

Spiritual Care als Bestandteil interprofessioneller Akutbehandlungen: Einstellungen und Praktiken von Gesundheitsfachpersonen

Petry Heidi^a, Rettke Horst^a, Naef Rahel^a, Rufer Michael^b, Ernst Jutta^a, Peng-Keller Simon^c

^a Zentrum für Klinische Pflegewissenschaft, Universitätsspital Zürich, Schweiz

^b Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Schweiz

^c Theologische Fakultät, Universität Zürich, Schweiz

Summary

Spiritual care as a component of interprofessional acute treatment: attitudes and practices of health professionals: Spiritual care has gained importance in various areas of the healthcare system in recent years. Treatment models try to integrate spiritual concerns and needs and strengthen inter-professional cooperation in this context. How this is practised in Switzerland has not yet been comprehensively evaluated. The aim of our study was to examine to what extent and in what ways health professionals consider spiritual issues to be already taken into account or are willing to do so in their professional practice. A total of 196 people took part in the online survey. The results show that many healthcare professionals in acute settings regard spiritual care as an important part of interdisciplinary care, even if it is not yet well established. End-of-life situations are most strongly associated with spiritual care. The study provides an insight into the state of development of professional spiritual care in Switzerland and forms a basis for further research in and development of interprofessional spiritual care in acute settings.

Keywords: spirituality, religiosity, spiritual care, interdisciplinary acute care

Einleitung

Bereits 1984 empfahl die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die spirituelle Dimension gleichwertig neben der psychischen, sozialen und physischen in alle Bereiche der Gesundheitsversorgung einzubeziehen [1, 2]. In einem 2017 veröffentlichten Positionspapier spezifizierte die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde diese Empfehlung für den Bereich der Psychiatrie und der Psychotherapie [3]. Diese Stellungnahmen stehen vor dem Hintergrund einer wachsenden empirischen Evidenz, dass spirituelle Überzeugungen, Einstellungen, Erfahrungen und Praktiken religiöser oder nichtreligiöser Art das Krankheitserleben und den Umgang mit körperlichem und seelischem Leiden beeinflussen. In den genannten Kontexten werden

der spirituellen Dimension religiöse und nicht-religiöse Überzeugungen, Einstellungen und Praktiken zugeordnet, in welcher die Beziehung einer Person zu dem, was ihr Leben trägt, inspiriert und mit Sinn erfüllt, zum Ausdruck kommt [4, 5]. Spiritual Care umfasst jegliche Form eines bewussten professionellen Einbezugs der spirituellen Dimension in die Behandlung, Pflege und Betreuung [6]. Gesundheitsfachpersonen äussern jedoch häufig, dass sie sich in diesem Bereich zu wenig kompetent fühlen [7–9].

Gerade in der Akutversorgung erfordern zunehmend komplexere Patientensituationen ein gutes Miteinander der beteiligten Berufsgruppen in den Versorgungsprozessen. Als Schlüssel hierzu rückt interprofessionelle Zusammenarbeit immer stärker in den Fokus [10–12]. Diese richtet gemeinschaftliches Handeln an gemeinsamen Zielen zum Erreichen positiver Patientenergebnisse aus, wie verkürzte Aufenthaltsdauer, verbesserte Koordination und Qualität der Versorgung [13]. Getragen wird sie von gegenseitigem Respekt, Vertrauen [14] und professioneller Ebenbürtigkeit [15]. Vor dem Hintergrund eines umfassenden interprofessionellen Behandlungsmodells, das spirituelle Anliegen und Bedürfnisse angemessen zu integrieren sucht, und eines wachsenden Bewusstseins, Patientenprozesse interprofessioneller zu gestalten, betrifft die Integration spiritueller Themen alle Gesundheitsfachpersonen. International gibt es diverse Studien, welche über positive Einstellungen und Praktiken in Bezug auf Spiritualität berichtet haben [16–19].

In der Schweiz ist bislang noch nicht umfassend evaluiert worden, inwieweit und auf welche Weise Gesundheitsfachpersonen spirituelle Themen in ihrer beruflichen Praxis bereits berücksichtigen oder dazu bereit sind. Die vorliegende Studie untersucht, wie Angehörige dieser Berufsgruppen in zwei Universitätskliniken, einer somatisch orientierten und einer psychiatrischen, den Einbezug der spirituellen Dimension in ihre Arbeit einschätzen und praktizieren.

