectief en gerelateerd aan de cliënten/patiënten. Hiermee onderscheidt het zich van de vorige tabel waarbij het ging om de relevantie - hoewel ook beoordeeld door de professionals -, die cliënten/patiënten er aan zouden hechten. 74,5% van de professionals geeft aan dat het voor hen zelf wel belangrijk of zeer belangrijk is. Daarentegen vindt 7,4% het niet zo of geheel en al

onbelangrijk. Opmerkelijk is wederom de groep van kraamverzorgenden waarvan 20,0% aangeeft het niet zo of geheel en al onbelangrijk te vinden. Echter, er bestaat geen statistisch significant verschil tussen de 4 beroepsgroepen.

Tabel 3.5: *Het belang van levensbeschouwing, zingeving en/of religie voor de professional zelf, als het gaat om de ziekte en gezondheid van de cliënten/patiënten, weergegeven in procenten*

functiegroep	n*	geheel en al onbelangrijk	niet zo belangrijk	niet belangrijk/niet onbelangrijk	wel belangrijk	zeer belangrijk
wijkverpleegkundige	69	0.0	1.4	18.8	66.7	13.0
wijkzickenverzorgende	65	1.5	7.7	13.8	60.0	16.9
kraamverzorgende	35	5.7	14.3	20.0	28.6	31.4
gezinsverzorgende	62	0.0	4.8	21.0	56.5	17.7
totaal	231	1.3	6.1	18.2	56.3	18.2

* missing cases = 1

Om vast te stellen wat de omvang van gesprekken over levensbeschouwing, zingeving en/of religie is - die professionals voeren met cliënten/patiënten en die te maken hebben met ziekte en gezondheid - is gevraagd naar de frequentie van dit soort gesprekken. De resultaten van deze vraag zijn weergegeven in Tabel 3.6. Deze resultaten laten zien dat 37,6% van de professionals redelijk tot heel vaak gesprekken voert over genoemd thema. Bovendien geeft nog eens 50,7% van de professionals aan soms dit soort gesprekken uit te voeren. Opgeteld komt dit uit op 88,3% - voor de groep van wijkverpleegkundigen is dit zelfs 95,7%. Daarentegen voert 11,7% van de totale groep nooit of bijna nooit dit soort gesprekken. De verschillende percentages tussen de 4 beroepsgroepen zijn statistisch significant ($df=3$; $H=10,1$; $p=.018$).

Tabel 3.6: *Frequentie van gesprekken van professionals met cliënten/patiënten over levensbeschouwing, zingeving en/of religie die te maken hebben met de ziekte en gezondheid van cliënten/patiënten, weergegeven in procenten*

functiegroep ^o	n*	nooit	bijna nooit	soms	redelijk vaak	heel vaak
wijkverpleegkundige	69	0.0	4.3	46.4	43.5	5.8
wijkzickenverzorgende	65	0.0	15.4	49.2	29.2	6.2
kraamverzorgende	35	0.0	20.0	57.1	20.0	2.9
gezinsverzorgende	62	1.6	9.7	53.2	33.9	1.6
totaal	231	0.4	11.3	50.7	33.3	4.3

* missing cases = 1; ^o $p < .05$

3.3 Levensbeschouwing, zingeving en/of religie bij zorg

De tweede onderzoeksvraag gesteld in deze studie was: Beoordelen professionals levensbeschouwing, zingeving en/of religie als een rol van betekenis in de zorg? Waren voorgaande vragen dus gericht op de professional zelf en de *ziekte en gezondheid* van

cliënten/patiënten, de vraag hier is specifiek gericht op de *zorg* aan cliënten/patiënten. In Tabel 3.7 worden resultaten weergegeven die antwoord geven op de vraag of levensbeschouwing, zingeving en/of religie volgens professionals een rol van betekenis heeft in de zorg aan cliënten/patiënten. Van de totale groep is 60,2% van oordeel dat dit wel een belangrijke tot een zeer belangrijke rol speelt in de zorg. Verder vindt 28,1% dit niet belangrijk / niet onbelangrijk. Echter, 11,7% vindt de rol van levensbeschouwing, zingeving en/of religie in de zorg niet zo belangrijk of geheel en al onbelangrijk. Tussen de beroepsgroepen bestaat een statistisch significant verschil (df=3; H=8,8; p=.031). In het bijzonder laat de groep van kraamverzorgenden tussen de groepen afwijkende resultaten zien.

Tabel 3.7: De rol die levensbeschouwing, zingeving en/of religie in de zorg aan cliënten/patiënten heeft volgens professionals, weergegeven in procenten

functiegroep ^o	n*	geheel en al onbelangrijke	niet zo belangrijke	niet belangrijke/niet onbelangrijke	wel belangrijke	zeer belangrijke
wijkverpleegkundige	69	0.0	7.2	24.6	62.3	5.8
wijkzakenverzorgende	65	1.5	10.8	26.2	49.2	12.3
kraamverzorgende	35	5.7	20.0	37.1	28.6	8.6
gezinsverzorgende	62	0.0	8.1	29.0	58.1	4.8
totaal	231	1.3	10.4	28.1	52.4	7.8

* missing cases = 1; ^o p<.05

Vervolgens is de vraag gesteld naar het belang van levensbeschouwing, zingeving en/of religie voor de professional zelf, als het gaat om de zorg aan cliënten/patiënten (zie Tabel 3.8). 62,4% van de professionals vindt dit wel of zeer belangrijk – de groep van gezinsverzorgenden komt zelfs uit op een percentage van 71,0%. Daarnaast vindt 23,8% dit niet belangrijk/niet onbelangrijk. Verder vindt van de totale groep 13,8% dit niet zo of geheel en al niet belangrijk. Tussen de 4 beroepsgroepen is geen statistisch significant verschil aangetoond.

Tabel 3.8: Het belang van levensbeschouwing, zingeving en/of religie voor de professional zelf, als het gaat om de zorg aan cliënten/patiënten, weergegeven in procenten

functiegroep	n*	geheel en al onbelangrijk	niet zo belangrijk	niet belangrijk/niet onbelangrijk	wel belangrijk	zeer belangrijk
wijkverpleegkundige	69	0.0	13.0	18.8	55.1	13.0
wijkzakenverzorgende	65	0.0	13.8	30.8	46.2	9.2
kraamverzorgende	35	2.9	17.1	31.4	40.0	8.6
gezinsverzorgende	62	0.0	11.3	17.7	62.9	8.1
totaal	231	0.4	13.4	23.8	52.4	10.0

* missing cases = 1

In Tabel 3.9 wordt vastgesteld hoe vaak gesprekken plaatsvinden tussen professionals en cliënten/patiënten over levensbeschouwing, zingeving en/of religie die te maken hebben met de verleende zorg. Hieruit blijkt dat 25,6% redelijk tot heel vaak gesprekken voert over genoemd thema. Bovendien voert 56,7% soms gesprekken hierover. Van de totale groep voert 17,7% nooit of bijna nooit gesprekken hierover. Wederom is ook hier geen statisch significant verschil aangetoond tussen de 4 beroepsgroepen.

Tabel 3.9: Frequentie van gesprekken van professionals met cliënten/patiënten over levensbeschouwing, zingeving en/of religie die te maken hebben met de zorg die professionals verlenen aan cliënten/patiënten, weergegeven in procenten

functiegroep	n*	nooit	bijna nooit	soms	redelijk vaak	heel vaak
wijkverpleegkundige	69	2.9	11.6	58.0	26.1	1.4
wijkzorgenverzorgende	65	0.0	20.0	52.3	23.1	4.6
kraamverzorgende	35	0.0	28.6	51.4	20.0	0.0
gezinsverzorgende	62	3.2	9.7	62.9	22.6	1.6
totaal	231	1.7	16.0	56.7	23.4	2.2

* missing cases = 1

In Tabel 3.10 worden resultaten weergegeven waarbij het gaat om de vraag of professionals die zorg - waarin levensbeschouwing, zingeving en/of religie een rol van betekenis heeft - *van belang achten*. De professionals konden de uitspraken beoordelen op een 5-puntsschaal, waarbij een score van 3.0 het midden vormt – niet mee eens / niet mee oneens. Alles boven de 3.0 neigt dus eerder naar bevestiging dan naar ontkenning van de uitspraak. Tabel 3.10 toont aan dat alle uitspraken voor de totale onderzoeksgroep boven die gemiddelde score van 3.0 zitten. De gemiddelde scores lopen verder uiteen van 3.4 (SD=0.9) tot 4.3 (SD=0.7).

De generieke uitspraak 'aandacht te hebben voor wat de cliënt/patiënt belangrijk vindt op het gebied van zingeving en/of religie en afspraken te maken over de gewenste ondersteuning hierin' laat een gemiddelde score van 4.1 (SD=0.8) zien. De gemiddelde scores op de generieke uitspraak variëren enigszins tussen de beroepsgroepen maar zijn niet statistisch significant verschillend.

De gemiddelde scores op de specifieke uitspraken tussen de beroepsgroepen laat een statistisch significant verschil zien op de volgende uitspraken:

- 'de cliënt/patiënt te informeren over de bestaande mogelijkheden in de zorg op het gebied van zingeving en/of religie' (df=3; H=9.1; p=.028) – hoogste score bij wijkverpleegkundigen (3.9; SD=0.8) en laagste score bij wijkzorgenverzorgenden (3.1; SD=0.9);
- 'mezelf bewust te zijn van mijn eigen opvattingen en overtuiging op het gebied van zingeving en/of religie en daarin mijn eigen mogelijkheden en grenzen te kennen. Verwijs eventueel door naar een collega, mantelzorg of humanistisch raadsman / geestelijk verzorger / imam / pastor'

- (df=3; H=12,5; p=.006) – hoogste score bij wijkverpleegkundigen (4.3; SD=0.7) en laagste score bij kraamverzorgenden (3.8; SD=0.8);
- 'indien van toepassing – in een gesprek aandacht te besteden aan de gedachten en/of gevoelens die een handicap, ziekte, lijden of dood kunnen oproepen' (df=3; H=18.9; p<.001) – hoogste score bij wijkverpleegkundigen (4.5; SD=0.7) en laagste score bij kraamverzorgenden (3.8; SD=0.8);
 - 'de patiënt/cliënt te informeren over de mogelijkheid van een gesprek met een humanistisch raadsman / geestelijk verzorger / imam / pastor op het gebied van zingeving en/of religie' (df=3; H=9.7; p=.021) – hoogste score bij gezinsverzorgenden (4.0; SD=0.8) en laagste score bij kraamverzorgenden (3.5; SD=0.9);
 - 'te observeren of er bij de cliënt/patiënt (te verwachten) problemen zijn op het gebied van zingeving en/of religie' (df=3; H=8.8; p=.033) – hoogste score bij wijkverpleegkundigen (3.8; SD=0.9) en laagste score bij kraamverzorgenden (3.3; SD=0.9);
 - 'de zorg op het gebied van zingeving en/of religie in het zorgplan/dossier te beschrijven' (df=3; H=8.2; p=.041) – hoogste score bij wijkverpleegkundigen (3.7; SD=0.9) en laagste score bij kraamverzorgenden (3.2; SD=1.1);
 - 'de zorg op het gebied van zingeving en/of religie binnen het multidisciplinaire team te bespreken' (df=3; H=20.3; p<.001) – hoogste score bij wijkverpleegkundigen (3.8; SD=0.8) en laagste score bij kraamverzorgenden (2.9; SD=1.1).

