Aandacht voor spiritualiteit bij vroegtijdige zorgplanning in een woonzorgcentrum

Emilie Roggen, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. Bert Aertgeerts, KU Leuven

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2022– 2023

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor als de auteur 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 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

Doelstelling: Vroegtijdige zorgplanning (VZP) is een praktisch hulpmiddel om multidimensionele zorgnoden van ouderen in kaart te brengen en een kwaliteitsvol levenseinde te ondersteunen. Multidimensionele zorg beoogt fysiek, psychologisch, socioculturel en spiritueel welzijn. Helaas voelen zorgverleners binnen woonzorgcentra (WZC) voor ouderen zich vaak onvoldoende vertrouwd met spirituele gespreksvoering. Het Ars Moriendi Model (AMM) wordt in de palliatieve zorg gebruikt als handvat voor het opsporen van spirituele zorgnoden. Dit onderzoek wou analyseren of spirituele training van WZC-personeel a.d.h.v. dat AMM nuttig is om de kwaliteit van VZP en spirituele gespreksvoering te verbeteren.

Methoden: Het betrof een interventionele studie met longitudinale dataverzameling voor en na een spirituele opleidingssessie voor zorgpersoneel binnen 1 WZC. De spirituele training bestond uit theoretische duiding over het AMM en toepassing op casussen waarbij VZP aan bod kwam. De primaire uitkomstmaat was de bekwaamheid van zorgverleners bij spirituele gesprekken. Secundair onderzochten we ook het door zorgverleners gepercipieerd nut van VZP met spirituele dimensie. Gegevens werden kwantitatief verzameld door middel van vragenlijsten met 5-puntslikertschaal met een voormeting en een nameting. Kwalitatieve analyse gebeurde op basis van mondelinge feedback tijdens het plenair terugkommoment 4 maanden na de spirituele training.

Resultaten: Er namen 25 zorgverleners deel aan het volledige onderzoek. Dankzij de spirituele opleiding a.d.h.v. het AMM stegen het aantal spirituele gesprekken met de bewoners bij zorgkundigen en ergo- en kinesitherapeuten. De gemiddelde score op de vragenlijst over gepercipieerd nut van VZP met inclusie van een spiritueel domein steeg van 35/50 naar 37/50 bij zorgkundigen en van 35/50 naar 38/50 en 39/50 naar 42/50 bij respectievelijk personeelsleden minder dan 3 jaar en minder dan 10 jaar werkzaam in WZC Het Park. Aan de hand van getuigenissen op het terugkommoment kwamen correcte toepassingen van het AMM in de dagelijkse zorg gedurende de studieperiode naar boven. De deelnemende zorgverleners besloten dat spirituele zorg interactieve zorg is en dat het samen op zoek gaan naar een antwoord op spirituele zorgvragen helend kan werken voor zowel zorgverleners als bewoner.

Conclusie: Onze studie stelt vast dat spirituele training a.d.h.v. het AMM kan helpen om gesprekken over VZP te stimuleren binnen een WZC. Zo kan het de kwaliteit van VZP verhogen. Het AMM biedt handvaten om de interactieve dimensie van spirituele levenseindezorg te concretiseren. Toekomstig onderzoek moet kwaliteitsindicatoren vastleggen die een zorgvuldige VZP met inclusie van het spirituele domein voor iedere bewoner garanderen. We moeten streven naar een verhoogde kwaliteit i.p.v. controleren op kwantiteit.

Wat is bekend?

- Vroegtijdige zorgplanning (VZP) met inclusie van een spiritueel domein ondersteunt een kwaliteitsvol levenseinde.
- Zorgpersoneel voelt zich onvoldoende vertrouwd met spirituele gespreksvoering.
- Het Ars Moriendi Model (AMM) wordt in de palliatieve zorg gebruikt om spirituele zorgnoden op te sporen.

Wat is nieuw?

- Dankzij spirituele opleiding voor zorgpersoneel a.d.h.v. het AMM stijgen het aantal spirituele gesprekken met bewoners van een woonzorgcentrum (WZC).
- Zorgverleners ervaren VZP als nuttiger na een spirituele opleiding.
- Spirituele training a.d.h.v. het AMM kan de kwaliteit van VZP verbeteren dankzij inclusie van spirituele zorgplanning.

Toekomst?

- Streven naar een verhoogde kwaliteit van VZP i.p.v. controleren op kwantiteit.
- Onderzoek naar welke kwaliteitsindicatoren daarvoor nuttig zijn.
- Empirisch onderzoek naar incorporatie van het AMM in het dossier van WZC-bewoners.