Correspondence:
Prof. Dr. med. Heidi Petry,
Zentrum für Klinische
Pflegewissenschaft, Univer-
sitätsspital Zürich,
CH-8091 Zürich, hei-
di.petry[at]usz.ch

Methoden

Die Befragung im Rahmen dieser Querschnitts-Studie wurde online mittels RedCap (Research Electronic Data Capture) durchgeführt. Als Instrument wurde eine gekürzte Version des deutschsprachigen NERSH-Fragebogens («Network for Research in Spirituality and Health») [20, 21] verwendet. Dabei wurden die Fragen zu den Arbeitsfeldern an die zu untersuchenden Institutionen angepasst und die Unterscheidung zwischen ärztlichen, pflegerischen und anderen Fachpersonen eingeführt. Der Fragebogen bestand aus 12 Frageblöcken. Neben der Erhebung von demografischen Daten enthält der benutzte Fragebogen Items zu Einstellungen, Praktiken und Hindernissen von Spiritual Care ebenso wie zu den Rollen der Gesundheitsfachpersonen in der Ausübung von Spiritual Care und spezifischen Praxissituationen und aktueller Praxissituation. Die Mehrzahl der Fragen wurde nach einer fünfstufigen Likert-Skala beantwortet. Die Prüfung der Augenscheinvalidität des Instruments wurde von vier Fachpersonen aus der Pflege, der Theologie und der Medizin vorgenommen.

Setting und Datensammlung

Die Befragung wurde mit Gesundheitsfachpersonen eines Universitätsspitals (mit ganz überwiegend somatischen Kliniken) und einer psychiatrischen Universitätsklinik in der deutschsprachigen Schweiz durchgeführt. Der Link zum Fragebogen wurde via E-Mail an den ärztlichen und psychologischen Dienst, den Pflege- und Sozialdienst und die Seelsorge versendet. Der Zeitraum der Datensammlung erstreckte sich von Oktober 2018 bis Februar 2019. Für den vorliegenden Artikel wurden die demografischen Daten sowie die Dimensionen «Einstellungen» und «Praktiken» analysiert. Diese enthaltenen Fragen zu der Person und der Arbeitsumgebung, den erwarteten Auswirkungen von Spiritualität/Religiosität auf Gesundheit und Krankheit, zu den Rollen der Gesundheitsfachpersonen in der Ausübung von Spiritual Care und deren Begründung sowie zur Einschätzung von angemessenen Interventionen und Praxissituationen. Die Studie wurde gemäss den Schweizer Regularien zu Forschung am Menschen durchgeführt. Als Einverständniserklärung galt ein re-turnierter Fragebogen.

Analyse

Die Daten wurden von RedCap, einer webbasierten Applikation zum Bilden und Managen von Online-Befragungen in SPSS (Version 25) zur Datenanalyse importiert.

Die Daten wurden in Form von Häufigkeiten und Prozentsätzen zusammengefasst (kategoriale Daten). Mittelwerte und Standardabweichungen wurden aus den kontinuierlichen Daten errechnet. Vergleiche zwischen den Berufsgruppen und Settings wurden, je nach Datenniveau, mit dem Mann-Whitney-U -test oder Pearson Chi-Square Tests berechnet. Das Alpha-Niveau wurde auf $p < .05$ eingestellt.

Ethische Überlegungen

Weil in dieser Studie keine Patienten eingeschlossen wurden, unterliegt sie nicht dem Schweizer Humanforschungsgesetz und ist deshalb keiner Ethikkommission vorzulegen. Ungeachtet dessen wurde die Studie gemäss den

Vorgaben zur Forschung mit Menschen in der Schweiz durchgeführt [22]. Die Teilnahme war freiwillig. Das Ausfüllen des Fragebogens wurde als informierte Zustimmung gewertet.

Resultate

Studienteilnehmende

Insgesamt nahmen 196 Personen aus den beiden Universitätskliniken an der Befragung teil. Die demografischen Charakteristika der Teilnehmenden sind in [Tabelle 1](#) dargestellt.

Teilnehmende aus der somatischen (n=138) und der psychiatrischen Universitätsklinik (n=58) unterschieden sich signifikant in Bezug auf das Geschlecht, die Berufsgruppen, und die Berufserfahrung, jedoch nicht hinsichtlich ihres Alters. Bei der somatischen Universitätsklinik waren die Teilnehmenden signifikant häufiger Frauen, Pflegefachpersonen und hatten mehr Berufserfahrung.

Einstellungen zu Spiritual Care

Die Mehrheit der Befragten ist der Auffassung, dass Spiritualität/Religiosität den Umgang mit Krankheit/Sterben (82.2%) die körperliche (61,2%) und seelische Gesundheit (80%) sowie Heilungsprozesse (61,3%) positiv beeinflusst. Der Einfluss auf die seelische Gesundheit und den Umgang mit Krankheit/Sterben wird im Vergleich zum Einfluss auf die körperliche Gesundheit und den Heilungsprozess als höher eingeschätzt. Die Patienten grundsätzlich auf ihre Spiritualität/Religiosität direkt anzusprechen, wurde von mehr als der Hälfte als meistens angemessen (50.5%) bewertet. In Bezug auf die Multi- und Interprofessionalität wurden der Seelsorge (92.9%) und dem sozialen Umfeld der Patienten (90.8%) am häufigsten eine Rolle zugesprochen, gefolgt von Pflegefachpersonen (68.7%) und Psychologen (59.7%). Eine deutlich geringere Rolle wurde den Ärzten (43.4%), und den Sozialarbeitern (31.1%) zugeschrieben.