Tabel 3.10 Oordelen van professionals op een schaal van 1-5 ° waarbij het gaat om de vraag of professionals die zorg waarin levensbeschouwing, zingeving en/of religie een rol van betekenis heeft, van belang achten, weergegeven in gemiddelden (en standaard deviaties)

	totaal n=231 gem (sd)	wvk n=70 gem (sd)	wzv n=65 gem (sd)	kz n=34 gem (sd)	gz n=62 gem (sd)
uitspraken: ik vind het van belang om ...					
<i>generiek</i>					
- aandacht te hebben voor wat de cliënt/patiënt belangrijk vindt op het gebied van zingeving en/of religie en afspraken te maken over de gewenste ondersteuning hierin	4.1 (0.8)	4.2 (0.8)	4.0 (0.8)	3.9 (0.9)	4.2 (0.8)
<i>specifiek</i>					
- de cliënt/patiënt te informeren over de bestaande mogelijkheden in de zorg op het gebied van zingeving en/of religie #	3.7 (0.8)	3.9 (0.8)	3.1 (0.9)	3.4 (1.0)	3.8 (0.7) *
- de cliënt/patiënt te vragen of hij/zij bepaalde behoeften of gebruiken heeft op het gebied van zingeving en/of religie	3.9 (0.8)	4.0 (0.9)	3.9 (0.7)	3.9 (0.9)	3.8 (0.9)
- met de cliënt/patiënt te overleggen óf en op welke wijze voorzien kan worden in zijn/haar wensen en/of behoeften op het gebied van zingeving en/of religie	3.9 (0.8)	4.1 (0.7)	3.7 (0.8)	3.8 (0.9)	3.9 (0.8)
- mezelf bewust te zijn van mijn eigen opvattingen en overtuiging op het gebied van zingeving en/of religie en daarin mijn eigen mogelijkheden en grenzen te kennen. Verwijs eventueel door naar een collega, mantelzorg of humanistisch raadsman / geestelijk verzorger / imam / pastor	4.1 (0.7)	4.3 (0.7)	3.9 (0.7)	3.8 (0.8)	4.1 (0.7) **
- indien de patiënt/cliënt dat wenst en waar mogelijk – gelegenheid te creëren om activiteiten op het gebied van zingeving en/of religie uit te oefenen ##	3.8 (0.9)	3.9 (1.0)	3.8 (0.9)	3.8 (1.0)	3.8 (0.9)
- indien gewenst – de cliënt/patiënt hulp te geven bij het uitvoeren van activiteiten op het gebied van zingeving en/of religie of om een collega, mantelzorg of humanistisch raadsman / geestelijk verzorger / imam / pastor hiervoor te vragen	3.7 (0.9)	3.8 (1.0)	3.8 (0.7)	3.4 (1.1)	3.9 (0.8)
- actief te vragen en te luisteren naar wat de cliënt/patiënt bezighoudt op het gebied van zingeving en/of religie	3.7 (0.9)	3.9 (0.8)	3.6 (0.9)	3.6 (0.9)	3.7 (1.0)
- indien van toepassing – in een gesprek aandacht te besteden aan de gedachten en/of gevoelens die een handicap, ziekte, lijden of dood kunnen oproepen ###	4.3 (0.7)	4.5 (0.7)	4.3 (0.5)	3.8 (0.8)	4.3 (0.8) ***
- de patiënt/cliënt te informeren over de mogelijkheid van een gesprek met een humanistisch raadsman / geestelijk verzorger / imam / pastor op het gebied van zingeving en/of religie	3.8 (0.8)	3.9 (0.9)	3.8 (0.6)	3.5 (0.9)	4.0 (0.8) *
- te observeren of er bij de cliënt/patiënt (te verwachten) problemen zijn op het gebied van zingeving en/of religie	3.6 (0.9)	3.8 (0.9)	3.6 (0.8)	3.3 (0.9)	3.7 (0.8) *
- (eventuele) problemen op het gebied van zingeving en/of religie bespreekbaar te maken bij de cliënt/patiënt en door te verwijzen – indien daar behoefte aan is – naar een humanistisch raadsman / geestelijk verzorger / imam / pastor	3.8 (0.8)	4.0 (0.8)	3.7 (0.8)	3.6 (0.9)	3.8 (0.8)
- de zorg op het gebied van zingeving en/of religie in het zorgplan/dossier te beschrijven	3.5 (1.0)	3.7 (0.9)	3.5 (0.8)	3.2 (1.1)	3.4 (1.0) *
- de zorg op het gebied van zingeving en/of religie binnen het multidisciplinaire team te bespreken	3.4 (0.9)	3.8 (0.8)	3.4 (0.8)	2.9 (1.1)	3.4 (0.9) ***

° 1 = helemaal mee oneens, 2 = mee oneens, 3 = niet mee oneens / niet mee eens, 4 = mee eens, 5 = helemaal mee eens;

* p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001;

wvk = wijkverpleegkundige; wzv = wijkzakenverzorgende; kz = kraamverzorgende; gz = gezinsverzorgende;

bijvoorbeeld mogelijkheid tot contact met een humanistisch raadsman, geestelijk verzorger, imam, pastor of het aanreiken van schriftelijke brochures van de thuiszorg; ## bijvoorbeeld mediteren, bidden, lezen of luisteren naar muziek; ### bijvoorbeeld eenzaamheid, machteloosheid, boosheid, maar ook verbondenheid, harmonie en acceptatie

In Tabel 3.11 worden resultaten weergegeven over het oordeel van professionals over de vraag of zij in de praktijk *in voldoende mate toekomen* aan die zorg waarin levensbeschouwing, zingeving en/of religie een rol van betekenis heeft. De professionals konden ook hier de uitspraken beoordelen op een 5-puntsschaal, waarbij een score van 3.0 het midden vormt – niet mee eens / niet mee oneens. Alle uitspraken voor de totale onderzoeksgroep scoren gemiddeld boven de 3.0. De gemiddelde scores lopen uiteen van 3.4 (SD=0.9) tot 4.3 (SD=0.7).

De generieke uitspraak 'aandacht te hebben voor wat de cliënt/patiënt belangrijk vindt op het gebied van zingeving en/of religie en afspraken te maken over de gewenste ondersteuning hierin' laat een gemiddelde score van 3.2 (SD=0.8) zien. De gemiddelde scores op de generieke uitspraak variëren enigszins tussen de beroepsgroepen maar zijn niet statistisch significant verschillend.

De gemiddelde scores op de specifieke uitspraken tussen de beroepsgroepen laat een statistisch significant verschil zien op de volgende uitspraken:

- 'de cliënt/patiënt te informeren over de bestaande mogelijkheden in de zorg op het gebied van zingeving en/of religie' (df=3; H=8.9; p=.030) – hoogste score bij wijkverpleegkundigen (3.4; SD=0.9) en laagste score bij kraamverzorgenden (2.9; SD=0.8);
- 'indien van toepassing – in een gesprek aandacht te besteden aan de gedachten en/of gevoelens die een handicap, ziekte, lijden of dood kunnen oproepen' (df=3; H=8.0; p=.047) – hoogste score bij wijkverpleegkundigen (3.7; SD=0.9) en laagste score bij kraamverzorgenden (3.2; SD=1.0);
- 'de patiënt/cliënt te informeren over de mogelijkheid van een gesprek met een humanistisch raadsman of –vrouw / geestelijk verzorger / imam / pastor op het gebied van zingeving en/of religie' (df=3; H=11.4; p=.010) - hoogste score bij wijkverpleegkundigen (3.6; SD=0.9) en laagste score bij kraamverzorgenden (3.0; SD=0.8).

Tabel 3.11: Oordelen van professionals op een schaal van 1-5^o waarbij het gaat om de vraag of professionals in de zorgpraktijk in voldoende mate toekomen aan die zorg waarin levensbeschouwing, zingeving en/of religie een rol van betekenis heeft, weergegeven in gemiddelden (en standaard deviaties)

	totaal n=231 gem (sd)	wvk n=70 gem (sd)	wzv n=65 gem (sd)	kz n=34 gem (sd)	gz n=62 gem (sd)
uitspraken: ik kom er in de zorgpraktijk in voldoende mate aan toe om ...					
<i>generiek</i>					
- aandacht te hebben voor wat de cliënt/patiënt belangrijk vindt op het gebied van zingeving en/of religie en afspraken te maken over de gewenste ondersteuning hierin	3.2 (0.8)	3.2 (0.8)	3.3 (0.8)	3.1 (0.9)	3.2 (0.9)
<i>specifiek</i>					
- de cliënt/patiënt te informeren over de bestaande mogelijkheden in de zorg op het gebied van zingeving en/of religie #	3.2 (0.9)	3.4 (0.9)	3.1 (0.9)	2.9 (0.8)	3.1 (0.8) *
- de cliënt/patiënt te vragen of hij/zij bepaalde behoeften of gebruiken heeft op het gebied van zingeving en/of religie	3.4 (0.8)	3.4 (0.8)	3.4 (0.7)	3.3 (1.0)	3.4 (0.9)
- met de cliënt/patiënt te overleggen of en op welke wijze voorzien kan worden in zijn/haar wensen en/of behoeften op het gebied van zingeving en/of religie	3.4 (0.7)	3.4 (0.8)	3.3 (0.7)	3.4 (0.8)	3.5 (0.7)
- mezelf bewust te zijn van mijn eigen opvattingen en overtuiging op het gebied van zingeving en/of religie en daarin mijn eigen mogelijkheden en grenzen te kennen. Verwijs eventueel door naar een collega, mantelzorg of humanistisch raadsman / geestelijk verzorger / imam / pastor	3.5 (0.9)	3.6 (0.9)	3.4 (0.7)	3.3 (0.8)	3.5 (1.0)
- indien de patiënt/cliënt dat wenst en waar mogelijk – gelegenheid te creëren om activiteiten op het gebied van zingeving en/of religie uit te oefenen ##	3.2 (1.0)	3.1 (1.1)	3.2 (0.9)	3.4 (1.0)	3.2 (0.8)
- indien gewenst – de cliënt/patiënt hulp te geven bij het uitvoeren van activiteiten op het gebied van zingeving en/of religie of om een collega, mantelzorg of humanistisch raadsman / geestelijk verzorger / imam / pastor hiervoor te vragen	3.2 (0.9)	3.2 (1.0)	3.3 (0.8)	3.0 (1.0)	3.3 (0.9)
- actief te vragen en te luisteren naar wat de cliënt/patiënt bezighoudt op het gebied van zingeving en/of religie	3.3 (0.8)	3.3 (0.9)	3.3 (0.7)	3.3 (0.9)	3.3 (0.8)
- indien van toepassing – in een gesprek aandacht te besteden aan de gedachten en/of gevoelens die een handicap, ziekte, lijden of dood kunnen oproepen ###	3.6 (0.9)	3.7 (0.9)	3.6 (0.7)	3.2 (1.0)	3.5 (1.0) *
- de patiënt/cliënt te informeren over de mogelijkheid van een gesprek met een humanistisch raadsman / geestelijk verzorger / imam / pastor op het gebied van zingeving en/of religie	3.3 (0.9)	3.6 (0.9)	3.3 (0.8)	3.0 (0.8)	3.4 (0.9) *
- te observeren of er bij de cliënt/patiënt (te verwachten) problemen zijn op het gebied van zingeving en/of religie	3.2 (0.9)	3.4 (0.9)	3.1 (0.7)	3.1 (0.8)	3.1 (1.0)
- (eventuele) problemen op het gebied van zingeving en/of religie bespreekbaar te maken bij de cliënt/patiënt en door te verwijzen – indien daar behoefte aan is – naar een humanistisch raadsman / geestelijk verzorger / imam / pastor	3.3 (0.9)	3.4 (0.9)	3.2 (0.8)	3.1 (0.9)	3.3 (0.9)
- de zorg op het gebied van zingeving en/of religie in het zorgplan/dossier te beschrijven	3.2 (0.9)	3.3 (1.0)	3.2 (0.8)	3.0 (1.1)	3.2 (0.9)
- de zorg op het gebied van zingeving en/of religie binnen het multidisciplinaire team te bespreken	3.1 (0.8)	3.2 (1.0)	3.1 (0.7)	2.8 (0.8)	3.1 (0.8)

^o 1 = helemaal mee oneens, 2 = mee oneens, 3 = niet mee oneens / niet mee eens, 4 = mee eens, 5 = helemaal mee eens;

* p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001;

wvk = wijkverpleegkundige; wzv = wijkzorgverzorger; kz = kraamverzorgende; gz = gezinsverzorgende;

bijvoorbeeld mogelijkheid tot contact met een humanistisch raadsman, geestelijk verzorger, imam, pastor of het aanreiken van schriftelijke brochures van de thuiszorg; ## bijvoorbeeld mediteren, bidden, lezen of luisteren naar muziek; ### bijvoorbeeld eenzaamheid, machteloosheid, boosheid, maar ook verbondenheid, harmonie en acceptatie

Vervolgens is onderzocht hoe de relatie is tussen enerzijds *het belang dat professionals hechten* aan die zorg waarin levensbeschouwing, zingeving en/of religie een rol van betekenis heeft en anderzijds of zij hier in de zorgpraktijk *in voldoende mate aan toekomen*. In Tabel 3.12 worden de resultaten per uitspraak weergegeven, waarbij de scores van professionals op de vraag naar het belang afgetrokken zijn van de scores op de vraag of zij hier in de praktijk in voldoende mate aan toekomen. Een *negatieve score* maakt duidelijk dat het belang gemiddeld hoger scoort dan de mate dat men er in de zorgpraktijk aan toekomt.

De generieke uitspraak 'aandacht te hebben voor wat de cliënt/patiënt belangrijk vindt op het gebied van zingeving en/of religie en afspraken te maken over de gewenste ondersteuning hierin' laat een gemiddelde verschilscore van -0.9 (SD=1.0) zien. De gemiddelde verschilcores voor de totale onderzoeksgroep en over de specifieke uitspraken zijn allen negatief en variëren van -0.3 (SD=1.0) tot -0.7 (SD=0.9). De gemiddelde negatieve verschilcores op zowel de generieke uitspraak als de specifieke uitspraken variëren enigszins tussen de 4 beroepsgroepen maar is alleen statistisch significant verschillend bij de zorgactie 'de zorg op het gebied van zingeving en/of religie binnen het multidisciplinaire team te bespreken' (df=3; H=9.2; p=.027).

