Aandacht voor spiritualiteit in de zorg in een Woon- en Zorgcentrum – een piloot studie

Karin Henrike Beerwerth, KU Leuven

Promotor: Mieke Vermandere, MD, PHD, KU Leuven

Co-promotor: Luc Nijs, huisarts

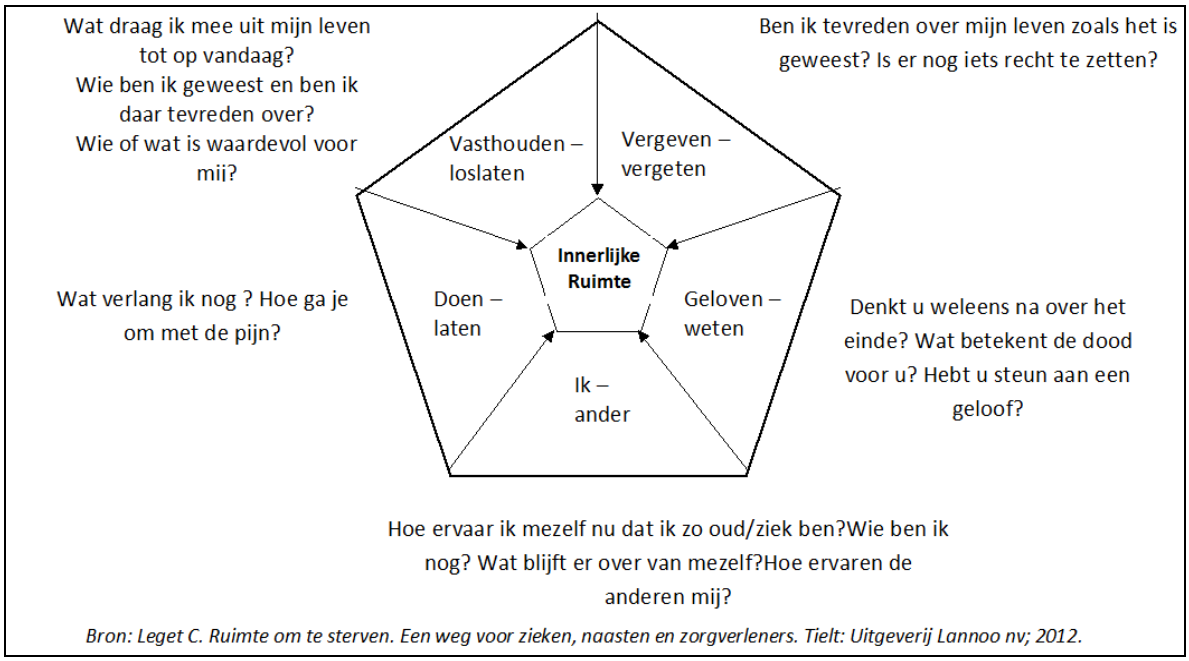
Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2017 – 2018]

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.
Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Abstract

Context: Bewoners in Woon- en Zorgcentra (WZC) ervaren spirituele noden en voelen de behoefte dat hierop wordt ingegaan. Toch zijn verpleegkundigen hiertoe onvoldoende opgeleid. Het diamantmodel wordt in verschillende palliatieve centra als model gebruikt voor de omgang met de spiritualiteit van patiënten.
Doel: Het effect nagaan van een spirituele training met aanreiking van het diamantmodel, bij verpleegkundigen en zorgkundigen in een WZC, op de aandacht voor levensvragen in de dagdagelijkse zorg en hun gevoel van bekwaamheid m.b.t. het verlenen van spirituele zorg.
Methode: Kwalitatieve pilootstudie met één interventiegroep bestaande uit verpleegkundigen en zorgkundigen van een WZC. Er werd een spirituele training gegeven met individuele reflectie, groepsreflectie en het aanreiken van het diamantmodel. Gegevens werden verzameld door casusbeschrijvingen en een vragenlijst.
Resultaten: In de thema's die in de casussen aan bod kwamen, keerden de belangrijke kernelementen uit de spirituele zorg terug. 61% van de deelnemers konden dagelijks tot maandelijks een toepassing uit de training maken. 75% van de deelnemers voelde zich na de training en testperiode voldoende bekwaam aandacht te hebben voor de spirituele dimensie van een bewoner.
Conclusie: Deze pilootstudie toont dat het voor de zorgverleners in een WZC na het volgen van een spirituele training haalbaar is aandacht voor levensvragen in de dagelijkse zorg te integreren. Er wordt een gevoel van bekwaamheid bereikt. Verder onderzoek moet de toegevoegde rol die het diamantmodel in de setting van een WZC kan hebben, aantonen.

*„Spiritual care is not a method, **it is a way of life**, a commitment to living meaningfully"*
C. Longaker



Figuur 1. Ars moriendi model - diamantmodel

Inleiding

Een verhuis naar een Woon- en Zorgcentrum (WZC) is voor velen een laatste stap in het leven. Het grootste deel van het leven ligt achter je. De meeste lichamelijke functies gaan achteruit, mensen worden meer zorgbehoevend. Tegenover deze algemene achteruitgang staat de spirituele dimensie die blijft groeien.[1]
De zorg voor bewoners van WZC is complex omdat er niet enkel fysieke noden maar ook emotionele en spirituele noden aanwezig zijn (Unwin, 2010). Juist op scharniermomenten van het leven is er een grotere behoefte om over spiritueel welzijn te praten.[2] Binnen de holistische zogverlening is spiritualiteit dan ook een bekend concept, het maakt in essentie deel uit van eenierders gezondheid en welzijn.[3] In de palliatieve zorg is de spirituele dimensie volgens de definitie van de World Health Organization de vierde dimensie van gezondheid, naast pijncontrole, psychologisch en sociaal welzijn. [4]

Door de European Association of Palliative Care wordt spiritualiteit als volgt gedefiniëerd:
"Spiritualiteit is dat dynamische aspect van het mens-zijn dat in verhouding staat tot de wijze waarop personen – als individu en als gemeenschap – zoeken naar en uiting geven aan zin, levensdoel en het transcendente, en de manier waarop zij verbinding beleven met het nu-moment, zichzelf, anderen, natuur en het meest betekenisvolle of heilige in hun leven." [5]
Spirituele pijn ontstaat als deze verbinding niet, of onvoldoende aanwezig is of beleefd kan worden, het is een toestand van *'eenzaamheid van de geest'*. [1]

Spiritualiteit bij WZC-bewoners

Bewoners van WZC ervaren spirituele noden. [6] Een uitgebreide literatuurstudie toonde dit aan. [2] Bouckaert deelde spirituele noden in vijf dimensies in: 1. religieuze dimensie, 2. ecologische dimensie, 3. sociale dimensie, 4. tijdsdimensie, 5. waardedimensie. [*]

[*] Een kwalitatieve studie bij bewoners van een Vlaams WZC trachtte de noden en krachtbronnen van de mensen in kaart te brengen en vergelijkt dit met bevindingen uit de literatuur. Binnen de sociale dimensie komt de belangrijke nood aan betekenisvolle contacten, gezelschap en betrokkenheid op de voorgrond te staan. Met

Het bespreekbaar maken van spiritualiteit is een belangrijke behoefte, patiënten verwachten dit van hun zorgverleners (Hart, 2003; Yardley, 2009).