Einschätzung der aktuellen Praxis von Spiritual Care

Die Einschätzung der aktuellen Situation in den beiden Universitätskliniken ergab, dass Spiritual Care in 59.8% der Fälle eher nicht oder nur teilweise als wesentlicher Bestandteil einer patienten- und familienzentrierten Versorgung angesehen wird. Die spirituellen und religiösen Bedürfnisse von Patienten und Angehörigen werden nach Angabe von 39.7% der Befragten nur teilweise erfasst und berücksichtigt. Eine regelmässige Dokumentation und Evaluation erfolgen selten (56.8%). Das Thematisieren von spirituellen und religiösen Belangen ist gemäss der Rückmeldungen abhängig von der klinischen Situation in der die Patienten sich befinden. Patienten mit gut behandelbaren Erkrankungen oder Verletzungen werden demnach in der Praxis selten befragt (45,1%), vorwiegend in besonderen Situationen. Patienten mit Erkrankungen, die mit starken Sorgen einhergehen, werden nach Auskunft der Befragten oft (37.6%), Patienten am Lebensende (41%) und Angehörige mit ethischen Dilemmata (36.6%) immer zu spirituellen und religiösen Belangen befragt, hingegen Patienten, die unter Angststörungen oder Depressionen leiden, in der Mehrheit nur gelegentlich. Die Frage, wie viele der zuletzt betreuten Patienten spirituell unterstützt wurden, beantworteten 46.9% der Teilnehmenden mit 0 Pa-

tienten, 41.8% mit 1-2 Patienten, 8,8% mit 3-5 Patienten und 2.6% mit mehr als 6 Patienten. Bei den Angehörigen waren es bei 73.7% der Befragten 0 Angehörige, 21,1% 1-2 Angehörige, 4.6% 3-5 Angehörige und 0.5% mehr als 6 Angehörige.

Gefragt nach den Häufigkeiten («niemals», «selten», «gelegentlich», «oft», «immer») gesundheitsberuflicher Spiritual Care gaben 59.2% der Teilnehmenden an, oft bis immer den Seelsorger zu kontaktieren und 50.2% sprechen selbst mit Patienten und Angehörigen über Sinnfragen und existentielle Themen.

Gelegentlich bis oft werden Patienten und Angehörige in der Ausübung ihrer Religiosität ermutigt in 68.4% der Fälle. 64,3% sprechen mit Kollegen und Kolleginnen über die spirituellen und religiösen Bedürfnisse der Patienten und Angehörigen. 63,3% der Befragten unterstützen Patienten und Angehörige in der Ausübung ihrer Spiritualität/Religiosität und 62.7% bestärken Patienten gelegentlich bis oft bei der Sinnfindung im Leben, Leiden und Sterben. 63.8% der Befragten geben an, selten bis gelegentlich Angehörige zu den spirituellen/religiösen Bedürfnissen der Patienten zu kontaktieren oder Patienten und Angehörige durch Körperkontakt zu unterstützen (58.7%). Niemals bis selten wird das Gebet mit und für Patienten und Angehörige praktiziert von 86.7% bzw. 81.1% der Teilnehmenden. Lese- und Hörbücher zu Spiritualität/Religiosität werden niemals bis gelegentlich ausgehändigt von 74% der Befragten.

Unterschiede zwischen dem somatischen und psychiatrischen Setting

Im Vergleich der beiden Kliniken (siehe [Tabelle 2](#)) schätzen die Befragten der somatischen im Vergleich mit der psychiatrischen Universitätsklinik den Einfluss von Spiritual Care auf die seelische Gesundheit und den Um-

gang mit Krankheit höher ein. Die in diesem Setting tätigen Fachpersonen hielten es eher für angemessen, Patienten und Angehörige zur Ausübung ihrer Spiritualität/Religiosität zu ermutigen, mit und für Patienten und Angehörige zu beten, einen Seelsorger zu kontaktieren, Patienten/Angehörige durch Körperkontakt zu unterstützen, mit Kolleg(inn)en über die spirituellen/religiösen Bedürfnisse der Patienten und Angehörigen zu sprechen und die Angehörigen zu den spirituellen/religiösen Bedürfnissen der Patienten zu kontaktieren. Des Weiteren zeigte sich, dass die Befragten der primär somatisch orientierten Universitätsklinik öfters nach spirituellen Belangen fragen würden, wenn ein Patient eine Diagnose, die mit starken Sorgen einhergeht (z.B. Krebs) oder mit dem Lebensende konfrontiert, wenn ein Patient unter einer Angststörung oder Depressionen leidet oder wenn Angehörige einem ethischen Dilemma (z.B. Beenden lebensverlängernder Massnahmen) gegenüberstehen. Konsequenterweise wird Spiritual Care von dieser Gruppe auch stärker als ein Bestandteil einer patienten- und familienzentrierten Versorgung angesehen. Ebenso kommt es nach Einschätzung dieser Gruppe häufiger vor, dass in ihrem Praxisfeld spirituelle und religiöse Bedürfnisse von Patienten bzw. Angehörigen erfasst und berücksichtigt werden und dass spirituelle, religiöse und existentielle Bedürfnisse von Patienten und Angehörigen regelmässig evaluiert und dokumentiert werden. In Bezug auf die Praxisformen wurde in der somatischen Universitätsklinik zum einen Spiritual Care stärker als Bestandteil einer patienten- und familienzentrierten Versorgung angesehen und zum anderen kommt es nach Einschätzung der in diesem Setting tätigen Befragten häufiger vor, dass spirituelle und religiöse Bedürfnisse und Anliegen erfasst bzw. dokumentiert und evaluiert werden.