INLEIDING

Ieders welzijn is afhankelijk van zeer diverse factoren, waardoor het binnen de eerstelijnszorg aangewezen is om gezondheidsproblemen vanuit een breed kader te benaderen.[1] Een biopsychosociale aanpak van patiënten kan klinische uitkomstmaten verbeteren, vooral wat betreft chronische ziekten en functionele stoornissen en dat door sensibilisering over de interacties tussen biologische, psychologische, socioculturele en spirituele factoren.[2] Omdat fragiele ouderen vaak zowel functionele beperkingen ervaren als lijden aan één of meer chronische ziekten is een multidimensionele benadering bij hen bij uitstek noodzakelijk.[3] De vroegtijdige zorgplanning (VZP) is een praktisch hulpmiddel gebleken om de multidimensionele noden van ouderen in kaart te brengen.[4] Alhoewel de praktische implementatie ervan nog niet volledig is, beschikt ieder Vlaams woonzorgcentrum (WZC) over een protocol voor het afnemen van de VZP.[5]

De recente coronaviruspandemie bracht de fragiele situatie van bewoners van een WZC aan het licht. De zorgverlening kwam in al zijn dimensies onder druk te staan. Naast uitzonderlijke medische en farmacologische uitdagingen bracht die gezondheidscrisis ook ongeziene maatschappelijke gevolgen met zich mee. Strenge sanitaire noodmaatregelen, zoals *social distancing* en bezoekrestricties in Belgische WZC werden afgekondigd.[6] Na maandenlange sociale deprivatie en maatschappelijke isolatie steken psychosociale en existentiële vraagstukken de kop op.[7] [8] Daarenboven bleken fragiele ouderen één van de risicopopulaties voor ernstige of letale gevolgen van een coronavirusinfectie.[9] Door de coronacrisis stierven vele WZC-bewoners alleen en in een klinisch-hygiënische omgeving. Hun psychosociale en spirituele noden aan het levenseinde werden vaak niet vervuld. Ook voor de zorgverleners bracht dat mentale stress en rouw met zich mee. De coronacrisis belicht de noodzaak van zorgvuldige VZP met inclusie van het spirituele domein bij uitstek in een WZC.[10]

Juist die spirituele vragen bij het oppuntstellen van een VZP vereisen doorgedreven communicatieve en empathische vaardigheden van zorgpersoneel. Helaas voelt het zorgpersoneel binnen een WZC zich vaak onvoldoende vertrouwd met spirituele gespreksvoering om tegemoet te komen aan de spirituele zorgnoden van hun bewoners.[11] ‘Spiritualiteit’ blijft voor velen namelijk een complex te vatten begrip: te wollig, te vaag en niet goed afgelijnd. Onze geseculariseerde maatschappij biedt ons bovendien niet langer de religieuze woordenschat en rituelen om over spirituele zaken te communiceren met elkaar.[12] Nochtans identificeren we spirituele zorg, vooral tijdens een crisis, als één van de cruciale aspecten die de levenskwaliteit van patiënten kunnen verbeteren.[13] Spiritueel welzijn zou

tenminste onder zorgverleners opnieuw ingeburgerd moeten worden als een indicator voor algemeen welbevinden.[14]

Het Ars Moriendi Model (AMM – Figuur 1) kan als raamwerk fungeren voor explorerende gesprekken met WZC-bewoners over spirituele noden.[15] Het AMM wordt in de palliatieve zorgsector reeds toegepast om een persoonsgerichte levenseindezorg te verzekeren.[16] Om spirituele behoeften laagdrempelig bespreekbaar te maken in een WZC is een open sfeer met tijd en ruimte voor spiritualiteit en een uitgetekend spiritueel beleid binnen het instituut essentieel.[17] Daarnaast heeft spirituele opleiding van het zorgpersoneel een gunstig effect op het bekwaamheidsgevoel ten aanzien van spirituele zorgnoden in de palliatieve zorgsetting en in WZC.[18]

Dit onderzoek wil analyseren of spirituele training van het zorgpersoneel in een WZC nuttig is om de kwaliteit van VZP te verhogen. Heeft spirituele training een gunstig effect op de bekwaamheid van zorgpersoneel bij het uitvoeren van een VZP waarbij spirituele behoeften aan het licht komen?