Tabel 3.12: Verschilcores ° in de oordelen van professionals - waarbij de scores van professionals op de vraag naar het belang van de uitspraken afgetrokken zijn van de scores op de vraag of zij hier in de praktijk in voldoende mate aan toekomen -, weergegeven in gemiddelden (en standaard deviaties)

	totaal n=231 gem (sd)	wvk n=70 gem (sd)	wzv n=65 gem (sd)	kz n=34 gem (sd)	gz n=62 gem (sd)
uitspraken					
<i>generiek</i>					
- aandacht te hebben voor wat de cliënt/patiënt belangrijk vindt op het gebied van zingeving en/of religie en afspraken te maken over de gewenste ondersteuning hierin	-0.9 (1.0)	-1.0 (1.0)	-0.8 (1.1)	-0.7 (1.1)	-1.0 (1.1)
<i>specifiek</i>					
- de cliënt/patiënt te informeren over de bestaande mogelijkheden in de zorg op het gebied van zingeving en/of religie #	-0.6 (1.0)	-0.6 (1.0)	-0.5 (1.0)	-0.6 (1.1)	-0.7 (0.9)
- de cliënt/patiënt te vragen of hij/zij bepaalde behoeften of gebruiken heeft op het gebied van zingeving en/of religie	-0.5 (0.9)	-0.6 (0.8)	-0.4 (0.9)	-0.6 (0.9)	-0.4 (1.0)
- met de cliënt/patiënt te overleggen of en op welke wijze voorzien kan worden in zijn/haar wensen en/of behoeften op het gebied van zingeving en/of religie	-0.5 (0.8)	-0.6 (0.7)	-0.4 (0.9)	-0.5 (0.8)	-0.5 (0.7)
- mezelf bewust te zijn van mijn eigen opvattingen en overtuiging op het gebied van zingeving en/of religie en daarin mijn eigen mogelijkheden en grenzen te kennen. Verwijs eventueel door naar een collega, mantelzorg of humanistisch raadsman / geestelijk verzorger / imam / pastor	-0.6 (0.9)	-0.6 (0.8)	-0.5 (0.7)	-0.5 (0.9)	-0.6 (1.1)
- indien de patiënt/cliënt dat wenst en waar mogelijk – gelegenheid te creëren om activiteiten op het gebied van zingeving en/of religie uit te oefenen ##	-0.6 (1.0)	-0.7 (0.9)	-0.6 (1.1)	-0.4 (0.9)	-0.5 (0.9)
- indien gewenst – de cliënt/patiënt hulp te geven bij het uitvoeren van activiteiten op het gebied van zingeving en/of religie of om een collega, mantelzorg of humanistisch raadsman / geestelijk verzorger / imam / pastor hiervoor te vragen	-0.5 (0.9)	-0.6 (1.0)	-0.5 (0.8)	-0.4 (1.0)	-0.6 (1.0)
- actief te vragen en te luisteren naar wat de cliënt/patiënt bezighoudt op het gebied van zingeving en/of religie	-0.4 (0.9)	-0.6 (0.8)	-0.3 (0.9)	-0.3 (0.7)	-0.4 (0.9)
- indien van toepassing – in een gesprek aandacht te besteden aan de gedachten en/of gevoelens die een handicap, ziekte, lijden of dood kunnen oproepen ###	-0.7 (0.9)	-0.7 (0.9)	-0.7 (0.9)	-0.6 (0.8)	-0.8 (1.0)
- de patiënt/cliënt te informeren over de mogelijkheid van een gesprek met een humanistisch raadsman / geestelijk verzorger / imam / pastor op het gebied van zingeving en/of religie	-0.5 (0.9)	-0.4 (1.0)	-0.5 (0.8)	-0.5 (0.8)	-0.6 (1.0)
- te observeren of er bij de cliënt/patiënt (te verwachten) problemen zijn op het gebied van zingeving en/of religie	-0.4 (0.8)	-0.4 (0.8)	-0.5 (0.8)	-0.2 (0.9)	-0.5 (0.8)
- (eventuele) problemen op het gebied van zingeving en/of religie bespreekbaar te maken bij de cliënt/patiënt en door te verwijzen – indien daar behoefte aan is – naar een humanistisch raadsman / geestelijk verzorger / imam / pastor	-0.5 (0.9)	-0.6 (0.8)	-0.5 (0.9)	-0.6 (0.9)	-0.5 (0.9)
- de zorg op het gebied van zingeving en/of religie in het zorgplan/dossier te beschrijven	-0.3 (1.0)	-0.5 (1.0)	-0.3 (0.9)	-0.2 (1.0)	-0.2 (1.0)
- de zorg op het gebied van zingeving en/of religie binnen het multidisciplinaire team te bespreken	-0.4 (1.0)	-0.5 (0.8)	-0.3 (0.9)	-0.1 (1.1)	-0.3 (1.0) *

° negatieve verschilcores houden in dat professionals het belang van die zorg waarbij levensbeschouwing, zingeving en/of religie een rol van betekenis speelt, gemiddeld hoger scoren dan op de vraag of professionals hier in de zorgpraktijk in voldoende mate aan toekomen; positieve verschilcores houden in dat de scores op de vraag of professionals in voldoende mate toekomen aan die zorg waarin levensbeschouwing, zingeving en/of religie een rol van betekenis speelt, gemiddeld hoger scoren dan op de vraag naar het belang ervan; beide vragen zijn gescoord op een schaal van 1-5: 1 = helemaal mee oneens, 2 = mee oneens, 3 = niet mee oneens / niet mee eens, 4 = mee eens, 5 = helemaal mee eens;

* p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001;

wvk = wijkverpleegkundige; wzv = wijkziekteverzorger; kz = kraamverzorgende; gz = gezinsverzorgende;

bijvoorbeeld mogelijkheid tot contact met een humanistisch raadsman, geestelijk verzorger, imam, pastor of het aanreiken van schriftelijke brochures van de thuiszorg; ## bijvoorbeeld mediteren, bidden, lezen of luisteren naar muziek; ### bijvoorbeeld eenzaamheid, machteloosheid, boosheid, maar ook verbondenheid, harmonie en acceptatie

3.4 Zorgproblemen en zorgtaken

In deze paragraaf worden resultaten weergegeven die een antwoord geven op de derde onderzoeksvraag die als volgt is omschreven: Bij welke *zorgproblemen en zorgtaken* kan volgens de professionals levensbeschouwing, zingeving en/of religie een rol van betekenis hebben? De resultaten zijn verwerkt in Tabel 3.13 (zorgproblemen) en Tabel 3.14 (zorgtaken).

In Tabel 3.13 zijn percentages weergegeven op de vraag naar de zorgproblemen. De percentages voor de totale onderzoeksgroep varieert tussen de zorgproblemen van 'het leren omgaan met lichamelijke beperkingen' (79,8%) tot 'vrijheidsbeperkende maatregelen (bijv. huisarrest of fixatie)' (21,4%).

De 15 meest gescoorde zorgproblemen zijn achtereenvolgens: 'leren omgaan met lichamelijke beperkingen' (79,8%); 'angst voor de dood' (77,3%); 'leren omgaan met chronische ziekte/handicap' (76,0%); 'zin van het leven' (75,5%); 'eenzaamheid' (75,5%); 'omgaan met sterven familie / vrienden' (75,1%); 'omgaan met sterven' (72,9%); 'ouder worden' (70,3%); 'leren omgaan met acute ziekte/handicap' (69,0%); 'leren omgaan met psychosociale beperkingen' (67,7%); 'leven na de dood' (66,4%); 'pijn' (65,1%); 'levensbeëindiging / euthanasie' (65,1%); 'zin van het lijden' (64,4%); en 'zin van het ziek zijn' (63,8%).

De 10 minst gescoorde zorgproblemen voor de totale onderzoeksgroep zijn: 'vrijheidsbeperkende maatregelen (bijv. huisarrest of fixatie)' (21,4%); 'schoonmaakactiviteiten van hulp/zorgverlener botst met opvattingen zorgvrager' (25,3%); 'kinder mishandeling' (27,5%); 'eetgewoontes van hulp/zorgverlener botst met opvattingen zorgvrager' (27,9%); 'dieet voorschriften' (30,6%); 'kleding van hulp/zorgverlener botst met opvattingen van de zorgvrager' (35,4%); 'moeilijkheden van hulp/zorg bij (religieuze) rituelen en/of feesten' (37,1%); 'medicatie voorschriften' (37,6%); 'hartinfarct' (37,6%); en 'dragen van schoeisel in huis botst met opvattingen van de zorgvrager' (39,0%).

Van de zorgproblemen zijn er 10 van de 46 die geen statistisch significante verschillen laten zien tussen de 4 beroepsgroepen. De meest afwijkende percentages doen zich voor onder de groep van kraamverzorgenden. Een vergelijking tussen de beroepsgroepen onder de zorgproblemen laat verder zien dat onder de groep van wijkverpleegkundigen 23 keer de hoogste percentages zijn gerapporteerd, 17 keer onder de wijkziekenverzorgenden, 6 keer onder de kraamverzorgenden en 0 keer onder de gezinsverzorgenden. Daarentegen zijn de laagste percentages gerapporteerd onder de kraamverzorgenden (35x), gezinsverzorgenden (6x), wijkziekenverzorgenden (4x) en wijkverpleegkundigen (1x).

Tabel 3.13: *Levensbeschouwing, zingeving en/of religie kan volgens de professionals een rol van betekenis hebben bij de aangegeven zorgproblemen van cliënten/patiënten, weergegeven in procenten*

zorgproblemen	n	totaal	wvk	wzv	kz	gz
leren omgaan met acute ziekte/handicap	229	69.0	88.2	79.7	22.9	62.9 ***
leren omgaan met chronische ziekte/handicap	229	76.0	98.5	93.8	11.4	69.4 ***
leren omgaan met lichamelijke beperkingen	228	79.8	95.5	93.8	28.6	77.4 ***
leren omgaan met psychosociale beperkingen	229	67.7	88.2	76.6	22.9	61.3 ***
leren omgaan met cognitieve beperkingen	229	55.9	76.5	75.0	8.6	40.3 ***
opname/ontslag ziekenhuis	229	54.6	63.2	60.9	57.1	37.1 *
opname/ontslag verpleeghuis	229	55.0	72.1	73.4	8.6	43.5 ***
opname verzorginghuis	229	59.8	72.1	75.0	14.3	56.5 ***
(ingrijpende) operatie	229	59.0	63.2	73.4	22.9	59.7 ***
medicatie voorschriften	229	37.6	44.1	45.3	20.0	32.3 *
dieet voorschriften	229	30.6	33.8	45.3	20.0	17.7 **
aanpassen leefstijl	229	52.4	55.9	60.9	34.3	50.0
vrijheidsbeperkende maatregelen (bijv. huisarrest of fixatie)	229	21.4	29.4	21.9	8.6	19.4
ouder worden	229	70.3	80.9	84.4	14.3	75.8 ***
zin van het leven	229	75.5	83.8	87.5	34.3	77.4 ***
zin van het ziek zijn	229	63.8	86.8	78.1	20.0	48.4 ***
zin van het lijden	229	64.6	83.8	79.7	20.0	53.2 ***
straf en schuld	229	43.2	63.2	46.9	14.3	33.9 ***
leven na de dood	229	66.4	80.9	81.3	37.1	51.6 ***
geboorte van kind	229	42.8	38.2	25.0	91.4	38.7 ***
sterfte van een kind	229	54.6	52.9	39.1	94.3	50.0 ***
kindermishandeling	229	27.5	29.4	14.1	42.9	30.6 *
eenzaamheid	229	75.5	88.2	82.8	37.1	75.8 ***
pijn	229	65.1	85.3	73.4	37.1	50.0 ***
angst voor de dood	229	77.3	91.2	92.2	31.4	72.6 ***
benaauwdheid	229	45.4	58.8	64.1	8.6	32.3 ***
afhankelijkheid	229	54.1	63.2	67.2	17.1	51.6 ***
relatie problemen	229	49.8	64.7	50.0	40.0	38.7 *
onvoldoende mantelzorg	229	46.7	57.4	60.9	25.7	32.3 ***
omgaan met sterven	229	72.9	89.7	92.2	37.1	54.8 ***
levensbeëindiging / euthanasie	229	65.1	88.2	79.7	28.6	45.2 ***
rituelen rondom overlijden	229	62.0	80.9	71.9	45.7	40.3 ***
omgaan met sterven familie / vrienden	229	75.1	88.2	92.2	37.1	64.5 ***
slaapproblemen	229	43.7	47.1	50.0	31.4	40.3
vermoeidheid	229	44.5	51.5	51.6	45.7	29.0 *
depressie	229	60.3	70.6	70.3	40.0	50.0 **
hartinfarct	229	37.6	52.9	45.3	11.4	27.4 ***
trauma	229	43.2	61.8	50.0	17.1	30.6 ***
bijna dood ervaring	229	45.4	63.2	50.0	25.7	32.3 ***
normen en waarden van hulpverlener botsen met die van de zorgvrager	229	49.8	60.3	53.1	42.9	38.7
rolverdeling tussen mannen en vrouwen botsen in de zorgsituatie	228	41.7	51.5	43.8	29.4	35.5
mogelijkheden van hulp/zorg bij (religieuze) rituelen en/of feesten	229	37.1	45.6	32.8	37.1	32.2
kleding van hulp/zorgverlener botst met opvattingen van de zorgvrager	229	35.4	45.6	32.8	22.9	33.9
dragen van schoeisel in huis botst met opvattingen van de zorgvrager	228	39.0	38.2	30.2	57.1	38.7
eetgewoontes van hulp/zorgverlener botst met opvattingen zorgvrager	229	27.9	30.9	23.4	40.0	22.6
schoonmaakactiviteiten van hulp/zorgverlener botst met opvattingen zorgvrager	229	25.3	20.6	21.9	40.0	25.8

wvk = wijkverpleegkundige; wzv = wijkzakenverzorgende; kz = kraamverzorgende; gz = gezinsverzorgende;

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

Naast de zorgproblemen is dus tevens de vraag gesteld of levensbeschouwing, zingeving en/of religie volgens professionals een rol van betekenis kan hebben bij de diverse zorgtaken die professionals uitvoeren in hun zorgpraktijk. In Tabel 3.14 worden de resultaten op deze vraag weergegeven. Zorgtaken waarbij genoemd thema een rol van betekenis kan spelen laat over de totale onderzoeksgroep het volgende beeld zien. De percentages variëren van 'begeleidingsgesprekken met cliënten/patiënten' (81,2%) tot 'huishoudelijke verzorging' (34,1%). De 4 zorgtaken die de hoogste percentages voor de totale onderzoeksgroep lieten zien, zijn: 'begeleidingsgesprekken met cliënten/patiënten' (81,2%); 'lichamelijke verzorging' (73,2%); 'informer en adviseren' (68,6%); en 'begeleidingsgesprekken met mantelzorgers' (65,9%). De 4 zorgtaken met de laagste percentages in de totale onderzoeksgroep zijn: 'huishoudelijke verzorging' (34,1%); 'multidisciplinair overleg' (39,3%); 'verpleegtechnisch handelen' (43,0%); en 'coördineren van de zorg' (45,0%).