Tabelle 1: Demografische Merkmale der Befragten

	Total (n=196)
Alter m±SD (range)	41.6±11.1 (41)
Geschlecht n (%)	
Frauen	139 (70.9)
Männer	057 (29.1)
Setting n (%)	
Universitätsklinik	138 (70.4)
Psychiatrische Universitätsklinik	058 (29.6)
Pflegefachpersonen	115 (58.7)
Berufe n (%)	
Ärzte	049 (25.0)
Psychologen	016 (8.2)
Verschiedene	016 (8.1)
Berufserfahrung M±SD (range)	16.5±11.4 (44)
Versorgungsform (Mehrfachauswahl möglich) n (%)	161 (82.1) 067 (34.2)
Fachrichtung (Mehrfachauswahl möglich) n (%)	
Allgemeine Akutversorgung	144 (73.5)
Intensiv	032 (16.3)
Palliative Care	030 (15.3)
Notfall	027 (13.8)
Rehabilitation	027 (13.8)
Patientengruppen (Mehrfachauswahl möglich) n (%)	
Neugeborene und ihre Eltern	18 (9.2)
Kinder und Jugendliche	019 (9.7)
Erwachsene (18-64 Jahre)	184 (93.9)
Ältere Menschen (>65 Jahre)	098 (50.0)

Unterschiede zwischen den Berufsgruppen

Unabhängig vom Geschlecht zeigte sich im Vergleich der Berufsgruppen (Pflege und Ärzte/Psychologen, siehe [Tabelle 3](#)), dass Pflegefachpersonen es für ihre Berufsgruppe angemessener hielten, mit Patienten und Angehörigen zu beten, einen Seelsorger zu kontaktieren, Patienten/Angehörige durch Körperkontakt zu unterstützen (Hand halten, Umarmung), den Patienten/Angehörigen Lese- oder Hörbücher zu Spiritualität/Religiosität auszuhändigen und die Angehörigen zu den spirituellen/religiösen Bedürfnissen der Patienten zu kontaktieren. Ärzte/Psychologen hielten es hingegen für ihre Berufsgruppe angemessener, mit Patienten und Angehörigen über Sinnfragen/existensielle Themen zu sprechen, und Patienten und Angehörigen zu helfen, Sinn im Leben, Leiden und Sterben zu finden.

Bezüglich der Faktoren, die eine Rolle spielen können, ob nach den spirituellen Belangen eines Patienten gefragt wird oder nicht, fühlten sich Pflegefachpersonen im Vergleich zu Ärzten und Psychologen weniger kompetent und eher emotional überfordert. Sie hatten auch grössere Bedenken, allzu intensive Reaktionen bei Patienten auszulösen und ihnen damit vielleicht eher zu schaden als zu nützen. Auch Bedenken, allzu intensive Reaktionen bei sich selber auszulösen und mit Ansichten, die ihren eige-

nen widersprechen, zu wenig gut umgehen zu können, war bei Pflegefachpersonen ausgeprägter.

Diskussion

Die Studie untersuchte die Einstellungen und Praktiken von Gesundheitsfachpersonen zum Einbezug spiritueller Dimensionen in die Versorgung von Patienten und Angehörigen. In Übereinstimmung mit anderen Studien [16, 17, 23, 24] haben auch die von uns befragten Fachpersonen eine grundsätzlich positive Einstellung gegenüber Spiritual Care. Sie anerkennen einen positiven Einfluss von spirituellen Faktoren auf die körperliche und seelische Gesundheit, den Heilungsprozess und den Umgang mit Krankheit und Sterben. Die Wichtigkeit von Spiritual Care als einem wesentlichen Bestandteil der Behandlung und Betreuung wird damit ebenso unterstrichen wie die Tendenz, Spiritual Care besonders im Bereich der Palliativen Versorgung anzusiedeln [25, 26] Besonders die Befragten der somatischen Universitätsklinik verstehen Spiritual Care als fundamentalen Bestandteil einer patienten- und familienzentrierten Versorgung. Die stärkere Präsenz somatisch schwerstkranker und sterbender Menschen und dem damit verbundenen Leiden scheint hier die Auseinandersetzung mit spirituellen Bedürfnissen und Fragen zu begünstigen. Inwiefern Spiritual Care auch für die psychi-