Figuur 1: Ars Moriendi Model

METHODEN

Onderzoeksopzet

Dit onderzoek wil analyseren of de kwaliteit van VZP in een WZC verbetert dankzij spirituele training van het zorgpersoneel. Het betreft een interventionele studie met longitudinale dataverzameling, namelijk een voor- en nameting ten opzichte van de interventie. Tijdens een educatieve sessie (de interventie) laten we zorgpersoneel binnen één WZC kennis maken met het AMM zodat ze aandachtig leren omgaan met de spirituele dimensie van welzijn en in staat zijn spirituele zorg te implementeren in de dagelijkse zorg. Een pilootstudie (Masterproef K.H. Beerwerth 2018)[11] bevestigde reeds de haalbaarheid en het belang van de implementatie van spirituele zorg als één van de pijlers van kwaliteitsvolle zorg binnen een WZC.

Setting en deelnemers

De onderzoekspopulatie bestaat uit zorgverleners werkzaam in WZC Het Park in Neeroeteren (Maaseik). Het WZC telt 87 bewoners op 4 afdelingen, waarvan 2 gesloten afdelingen voor dementerende bewoners. In totaal werken ongeveer 110 personen in WZC Het Park, waarvan ongeveer 65 als zorgkundigen of verpleegkundigen, een tiental als ergotherapeut of kinesitherapeut en de rest als administratief, hygiënisch of keukenpersoneel. Onze doelstelling was om minstens 50% van de 65 verpleeg- en zorgkundigen werkzaam in WZC Het Park te includeren in het onderzoek zodat we voldoende effect en bewustwording konden teweegbrengen binnen het hele WZC. We streefden dus naar 30 tot 35 deelnemende verpleeg- en zorgkundigen. Daarnaast konden ook andere zorgverleners die in contact komen met bewoners (bv. ergotherapeuten) deelnemen. Om de anonimiteit van de deelnemers te vrijwaren, werden er geen persoonsgegevens verzameld. Aan potentiële deelnemers werd 1 week voorafgaand aan de eerste spirituele training een informatiebrief ter ondertekening doorgestuurd. Zij leverden die in bij aanvang van de interventionele spirituele training. Als inclusiecriteria hanteerden we dat het om Nederlandstalig hulpverlenend personeel moest gaan dat al ten minste 6 maanden werkzaam was binnen WZC Het Park in Neeroeteren en een zorgende relatie had t.o.v. wilsbekwame bewoners.

Verzameling van data

De praktijkfase met interventie liep over de periode van mei tot en met september 2022. De onderzoeker voerde de analyse van de resultaten uit tussen oktober 2022 en maart 2023.

De interventie bestond uit een spirituele training gegeven door de onderzoeker zelf (2u) ter plekke in WZC Het Park: 1u theoretische duiding over het AMM bij spirituele zorg en 1u specifieke toepassing op casussen waarbij vroegtijdige zorgplanning nodig was (Appendix 1). De training is gebaseerd op educatief materiaal uit vroeger onderzoek over het thema (Vermandere et al. 2015).[16] De training werd ingepland in het werkrooster van deelnemende zorgverleners. We hanteerden een maximum van 25 deelnemers per sessie zodat gelijktijdig de continuïteit van zorg in het WZC gewaarborgd kon blijven door niet-deelnemende zorgverleners. Er schreven zich 43 deelnemers in voor de spirituele training. Daarom organiseerden we dezelfde interventionele training op twee afzonderlijke data, namelijk 3/05/22 en 10/05/22. Op de interventionele spirituele training volgde een praktijkfase van 4 maanden. Daarna werd de praktijkfase afgesloten met een plenair terugkommoment van 1 uur. Daarnaast bezocht de onderzoeker het WZC tweewekelijks met mogelijkheid tot stellen van vragen, uiten van onduidelijkheden of casusgericht bespreken van VZP. Er werd aandacht geschonken aan het feit dat het zorgend personeel op eerlijke manier zorg moet verlenen aan iedere bewoner. De tijdsinvestering die de zorgverleners in het onderzoek steken, mocht de dagelijkse zorg in al zijn dimensies uiteraard niet in de weg staan.

De uitkomstmaten werden opgemeten door middel van een vragenlijst met een voor- en nameting t.o.v. de interventie (Appendix 2). De vragenlijsten werden een week voor aanvang van het eerste opleidingsmoment per e-mail toegestuurd aan alle deelnemende zorgverleners. We vroegen hen de vragenlijsten thuis reeds in te vullen en ingevuld af te geven vlak voor de opleidingssessie. Dezelfde werkwijze pasten we 4 maanden later toe voor het terugkommoment, d.w.z. dat we de vragenlijsten een week voor aanvang van het terugkommoment per e-mail bezorgden aan de deelnemers en hen opnieuw vroegen de ingevulde vragenlijst af te geven vlak voor het terugkommoment. De vragenlijsten werden door de onderzoeker zelf opgesteld omdat vragenlijsten uit voorafgaand gelijkaardig onderzoek te moeilijk interpreteerbaar bevonden werden of niet relevant voor de huidige onderzoeksvraag. Om de resultaten kwantitatief te kunnen interpreteren, gebruikten we een 5-puntslikertschaal als antwoordschaal. Waarbij een score van 1 betekent dat de deelnemer *helemaal niet akkoord* is met stelling, een score van 2 betekent *niet akkoord*, een score van 3 toont een *neutrale mening*, een score van 4 betekent *akkoord* en een score van 5 betekent *helemaal akkoord* met de stelling. De primaire uitkomstmaat is de **bekwaamheid van zorgverleners** bij gesprekken waarbij spirituele behoeften aan het licht komen. Secundair onderzochten we ook het door zorgverleners **gepercipieerd nut van VZP** met spirituele dimensie.