Van de zorgtaken zijn er 3 van de 12 die geen statistisch significante verschillen laten zien tussen de beroepsgroepen. Een vergelijking tussen de beroepsgroepen onder de zorgtaken laat zien dat onder de groep van wijkverpleegkundigen 7 keer de hoogste percentages zijn gerapporteerd, 2 keer onder de wijkzorgenverzorgenden, 2 keer onder de kraamverzorgenden en 1 keer onder de gezinsverzorgenden. Daarentegen zijn de laagste percentages gerapporteerd onder de kraamverzorgenden (6x), gezinsverzorgenden (4x), wijkzorgenverzorgenden (2x) en wijkverpleegkundigen (0x).

Tabel 3.14: Levensbeschouwing, zingeving en/of religie kan volgens de professionals een rol van betekenis hebben bij de aangegeven zorgtaken, weergegeven in procenten

zorgtaken	n	totaal	wvk	wzv	kz	gz
huishoudelijke verzorging	229	34.1	36.2	19.0	40.0	43.5 *
lichamelijke verzorging	228	73.2	79.7	73.0	80.0	62.3
verpleegtechnisch handelen	228	43.0	59.4	55.6	23.5	22.6 ***
observeren en signaleren	229	60.3	60.9	57.1	60.0	62.9
informer en adviseren	229	68.6	76.8	73.0	68.6	54.8 *
preventie en voorlichting geven	229	59.8	71.0	61.9	71.4	38.7 **
coördineren van de zorg	229	45.0	59.4	54.0	25.7	30.6 ***
begeleidingsgesprekken met cliënten/patiënten	229	81.2	94.2	92.1	51.4	72.6 ***
begeleidingsgesprekken met mantelzorgers	229	65.9	82.6	84.1	37.1	45.2 ***
werkoverleg met collega's	229	51.1	58.0	50.8	40.0	50.0
patiënt/cliëntbespreking met collega's	229	55.9	68.1	68.3	28.6	45.2 ***
multidisciplinair overleg	229	39.3	63.8	39.7	20.0	22.6 ***

wvk = wijkverpleegkundige; wzv = wijkzorgenverzorgende; kz = kraamverzorgende; gz = gezinsverzorgende;
* p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001.

3.5 Belemmerende en stimulerende factoren

De vierde onderzoeksvraag in deze studie was: Welke *belemmerende en stimulerende factoren* benoemen professionals om hun (gebrek aan) zorg, waarin levensbeschouwing, zingeving en/of religie een rol van betekenis heeft, te kunnen verklaren? De belemmerende factoren zijn weergegeven in Tabel 3.15 en de stimulerende factoren in Tabel 3.16.

Tabel 3.15 laat zien dat de percentages over de verschillende belemmerende factoren voor de totale onderzoeksgroep variëren van 'gebrek aan tijd' (51,8%) tot 'gebrek aan communicatie met andere disciplines' (18,4%).

De 4 belemmerende factoren die de hoogste percentages voor de totale onderzoeksgroep lieten zien, zijn: 'gebrek aan tijd' (51,8%); 'zorgverlener heeft te weinig kennis omtrent levensbeschouwing, zingeving en/of religie' (47,8%); 'geen prioriteit in de zorg' (43,4%); en 'zorgverlener ziet vragen omtrent levensbeschouwing, zingeving en/of religie als iemands privé domein' (41,7%).

De 4 belemmerende factoren met de laagste percentages in de totale onderzoeksgroep zijn: 'gebrek aan communicatie met collega's' (18,4%); 'gebrek aan communicatie met andere disciplines' (19,3%); 'gebrek aan informatie voor de cliënt/patiënt' (20,2%); en 'zorgverlener is onvoldoende in staat om signalen van cliënten/patiënten te onderkennen' (24,1%).

Van de belemmerende factoren zijn er 4 van de 14 die statistisch significante verschillen laten zien tussen de beroepsgroepen. Het gaat hierbij om de volgende belemmerende factoren:

- 'gebrek aan richtlijnen' (df=3; H=9.6; p=.022) – hoogste percentage bij wijkverpleegkundigen (35,3%) en laagste percentage bij kraamverzorgenden (14,7%);
- 'toenemende aandacht voor lichamelijke aspecten' (df=3; H=7.8; p=.049) – hoogste percentage bij wijkverpleegkundigen (34,8%) en laagste percentage bij kraamverzorgenden (14,7%);
- 'zorgverlener is onvoldoende in staat om signalen van cliënten/patiënten te onderkennen' (df=3; H=12.5; p=.006) – hoogste percentage bij wijkverpleegkundigen (37,7%) en laagste score bij kraamverzorgenden (8,8%);
- 'zorgverlener voelt zich verlegen met vragen omtrent levensbeschouwing, zingeving en/of religie' (df=3; H=11.9; p=.008) - hoogste percentage bij wijkverpleegkundigen (52,2%) en laagste score bij kraamverzorgenden (20,6%).

Een vergelijking tussen de beroepsgroepen onder de belemmerende factoren laat verder zien dat onder de groep van wijkverpleegkundigen 10 keer de hoogste percentages zijn gerapporteerd, 3 keer onder de wijkzickenverzorgenden, 1 keer onder de gezinsverzorgenden en 0 keer onder de kraamverzorgenden. Daarentegen zijn de laagste percentages gerapporteerd onder de kraamverzorgenden (12x), gezinsverzorgenden (2x), wijkzickenverzorgenden (0x) en wijkverpleegkundigen (0x).

Tabel 3.15: Belemmerende factoren volgens professionals die verklaren dat er geen aandacht is voor die zorg, waarin levensbeschouwing, zingeving en/of religie een rol van betekenis heeft, weergegeven in procenten

belemmerende factoren	n	totaal	wvk	wzv	kz	gz
te hoge werkdruk	228	35.1	44.9	37.5	23.5	27.9
gebrek aan tijd	228	51.8	53.6	50.0	44.1	55.7
gebrek aan richtlijnen	227	26.4	35.3	32.8	14.7	16.4 *
geen prioriteit in de zorg	228	43.4	52.2	46.9	35.3	34.4
toenemende aandacht voor lichamelijke aspecten	228	26.3	34.8	31.3	14.7	18.0 *
gebrek aan informatie voor de cliënt/patiënt	228	20.2	21.7	26.6	11.8	16.4
gebrek aan communicatie met collega's	228	18.4	14.5	25.0	11.8	19.7
gebrek aan communicatie met andere disciplines	228	19.3	20.3	21.9	14.7	18.0
zorgverlener kan moeilijk omgaan met vragen waarop niet direct een antwoord te geven is	228	32.5	43.5	31.3	17.6	29.5
zorgverlener is zich onvoldoende bewust van eigen levensbeschouwing, zingeving en/of religie	228	26.3	34.8	29.7	14.7	19.7
zorgverlener is onvoldoende in staat om signalen van cliënten/patiënten te onderkennen	228	24.1	37.7	23.4	8.8	18.0 **
zorgverlener heeft te weinig kennis omtrent levensbeschouwing, zingeving en/of religie	228	47.8	59.4	45.3	38.2	42.6
zorgverlener voelt zich verlegen met vragen omtrent levensbeschouwing, zingeving en/of religie	227	36.6	52.2	32.8	20.6	31.7 **
zorgverlener ziet vragen omtrent levensbeschouwing, zingeving en/of religie als iemands privé domein	228	41.7	47.8	39.1	41.2	37.7

wv = wijkverpleegkundige; wzv = wijkzakenverzorgende; kz = kraamverzorgende; gz = gezinsverzorgende;

* p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001.

In Tabel 3.16 worden de resultaten weergegeven over de stimulerende factoren. De tabel laat zien dat de percentages over de verschillende stimulerende factoren voor de totale onderzoeksgroep variëren van 'zorgverlener ziet een duidelijk verband tussen *kwaliteit van leven* van de cliënt/patiënt en het aandacht hebben voor diens levensbeschouwing, zingeving en/of religie' (71,9%) en 'zorgverlener ziet een duidelijk verband tussen *kwaliteit van zorg* en het aandacht hebben voor de levensbeschouwing, zingeving en/of religie van de cliënt/patiënt' (67,5%) tot 'de zorginstelling heeft in haar visie expliciet aandacht voor levensbeschouwing, zingeving en/of religie' (23,2%) en 'de zorginstelling stimuleert cursussen, scholing en trainingen waarbij levensbeschouwing, zingeving en/of religie een rol van betekenis heeft' (17,1%).

Van de stimulerende factoren is er 1 van de 5 die een statistisch significant verschil laat zien tussen de beroepsgroepen. Het gaat om de volgende factor:

- 'zorgverlener ziet een duidelijk verband tussen kwaliteit van leven van de cliënt/patiënt en het aandacht hebben voor diens levensbeschouwing, zingeving en/of religie' (df=3; H=8.6; p=.035) – hoogste percentage bij wijkverpleegkundigen (79,7%) en laagste percentage bij gezinsverzorgenden (59,0%).

Een vergelijking tussen de beroepsgroepen onder de stimulerende factoren laat verder zien dat onder de groep van wijkverpleegkundigen 4 keer de hoogste percentages zijn gerapporteerd, 1 keer onder kraamverzorgenden, en 0 keer onder wijkzakenverzorgenden en gezinsverzorgenden. Daarentegen zijn de laagste percentages gerapporteerd onder de wijkzakenverzorgenden (3x), gezinsverzorgenden (2x), kraamverzorgenden (0x) en wijkverpleegkundigen (0x).

Tabel 3.16: Stimulerende factoren volgens professionals die verklaren dat er wel aandacht is voor die zorg, waarin levensbeschouwing, zingeving en/of religie een rol van betekenis heeft, weergegeven in procenten

stimulerende factoren	n	totaal	wvk	wzv	kz	gz
- zorgverlener ziet een duidelijk verband tussen kwaliteit van leven van de cliënt/patiënt en het aandacht hebben voor diens levensbeschouwing, zingeving en/of religie	228	71.9	79.7	78.1	67.6	59.0 *
- zorgverlener ziet een duidelijk verband tussen kwaliteit van zorg en het aandacht hebben voor de levensbeschouwing, zingeving en/of religie van de cliënt/patiënt	228	67.5	72.5	68.8	64.7	62.3
- de zorginstelling heeft in haar visie expliciet aandacht voor levensbeschouwing, zingeving en/of religie	228	23.2	30.4	17.2	26.5	19.7
- de zorginstelling staat open voor cursussen, scholing en trainingen waarbij levensbeschouwing, zingeving en/of religie een rol van betekenis heeft	228	27.6	33.3	20.3	35.3	24.6
- de zorginstelling stimuleert cursussen, scholing en trainingen waarbij levensbeschouwing, zingeving en/of religie een rol van betekenis heeft	228	17.1	23.2	10.9	20.6	14.8

wv = wijkverpleegkundige; wzv = wijkzakenverzorgende; kz = kraamverzorgende; gz = gezinsverzorgende;
* p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001.

3.6 Competenties van professionals

In deze paragraaf worden de resultaten van de vijfde onderzoeksvraag gerapporteerd. Die vraag luidde als volgt: Beoordelen professionals zichzelf als *competent* voor het verlenen van die zorg, waarin levensbeschouwing, zingeving en/of religie een rol van betekenis heeft?