Tabelle 2: Unterschiede Setting

	Setting	N	Mean Rank
*Spiritualität / Religiosität beeinflusst die seelische Gesundheit.	Somatik	138	103.18
	Psychiatrie	57	85.45
*Spiritualität / Religiosität beeinflusst den Umgang mit Krankheit.	Somatik	138	103.95
	Psychiatrie	58	85.53
*Die Patienten und Angehörigen bei der Ausübung ihrer Spiritualität und Religiosität ermutigen.	Somatik	138	106.72
	Psychiatrie	58	78.94
*Mit Patienten und Angehörigen beten.	Somatik	138	103.92
	Psychiatrie	58	85.60
*Für Patienten und Angehörige beten.	Somatik	138	104.18
	Psychiatrie	58	84.97
*Einen Seelsorger kontaktieren.	Somatik	137	111.08
	Psychiatrie	57	64.87
*Patienten / Angehörige durch Körperkontakt unterstützen (Hand halten, Umarmung).	Somatik	137	112.79
	Psychiatrie	58	63.06
*Mit Kollegen über die spirituellen / religiösen Bedürfnisse der Patienten und Angehörigen sprechen.	Somatik	136	102.49
	Psychiatrie	58	85.81
*Die Angehörigen zu den spirituellen / religiösen Bedürfnissen der Patienten kontaktieren.	Somatik	137	108.80
	Psychiatrie	58	72.50
*Ich fühle mich nicht zuständig.	Somatik	137	90.85
	Psychiatrie	58	114.90
*Ich fühle mich emotional überfordert.	Somatik	136	103.73
	Psychiatrie	58	82.90
*Ich habe Bedenken, zu intensive Reaktionen bei mir selber auszulösen.	Somatik	136	102.37
	Psychiatrie	58	86.09
*Wenn ein Patient mit einer angstbesetzten Diagnose (z.B. Krebs) konfrontiert wird.	Somatik	136	105.38
	Psychiatrie	58	79.03
*Wenn ein Patient mit dem Lebensende konfrontiert ist.	Somatik	137	104.18
	Psychiatrie	58	83.40
*Wenn ein Patient unter Angststörung oder Depressionen leidet.	Somatik	135	103.44
	Psychiatrie	58	82.00
*Wenn Angehörige mit einem ethischen Dilemma (z.B. Beenden lebensverlängernder Massnahmen) konfrontiert sind.	Somatik	136	104.31
	Psychiatrie	58	81.53
*In meinem Praxisfeld wird Spiritual Care als fundamentaler Bestandteil einer patienten- und familienzentrierten Versorgung angesehen.	Somatik	137	108.84
	Psychiatrie	57	70.24
*In meinem Praxisfeld werden spirituelle und religiöse Bedürfnisse von Patienten / Angehörigen erfasst und berücksichtigt.	Somatik	137	105.46
	Psychiatrie	57	78.38
*In meinem Praxisfeld werden spirituelle, religiöse und existenzielle Bedürfnisse von Patienten / Angehörigen regelmässig dokumentiert und evaluiert.	Somatik	137	104.65
	Psychiatrie	57	80.31

*Signifikanter Unterschied ($p \leq 0.01$)

atrische Versorgung bedeutsam ist, wird seit einigen Jahren intensiv diskutiert, z.B. in Bezug auf die Auswirkungen von Spiritualität und Religiosität auf die psychische Gesundheit, deren Implikationen für die Behandlung und die Angemessenheit von professionellen Grenzen [27–31].

Wie die Ergebnisse unserer Untersuchung deutlich machen, ist in diesem Bereich bei aller grundsätzlichen Offenheit insgesamt eine grössere Zurückhaltung der Fachpersonen zu beobachten, was auch historisch zu erklären sein dürfte [3]. So sind Fachpersonen in der Psychiatrie traditionell weniger religiös und vermeiden es zum Teil über diese Themen mit ihren Patienten zu sprechen, was insbesondere auf säkulare Institutionen zutrifft [32]. Unsere Ergebnisse sprechen dafür, dass die Multi- und Interprofessionalität im Kontext von Spiritual Care aus Sicht der Befragten eine wichtige Rolle spielt. Im klinischen Alltag ausserhalb der Palliativen Medizin ist sie jedoch noch nicht fest institutionalisiert [33]. Vor diesem Hintergrund überrascht es, dass die Mehrheit der befragten Fachpersonen angibt, auf spirituelle und religiöse Bedürfnisse von Patienten zu achten und bestimmte Formen von Spiritual Care in ihre professionelle Tätigkeit einzubeziehen. Berücksichtigt werden muss allerdings, dass die Fragebögen möglicherweise eher von Personen ausgefüllt wurden, die an einem solchen Einbezug interessiert sind.