Spirituele zorg kan op verschillende manieren plaatsvinden. Het is *zijn* i.t.t. doen. [7,8] Spirituele zorg is relationeel, wordt gegeven in verbinding met iemand anders met aandacht vooral voor het aandachtig aanwezig zijn, samen op weg zijn, luisteren, verbinden, openingen creëren en wederzijds delen. [10] Spirituele zorg kan patiënten helpen strategieën te ontdekken met hun ziekte om te gaan, en betekenis en zin in hun leven te vinden (Baldacchino, 2003).
Het verzorgend personeel in WZC kan als antwoord op de beschreven noden een belangrijke rol spelen omdat zij in nauw contact staan met de bewoners. Er is uit onderzoek gebleken dat er voor zorgverleners verschillende barrières zijn om aandacht te besteden aan de spirituele dimensie van de zorg. De barrières zijn gebrek aan tijd, gebrek aan opleiding of niet over de juiste woordenschat beschikken. Ook de secularisering van onze maatschappij speelt hierbij een rol.[**]

Gebrek aan spirituele opleiding

Ondanks een belangrijke nood aan spirituele zorg zijn verpleegkundigen hier onvoldoende voor opgeleid. Onderzoek beveelt dan ook aan 'spirituele zorg' in de opleiding van verpleegkundigen te integreren.[8] Het gebrek aan formele opleiding is op zich een barrière tot het verlenen van spirituele zorg.[3] 65% van de bevraagde verpleegkundigen in een onderzoek van Vance (2001) geeft aan dat gebrek aan opleiding hen ervan weerhoudt spirituele zorg te verlenen.
Meerdere studies tonen een gunstig effect aan van opleiding over spiritualiteit in de zorg op de perceptie van spirituele zorgverlening, attitude en bekwaamheidsgevoel m.b.t. het bespreken van existentiële thema's. Deze studies vonden bij verpleegkundigen in de palliatieve setting plaats. (Morita, 2009, O'Shea 2011, Henoch 2013) [***]

---

betrekking tot de zorgverlening is er vooral een nood aan erkenning en aandacht door zorgverleners. Bij veel bevraagde patiënten is er een nood aanwezig de natuur te ervaren.

[**] Het onderzoeksgebied van de spiritualiteit in de zorgverlening kent sinds enkele jaren een groeiproces. Vooral in levensfasen van ziekte/lijden/ouder worden/existentiële levenservaringen worden mensen hiermee geconfronteerd. Mensen zoeken hun weg in het leven door aan alles een zin of betekenis te geven. [7]
Waarbij het lijden, de zieke, oude of stervende mens vroeger veel meer in ons midden leefde, vinden deze levensfasen nu vaker in instellingen plaats en worden zo uit het perspectief van het alledaagse leven gerukt. [10,11]
Ook binnen de zorgverlening is er de laatste decennia veel vooruitgang geboekt op technisch gebied. Dit gebeurde soms ten koste van een holistische zorg waarvan ook spirituele zorg deel uitmaakt.
Een gevolg van de secularisering is ook een verlies aan vertrouwen in de eigen spiritualiteit. Antwoorden op levensvragen die vroeger voor een groot deel van de mensen geldig waren zijn dat nu veel minder. Het is nu misschien belangrijker dan vroeger zorgverleners bewust te maken van hun eigen spiritueel leven. Door een groter bewustzijn voor de eigen spiritualiteit kunnen zij beter ingaan op spirituele zorgen van hun patiënten. [3]
M. Lijssen schrijft hierover: '*Verregaande secularisering van de samenleving leidt tot een afsplitsing van de spirituele dimensie en doorgeschoten rationalisme maakt het spreken over de ziel tot een hachelijke onderneming'*.

[***] Zelfs met maar een korte opleidingsinterventie kon een positief effect worden aangetoond op de perceptie van spirituele zorgverlening. Pediatrisch verpleegkundigen op een palliatieve afdeling hadden na de opleiding een positievere instelling m.b.t. het verlenen van spirituele zorgen. [3]
Een Japanse studie van Morita (2009) bij palliatieve patiënten toonde een groot effect van een interventie bij de verpleegkundigen aan op de attitude m.b.t. het bespreken van existentiële vragen met de patiënten.
Een grote Zweedse studie in de palliatieve setting heeft het effect onderzocht van een uitgebreide training rond spreken over existentiële levensvragen. Het vertrouwen in de eigen communicatie was duidelijk groter in de getrainde groep. Een grotere kennis rond existentiële vragen blijkt een positief element te zijn in het vergroten van het vertrouwen in de eigen communicatie-skills. [9]

Een model dat kan helpen
Om te spreken over levensvragen kan het zinvol zijn een algemeen aanvaardbaar model te gebruiken om dit vorm te geven. We willen hiervoor het *ars moriendi model*, ondertussen ook 'Diamantmodel' genoemd, voorstellen (Figuur 1). Dit middeleeuws model werd door Carlo Leget terug actueel gemaakt [11,12] en is ondertussen uitgegroeid tot een belangrijke tool op verschillende palliatieve eenheden in Vlaanderen en Nederland (bijvoorbeeld UZ Leuven, Virga Jesse Hasselt). Het centrale begrip is hierbij *innerlijke ruimte*. Dit centrum wordt omgeven door vijf spanningsvelden: *ik en de ander*, *doen en laten*, *vasthouden en loslaten*, *vergeven en vergeten*, *geloven en weten.*
Dit model werd eerder al onderzocht op zijn bruikbaarheid als leiddraad voor een spiritueel gesprek van verpleegkundigen en huisartsen met hun palliatieve patiënten. Hieruit bleek het model inhoudelijk goed bruikbaar te zijn maar soms voelde het stroef aan. Een meer spontaan gebruik zou voordelig zijn. [13]
Het model werd oorspronkelijk ontwikkeld voor de palliatieve zorgsetting, maar we zijn ervan overtuigd dat de algemene begrippen van het model kunnen toegepast worden in de benadering van spiritualiteit in elke setting.

Dit voert ons tot het onderzoeksproject van deze studie. Uit het voorgaande blijkt dat er bij WZC-bewoners spirituele noden aanwezig zijn, maar ook dat verpleegkundigen onvoldoende scholing hebben om spirituele zorg te verlenen. Toch is er in de palliatieve setting gevonden dat een training rond dit thema de attitude van verpleegkundigen en ook hun vertrouwen in de eigen capaciteiten duidelijk positief beïnvloedt.
De onderzoeksvragen luiden:
Kan alledaagse aandacht voor levensvragen in de zorg voor rusthuisbewoners geïntegreerd worden na het volgen van een training spiritualiteit gebaseerd op het diamantmodel?
Hoe bekwaam voelen zorgverleners in een WZC zich mbt het verlenen van spirituele zorg na interventie met een spirituele training?

Methode

Design
Dit is een pilootstudie met één interventiegroep. Er wordt een meting gedaan na de interventie en de implementatietijd.

Deelnemers en recrutering
De deelnemers van de studie waren werkzaam in een WZC met 90 bedden. Deelnemers waren de medewerkers die regelmatig contact hebben met de bewoners: zorgkundigen, verpleegkundigen, ergo- en kinesitherapeuten, poetspersoneel. De studieopzet werd eerst voorgesteld aan de hoofdverpleegkundigen die vroegen om een toelichtingsmoment op elke afdeling. Op elke afdeling werd een korte bijeenkomst georganiseerd om de deelnemers persoonlijk uit te nodigen waarna ze op vrijwillige basis mochten inschrijven. Het opleidingsmoment werd in de werkrooster ingepland zodat iedereen vrij was deel te nemen.