In Tabel 3.17 worden de resultaten weergegeven over het oordeel van professionals over genoemde vraag. De professionals konden de uitspraken beoordelen op een 5-puntsschaal, waarbij een score van 3.0 het midden vormt – niet mee eens / niet mee oneens. Op één na – ‘de professional beschikt over voldoende kennis en inzicht in de rituelen en symbolen in de levensbeschouwing en religies die cliënten/patiënten kunnen hebben’ (2.7; SD=0.8) -, werd op alle uitspraken voor de totale onderzoeksgroep gemiddeld boven de 3.0 gescoord. De gemiddelde scores lopen uiteen van 2.7 (SD=0.8) tot 4.0 (SD=0.6). De resultaten bevestigen dus eerder de uitspraken (> 3.0) dan dat ze die ontkennen (< 3.0).

De gemiddelde scores op de uitspraken tussen de beroepsgroepen laat een statistisch significant verschil zien op de volgende uitspraak:

- ‘kan op een betrokken wijze communiceren met cliënten/patiënten uit verschillende culturen over hun zingeving en/of religie’ (df=3; H=18.7; p<.001) – hoogste score bij wijkverpleegkundigen (4.0; SD=0.7) en kraamverzorgenden (4.0; SD=0.7) en laagste score bij wijkzakenverzorgenden (3.5; SD=0.8);

Een vergelijking tussen de beroepsgroepen over de uitspraken laat verder zien dat wijkverpleegkundigen en kraamverzorgenden het meest frequent het hoogst scoren en de wijkzakenverzorgenden en gezinsverzorgenden zijn het meest frequent in de laagste scores op de uitspraken.

Tabel 3.17: Oordelen van professionals op een schaal van 1-5° waarbij het gaat om de vraag of professionals zichzelf competent achten die zorg te verlenen waarin levensbeschouwing, zingeving en/of religie een rol van betekenis heeft, weergegeven in gemiddelden (en standaard deviaties)

	totaal n=231 gem (sd)	wvk n=70 gem (sd)	wzv n=65 gem (sd)	kz n=34 gem (sd)	gz n=62 gem (sd)
uitspraken: <i>de professional ...</i>					
- beschikt over voldoende kennis en inzicht in levensbeschouwingen en religies die cliënten/patiënten kunnen hebben	3.0 (0.9)	3.0 (0.9)	2.8 (0.8)	3.3 (0.8)	2.9 (0.9)
- beschikt over voldoende kennis en inzicht in de rituelen en symbolen in de levensbeschouwingen en religies die cliënten/patiënten kunnen hebben	2.7 (0.8)	2.7 (0.9)	2.5 (0.6)	3.0 (0.9)	2.6 (0.8)
- beschik over voldoende vaardigheden om respectvol om te kunnen gaan met levensbeschouwingen en religies van cliënten/patiënten	4.0 (0.6)	4.1 (0.7)	3.8 (0.6)	4.1 (0.5)	4.1 (0.6)
- kan eigen waarden, overtuigingen en gevoelens hanteren in de relatie met cliënten/patiënten met verschillende levensbeschouwingen	4.0 (0.6)	4.1 (0.7)	3.8 (0.7)	4.0 (0.6)	4.0 (0.6)
- kan op een betrokken wijze communiceren met cliënten/patiënten uit verschillende culturen over hun zingeving en/of religie	3.8 (0.8)	4.0 (0.7)	3.5 (0.8)	4.0 (0.6)	3.7 (0.8) ***
- kan informatie over de zingeving en/of religie van de cliënt/patiënt verzamelen en in samenspraak met die cliënt/patiënt de zorgvraag vaststellen	3.5 (0.8)	3.7 (0.8)	3.4 (0.8)	3.6 (0.7)	3.5 (0.7)
- kan in samenspraak met de cliënt/patiënt en in overleg met andere disciplines zorg voor zingeving en/of religie afstemmen en die zorg plannen en schriftelijk vastleggen	3.4 (0.8)	3.5 (0.9)	3.4 (0.8)	3.5 (0.7)	3.3 (0.8)
- kan de zorg voor zingeving en/of religie van de cliënt/patiënt uitvoeren en die zorg in samenspraak met de cliënt/patiënt en in (multi)disciplinair overleg evalueren	3.3 (0.8)	3.3 (0.8)	3.2 (0.8)	3.2 (0.7)	3.2 (0.9)
- kan een bijdrage leveren aan de kwaliteitszorg en deskundigheidsbevordering op het gebied van zorg voor zingeving en/of religie binnen de thuiszorginstelling	3.1 (0.9)	3.2 (0.9)	3.1 (0.9)	3.3 (0.9)	3.1 (0.8)

° 1 = helemaal mee oneens, 2 = mee oneens, 3 = niet mee oneens / niet mee eens, 4 = mee eens, 5 = helemaal mee eens;
wvk = wijkverpleegkundige; wzv = wijkzakenverzorgende; kz = kraamverzorgende; gz = gezinsverzorgende;
* p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001.

3.7 Scholing en training

In deze paragraaf wordt gerapporteerd over de laatste onderzoeksvraag, die als volgt geformuleerd is: Hebben professionals in de thuiszorg behoefte aan die *scholing en training* in de zorg, waarin levensbeschouwing, zingeving en/of religie een rol van betekenis heeft en op welke wijze willen ze dit aangeboden hebben? De resultaten van deze onderzoeksvraag worden weergegeven in Tabel 3.18, Tabel 3.19 en Tabel 3.20. In Tabel 3.18 worden de resultaten weergegeven aan de hand van het oordeel van professionals over de genoemde uitspraken. De professionals konden ook hier de uitspraken beoordelen op een 5-puntsschaal, waarbij een score van 3.0 het midden vormt – niet mee eens / niet mee oneens. In Tabel 3.19 en Tabel 3.20 worden percentages weergegeven.

De gemiddelde scores op de uitspraken zoals genoemd in Tabel 3.18 variëren van 'professionals kennen cursussen / modules / bij- of nascholingen welke aandacht hebben voor levensbeschouwingen, zingeving en/of religies die zich voor kunnen doen bij cliënten/patiënten' (2.2; SD=0.9) en 'professionals hebben behoefte aan een cursus, bij- of nascholing over levensbeschouwingen, zingeving en/of religies die zich voor kunnen doen bij cliënten/patiënten in de gezondheidszorg' (3.2; SD=1.1) tot 'professionals vinden dat opleidingen voor beroepen in de

gezondheidszorg een apart cursusonderdeel of module moeten aanbieden gericht op levensbeschouwingen, zingeving en/of religies die zich voor kunnen doen bij cliënten/patiënten' (4.0; SD=0.8) en 'professionals vinden dat opleidingen voor beroepen in de gezondheidszorg aandacht moeten hebben voor levensbeschouwingen, zingeving en/of religies die zich voor kunnen doen bij cliënten/patiënten' (4.1; SD=0.7). De resultaten bevestigen dus ook hier eerder de uitspraken (> 3.0) dan dat ze die ontkennen (< 3.0).

De gemiddelde scores op de uitspraken tussen de beroepsgroepen laten geen statistisch significante verschillen zien.

Een vergelijking tussen de beroepsgroepen over de uitspraken laat verder zien dat wijkverpleegkundigen en gezinsverzorgenden het meest frequent het hoogst scoren. De wijkzakenverzorgenden en kraamverzorgenden het meest frequent in de laagste scores op de uitspraken.

Tabel 3.18: Oordelen van professionals op een schaal van 1-5^o waarbij het gaat om de vraag of professionals behoefte hebben aan scholing en training van die zorg waarin levensbeschouwing, zingeving en/of religie een rol van betekenis heeft, weergegeven in gemiddelden (en standaard deviaties)

	totaal n=231 gem (sd)	wvk n=70 gem (sd)	wzv n=65 gem (sd)	kz n=34 gem (sd)	gz n=62 gem (sd)
uitspraken: de professionals ...					
- vinden dat opleidingen voor beroepen in de gezondheidszorg aandacht moeten hebben voor levensbeschouwingen, zingeving en/of religies die zich voor kunnen doen bij cliënten/patiënten	4.1 (0.7)	4.3 (0.7)	4.1 (0.7)	4.0 (0.8)	4.1 (0.7)
- vinden dat opleidingen voor beroepen in de gezondheidszorg een apart cursusonderdeel of module moeten aanbieden gericht op levensbeschouwingen zingeving en/of religies die zich voor kunnen doen bij cliënten/patiënten	4.0 (0.8)	4.2 (0.8)	3.8 (0.9)	4.0 (0.7)	4.0 (0.7)
- vinden dat opleidingen voor beroepen in de gezondheidszorg een training moeten aanbieden waarbij studenten vaardigheden kunnen leren op het gebied van levensbeschouwingen, zingeving en/of religies	3.7 (0.9)	3.7 (1.0)	3.7 (0.9)	3.7 (0.9)	3.8 (0.7)
- hebben behoefte aan meer informatie over levensbeschouwingen, zingeving en/of religies die zich voor kunnen doen bij cliënten/patiënten	3.4 (1.0)	3.5 (1.1)	3.5 (1.0)	3.0 (1.0)	3.5 (1.0)
- kennen cursussen / modules / bij- of nascholingen welke aandacht hebben voor levensbeschouwingen, zingeving en/of religies die zich voor kunnen doen bij cliënten/patiënten	2.2 (0.9)	2.2 (0.8)	2.2 (0.8)	2.3 (1.0)	2.3 (0.9)
- hebben behoefte aan een cursus, bij- of nascholing over levensbeschouwingen, zingeving en/of religies die zich voor kunnen doen bij cliënten/patiënten in de gezondheidszorg	3.2 (1.1)	3.2 (1.2)	3.2 (1.0)	2.9 (1.1)	3.3 (1.1)

^o 1 = helemaal mee oneens, 2 = mee oneens, 3 = niet mee oneens / niet mee eens, 4 = mee eens, 5 = helemaal mee eens;
wvk = wijkverpleegkundige; wzv = wijkzakenverzorgende; kz = kraamverzorgende; gz = gezinsverzorgende.

De resultaten in Tabel 3.19 geven in procenten de behoefte van professionals weer aan een cursus, bij- of nascholing om kennis, inzicht en vaardigheden over levensbeschouwelijke vraagstukken, zingeving en/of religie te vergroten.

De percentages gerelateerd aan de verschillende leermethoden en technieken lopen onder de totale onderzoeksgroep uiteen van 'gastcolleges' (54,4%), 'cursus' (41,1%), 'intervisie' (36,4%), tot 'training' (16,9%) en 'supervisie' (6,1%).

Van de leermethoden en technieken is er 1 van de 5 die een statistisch significant verschil laat zien tussen de beroepsgroepen. Het gaat hierbij om de volgende leer methode:

- 'intervisie in de praktijk om ervaringen met collega's uit te wisselen over levensbeschouwing, zingeving en/of religie' (df=3; H=10.6; p=.014) – hoogste percentage bij wijkverpleegkundigen (51,4%) en laagste percentage bij kraamverzorgenden (23,5%).

Een vergelijking tussen de beroepsgroepen onder de leermethoden en technieken laat verder zien dat onder de groep van wijkverpleegkundigen 3 keer de hoogste percentages zijn gerapporteerd, 1 keer onder kraamverzorgenden, 1 keer onder gezinsverzorgenden en 0 keer onder wijkzickenverzorgenden. Daarentegen zijn de laagste percentages gerapporteerd onder de kraamverzorgenden (2x), gezinsverzorgenden (2x), wijkzickenverzorgenden (1x) en wijkverpleegkundigen (0x).

Tabel 3.19: Behoeftte van professionals aan een cursus, bij- of nascholing om kennis, inzicht en vaardigheden over levensbeschouwelijke vraagstukken, zingeving en/of religie te vergroten, weergegeven in procenten

cursus, bij- of nascholing	totaal n=231	wvk n=70	wzv n=65	kz n=34	gz n=62
- gastcolleges om verder kennis te maken met levensbeschouwelijke vraagstukken, zingeving en/of religie	54.5	64.3	52.3	58.8	43.5
- cursus met docent om kennis en inzicht te vergroten over levensbeschouwelijke vraagstukken, zingeving en/of religie	41.1	44.3	32.3	38.2	48.4
- intervisie in de praktijk om ervaringen met collega's uit te wisselen over levensbeschouwing, zingeving en/of religie	36.4	51.4	32.3	23.5	30.6 *
- supervisie in de praktijk onder begeleiding van een supervisor	6.1	8.6	6.2	8.8	1.6
- training onder begeleiding van een supervisor om vaardigheden te oefenen #	16.9	24.3	18.5	8.8	11.3

wv = wijkverpleegkundige; wzv = wijkzickenverzorgende; kz = kraamverzorgende; gz = gezinsverzorgende;

* p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001;

bijvoorbeeld attitudetraining over hoe om te gaan met levensbeschouwelijke tradities en vraagstukken.