Data-analyse

De gegevens uit de vragenlijsten met 5-puntslikertschaal werden kwantitatief geanalyseerd. Eerst werden de vragenlijsten van sessie 1 en sessie 2 aan elkaar gekoppeld op basis van de socio-demografische gegevens van de deelnemers. Drop-outs werden geëxcludeerd. Zodoende hadden we voor sessie 1 en sessie 2 resultaten van een exacte gelijke, maar toch anonieme cohort aan deelnemers. Daarna bekeek de onderzoeker de resultaten omtrent de bekwaamheid van het personeel bij spirituele gesprekken. Iedere vraag uit de vragenlijst werd apart, d.m.v. een gemiddelde score voor de hele cohort, geanalyseerd (Appendix 3). Het verschil in de gemiddelde scores tussen voor- en nameting werd bepaald. Een significant verschil werd gedefinieerd als een verschil van 1 punt tussen de gemiddeldes van voor- en nameting. Voor bepaalde vragen werden de resultaten tussen verschillende subgroepen eveneens vergeleken. Ten eerste vergeleek de onderzoeker de gemiddelde scores voor verschillende beroepsgroepen. Ten tweede werden de scores per leeftijdscategorie geanalyseerd. Ten derde werden ook subgroepanalyses uitgevoerd op basis van het aantal jaar werkervaring. De cluster vragen die voor subgroepanalyses gebruikt werd, werd door de onderzoeker vastgelegd met als doel een helder antwoord te formuleren op de onderzoeksvraag.

Op de secundaire onderzoeksvraag over het gepercipieerd nut van spirituele vaardigheden bij VZP werd een andere analyse uitgevoerd. Voor dat deel van de vragenlijst, bestaande uit 10 vragen, werd een cumulatieve score berekend per deelnemer zowel bij de voormeting als bij de nameting. De cumulatieve gemiddeldes van voor- t.o.v. nameting werden geanalyseerd. Ook hier werden subgroepanalyses uitgevoerd. Ten eerste per beroepsgroep, ten tweede per aantal jaren werkervaring in Het Park, ten derde per leeftijdscategorie en ten slotte bekeek de onderzoeker of er een significant verschil optrad tussen de resultaten van deelnemers die aangaven religieus te zijn en zij die dat niet waren. Tot slot werden kwalitatieve commentaren verzameld tijdens het terugkommoment om de onderzoekshypothese exploratief verder uit te werken. De onderzoeker formuleerde een conclusie op basis van die mondelinge en schriftelijke feedback in combinatie met de kwantitatieve resultaten.