Interventie en studieprocedure
De interventie bestond uit een theoretische training over spiritualiteit in de zorgverlening. (Appendix 1) De training werd voorbereid en gegeven door de onderzoeker van deze studie na uitgebreide literatuurstudie en in het bijzijn van een ervaren onderzoeker op vlak van spiritualiteit. Er werd gekozen voor een éénmalige training om het voor de medewerkers

haalbaar te houden. Per sessie waren er maximaal 25 deelnemers zodat het persoonlijk contact voor opmerkingen of vragen gemaximaliseerd kon worden.
In het begin van de training werd aandacht besteed aan de aanscherping van het spirituele bewustzijn van alle deelnemers. Er werd uitgegaan van de definitie van Puchalski [5] waarna de deelnemers zelf aan de slag konden om na te denken over hun eigen waardesysteem en krachtbronnen. Dit fundamenteel proces moet immers doorlopen worden vooraleer men bij de andere aandacht kan hebben voor de spirituele dimensie. Het tweede deel van de training ging over spiritualiteit in de zorgverlening. Er werd aandacht besteed aan de voorwaarden om spiritualiteit aan bod te laten komen tijdens contact met de bewoners. Als derde deel werd het diamantmodel geïntroduceerd als een model voor het nadenken over en bespreken van spiritualiteit. Dit kon als houvast dienen tijdens de implementatieperiode. Elke afdeling kreeg op het einde van de training een 'spiritual box' mee. Op elke zijde van de doos stond één dimensie van het diamantmodel. Ze diende om tijdens het teamoverleg op tafel te zetten om spirituele aspecten letterlijk en figuurlijk op tafel te leggen.

Er volgde een periode van twee maanden waarvoor de deelnemers de opdracht kregen spiritualiteit zo veel mogelijk aan bod te laten komen in het dagdagelijks contact met de bewoners. Dit zowel uit eigen initiatief, alsook door een attitude van aandachtig luisteren, leren met een ander oor te luisteren. De onderzoeker ging 2-wekelijks langs in het WZC om de aandacht op het project te blijven vestigen en voor eventuele vragen ter beschikking te staan. Op het einde van de implementatieperiode werd een terugkommoment georganiseerd waarbij er mogelijkheid was voor reflectie en het invullen van de vragenlijsten, de open vraag en de demografische gegevens (leeftijd, functie, aantal jaren werkervaring, welke eerdere werkervaring, toegevoegde taken zoals bvb. palliatief supportteam, eerdere training rond spiritualiteit).

Dataverzameling
De dataverzameling gebeurde op het terugkommoment na de implementatieperiode. Er werd een vragenlijst (Appendix 2) ingevuld waarmee naar de beleving van de deelnemers gepeild werd. De vragenlijst werd zelf ontwikkeld. Het opvragen van vragenlijsten van onderzoekers met een gelijkaardig project leverde geen resultaat op (al te lang geleden, de vragenlijst was niet meer beschikbaar). De belangrijkste domeinen van de vragenlijst waren: beleving van de training, beleving van de implementatieperiode, gevoel van haalbaarheid en de mogelijkheden en frequentie van toepassingen. De antwoordschaal was en vijf-punt Likert schaal.
Het tweede belangrijke luik van dataverzameling was een open vraag waarbij gevraagd werd twee casussen op te schrijven die de deelnemers uit de testfase waren bijgebleven en die zouden illustreren hoe ze met de spirituele dimensie van een bewoner waren omgegaan. Er werd naar één positief en één negatief voorbeeld gevraagd.

Analyse
Score 1 en 2 op de Likertschaal worden geïnterpreteerd als 'niet eens', score 4 en 5 als 'eens' zijn met de stelling. Score 3 is 'neutraal'.
Uit de casussen werden de thema's gefilterd waarin volgens de deelnemers het spirituele aspect aan bod kwam.

Resultaten

Populatiebeschrijving

Er hadden zich 29 medewerkers ingeschreven voor deelname aan de studie. Hiervan hebben 16 medewerkers deelgenomen aan de twee vormingsmomenten. De redenen voor het niet deelnemen aan de vorming van ingeschrevenen waren ziekte en grote drukte op de werkvloer door het wegvallen van collega's. Één deelnemer werkte op het einde van de studie niet meer in het WZC. Twee andere collega's waren kort na de vorming voor lange tijd uitgevallen. De demografische gegevens van de deelnemers zijn weergegeven in Tabel 1.
Alle deelnemers hebben de vragenlijst ingevuld. Acht van de 13 deelnemers hebben de open vragen, waar een casus beschreven diende te worden, beantwoord. Vijf deelnemers hebben deze vraag opengelaten.

Tabel 1 Demografische gegevens deelnemers

Beroep	
Verpleegkundigen	6
Zorgkundigen	4
Poetspersoneel	0
Ergo/Kine/andere	3
Geslacht	
Man	3
Vrouw	10
Werkervaring (jaren)	
5-10	1
11-20	4
>20	8
Ervaring of eerdere opleiding over spiritualiteit in de zorg	
Ja	0
Neen	13

Rapporteren resultaten

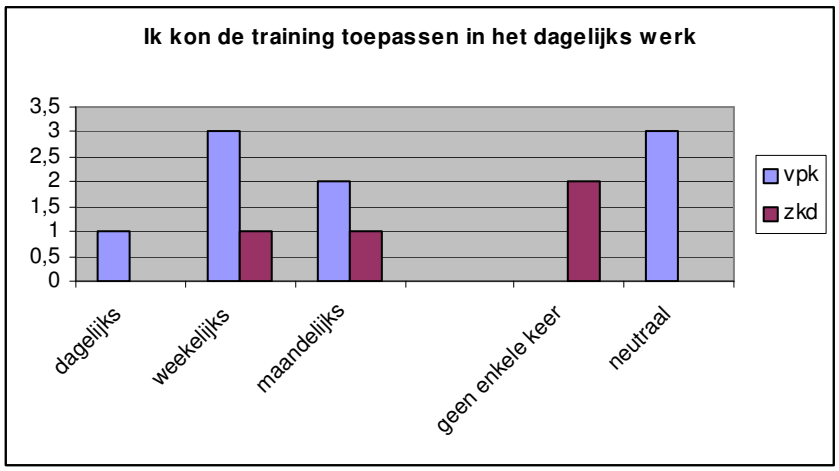
Analyse van de vragenlijst

Algemene opmerking: De differentiatie in getallen tussen verpleegkundigen (vpk) en anderen (kine, ergo, administratie) enerzijds, en zorgkundigen (zkd) anderzijds wordt alleen weergegeven als er een discrepantie in het antwoord was vast te stellen tussen de twee groepen.

De haalbaarheid van het integreren van aandacht voor levensvragen in de alledaagse zorg
Meer dan de helft van de zorgverleners (zeven) hadden zonder deze studie geen aandacht gehad voor spiritualiteit in de zorgverlening. Het andere deel (vier) gaf aan dit zonder deelname aan de studie wel te hadden gehad. Twee personen waren neutraal hiertegenover. (vraag 2.19)
Zes deelnemers (46%) gaven zelfs aan 'na de training en implementatie meer aandacht te hebben voor spirituele thema's in de omgang met bewoners' dan voordien. Drie deelnemers waren niet akkoord met de stelling en vier gaven een neutraal antwoord. (vraag 2. 9)

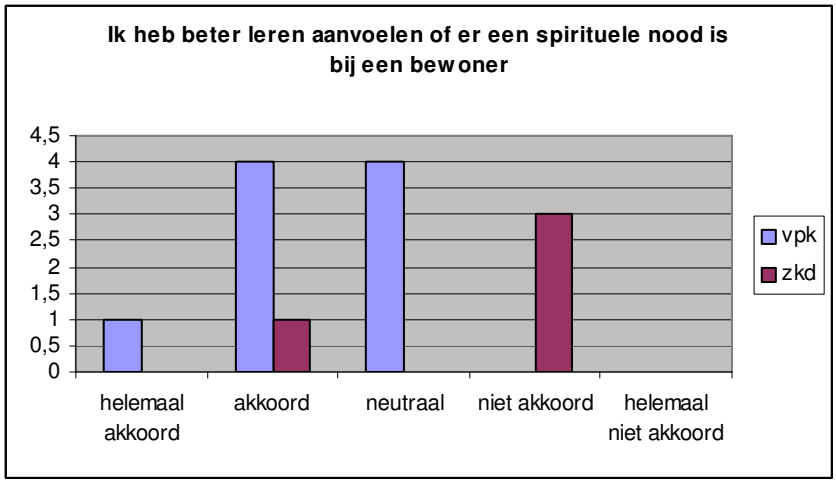
Vier van de 13 deelnemers hadden het gevoel 'na de vorming op een andere manier bij de bewoners aanwezig te zijn'. Vier andere personen hadden dit gevoel niet. De rest was hier neutraal over. (vraag 2.7)