In der Literatur besteht grundsätzlich Einigkeit darüber, dass neben Seelsorgern auch Ärzten, Pflegefachpersonen, Psychologen sowie Sozialarbeitern eine Rolle in der spirituellen Begleitung von Patienten und deren Angehörigen zukommt, wobei die Möglichkeiten und Grenzen gesundheitsberuflicher Spiritual Care noch einer klareren Bestimmung bedürfen [6, 34–36]. Unbestritten ist, dass eine Implementierung interprofessioneller Spiritual Care abhängig ist von der Organisationskultur und den Führungsstilen der jeweiligen Organisationen [17, 37–39] ebenso wie von den persönlichen Einstellungen der Gesundheitsfachpersonen. So beeinflussen auch die eigene Spiritualität und Religiosität [17] sowie Kultur und ethnische Zugehörigkeit,

wie Spiritual Care im klinischen Alltag wahrgenommen wird [40]. Das zeigen indirekt auch unsere Ergebnisse, selbst wenn die spezifischen Charakteristika der Institutionen und Personen nicht Teil der Befragung waren.

Die Resultate dieser Studie sind mit Zurückhaltung zu interpretieren. Ihre Aussagekraft könnte eingeschränkt sein durch die Selbstselektion der Probanden: zum Einen waren Personen, die sich für Spiritual Care interessieren, vermutlich eher dazu bereit, den Fragebogen auszufüllen. Zum Anderen ist die Rücklaufquote gering, wenn man davon ausgeht, dass in den beiden befragten Institutionen mehrere tausend Gesundheitsfachpersonen beschäftigt sind. Des weiteren gilt zu bedenken, dass die Rückmeldungen zur erfragten Praxis Selbsteinschätzungen darstellen. Um herauszufinden, in welcher Weise Spiritual Care tatsächlich praktiziert wird, bedürfte es einer Patientenbefragung oder einer Beobachtungsstudie.

Fazit

Bemerkenswert an den Ergebnissen der vorliegenden Studie ist weniger die insgesamt für Spiritual Care aufgeschlossene Einstellung der befragten Gesundheitsfachpersonen (wegen der oben erwähnten eingeschränkten Aussagekraft) als vielmehr die grosse Heterogenität der Rückmeldungen. Sie weist darauf hin, dass interprofessionelle Spiritual Care in den betreffenden Institutionen auf der Organisationsebene wenig verankert ist und es in den befragten Berufsgruppen keinen Konsens bezüglich Relevanz und Grenzen interprofessioneller Spiritual Care gibt. Wenn sich aus dieser Studie auch keine allgemein gültigen Schlüsse ziehen lassen, so macht sie doch auf einen Klärungs- und Entwicklungsbedarf aufmerksam. Sie deutet zudem darauf hin, dass es möglicherweise eine unterschätzte Zahl von Gesundheitsfachpersonen gibt, die Spiritual Care bereits praktizieren, dies jedoch aufgrund fehlender organisationaler Abstützung nicht in den interprofessionellen Austausch einbringen. Diese Praxis

Tabelle 3: Unterschiede Berufsgruppen

	Berufsgruppe	N	Mean Rank
*Mit Patienten und Angehörigen beten.	Pflege Arzt/Psychologe**	115 65	94.10 84.13
*Mit Patienten und Angehörigen über Sinnfragen / existenzielle Themen sprechen.	Pflege Arzt/Psychologe	115 64	82.59 103.31
*Patienten und Angehörigen helfen, Sinn im Leben, Leiden und Sterben zu finden.	Pflege Arzt/Psychologe	115 64	84.22 100.38
*Einen Seelsorger kontaktieren.	Pflege Arzt/Psychologe	115 64	103.16 66.35
*Patienten/Angehörige durch Körperkontakt unterstützen (Hand halten, Ummarmung).	Pflege Arzt/Psychologe	115 64	102.78 67.03
*Den Patienten/Angehörigen Lese- oder Hörbücher zu Spiritualität/Religiosität aushändigen.	Pflege Arzt/Psychologe	115 64	97.61 76.33
*Die Angehörigen zu den spirituellen/religiösen Bedürfnissen der Patienten kontaktieren.	Pflege Arzt/Psychologe	115 64	101.27 69.75
*Ich fühle mich inhaltlich zu wenig kompetent.	Pflege Arzt/Psychologe	115 64	99.99 72.05
*Ich fühle mich emotional überfordert.	Pflege Arzt/Psychologe	114 64	98.04 74.29
*Ich habe Bedenken, zu intensive Reaktionen beim Patienten auszulösen und ihm damit vielleicht eher zu schaden als zu nützen.	Pflege Arzt/Psychologe	115 64	101.76 68.88
*Ich habe Bedenken, zu intensive Reaktionen bei mir selber auszulösen.	Pflege Arzt/Psychologe	115 64	97.83 75.92
*Ich habe Bedenken, mit Ansichten, die meinen eigenen widersprechen, zu wenig gut umgehen zu können.	Pflege Arzt/Psychologe	115 64	96.22 78.83

*Signifikanter Unterschied ($p < 0.01$). ** Aufgrund geringer Anzahl Befragter wurden die Berufsgruppen *Ärzte* und *Psychologen* zusammengefasst.

konzentriert sich nach wie vor hauptsächlich auf Situationen am Lebensende. In welchem Maße sich interprofessionelle Spiritual Care auch in anderen Versorgungsbereichen etablieren kann, dürfte nicht zuletzt von weiterer empirischer Forschung abhängen sowie von der Berücksichtigung dieser Versorgungsdimension in der gesundheitsberuflichen Aus- und Weiterbildung.