Vervolgens is nog in kaart gebracht wat de behoefte van professionals is aan onderwijsmiddelen om kennis, inzicht en vaardigheden over levensbeschouwelijke vraagstukken, zingeving en/of religie te vergroten. Uit de gegevens van Tabel 3.20 blijkt dat voor de totale onderzoeksgroep de percentages variëren van 'video opnames waarin praktijksituaties worden geanalyseerd en besproken' (58,4%) en 'schriftelijk onderwijsmateriaal' (48,1%) tot 'chatten met collega op internet – shared work place' (5,6%).

Van de onderwijsmiddelen zijn er 3 van de 5 die een statistisch significant verschil laten zien tussen de beroepsgroepen. Het gaat hierbij om de volgende middelen:

- 'video opnames waarin praktijksituaties worden geanalyseerd en besproken' (df=3; H=12.0; p=.007) – hoogste percentage bij gezinsverzorgenden (75,8%) en laagste percentage bij kraamverzorgenden (44,1%);

- 'interactief computerprogramma' (df=3; H=8.3; p=.041) – hoogste percentage bij wijkverpleegkundigen (21,4%) en laagste percentage bij gezinsverzorgenden (4,8%);
- 'ondersteuning van expertise centrum' (df=3; H=12.3; p=.006) – hoogste bij wijkverpleegkundigen (30,0%) en laagste bij gezinsverzorgenden (11,3%).

Een vergelijking tussen de beroepsgroepen onder de onderwijsmiddelen laat verder zien dat onder de groep van wijkverpleegkundigen 4 keer de hoogste percentages zijn gerapporteerd, 1 keer onder gezinsverzorgenden, 0 keer onder wijkzickenverzorgenden en 0 keer onder kraamverzorgenden. Daarentegen zijn de laagste percentages gerapporteerd onder de kraamverzorgenden (3x), wijkzickenverzorgenden (1x), gezinsverzorgenden (1x) en wijkverpleegkundigen (0x).

Tabel 3.20: Behoeftte van professionals aan onderwijsmiddelen om kennis, inzicht en vaardigheden over levensbeschouwelijke vraagstukken, zingeving en/of religie te vergroten, weergegeven in procenten

onderwijsmiddelen	totaal n=231	wvk n=70	wzv n=65	kz n=34	gz n=62
schriftelijk onderwijsmateriaal	48.1	61.4	43.1	41.2	41.9
video opnames waarin praktijksituaties worden geanalyseerd en besproken	58.4	51.4	56.9	44.1	75.8 **
interactief computerprogramma	14.7	21.4	18.5	11.8	4.8 *
chatten met collega op internet ('shared work place')	5.6	7.1	6.2	2.9	4.8
ondersteuning van expertise centrum	16.8	30.0	10.8	11.8	11.3 **

wv = wijkverpleegkundige; wzv = wijkzickenverzorgende; kz = kraamverzorgende; gz = gezinsverzorgende;

* p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001.

4. Conclusies, discussie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden algemeen en per onderzoeksvraag conclusies getrokken (par. 4.1), vervolgens worden deze bediscussieerd (par. 4.2) waarna aanbevelingen worden geformuleerd (par. 4.3).

4.1 Conclusies

De algemene conclusie die op basis van dit onderzoek geformuleerd kan worden is dat levensbeschouwing, zingeving en/of religie door de geënquêteerde professionals in de thuiszorg beoordeeld wordt als zijnde een *evident en relevant aspect* voor zowel het informeel functioneren (los van beroep) als het formeel functioneren (gekoppeld aan het beroep) in de thuiszorg in relatie tot *ziekte en gezondheid* van cliënten/patiënten en de *zorg* die daarbij verleend wordt. Eveneens kan geconcludeerd worden dat er behoefte bestaat aan scholing en training die de deskundigheid van de professionals kan vergroten.

Op basis van de gestelde onderzoeksvragen kunnen een aantal specifieke conclusies getrokken worden. Per onderzoeksvraag worden de belangrijkste conclusies beschreven.

1. Beoordelen professionals levensbeschouwing, zingeving en/of religie als een rol van betekenis bij *ziekte en gezondheid*?

- Volgens 77% van de professionals heeft levensbeschouwing, zingeving en/of religie in het leven van cliënten/patiënten een *belangrijke tot zeer belangrijke* rol van betekenis in relatie tot *ziekte en gezondheid*. Zie voor een gedetailleerd overzicht paragraaf 3.2 (pag. 27 e.v.) en Tabel 3.4 (pag. 28).
- 75% van de professionals hecht zelf waarde aan het aspect levensbeschouwing, zingeving en/of religie in relatie tot *ziekte en gezondheid* van cliënten/patiënten. Zie voor een gedetailleerd overzicht paragraaf 3.2 (pag. 27 e.v.) en Tabel 3.5 (pag. 29).
- 38% van de professionals voert *redelijk tot heel vaak* gesprekken over levensbeschouwing, zingeving en/of religie met cliënten/patiënten in relatie tot *ziekte en gezondheid* en 51% doet dit soms. Zie voor een gedetailleerd overzicht paragraaf 3.2 (pag. 27 e.v.) en Tabel 3.6 (pag. 29).

2. Beoordelen professionals levensbeschouwing, zingeving en/of religie als een rol van betekenis in de zorg?

- Volgens 60% van de professionals heeft levensbeschouwing, zingeving en/of religie een *belangrijke tot zeer belangrijke* rol van betekenis in relatie tot de *zorg* van cliënten/patiënten. Zie voor een gedetailleerd overzicht paragraaf 3.3 (pag. 29 e.v.) en Tabel 3.7 (pag. 30).
- 62% van de professionals hecht zelf waarde aan het aspect levensbeschouwing, zingeving en/of religie in relatie tot de *zorg* van cliënten/patiënten. Zie voor een gedetailleerd overzicht paragraaf 3.3 (pag. 29 e.v.) en Tabel 3.8 (pag. 30).
- 26% van de professionals voert *redelijk tot heel vaak* gesprekken met cliënten/patiënten over levensbeschouwing, zingeving en/of religie in relatie tot de *zorg* en 57% doet dit soms. Zie voor een gedetailleerd overzicht paragraaf 3.3 (pag. 29 e.v.) en Tabel 3.9 (pag. 31).
- Generieke en specifieke actie(s) die genoemd worden in dit rapport worden bevestigd als zijnde *relevant tot zeer relevant* voor het thema levensbeschouwing, zingeving en/of religie in de zorg aan cliënten/patiënten. In de praktijk komen professionals in *onvoldoende mate* toe aan die zorg waarin levensbeschouwing, zingeving en/of religie een rol van betekenis heeft. Voor een gedetailleerd overzicht van de acties, zie de beschrijving in paragraaf 3.3 (pag. 29 e.v.), en het overzicht van Tabel 3.10 (pag. 33), Tabel 3.11 (pag. 35), en Tabel 3.12 (pag. 37).

3. Bij welke zorgproblemen en zorgtaken kan volgens de professionals levensbeschouwing, zingeving en/of religie een rol van betekenis hebben?

- Bij 25 van de 46 zorgproblemen (54%) en 8 van de 12 zorgtaken (67%) kan volgens de meerderheid van de professionals (>50%) levensbeschouwing, zingeving en/of religie een rol van betekenis hebben. Voor een gedetailleerd overzicht van de zorgproblemen en zorgtaken, zie de beschrijving in paragraaf 3.4 (pag. 38 e.v.), en het overzicht van Tabel 3.13 (pag. 39) en Tabel 3.14 (pag. 40).

4. Welke belemmerende en stimulerende factoren benoemen professionals om hun (gebrek aan) zorg, waarin levensbeschouwing, zingeving en/of religie een rol van betekenis heeft, te kunnen verklaren?

- 1 van de 14 belemmerende (7%) en 2 van de 5 stimulerende factoren (40%) zijn door de meerderheid van de professionals (>50%) beoordeeld als verklarende factoren op de vraag waarom er niet of wel aandacht voor die zorg is, waarin levensbeschouwing, zingeving en/of religie een rol van betekenis heeft. Voor een gedetailleerd overzicht van de belemmerende

en stimulerende factoren, zie de beschrijving in paragraaf 3.5 (pag. 41 e.v.), en het overzicht van Tabel 3.15 (pag. 42) en Tabel 3.16 (pag. 43).

5. Beoordelen professionals zichzelf als competent voor het verlenen van die zorg, waarin levensbeschouwing, zingeving en/of religie een rol van betekenis heeft?

- De professionals beoordelen zichzelf over het algemeen *redelijk competent*, waar het gaat om de houding en vaardigheden in de zorg op het terrein van levensbeschouwelijke vraagstukken, zingeving en/of religie. Het kennis aspect van de competentie is over het algemeen *onvoldoende aanwezig* onder de professionals. Voor een gedetailleerd overzicht van uitspraken over competenties, zie de beschrijving in paragraaf 3.6 (pag. 43 e.v.) en het overzicht van Tabel 3.17 (pag. 44).

6. Hebben professionals in de thuiszorg behoefte aan die scholing en training in de zorg, waarin levensbeschouwing, zingeving en/of religie een rol van betekenis heeft en op welke wijze willen ze dit aangeboden hebben?

- Op basis van deze studie kan geconcludeerd worden dat professionals over het algemeen *meer* behoefte hebben aan scholing en training. Zie voor een gedetailleerd overzicht paragraaf 3.7 (pag. 44 e.v.), en Tabel 3.18 (pag. 45).
- Gastcolleges, cursussen en intervisie zijn gewenste leermethoden en technieken en schriftelijk onderwijsmateriaal en video opnames zijn gewenst als leermiddelen. Zie voor een gedetailleerd overzicht paragraaf 3.7 (pag. 44 e.v.), en Tabel 3.19 (pag. 46) en Tabel 3.20 (pag. 47).

4.2 Discussie

In deze paragraaf worden zowel de uitkomsten als de methodologie van de studie bediscussieerd. Allereerst vindt een *inhoudelijke reflectie* plaats op de resultaten van dit onderzoek op basis van de gestelde onderzoeksvragen. Vervolgens wordt de *toegepaste methode* in dit onderzoek van commentaar voorzien.

Inhoudelijke aspecten

Voor een inhoudelijke bespreking van de uitkomsten van deze studie worden de belangrijkste conclusies teruggekoppeld, gesynthetiseerd en ingevuld in het onderzoeksmodel (zie Fig. 4.1; pag. 54). De gedetecteerde verbanden in het model zullen worden toegelicht.

Statistisch significante associaties doen zich voor tussen de belemmerende factor 'gebrek aan tijd' en 'de relevantie van de rol die levensbeschouwing en/of religie in de zorg heeft die professionals verlenen aan de cliënten/patiënten' ($df=4$; $\Phi=.22$; $p=.033$). Eveneens hangt 'gebrek aan tijd' statistisch significant samen met 'de relevantie die professionals er zelf aan hechten, daar waar het gaat om levensbeschouwing, zingeving en/of religie in de zorg die zij verlenen aan cliënten/patiënten' ($df=4$; $\Phi=.21$; $p=.047$).

Gebrek aan tijd wordt dus vooral ingevuld in relatie tot de *zorgverlening* en minder op de *ziekte en gezondheid* van cliënten/patiënten, en dat is niet vreemd daar professionals in de thuiszorg zich primair richten op de zorg. Er wordt een discrepantie ervaren tussen de relevantie die professionals hechten aan levensbeschouwing, zingeving en/of religie in de *zorgverlening* en de tijd die zij daarvoor hebben.

Ook is nagegaan hoe de samenhang is tussen de stimulerende factoren - die door de meerderheid van de professionals (>50%) is genoemd - en de aandacht van professionals voor levensbeschouwing, zingeving en/of religie. Zo bestaat er een statistisch significant verband tussen enerzijds 'de professional ziet een duidelijk verband tussen *kwaliteit van leven* en het aandacht hebben voor levensbeschouwing, zingeving en/of religie' en anderzijds de 'frequentie van gesprekken die de professional voert met cliënten/patiënten over de *ziekte en gezondheid* ($df=4$; $\Phi=.34$; $p<.001$) en de *zorgverlening* ($df=4$; $\Phi=.24$; $p=.010$)', en 'de relevantie die levensbeschouwing, zingeving en/of religie in de *zorgverlening* heeft volgens professionals ($df=4$; $\Phi=.28$; $p=.001$)'.

Naast *kwaliteit van leven* is nagegaan hoe het zit met de *kwaliteit van zorg*. Wat blijkt is dat er samenhang bestaat tussen enerzijds 'de professional ziet een duidelijk verband tussen *kwaliteit van zorg* en het aandacht hebben voor levensbeschouwing, zingeving en/of religie' en anderzijds 'de frequentie van gesprekken met cliënten/patiënten over *ziekte en gezondheid*' ($df=4$; $\Phi=.23$; $p=.016$), 'de relevantie van de rol die levensbeschouwing, zingeving en/of religie heeft voor de professional in de *zorgverlening*' ($df=4$; $\Phi=.32$; $p<.001$) en 'hoe belangrijk levensbeschouwing voor de professional zelf is, in relatie tot de *zorg*' ($df=4$; $\Phi=.25$; $p=.007$).