Het was voor acht van de 13 deelnemers (61%) mogelijk 'een item uit de vorming tijdens het dagelijks werk toe te passen'. Één persoon heeft dit dagelijks gedaan, 4 personen wekelijks en 3 personen maandelijks. Twee personen gaven aan *geen enkele keer* een item te hebben kunnen toepassen. Deze twee personen waren zorgkundigen. Drie personen hebben een neutraal antwoord gegeven. (fig.2) (vraag 2.11-2.15)



Figuur 2. Een deelnemer kon dagelijks een toepassing uit de training maken, vier wekelijks en drie maandelijks. Twee personen zagen geen enkele keer een toepassing.

Ontwikkeling van een gevoel van bekwaamheid
Tien van de 13 zorgverleners (twee zkd, acht vpk) (76%) voelden zich na deelname aan de studie 'voldoende bekwaam aandacht te hebben voor de spirituele dimensie'. Twee deelnemers (twee zkd) voelden zich onvoldoende bekwaam, één antwoord was neutraal. (vraag 2.5) Als de vraag omgekeerd gesteld wordt (zich onvoldoende bekwaam voelen) is het antwoord bijna identiek: negen niet akkoord, drie akkoord, één neutraal. (vraag 2.6)
Zes (één zkd, vijf vpk) van de 13 (46%) gaven aan na het doorlopen van de studie 'een spirituele nood beter te hebben leren aanvoelen', drie (allen zkd) geven aan dat dit niet zo was, voor vier was dit neutraal (fig. 3). (vraag 2.8)



Figuur 3. Zes deelnemers leren een spirituele nood beter aanvoelen. Drie deelnemers (zkd) leren dit niet.

Tien (twee zkd, acht vpk) van de 13 zorgverleners zal in de toekomst 'nog aandacht blijven hebben voor spiritualiteit'. Drie stonden hier neutraal tegenover. (vraag 2.17)

Introspectie als onlosmakelijk onderdeel voor het ontvankelijk worden voor de spirituele dimensie

De vorming heeft zes (twee zkd, vier vpk) van de 13 deelnemers 'aangezet tot nadenken over de eigen spiritualiteit'. Bij drie deelnemers was dit niet het geval (een zkd, twee vpk). Vier deelnemers bleven neutraal. (vraag 1.10)

Invloed van de natuurlijke spiritualiteit van een deelnemer

Vijf van de 13 deelnemers gaven aan dat ze 'van nature al bezig zijn met spiritualiteit'. Deze vijf hebben op vragen rond gevoel van bekwaamheid en haalbaarheid erg positief geantwoord (hoge score op vraag 2.5, 2.6, 2.8). Ze waren enthousiast over de opleiding (op te maken uit bijkomende geschreven opmerkingen). Ze gaven allemaal aan dat hun houding naar de bewoners toe veranderd was (vraag 2.9). Er was van deze groep één deelnemer die de zorg voor ouderen inherent verbonden zag met spiritualiteit en geen duidelijke meerwaarde kon afleiden uit de aangereikte begrippen en het diamantmodel. De gemiddelde leeftijd van deze groep deelnemers was 50,2 jaar.

De andere acht deelnemers gaven aan 'van nature niet of minder met spiritualiteit bezig te zijn'. Onder hen waren er twee personen (zkd) die in een open vraag aangaven 'geen verschil op te merken in empathie naar de bewoners' en 'meer aandacht hebben voor spiritualiteit'. De vorming had hen weinig bijgebracht.

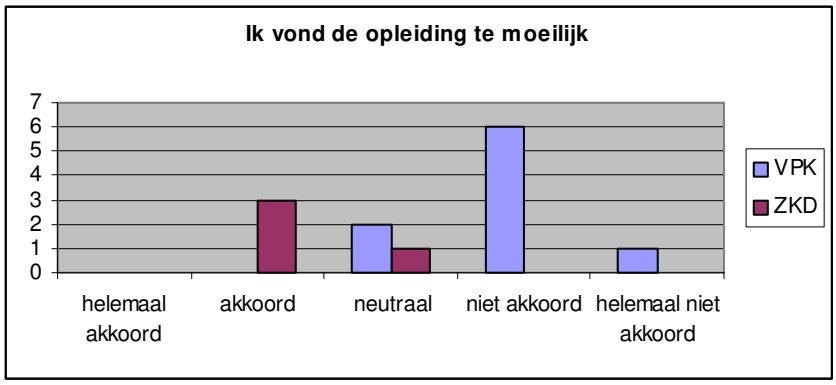
Vier van deze acht deelnemers (vpk) (50%) hadden de opleiding als positief ervaren en scoorden goed op vragen die peilden naar bekwaamheid en haalbaarheid (proefpersonen 4,6,7,10). Twee van hen gaven aan zonder de opleiding geen aandacht te hadden gehad voor het spirituele aspect in de zorg. De andere twee hadden dit wel gehad. Drie van de vier scoorden hoog op de vraag of ze na de vorming 'meer dan voordien aandacht hebben voor spiritualiteit'. Zij hebben 1/week (4ps) tot 1/maand (1ps) een toepassing kunnen maken

De andere vier uit deze subgroep scoorden de vragen die peilden naar gevoel van bekwaamheid en haalbaarheid minder goed. Zij hebben ook veel minder vaak een toepassing kunnen maken tijdens de testfase.

De gemiddelde leeftijd van deze tweede groep was 44,5 jaar.

Twee personen van de 13 deelnemers uitten spontaan de vraag naar bijkomende opleidingen rond dit thema.

Appreciatie van de opleiding
D.m.v. enkele vragen werd gepeild naar de appreciatie van de opleiding.
11 van de 13 deelnemers begrepen na de vorming beter wat met het begrip spiritualiteit bedoeld wordt. 12 van de 13 vonden de opleiding interessant. De ervaren moeilijkheidsgraad was verschillend voor verpleegkundigen en zorgkundigen. Waarbij 3 van de 4 zorgkundigen de opleiding als te moeilijk hebben beoordeeld, was dat er bij de verpleegkundigen en de anderen geen enkele (fig.4).



Figuur 4. Zorgkundigen vonden de opleidig moeilijker dan verpleegkundigen.

Bespreken binnen het team, gebruik van de 'spiritual box'
Zes van de 13 deelnemers hebben met hun collega's over spirituele thema's van een bewoner gepraat, één niet, zes antwoordden neutraal.
De onderzoeker bracht tweewekelijks een bezoek aan de deelnemende afdelingen van het woonzorgcentrum. Hieruit blijkt dat de spiritual box af en toe gebruikt werd, maar tijdens het teamoverleg niet systematisch op tafel werd gezet.

Relatie met de bewoner
Acht (één zkd, zeven vpk) van de 13 deelnemers gaven aan dat 'het aandacht hebben voor spiritualiteit de relatie met de bewoners versterkt'. Twee zorgverleners (twee zkd) vonden dat dit niet zo is, drie (één zkd, drie vpk) vonden dat neutraal.