Disclosure statement

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur

- Peng-Keller S, Fabian Winiger und Raphael Rauch. The spiritual dimension of health and the World Health Organization – Historical Investigations in view of the Foundations of Interprofessional Spiritual Care.
- WHO. Spiritual Aspects of Health, in working and documentation documents. 1984; New Delhi.
- Utsch M, Anderssen-Reister M, Frick E, Gross W, Murken S, Schouler-Ocak M, et al. Empfehlungen zum Umgang mit Religiosität und Spiritualität in Psychiatrie und Psychotherapie. *Spiritual Care*. 2017;6(1):141–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1515/spircare-2016-0220>.
- palliativ.ch. *Spiritual Care in Palliative Care*. Leitlinien zur interprofessionellen Praxis. 2018; Bern, Schweiz.
- Rettker H. Interprofessionelle Perspektiven zu Spiritual Care am Beispiel chronisch Kranker im Akutspital. *Spiritual Care*. 2018;7(3):255–62. doi: <http://dx.doi.org/10.1515/spircare-2017-0092>.
- Peng-Keller S. Ansätze ärztlicher Spiritual Care. *Praxis*. 2017;106(24):1339–1343. DOI: <http://dx.doi.org/10.1024/1661-8157/a002835>.
- Dombeck MT. The spiritual and pastoral dimensions of care in interprofessional contexts. *J Interprof Care*. 1998;12(4):361–72. doi: <http://dx.doi.org/10.3109/13561829809024943>.
- Vermadere M, De Lepeleire J, Smeets L, Hannes K, Van Mechelen W, Warmenhoven F, et al. Spirituality in general practice: a qualitative evidence synthesis. *Br J Gen Pract*. 2011;61(592):e749–60. doi: <http://dx.doi.org/10.3399/bjgp11X606663>.
- Giezendanner S, Jung C, Banderet H-R, Otte IC, Gudat H, Haller DM, et al. General Practitioners' Attitudes towards Essential Competencies in End-of-Life Care: A Cross-Sectional Survey. *PLoS One*. 2017;12(2):. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0170168>.
- World Health Organization and Health Professions Networks - Nursing & Midwifery. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Human Resources for Health. 2010 [cited 2017 Oct 01]; Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HPN_10_3_eng.pdf?ua=1.
- Schweizer Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Charta: Zusammenarbeit der Fachleute im Gesundheitswesen. 2014; Basel: SAMW.
- SAMW. Zusammenarbeit der Fachleute im Gesundheitswesen. 2014; Basel.
- Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;6(CD000072). doi: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>.
- D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu M-D. The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care*. 2005;19(sup1, supplement 1):116–31. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13561820500082529>.
- MacMillan K. The challenge of achieving interprofessional collaboration: Should we blame Nightingale? *J Interprof Care*. 2012;26(5):410–5. doi: <http://dx.doi.org/10.3109/13561820.2012.699480>.
- Babamohamadi H, Ahmadpanah MS, Ghorbani R. Attitudes Toward Spirituality and Spiritual Care among Iranian Nurses and Nursing Students: A Cross-Sectional Study. *J Relig Health*. 2017;57(4):1304–14. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10943-017-0485-y>.
- Chew BW, Tiew LW, Creedy DK. Acute care nurses' perceptions of spirituality and spiritual care: an exploratory study in Singapore. *Journa of Clinical Nursing*. 2016;25:2520–2527. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.13290>.
- Cetinkaya B, Azak A, Dundar SA. Nurses' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care. *Aust J Adv Nurs*. 2013;31(1):5–10.
- Balboni MJ, Sullivan A, Enzinger AC, Epstein-Peterson ZD, Tseng YD, Mitchell C, et al. Nurse and Physician Barriers to Spiritual Care Provision at the End of Life. *J Pain Symptom Manage*. 2014;48(3):400–10. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.09.020>.
- Hvidt N, Kørup AK, Curlin FA, Baumann K, Frick E, Søndergaard J, et al. Balslev van Randwijk C, Kuseyri C, Mukwayakala T, Wey M, Eglin M, Opsahl T, Büsing A. The NERSH International Collaboration on Values, Spirituality and Religion in Medicine: Development of Questionnaire, Description of Data Pool, and Overview of Pool Publications. *Religion*. 2016;7(8):107. doi: <http://dx.doi.org/10.3390/rel7080107>.
- Kørup AK, Christensen R, Nielsen CT, Søndergaard J, Alyousefi NA, Lucchetti G, et al. The International NERSH Data Pool—A Methodological Description of a Data Pool of Religious and Spiritual Values of Health Professionals from Six Continents. *Religion*. 2017;8(2):24. doi: <http://dx.doi.org/10.3390/rel8020024>.