Verder is het van belang om na te gaan hoe de behoefte aan scholing, training en wijze van aanbod ingevuld wordt. Zo bestaat er samenhang tussen enerzijds 'de behoefte aan meer *informatie* over levensbeschouwingen, zingeving en/of religies die zich voor kunnen doen bij cliënten/patiënten' en anderzijds 'behoefte aan gastcolleges ($df=4$; $\Phi=.26$; $p=.004$)', 'cursus met docent ($df=4$; $\Phi=.38$; $p<.001$)', 'intervisie in de praktijk met collega's ($df=4$; $\Phi=.24$; $p=.009$)', 'supervisie in de praktijk onder begeleiding van een supervisor ($df=4$; $\Phi=.25$; $p=.006$)', 'schriftelijk onderwijs materiaal ($df=4$; $\Phi=.31$; $p<.001$)', 'video opnames waarin praktijksituaties

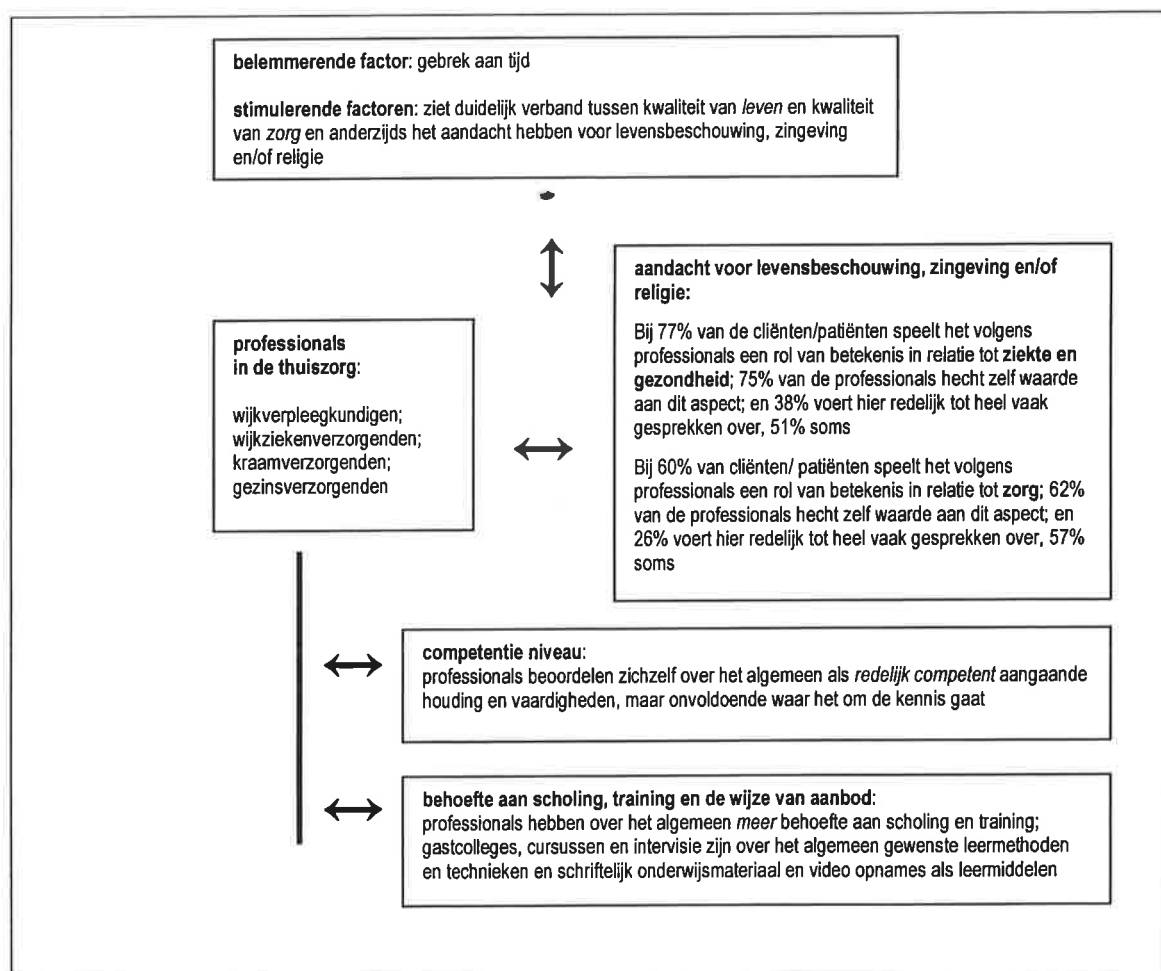
worden geanalyseerd en besproken (df=4; Phi=.37; p<.001)', en 'ondersteuning van expertise centrum (df=4; Phi=.32; p<.001).

Naast de behoefte aan *informatie* is eveneens gekeken hoe de behoefte aan *cursus, bij- of nascholing* samenhangt met de aard van scholing, training en wijze van aanbod. Statistisch significante relaties zijn gevonden tussen enerzijds 'de behoefte aan cursus, bij- of nascholing over levensbeschouwingen, zingeving en/of religies die zich voor kunnen doen bij cliënten/patiënten' en anderzijds 'behoefte aan gastcolleges (df=4; Phi=.23; p=.015)', 'cursus met docent (df=4; Phi=.40; p<.001)', 'intervisie in de praktijk met collega's (df=4; Phi=.22; p=.025)', 'supervisie in de praktijk onder begeleiding van een supervisor (df=4; Phi=.23; p=.015)', 'schriftelijk onderwijs materiaal (df=4; Phi=.33; p<.001)', 'video opnames waarin praktijksituaties worden geanalyseerd en besproken (df=4; Phi=.35; p<.001)', en 'ondersteuning van expertise centrum (df=4; Phi=.33; p<.001).

Deze analyses maken duidelijk dat hoewel de leermethoden en leermiddelen voor de totale groep professionals minder vaak genoemd werd, deze gekoppeld aan specifieke behoeftes - bijvoorbeeld als deze gericht is op *informatie* of *cursus, bij- of nascholing* - ook andere leermethoden en leermiddelen op de voorgrond kunnen treden zoals de behoefte aan supervisie, training onder begeleiding van een supervisor en de behoefte aan ondersteuning van een expertise centrum. Deze leermethoden en leermiddelen zijn dus niet onbelangrijk, maar gekoppeld aan een specifieke behoefte. De genoemde leermethoden en -middelen in Fig. 4.1 gelden in algemene zin.

Een ander aspect van het model in Fig. 4.1 is de relatie tussen het competentie niveau en de behoefte aan meer *informatie* en *cursus, bij- of nascholing*. De behoefte aan *informatie* over levensbeschouwingen, zingeving en/of religies die zich voor kunnen doen bij cliënten/patiënten vertoont een negatieve statistisch significante samenhang met de volgende competentie: 'ik beschik over voldoende kennis en inzicht in levensbeschouwingen en religies die cliënten/patiënten kunnen hebben (rho=-.25; p<.001)'.
De behoefte aan *cursus, bij- of nascholing* hangt negatief statistisch significant samen met dezelfde competentie als bij de behoefte aan informatie: 'ik beschik over voldoende kennis en inzicht in levensbeschouwingen en religies die cliënten/patiënten kunnen hebben (rho=-.24; p<.001)'.
Dus zowel bij de behoefte aan *informatie* als *cursus, bij- en nascholing* vertoont maar 1 van de 9 op competentie gerichte vragen een statistisch significante samenhang. Dit maakt duidelijk dat ook bij de groep van professionals die over het algemeen redelijk competent scoorden, de behoefte aan *informatie* en *cursus, bij- en nascholing* niet afneemt maar blijvend is.

Van oorsprong hebben thuiszorginstellingen een band met levensbeschouwelijke stromingen. Hoewel deze niet meer als zodanig herkenbaar zijn – de meeste instellingen in Nederland hebben zich ontdaan van naamgeving die verwijst naar een levensbeschouwelijke stroming -, betekent dit niet dat er geen aandacht of interesse meer is voor het thema levensbeschouwing, zingeving en/of religie in de thuiszorg. In tegendeel – dit onderzoek bevestigt dat -, zowel in het informeel functioneren (los van het beroep) als in het formeel functioneren (gekoppeld aan het beroep) hecht de professional aan genoemd thema.



Figuur 4.1: Onderzoekssynthese: de belangrijkste bevindingen gemodelleerd

Methodologische aspecten

Hoewel al de thuiszorginstellingen in Nederland - althans die aangesloten zijn bij de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT/Z-org) - zijn aangeschreven in dit onderzoek en een redelijke spreiding in de respons is verkregen, en bovendien de levensbeschouwingen van de respondenten in deze studie die van de totale Nederlandse bevolking redelijk nadert⁹ kunnen de conclusies van dit onderzoek daarmee nog niet zonder meer gegeneraliseerd worden.

*Non-response bias*¹⁰ is geanalyseerd door na te gaan wat de redenen van non-response was. Aangezien de redenen die werden aangedragen door de thuiszorginstellingen (per brief, mail of telefonisch) niet op inhoudelijke gronden, maar veelal gericht waren op organisatorische en beleidsmatige keuzes (reorganisatie, fusie, geen tijd, etc.) mag verondersteld worden dat non-response bias gereduceerd is tot het minimum.

Selectiebias heeft kunnen optreden daar mogelijk die professionals zijn benaderd welke interesse hebben voor levensbeschouwelijke vraagstukken, zingeving en/of religie. Anderzijds zijn de thuiszorginstellingen gevraagd de vragenlijsten onwillekeurig te verspreiden onder de diverse beroepsgroepen en professionals. Om beter inzicht te krijgen in mogelijk optredende selectiebias – bijvoorbeeld weinig spreiding bij de respondenten waar het gaat om het wel of niet aandacht hebben voor levensbeschouwing, zingeving en/of religie - is in dit onderzoek een extra vraag gesteld waarbij de respondent een rapportcijfer van 1-10 kon geven. Deze vraag luidde als volgt: "Spiritualiteit is te omschrijven als 'Aandacht hebben voor zingeving en/of religie'. Als u zichzelf een rapportcijfer (1-10) zou mogen geven over hoe spiritueel u zichzelf vindt, welk cijfer geeft u zichzelf dan?". Op deze vraag scoorden de respondenten (n=228) gemiddeld 6.5 (SD=1.9; min.=1, max.=10). Dit betekent dat 68% van de respondenten varieerde tussen de scores 4.6 en 8.4 (minus en plus SD) – en dat de onderzoekspopulatie dus breed vertegenwoordigd is op dit punt. Daarmee lijkt aangetoond dat de selectiebias terug is gebracht tot het aanvaardbare.

Daarnaast is de gemiddelde leeftijd van de respondenten tussen de 4 beroepsgroepen statistisch significant verschillend. Echter, daar staat weer tegenover dat het aantal ervaringsjaren in de zorg tussen de 4 beroepsgroepen geen significant verschil laat zien, wat met het oog op de interpretatie van de gegevens belangrijk is, aangezien de koppeling met de beroepspraktijk in deze studie essentieel is. Dus, hoewel de gemiddelde leeftijd van de respondenten sterk varieert tussen de beroepsgroepen, mag verondersteld worden dat op basis van de ervaringsjaren – maar ook gezien de geringe verschillen op de overige achtergrondgegevens -, een eventuele

⁹ Vergelijk CBS (2003) 'niet-kerkelijk' (42%) met de groep van 'niet religieuzen' (30,6%) in deze studie - waarbij opgemerkt dient te worden dat de onderzoekspopulatie een afspiegeling zou moeten zijn van de professionals in de thuiszorg, en niet van de Nederlandse bevolking in het algemeen, en er op het punt van de levensbeschouwing, zingeving en/of religie van professionals in de thuiszorg geen statistieken voorhanden zijn.

¹⁰ Onder bias wordt verstaan iedere mogelijke stap in het onderzoek die kan leiden tot het trekken van onjuiste conclusies. Bijvoorbeeld bij de selectie van onderzoekseenheden (selectiebias) of bij de meting van de variabelen (informatiebias).

selectiebias is teruggebracht tot het minimale, zodat de beroepsgroepen onderling goed vergelijkbaar zijn in deze studie.

Het geringe aantal reacties op de evaluatie van de vragenlijst – het derde onderdeel van de vragenlijst waar respondenten bijvoorbeeld kenbaar konden maken of ze bepaalde vragen al dan niet konden invullen -, maakt duidelijk dat de gegevens juist aangekruist konden worden. De test van de vragenlijst, die vooraf is gegaan aan de werkelijke dataverzameling heeft wellicht bijgedragen aan de eenduidigheid van vragen en keuzemogelijkheden bij het invullen. Enkele vragenlijsten - die half ingevuld geretourneerd waren en waarbij werd aangegeven dat de respondenten het te ingewikkeld vonden om het goed in te vullen - zijn niet meegenomen in deze studie om zo de *informatiebias* maximaal te reduceren.