Analyse van de open vraag

Thema's uit de casussen, als illustratie van aandacht voor het spirituele aspect van de zorg
Omgaan met pijn is een terugkerend thema. Bijvoorbeeld de uiting van spirituele pijn als lichamelijke pijn. Een andere casus illustreert de exisentiële pijn van een vrouw die diepe pijn en zinloosheid ervaart omwille van haar ongewilde kinderloosheid.
Een belangrijk aspect vormde de ondersteuning van de families van de bewoners. Het samen dragen van het lijden dat sommige families doormaken, hen daarin ondersteunen, weliswaar zonder dit te kunnen oplossen, raakte de deelnemers (vooral aanwezig zijn).
Zowel ondersteuning bieden in alledaagse beslommeringen, als het zien van een schijnbaar kleine nood die bij iemand een groot verdriet teweegbrengt (de verkeerde rok dragen), en de tevredenheid bij de hulpverlener dit met de bewoner te kunnen oplossen. Dit is een voorbeeld van een deelemer die zich eventjes helemaal ten dienste heeft gesteld voor die éne bewoner, die het op dat moment nodig had (aanwezig zijn).

De dagelijkse rituelen van bewoners, zoals het drinken van een borreltje, zijn belanrijk maar botsen soms met het feit dat men zorg wil dragen voor de bewoners, de *'gezondheid willen bewaken'*, zoals bij iemand met een alcoholprobleem in de voorgeschiedenis. Elke avond een borreltje met stockage van de fles in de verpleegpost bleek een tevredenstellende oplossing te zijn (samen oplossingen vinden).
Het thema fixatie ligt bij veel zorgverleners gevoelig. Er wordt beschreven hoe beslist werd een bewoner *'niet te fixeren en in de plaats daarvan een matras naast zijn bed te leggen'* (samen oplossingen zoeken). Anderzijds schrijft een andere deelnemer over *'het dilemma dat je voelt als je iemand fixeert die telkens vraagt te mogen opstaan'*.
Een dementerende bewoner is voor de zorgverleners dagelijks werk, voor de partner en familie daarentegen het afscheid van de persoon die ze vroeger gekend hebben. Het *'willen vasthouden van een dementerende partner, maar haar moeten loslaten'* is iets wat velen moeilijk vinden. Ook zinvragen treden in dit verband op: De familie helpen bij het omgaan met hun demente moeder, van wiens leven ze de zinvolheid in vraag trekken. Het is op dit vlak een betekenisvolle taak hun spirituele blik te openen en te *'tonen dat ze wel echt kan genieten van de kleine dingen'* (ogen openen).
Een samenvatting is te vinden in tabel 2a.

Gevoelens van de zorgverleners in de geïllustreerde casuïstiek
Een gevoel dat in vele getuigenissen herkend kan worden is machteloosheid:
Het verlangen een bewoner te helpen bij het vinden van innerlijke vrede: *'Ik heb met haar al vele gesprekken gehad, maar de kern van de zaak krijg ik natuurlijk niet opgelost. Bij haar is het eerder zoeken naar hoe kan ik haar toch wat (innerlijke) vrede geven. Een zeer moeilijk evenwicht.'* (pp13)
Het niet kunnen oplossen van een probleem: voorafgaand was er een conflict met de dochter van een bewoner. *'Ik heb hier dan wel begrip voor, hier kan je over praten maar het blijft een moeilijke situatie.' (*pp6)
Anderzijds kan de spirituele benadering juist een hulp bieden in het aanvaarden van de onmacht: *'Het bespreken in team van het spirituele leed van een bewoner helpt'* de zorgverleners er beter mee te kunnen omgaan.
Vreugde is een gevoel dat al in deel één doorschemert en ook benoemd wordt: Er deugd van hebben om steun aan de familie van een bewoner te kunnen geven.
Ook beperkende factoren wekken gevoelens op: het geeft *'geen goed gevoel'* als je er omwille van tijdsgebrek niet even kan zijn voor een gesprek.
Een samenvatting is te vinden in tabel 2b.

a. Thema's uit de casussen als illustratie van het spirituele proces	*Pijn* Spirituele pijn uit zich als lichamelijke pijn Het voelen van existentiële pijn *Aanwezig zijn* In het lijden In dagdagelijkse kleine zorgen *Oplossingen zoeken voor iets betekenisvol* Het kunnen behouden van een dagelijks ritueel Alternatief voor vrijheidsbeperkende maatregel vinden *Vasthouden versus loslaten van een geliefde*

	De ogen openen Betekenis leren zien in het leven van familielid
b. Gevoelens van de zorgverleners bij het aandacht schenken aan de spirituele dimensie	Onmacht, machteloosheid Ontevredenheid wegens tijdgebrek Hulp vinden bij het omgaan met onmacht Vreugde

Tabel 2: Thema's uit de casussen die als illustratie dienen voor de aandacht voor spiritualiteit in de dagdagelijkse zorg (a). Gevoelens die bij de zorgverleners worden opgeroepen bij de beschreven casussen (b).

Discussie

Aandacht hebben voor spiritualiteit in de zorg wordt over het algemeen **haalbaar en toepasbaar** geacht. Meer dan de helft van de deelnemers geeft aan, dankzij deelname aan de studie, aandacht te besteden aan spiritualiteit in de dagdagelijkse zorgverlening. Zij hadden dit zonder deelname aan de studie spontaan niet gedaan. 61% van de zorgverleners paste in zijn praktijkvoering dagelijks tot maandelijks een element toe uit de training. Slechts twee deelnemers zagen geen enkele keer een mogelijkheid voor toepassing.

De deelnemers rapporteerden casussen als illustratie van het spirituele proces en de toepassing van de training.

Het feit dat de casussen inhoudelijk een weerspiegeling zijn van wat in de literatuur beschreven staat als *de kernelementen uit de spirituele zorg*, is zeer markant en toont duidelijk aan dat spirituele zorg haalbaar is in de context van een WZC.

Een eerste kernelement is het 'aanwezig zijn' bij de ander, aandachtig en volledig op de ander gericht zijn. Dit element vormt de essentie van meerdere getuigenissen.

Een volgend kernelement bestaat uit 'het openen van de ogen van zorgverlener en patiënt'. Dat betekent dat men anderen helpt een diepere dimensie te zien in het eigen leven of het leven van een naaste.

Een derde herkenbaar kernelement werd in de literatuur eerder al 'co-creating' genoemd.[15] Heel wat deelnemers ervaren dat men samen openingen kan creëren door met de ander in verbinding te treden en zich dienstbaar op te stellen.

Uit analyse van interviews bij medische zorgverleners van palliatieve patiënten worden de bovenstaande kernelementen gedefinieerd als de drie kernelementen van spirituele zorg.[15] Ook Puchalski bevestigt in haar uitwerking van een 'collaborative model' (2006) 'drie kwaliteiten' om spirituele zorg te verlenen, die hier sterk bij aanleunen: luisteren, aanwezig zijn en aandachtig zijn.[16]

Uit de casussen blijkt bovendien dat aandacht voor spirituele zorg een meerwaarde betekent voor het dagdagelijkse werk van de zorgverleners.

Onderlinge casusbespreking met aandacht voor spirituele elementen in de zorg, alsook het kunnen verwoorden en begrijpen van gevoelens van bewoners wordt positief ervaren door de zorgverleners. Het helpt hen om te gaan met het (soms) onoplosbare, om onmacht te

aanvaarden. Het geeft hen vreugde anderen nabij te zijn. Het leidt tot voldoening als er samen oplossingen worden gevonden.

De casuïstiek illustreert hoe er, dankzij aandacht voor het spirituele, ruimte wordt gegeven aan een holistische zorgverlening waar aandacht is voor alle vier elementen[4] van de zorg.