- SAMW. *Forschung am Menschen: Ein Leitfaden für die Praxis*. 2015; Bern, Switzerland.
- Farahaniinaa M, Abbasia M, JafarJalala E, Nurses' Attitude and Performance Regarding Spiritual Care. *Eur Psychiatry*. 2015;30:1943. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(15\)31483-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(15)31483-8).
- Curlin FA, Lawrence RE, Odell S, Chin MH, Lantos JD, Koenig HG, et al. Religion, Spirituality, and Medicine: Psychiatrists' and Other Physicians'. Differing Observations, Interpretations, and Clinical Approaches. *Am J Psychiatry*. 2007;164(12):1825–31. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06122088>.
- El Nawawi NM, Balboni MJ, Balboni TA. Palliative care and spiritual care: the crucial role of spiritual care in the care of patients with advanced illness. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2012;6(2):269–74. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/SPC.0b013e3283530d13>.
- Peng-Keller S. *Spiritual Care: Grundgestalten, Leitmodelle und Entwicklungsperspektiven*. *Spiritual Care*. 2020;9(2):127–35. doi: <http://dx.doi.org/10.1515/spircare-2019-0078>.
- Huguelet P, Guillaume S, Vidal S, Mohr S, Courtet P, Villain L, et al. Values as determinant of meaning among patients with psychiatric disorders in the perspective of recovery. *Sci Rep*. 2016;6(1):27617. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/srep27617>.
- Cook CH, Powell A, Sims A, Eagger S. Spirituality and secularity: professional boundaries in psychiatry. *Ment Health Relig Cult*. 2011;14(1):35–43. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13674676.2010.484935>.
- Meier R. Spiritualität im psychiatrischen Behandlungsalltag. *Schweiz Arzteztg*. 2017;98(42):1382–4. doi: <http://dx.doi.org/10.4414/saez.2017.06024>.
- Moreira-Almeida A, Koenig HG, Lucchetti G; Moreira - Almeida A. Koenig HG, Lucchetti G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. *Rev Bras Psiquiatr*. 2014;36(2):176–82. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1255>.
- Vergheze A. Spirituality and mental health. *Indian Journal of Psychiatry*. 2008;50(4):233–237. DOI: <http://dx.doi.org/10.4103/0019-5545.44742>.
- van Nieuw JC. The “religiosity gap” in a clinical setting: experiences of mental health care consumers and professionals. *Ment Health Relig Cult*. 2018;21(7):737–52. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13674676.2018.1553029>.
- Büche D, Lütolf UM, Peng-Keller S. Interprofessionelle Spiritual Care in Palliative Care. *Schweiz Arzteztg*. 2019;100(19):666–7.
- Koenig HG. The Spiritual Care Team: Enabling the Practice of Whole Person Medicine. 2014; (5): 1161-1174. DOI: doi: <http://dx.doi.org/10.3390/rel5041161>.
- Phelps AC, Lauderdale KE, Alcorn S, Dillinger J, Balboni MT, Van Wert M, et al. Addressing spirituality within the care of patients at the end of life: perspectives of patients with advanced cancer, oncologists, and oncology nurses. *J Clin Oncol*. 2012;30(20):2538–44. doi: <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2011.40.3766>.
- LeDoux J, Mann Ch, Demoratz M, Young J. Addressing Spiritual and Religious Influences in Care Delivery. *Prof Case Manag*. 2019;24(3):142–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/NCM.0000000000000346>.
- Albaqawi HM, Alquwez N, Almazan J, Alharbi S, Catimbang C, Rivera P, Jr, et al. Workplace Spiritual Climate and Its Influence on Nurses' Provision of Spiritual Care in Multicultural Hospitals. *Religions (Basel)*. 2019;10(2):118. doi: <http://dx.doi.org/10.3390/rel10020118>.
- Pirkola H, Rantakokko P, Suhonen M. Workplace spirituality in health care: an integrated review of the literature. *J Nurs Manag*. 2016;24(7):859–68. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.12398>.
- Freund H, Böhringer S, Utsch M, Hautl I. Religiosität und Spiritualität in der Facharztweiterbildung Eine Umfrage bei den Weiterbildungsermächtigten für Psychiatrie und Psychotherapie. *Nervenarzt*. 2018;89(5):539–45. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00115-017-0414-z>.
- Fang ML, Sixsmith J, Sinclair S, Horst G. A knowledge synthesis of culturally- and spiritually-sensitive end-of-life care: findings from a scoping review. *BMC Geriatrics*. 2016; 16. DOI: .