Andere maatregelen die zijn genomen om de informatiebias te reduceren zijn: een heldere instructie bij de vragen en het definiëren van de begrippen levensbeschouwing, zingeving en religie en een anonieme aanschrijving van de respondenten – via directies van de thuiszorginstellingen - en verwerking van de gegevens.

Een andere opmerking die nog geplaatst kan worden betreft het gevoelige karakter van het thema levensbeschouwing, zingeving en/of religie: in dit onderzoek antwoordde 36,6% van de professionals positief op de vraag 'Voelt u zich verlegen met vragen omtrent levensbeschouwing, zingeving en/of religie' en 41,7% antwoordde positief op de vraag 'Ziet u vragen omtrent levensbeschouwing, zingeving en/of religie als iemands privé domein'. Vanwege dit gevoelige karakter is het niet geheel uit te sluiten dat de respondenten sociaal wenselijke antwoorden hebben gegeven, al biedt het anoniem invullen en retourneren van de vragenlijst – in tegenstelling tot bijvoorbeeld het bespreken van het onderwerp met collega's – de respondenten optimale omstandigheden om de vragen naar waarheid in te vullen.

4.3 Aanbevelingen

In deze paragraaf worden aanbevelingen geformuleerd met betrekking tot de volgende domeinen: onderzoek, onderwijs, beleid en thuiszorg.

Onderzoek

De volgende aanbevelingen kunnen gesteld worden op basis van dit onderzoek:

- Levensbeschouwing, zingeving en/of religie is een *evident en relevant* onderdeel in het formeel functioneren van professionals in de thuiszorg en verdient aanbeveling om meegenomen te worden in vervolgonderzoek waarbij het thema generiek (als een dimensie van ziekte, gezondheid en zorg – naast de fysieke, psychische en sociale dimensie) of specifiek (als een aspect van ziekte, gezondheid en zorg – bijvoorbeeld bij het leren omgaan met lichamelijke beperkingen of pijn) bestudeerd wordt;

- Het gesynthetiseerde model (Fig. 4.1) kan als onderzoeksmodel gebruikt worden voor vervolgonderzoek om meer inzicht en kennis te krijgen over mogelijke causale relaties van oorzaak en gevolg. Onderzocht zou kunnen worden of bepaalde innovatieve interventies (zowel voorwaardelijk als inhoudelijk – bijvoorbeeld het op instellingsniveau inbouwen van voldoende tijd in de beroepspraktijk van professionals of op het niveau van de zorgpraktijk aandacht hebben voor professionals door hun cursussen en de mogelijkheid van intervisie aan te bieden) binnen de thuiszorginstellingen het hebben van aandacht voor levensbeschouwing, zingeving en/of religie en het competentie niveau van professionals op dit terrein verbetert, ter bevordering van de *ziekte- en gezondheidsbeleving* van en *zorgverlening* aan cliënten/patiënten binnen het kader van *kwaliteit van leven* en *kwaliteit van zorg* onderzoek.
- Met betrekking tot de toepassingsmogelijkheden van verschillende leermethoden en leermiddelen in cursus, bij- en nascholing – zoals intervisie, supervisie, video opnames en de ondersteuning van een expertise centrum -, zou onderzocht kunnen worden op welke wijze de deskundigheid van professionals op het terrein van levensbeschouwing, zingeving en/of religie efficiënt en effectief verbeterd kan worden.

Onderwijs

Aanbevelingen op het terrein van het onderwijs zijn:

- Levensbeschouwing, zingeving en/of religie is een *evident en relevant* onderdeel in het formeel functioneren van professionals in de thuiszorg en verdient aanbeveling om meegenomen te worden in de curricula van het initiële (basisscholing) en postinitiële onderwijs (bij- en nascholing) zodat professionals worden opgeleid om competent te functioneren in de beroepspraktijk; generiek (als een dimensie van ziekte, gezondheid en zorg) en specifiek (als een aspect van ziekte, gezondheid en zorg);
- Nu nog ontbreekt het in handboeken verpleegkunde en zorg veelal aan een goed uitgewerkte module op het terrein van levensbeschouwing, zingeving en/of religie in de gezondheidszorg. Studietoeken zouden, nu blijkt dat levensbeschouwing, zingeving en/of religie – aldus de professionals in de thuiszorg - een belangrijke dimensie van zorg is, genoemd thema integraal als dimensie of afzonderlijk als aspect van zorg moeten beschrijven in het studiemateriaal zodat studenten (initieel onderwijs) of professionals (postinitieel onderwijs) daar tijdens hun studie of cursus, bij- en nascholing grondig kennis van kunnen nemen, zodat duidelijk is dat dit onderdeel onlosmakelijk tot het beroepsdomein van de verpleging en verzorging behoort. Daarnaast zou meer aandacht gegeven kunnen worden aan de inpassing van andere vormen van onderwijs en deskundigheidsbevordering zoals intervisie, supervisie, video opnames en de ondersteuning van een expertise centrum.

Beleid

Op beleidsterrein zijn de volgende aanbevelingen te formuleren:

- Levensbeschouwing, zingeving en/of religie is een *evident en relevant* onderdeel in het formeel functioneren van professionals in de thuiszorg en verdient aanbeveling om meegenomen te worden in het beleid van thuiszorginstellingen, zowel generiek (als een dimensie van de *mission statement* van thuiszorginstellingen) als specifiek (als een aspect en product van door de thuiszorginstellingen geleverde zorg).
- Professionals in de thuiszorg geven aan meer behoefte te hebben aan scholing en training; over het algemeen in de vorm van gastcolleges, cursussen, intervisie, ondersteunt met schriftelijk onderwijsmateriaal en video opnames; maar in specifieke situaties kan dit ook betekenen supervisie en ondersteuning van een expertise centrum. Thuiszorginstellingen kunnen deze behoefte van professionals omzetten in concrete beleidsvoorstellen met het oog op een verbetering van de kwaliteit van leven en zorg. Nu is de situatie nog zo, aldus de professionals in dit onderzoek, dat thuiszorginstellingen in geringe mate het thema levensbeschouwing, zingeving en/of religie hebben opgenomen in hun visie op zorg, en staan de onderzochte thuiszorginstellingen veelal onvoldoende open en stimuleren ze professionals te weinig voor cursussen, scholing en trainingen waarbij levensbeschouwing, zingeving en/of religie een rol van betekenis heeft.

Thuiszorg

Aanbevelingen op het terrein van de thuiszorg zijn:

- Levensbeschouwing, zingeving en/of religie is een *evident en relevant* onderdeel in het formeel functioneren van professionals in de thuiszorg en verdient aanbeveling om meegenomen te worden in de beroepspraktijk; generiek (als een dimensie van de zorgverlening) of specifiek (als een aspect van de zorgverlening).
- Levensbeschouwing, zingeving en/of religie is niet alleen een zaak voor het gezondheidszorgbeleid (macroniveau) en het management van de thuiszorginstellingen (mesoniveau), maar ook voor de zorgverlening binnen de beroepspraktijk (microniveau). Dit onderzoek laat naar het oordeel van de professionals duidelijk zien dat bij veel zorgproblemen, het thema levensbeschouwing, zingeving en/of religie een rol van betekenis kan hebben. Richtlijnen die gericht zijn op de geïdentificeerde zorgproblemen in deze studie en professionals die hier vanuit hun beroepstaken aan werken, zullen zich bewust moeten worden van de mogelijkheid dat levensbeschouwelijke vraagstukken, zingeving en/of religie een *evident en relevant* onderdeel is in de formele zorg. Deze bewustwording kan vergroot worden als thuiszorginstellingen voldoende randvoorwaarden creëren zodat de professionals in staat worden gesteld om hier in hun beroepspraktijk in voldoende mate aandacht aan te kunnen en mogen besteden.

Literatuur

CBS (2004a). *Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg*. www.cbs.nl

CBS (2004b). *Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg*. Persbericht PB04-193, 14 december 2004. www.cbs.nl

Dekker & de Hart (2001). Levensbeschouwing en vrijwilligerswerk; Het belang van netwerken in een seculariserende samenleving. *Tijdschrift voor Humanistiek*, 2(8), 9-17.

Dribergen, R, Bouwer, J., Tiesinga, L.J. (2005). Aandacht voor zingeving en/of religie; Een verpleegkundige interventie op het gebied van spiritualiteit. *TSG Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 83(4), 228-235.

Eliens, A.M., Frederiks, C.M.A. (1998). Spirituele problemen in de verpleegkunde: religie en zingeving bij patiënten. In T. van Achterberg (red.), *Verpleegkundige Probleemgebieden: Diagnoses & Interventies*. Dwingeloo: Kavanah.

Greasley, P., Chiu, L.F., Gartland, R.M. (2001). The concept of spiritual care in mental health nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 629-637.

Harrison, J. (1994). Spirituality and nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*, 2(4), 211-217.

Hunter, R.J. (ed.) (1990). *Dictionary of Pastoral Care and Counseling*. Nashville: Abingdon Press.

Klaver, P.M. de, van der Kemp, S. van der, C. Scholten (2003). *Wensen, behoeften en verwachtingen van thuiszorgvragers; Resultaten van een kwalitatieve behoeften-verkenning*. Leiden: SWOKA.

Kraan, W.G.M. van der (2001). *Vraaggericht en vraaggestuurd*. Een literatuuronderzoek naar vraaggerichtheid en vraagsturing in de gezondheidszorg. Den Haag: ZonMw.

Leeuwen, R. van, Cusveller, B. (2004). Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Advanced Nursing*, 48(3), 234-246.

Leistra, E., Liefhebber, S., Geomini, M., Hens, H. (2000). *Beroepsprofiel van de verpleegkundige*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg en LCVV.

LVT (2001). *Kwaliteitseisen 2000*.

Lisdonk, E.H. van de (2000). Zorgtrajecten van chronisch zieken. In: Bos, G.A.M. van den, Danner, S.A., Haan, R.J. de, Schadé, E. (red.). *Chronisch zieken en gezondheidszorg*, pp.59-72. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

Lo, B., Ruston, D. Kates, L.W., Arnold, R.M., Cohen, C.B., Faber-Langendoen, K., Pantilat, S.Z., Puchalski, C.M., Quill, T.R., Rabow, M.W., Schreiber, S., Sulmasy, D.P., Tulsky, J.A. (2002). Discussing religious and spiritual issues at the end of life. *JAMA*, 287(6), 749-754.

Pieper, J.Z.T., Uden, M.H.F. van (1993). *Ex-cliënten over de Riagg Zwolle. Resultaten van een satisfactieonderzoek onder cliënten van wie de behandeling bij de Riagg Zwolle in 1991 is afgesloten*. Heerlen: KUN-rapport.

Pijnenburg, M.A.M. (1985). Levensbeschouwing en verpleegkundige zorg. *Metamedica*, 4, 270-283.

Piles, C.L. (1990). Providing spiritual care. *Nurse Educator*, 15, 36-41.

Post, S.G., Puchalsky, C.M., Larson, D.B. (2000). Physicians and patient spirituality: Professional boundaries, competency and ethics. *Ann Intern Med*, 132, 578-583.

Prins, M.C.J. (1996). *Geestelijke zorgverlening in het ziekenhuis*. Dwingeloo: Kavanah.

RIVM (2002). *Gezondheid op koers? Volksgezondheid toekomst verkenningen 2002*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu: Bilthoven.

Ross, L.A. (1994). Spiritual aspects of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 439-447.

SGL (2004). www.gliz.nl

RVZ Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (2000). *Professionals in de gezondheidszorg*. Zoetermeer.

Spreeuwenberg, C, Pop, P., Beusmans, G.H.M.I., Winkens, R.A.G., van Zutphen, H. (red.) (2000). *Handboek transmurale zorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

STG (1997). *Een verzorgde toekomst; Toekomstscenario's voor verpleging en verzorging*. Utrecht: De Tijdstroom.

Tiesinga, L.J., Bouwer, J., Jochemsen, H., Blommestijn, H., Waaijman, K., & Post, D. (2002). Spiritualiteit, (on)gezondheid en zorg; een aanwezige en onderzoekbare relatie? *TSG, Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 80(8), 535-538.

Tiesinga, L.J., & Post, D. (2003a). Het spiritueel functioneren van zorgvragers en zorgverleners in de gezondheidszorg; een synthese. *Verpleegkunde*, 18(4), 272-278.

Tiesinga, L.J., Driebergen, R., & Post, D. (2003b). Spiritualiteit en verplegen; Een literatuurstudie naar de plaats van spiritualiteit binnen het verpleegkundig kennis- en beroepsdomein. *Verpleegkunde*, 18, 159-168.

Tiesinga, L.J., Driebergen, R., Van Leeuwen, R., & Post, D. (2003c). Het spiritueel functioneren van patiënten en verpleegkundigen; Een essentiële dimensie in de gezondheidszorg. *TGE, Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek*, 13(4), 103-107.

Tronto, J.C. (1993). *Moral boundaries. A political argument for an ethic of care*. New York: Routledge.

Waaijman, K. (2000). *Spiritualiteit; vormen, grondslagen, methoden*. Kampen: Kok/Gent; Carmelitana.

WHO (2002). *Definition of palliative care*. Geneve: World Health Organization.