Als beperkende factor voor aandacht voor spirituele zorg wordt door slechts één deelnemer de factor tijdsgebrek vermeld. Toch kan men argumenteren dat spirituele zorg verschillende lagen kent[7], en dus flexiebel aanwendbaar is. De basislaag van spirituele zorg, de medelevende grondhouding (door Puchalski *compassionate* genoemd, 2006) waarin er ruimte voor een verbinding tussen twee mensen ontstaat, is heel eenvoudig en kan dus zo goed als altijd worden aangenomen. Hiervoor is niet meer nodig dan het volledig '*present'* zijn.[17] Dan kan het betekenisvolle al aanwezig worden gesteld.[7,16,17] Hypothetisch lijkt het bovendien zeer aannemelijk dat aandacht voor het spirituele kan leiden tot verbetering van het algemene welzijn en op die manier zelfs een tijdswinst kan betekenen. Een toename van het algemene welbevinden door aandacht voor het spirituele kon tot nu toe echter nog niet worden aangetoond in studies.[18]

De studie toetst naast de haalbaarheid ook het gevoel van **bekwaamheid**, namelijk het geleerde uit de training toe te passen.

Drie vierde van de deelnemers voelde zich na de studie voldoende bekwaam aandacht te hebben voor de spirituele dimensie in de zorg. Zij gaven aan hier ook in de toekomst aandacht voor te zullen blijven hebben. Bijna de helft heeft geleerd een spirituele nood beter aan te voelen.

Een gelijklopende bevinding waarbij na training het gevoel van bekwaamheid wordt bevorderd, is zichtbaar bij Ingela Henoch (2013) die aantoont dat in de palliatieve setting bij verpleegkundigen een training over existentiële thema's het vertrouwen in de communicatievaardigheden rond dit onderwerp bevordert.

De studie toont aan dat het verschil in persoonlijke spiritualiteitsbeleving invloed heeft op de manier waarop de opleiding en de testperiode wordt ervaren en toegepast. Mensen die van nature uit bezig zijn met spiritualiteit vonden het haalbaar en voelden zich bekwaam dit ook in de zorg te integreren. Er werd op vruchtbare grond gezaaid. Bij de 'niet-spirituele' deelnemers was dat veel minder gelijklopend. Maar toch kon ook bij de helft van deze groep gezien worden dat zij zich op het einde van de studie bekwaam voelen en het haalbaar achten aandacht voor het spirituele aspect te hebben. Dit is een belangrijk gegeven: grond kan ook vruchtbaar gemaakt worden.

Dit verschil vindt men veelvuldig terug in de literatuur (Hall, 1993; Ross, 1994 Vance 2001, O'Shea 2006). O'Shea besluit: Hoe spiritueler iemand zichzelf beschouwt, hoe positiever percipiëert hij het verlenen van spirituele zorg.

Er is ook een leeftijdseffect in de persoonlijke spiritualiteitsbeleving dat in onze studie gereproduceerd wordt. De 'spirituele' deelnemers zijn gemiddeld 5 jaar ouder dan de 'niet-spirituele'. Men kan aannemen dat levenservaring een invloed heeft op de manier waarop men de diepte des levens kent en in de zorg staat.

Sterktes en zwaktes van de studie

Men zou kunnen aanhalen dat geen voormeting werd uitgevoerd bij de deelnemers wat betreft spirituele voorkennis. Er bleek tijdens de voorbereidingsfase dat nog niemand van de deelnemers van het concept 'spiritualiteit in de zorg' had gehoord. Dit was voor hen allen een volledig nieuw onderwerp. Om die reden werd geen voormeting m.b.t. spirituele voorkennis gedaan.

Een beperking van deze studie is het kleine aantal deelnemers. De werkdruk op de afdelingen op de dag van de opleiding was zo groot dat het moeilijk haalbaar was aanwezig te zijn. Deelname gebeurde op vrijwillige basis wat een positieve selectiebias zou kunnen veroorzaken. De vrijwillige deelname leidde ertoe dat niet alle teamleden deelnamen aan de studie, op sommige afdelingen waren het er maar weinig van het team.

Een belangrijk en innovatief onderdeel van de training is het aanreiken van het diamantmodel in de context van een Woon- en zorgcentrum. Het doel bestaat erin om een allereerste kennismaking met het concept van spiritualiteit in de dagdagelijkse zorgverlening aan te reiken. Het model kan dienen als houvast, het kan een manier van denken aanreiken, een woordenschat, het conceptualiseren van het soms moeilijk in te vullen begrip 'spiritualiteit'. De spirituele box dient als visuele herinnering in de verpleegpost en kan het onderwerp spiritualiteit 'op tafel leggen', letterlijk en figuurlijk.

Een sterk punt in het studieopzet is het feit dat het natuurlijke proces van de spirituele zorgverlening bewaard blijft: het gaat immers om een in verbinding treden tot elkaar, samen op weg zijn en daarbij aandachtig aanwezig zijn. In contrast met andere studies, waarbij gebruik gemaakt wordt van een eerder stroeve, artificiële vragenlijst of interview, heeft deze studie hiervoor bewust niet gekozen. Het proces kan in deze studie plaatsvinden in de continue zorg.

Het is tevens een groot voordeel en ook ongezien dat verpleegkunigen én zorgkundigen bij de studie werden betrokken. De zorg in een WZC is per definitie multidisciplinair. Spiritualteit is iets van elke mens.

Implicaties voor de praktijk en verder onderzoek

In WZC waar men nog niet bezig is met spiritualiteit is het sterk aan te bevelen spiritualiteit in de zorgcontext te integreren. Het is een van de pijlers van gezondheidszorg binnen een holistisch beleid. Opleidingen worden door zorgverleners met veel interesse gevolgd. Na de relatief korte training van deze studie waren er verschillende personen die interesse toonden in bijkomende opleidingen hierrond. In het opzet van toekomstig onderzoek is het belangrijk afdelingen als geheel te betrekken. Het spirituele aspect moet op de werkvloer, in het team tot leven komen. In WZC worden opleidingen dus best georganiseerd voor het hele team, d.w.z. multidisciplinair. De opleiding moet ook afgestemd zijn op de laagstgeschoolden, indien men ook zorgkundigen wil betrekken.

Het integreren van het spirituele in het normale denk- en handelproces van een afdeling is een proces, het heeft tijd nodig. Het gaat bij het verlenen van spirituele zorg in eerste instantie om hetgeen er zich afspeelt binnen de ruimte tussen zorgverlener en patiënt/bewoner. En toch is het ook belangrijk bepaalde tools te hebben, misschien een model waar men op kan terugvallen, dat als 'technisch hulpmiddel' gebruikt kan worden.[19] Daarom pleiten we voor het gebruik van het diamantmodel. Oefening baart kunst. Door het de nodige ruimte en tijd te geven kan het model levendig worden. Aandacht voor de spirituele dimensie behoort tot de professionele houding van elke zorgverlener en mag niet berusten op de toevallige gevoeligheid van de zorgverlener voor deze dimensie.[20]

Toekomstig onderzoek moet specifiek de aandacht richten op de meerwaarde van het diamantmodel in de context van een WZC.

Conclusie

We kunnen besluiten dat het haalbaar is na een training in spiritualiteit alledaagse aandacht te hebben voor levensvragen tijdens het zorgproces. Ook een gevoel van bekwaamheid kan bereikt worden, na het volgen van een trainingssessie. Mensen die zich meer bewust zijn van hun eigen spiritualiteit scoren beter op haalbaarheid en bekwaamheidsgevoel, maar ook diegenen die er zich minder van bewust zijn kunnen hierin groeien.

Gezien de specifieke context van een WZC is het belangrijk spirituele zorgverlening ook hier als een van de pijlers van de gehele zorg te implementeren. Het gebruik van een model zoals het diamantmodel kan een meerwaarde zijn. Het zal belangrijk zijn alle zorgverleners bij opleidingen te betrekken en in het niveau van de opleiding ook voldoende rekening te houden met de laagstgeschoolden.

Stil zijn

Je denkt misschien dat je wat moet zeggen.
Je denkt misschien dat je me moet opvrolijken.
Je wilt me misschien weer zien lachen en genieten.
Je denkt misschien dat je me moet troosten en adviseren.

Maar wat ik vraag is dit:
Wil je nog eens en nog eens luisteren naar mijn verhaal,
naar wat ik voel en denk.
Je hoeft alleen maar stil te zijn,
mij aan te kijken,
mij tijd geven.
Je hoeft mijn verdriet zelfs niet te begrijpen.

Maar als het kan slechts te aanvaarden, zoals het voelt voor mij.

Je luisterend aanwezig zijn, zal mijn dag anders maken.

Marinus van den Berg

Appendix 1

Referenties gebruikt voor samenstellen van de opleiding

- Spirituele zorg, landelijke richtlijn (geschreven in eerste plaats voor artsen en verpleegkundigen) 2010

- Ruimte om te sterven, C. Leget, Lannoo 2012

- Das Geheimnis des Lebens berühren, E. Weiher, Kohlhammer 2014

- Pastorale perspectieven Nr. 142, 2009

- Presentietheorie, A. Baart 2001

- Marc Desmet: De eigen spiritualiteit van de verpleegkundige http://www.pastoralezorg.be/cms2/uploads/image/elisabeth/Hoofdstuk%204%20layout.pdf

- Spirituality in palliative homecare: a framework for the clinician. M. Vermandere. Support Care Cancer 2013

- ASSET : a model for actioning spirituality and spiritual care education ans training in nursing. A. Narayanasamy. Nurse Education Today (1999) 19, 274-285

Appendix 2

Vragenlijst

	Helemaal akkoord	Akkoord	Neutraal	Niet akkoord	Helemaal niet akkoord
1. Ik begrijp na de vorming beter wat met het begrip spiritualiteit bedoeld kan worden.					
2. De opleiding heeft mij nieuwe inzichten over mijn eigen spiritueel leven gegeven.					
3. De opleiding heeft mij nieuwe inzichten over spiritualiteit in de zorgverlening gegeven.					
4. Ik vond de opleiding interessant.					
5. Ik vond de opleiding te moeilijk.					
6. Ik vond de opleiding makkelijk.					
7. Ik vond de opleiding niet interessant.					
8. Wat ik in de opleiding heb geleerd heeft weinig toepassing op mijn werk.					
9. Wat ik in de opleiding heb geleerd zal ik gemakkelijk kunnen toepassen in de daagelijkse zorg.					
10. De training heeft mij tot nadenken over mijn eigen spiritualiteit aangezet.					
11. Ik ben van nature al bezig met spiritualiteit, met een diepere dimensie.					
12. Na de training heb ik niet verder over de inhoud nagedacht.					

2. Beleving van het werk in de praktijk

1. Ik vond het makkelijk op opmerkingen of vragen rond spiritualiteit in te gaan.					
2. Ik vond het moeilijk spirituele thema's met de bewoners te bespreken.					
3. Ik voelde mij onvoldoende voorbereid in contact met de bewoners op spirituele thema's te reageren.					
4. De theorie uit de opleiding was gemakkelijk toepasbaar op de bewoners.					
5. Ik voelde me voldoende bekwaam aandacht te hebben voor de spirituele dimensie					
6. Ik voelde me onvoldoende bekwaam aandacht te hebben voor de spirituele					

dimensie.					
7. Ik had de indruk nu op een andere manier aanwezig te zijn bij bewoners.					
8. Ik heb beter leren aanvoelen of er een spirituele nood is bij een bewoner.					
9. Ik heb het gevoel dat ik nu meer dan voordien aandacht heb voor spirituele thema's in omgang met de bewoners.					
10. Ik heb met mijn collega's over spiritualiteit van bewoners gepraat.					
11. Ik heb dagelijks een item uit de training kunnen toepassen.					
12. Ik heb 1/week een item uit de training kunnen toepassen.					
13. Ik heb 1 maal per 2 weken een item uit de training kunnen toepassen.					
14. Ik heb 1/maand een item uit de training kunnen topassen.					

15. Ik heb *geen enkele keer* iets uit de training kunnen toepassen.					
16. Ik heb een bewoner doorverwezen omwille van een diepe spirituele nood.					
Aandacht hebben voor spiritualiteit in de zorgverlening:					
17. a) Ga ik in de toekomst nog blijven hebben					
18. b) Versterken de relatie die ik met de bewoners heb					
19. c) Dit had ik ook zonder deze studie gedaan.					
	Helemaal akkoord	Akoord	Neutraal	Niet akkoord	Helemaal niet akkoord

Referenties

1. Gaskamp C, Titler MG. Evidence-Based-Guideline: Promoting spirituality in the older. *Journal of Gerontological Nursing 2006, 32; 8-13.*

2. Mertens L, Welke spirituele noden ervaren bewoners in woon- en zorgcentra? Manama-thesis huisartsgeneeskunde KULeuven 2013

3. O'Shea, E, Fitzpatrick, J.J. The effect of an educational session on pediatric's nurse's perceptives toward providing spiritual care. *Journal of Pediatric Nursing 2011; 26: 34-43.*

4. WHO. World Health Organization palliative care symptom management and end of life care. 2004.

5. Nolan S, Leget C. Spiritual care in palliative care: working towards an EAPC Task Force. *European Journal of Palliative Care 2011; 18: 86-9.*

6. Bouckaert L, Hustebaut D. Spiritualiteit, fundament van zorg. Een spirituele audit in Vlaamse woon- en zorgcentra. 2008

7. Leget C, Jochemsenuut H. Nederlandse Richtlijn Spirituele Zorg 2010

8. Baldacchino D. Teaching on spiritual care: The perceived impact on qualified nurses. *Nurse Education in Practice 2011; 11: 47-53.*

9. Henoch I, Melin-Johansson C. Training Intervention for Health Care Staff in the Provision of Existential Support to Patients With Cancer: A Randomized Controlled Study. *Journal of Pain and Symptom Management 2013; 46: 785-794.*

10. Puchalski C. Integrating spirituality into patient care: an essential element of person-centered care. *Pol Arch Med Wewn. 2013;123(9):491-7.*

11. Leget C. Retrieving the *ars moriendi* tradition. Medicine. *Health Care and Philosophy 2007 10: 313-319.*

12. Leget C. Ruimte om te sterven: een weg voor zieken, naasten en zorgverleners, Tielt, Lannoo, 2003; 2012

13. Vermandere M. Implementation of the ars moriendi model in palliative home care: A pilot study. *Prog Palliat Care 2013; 21(5): 278-85.*

14. Vermandere M. The ars moriendi model for spiritual history taking: a mixed method evaluation. *Oncol Nurs Forum. 2015;42(4):294-01.*

15. Daaleman TP. An exploratory study of spiritual care at the end of life. Ann Fam Med 6:406-411

16. Puchalski CM, Lunsford B, Harris MH, Miller RT. Interdisciplinary spiritual care for seriously ill and dying patients: a collaborative model. *Cancer J*.2006;**12**(5):398–416.

17. Baart, A. Een theorie van presentie. 2001 www.andriesbaart.nl

18. Vermandere M. Spiritual history taking in palliative home care: A cluster randomized controlled trial.Palliat Med 2016;30(4):338-50.

19. Marc Desmet (2016) http://www.caritaswest.be/sites/default/files/marc_desmet_spiritualiteit_in_de_zorg_als_taak_van_elke_hulpverlener.pdf

20. www.pastoralezorg.be

Bijlage 1

Goedkeuring Ethische Commissie



Betreft uw aanvraag Ethische begeleiding masterproeven met titel "Spirituele opleiding in woonzorgcentra - de haalbaarheid van implementatie" (mp19294)

← BEANTWOORDEN ← ALLEN BEANTWOORDEN → DOORSTUREN •••

Martine Goossens <martine.goossens@kuleuven.be>
wo 22/03/2017 19:53

Markeren als ongelezen

Aan: Mieke Vermandere;

CC: Henrike Beerwerth;

English version below

Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" heeft uw voorstel tot Masterproef "Spirituele opleiding in woonzorgcentra - de haalbaarheid van implementatie" onderzocht en gunstig geadviseerd. Dit betekent dat de commissie van oordeel is dat de studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. Dit gunstig advies van de commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk. Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan deze e-mail dienen als bewijs van goedkeuring.

Dear Mr/Ms

The Supervisory Committee on Medical ethics of the "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" programme has reviewed your master's thesis project proposal "Spirituele opleiding in woonzorgcentra - de haalbaarheid van implementatie" and advises in its favour. This means that the committee has acknowledged that your project, as described in the protocol, is scientifically relevant and in line with prevailing ethical standards. This favourable advice does not entail the committee's responsibility for the planned project, however. You remain solely responsible. If you intend to publish your master's thesis, this e-mail may be used as proof of the committee's consent.

Met vriendelijke groeten

Opleidingsspecifieke begeleidingscommissie van de opleiding Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

Bijlage 2

Goedgekeurd Protocol

mp19294	Spirituele opleiding in woonzorgcentra - de haalbaarheid van implementatie

Student(en):
Henrike Beerwerth
Promotor:
Mieke Vermandere (mieke.vermandere@kuleuven.be - u0062287 - Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde)
Hoofdonderzoeker:

Faculteit:
Geneeskunde
Opleiding:
Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)
Het onderzoek is:
monocentrisch
De opdrachtgever is:
academisch (universiteit,...)

Het onderzoek is:
Het onderzoek is praktijkverbeterend.
Bijkomende gegevens:

Achtergrond:

Spiritualiteit is belangrijk voor elke mens. Op sommige momenten, scharniermomenten in het leven, neemt de behoefte toe hierover te praten omdat er spirituele noden kunnen ontstaan. Zo een moment is bijvoorbeeld een verhuis naar een Woon-Zorgcentrum. Onderzoek heeft uitgewezen dat WZC-bewoners spirituele noden hebben en dat ze van zorgverleners verwachten hiervoor open te staan. Een spirituele nood is een gebrek aan verbinding met de betekenisvolle dingen, een eenzamheid van de geest.

Binnen de holistische zorgverlening is spiritualiteit een bekend concept. Er is echter een gebrek aan opleiding rond spirituele zorg wat een van de barriere is in het verlenen hiervan.
Meerdere studies hebben een positief effect aangetoond van een training in de spirituele zorgverlening op de attitude m.b.t. het verlenen van deze zorg. Ook het vertrouwen van de zorgverstrekkers in communicatie rond dit thema groeit door een training.

Er zijn veel studies op dit gebied in de palliatieve setting, veel minder

KU LEUVEN
Biomedische Wetenschappen
Ethische begeleiding masterproeven

daarentegen in WZC.

Vraagstelling:

1. Wat is de feasibility van een spirituele training en praktijkbegeleiding bij zorgverleners in een WZC? Hoe vaak lukt het zorgverleners tijdens de drukte van de alledaagse zorg hieraan aandacht te besteden?

2. Is er een toename in vertrouwen m.b.t. het verlenen van spirituele zorg na het volgen van een training?

Methodologie:

Proefpersonsn zijn zorgverlendende medewerkers in een Vlaams WZC, vrijwillige deelname.
20-30 proefpersonen.

Interventie:

Theoretische training van 2x 1uur gecombineerd met reflectie in kleine groepen en individueel. Tussen de twee trainingen wordt sterk aanbevolen het geleverde educatief materiaal door te nemen. De training wordt opgebouwd volgens het ASSET-model (bewustwording van eigen spiritualiteit, aspecten van spiritualiteit, aanreiken van en denkmodel, spirituele noden opsporen, spiritualiteit in de dagelijkse zorg)

Op de theoretische training volgt de praktijkfase van 2 maanden. Na één maand wordt een ontmoeting van 1uur georganiseerd met tijd voor uitwisseling en reflectie. Regelmatige praktijkbezoeken door de onderzoeker om motivatie te verhogen.

Tijdens de praktijkfase worden de zorgverleners aangmoedigd zo veel mogelijk het geleerde om te zetten en hier nota van te nemen. Nota's/vragen/ervaringen/successen/... worden genoteerd en in een hiervoor voorziene centraal geplaatste doos gedropt.

Referenties:

Gaskamp C, Titler MG. Evidence-Based-Guideline: Promoting spirituality in the older. Journal of Gerontological Nursing 2006, 32; 8-13

Mertens L, Welke spirituele noden ervaren bewoners in woon- en zorgcentra? Manama-thesis KULeuven 2013

O'Shea, E, Fitzpatrick, J.J. The effect of an educational session on pediatric's nurse's perceptives toward providing spiritual care. Journal of Pediatric Nursing 2011; 26: 34-43

Nolan S, Leget C. Spiritual care in palliative care: working towards an EAPC Task Force. European Journal of Palliative Care 2011; 18: 86-9

Bouckaert L, Hustebaut D. Spiritualiteit, fundament van zorg. Een spirituele audit in Vlaamse woon- en zorgcentra. 2008

Leget C, Jochemsenuut H. Nederlandse Richtlijn Spirituele Zorg 2010

Baldacchino D. Teaching on spiritual care: The perceived impact on qualified nurses. Nurse Education in Practice 2011; 11: 47-53

Henoch I, Melin-Johansson C. Training Intervention for Health Care Staff in the Provision of Existential Support to Patients With Cancer: A Randomized Controlled Study. Journal of Pain and Symptom Management 2013; 46: 785-794

Puchalski C. Integrating spirituality into patient care: an essential element of person?centered care. Pol Arch Med Wewn. 2013;123(9):491-7.

Narayanasamy A. ASSET: a model for actioning spirituality and spiritual care education and training in nursing. Nurse Education Today 1999, 19: 274-285

Dankwoord

Van harte bedanken wil ik Danny Geutjens en alle medewerkers van het WZC Ter Vlierbeke. Bedankt voor de openheid om mee te willen werken aan dit onderzoeksproject, voor de tijd die jullie ter beschikking stelden. Na een periode van kennismaking met het onderwerp groeide de nieuwsgierigheid en waren jullie een kritische en enthousiaste groep die zich heeft laten raken door de vierde dimensie van de zorg.
Dank aan mijn promotor Dr. Mieke Vermandere om samen na te denken over hoe een idee te gieten in een onderzoeksproject, voor de enthousiaste begleiding en aanwezigheid op het vormingsmoment en de telkens nauwgezette, snelle feedback.
Dank je, Luc, voor jouw begleiding van mijn dagelijks werk in de praktijk. Voor het vertrouwen dat ik van jou krijg en de vele leermomenten in de omgang met patiënten. De manier waarop jij er voor je patiënten bent en de wijze van je aanwezigheid inspireren mij.
Floris, mein lieber Mann, Andreas, mein kleiner Liebling, ihr seid meine treusten und teuersten Schätze auf der Welt...und wo dein Schatz ist, da ist auch dein Herz. Liebe Familie in der ferne, lieve familie hier, Danke für euer interessiertes verfolgen meiner Arbeit und das hervorheben der Wichtigkeit dieses Themas.