Toestemming ethische commissie

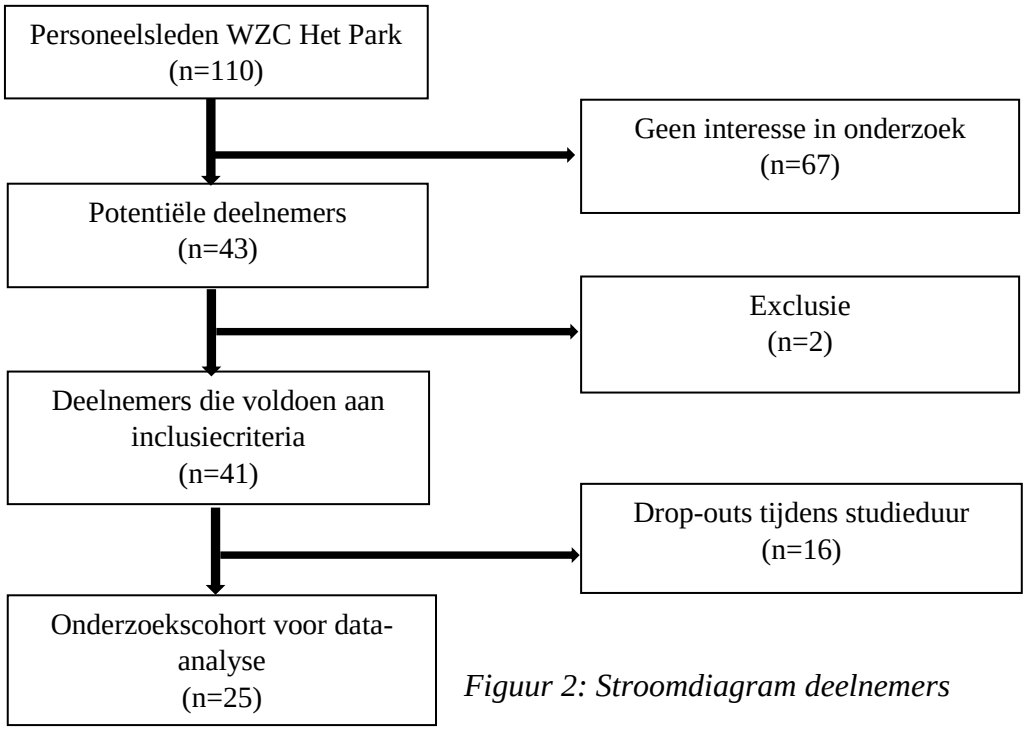
De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven verleende op 1/02/2022 een gunstig advies op basis van het studieprotocol (Appendix 4).

RESULTATEN

Werving deelnemers

Het rekruteren van deelnemers gebeurde tijdens het voorjaar van 2022 nadat ethische goedkeuring voor het onderzoek verkregen was. Alle personeelsleden van WZC Het Park werden een eerste maal via e-mail in eenvoudige taal geïnformeerd over de opzet van de studie (Appendix 5). De e-mail werd via Ellen Flipkens, hoofdverpleegkundige in WZC Het Park, verstuurd naar alle personeelsleden zodat hun mailadressen voor de onderzoeker ongekend bleven. Er werd benadrukt dat deelname aan de studie volledig vrijwillig was en op elk moment stopgezet kon worden door de deelnemer. Op individuele vraag kon extra mondelinge informatie verschaft worden door de onderzoeker. 43 personeelsleden toonden zich bereid om deel te nemen.

Er werden 2 potentiële deelnemers geëxcludeerd omdat één deelnemer minder dan 6 maanden werkervaring had in WZC Het Park en de andere de vragenlijsten niet had ingevuld. Geëxcludeerde personeelsleden werd wel toegestaan vrijblijvend deel te nemen aan de spirituele training om zo de open en vertrouwde sfeer omtrent spirituele zorg binnen het WZC te versterken. Tussen de voor- en nameting deden zich 16 drop-outs voor omwille van (langdurige) ziekte tijdens de uitrol van het onderzoek, vakantie tijdens het terugkommoment, drukte en personeelstekort op de werkvloer of omdat bleek dat ze de interesse in het onderzoek verloren hadden (Figuur 2).



Figuur 2: Stroomdiagram deelnemers

Kenmerken van de deelnemers

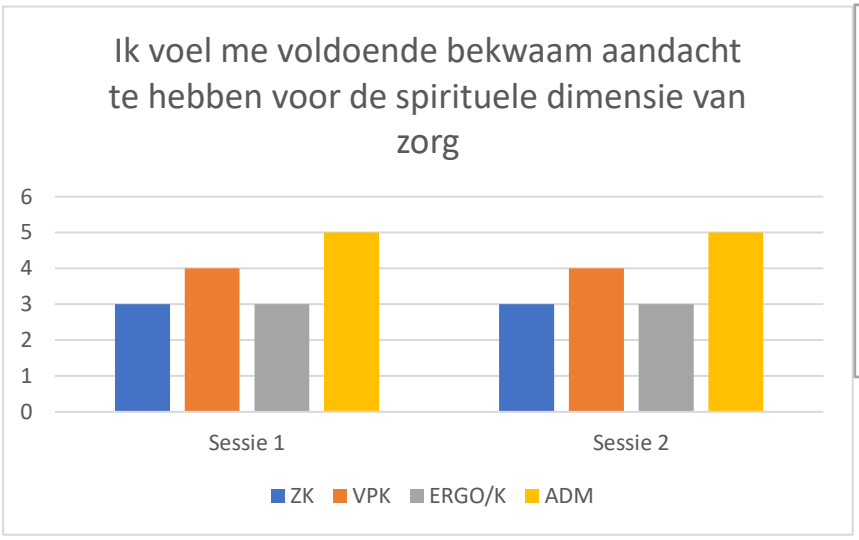
De data-analyse werd uitgevoerd op een cohort van 25 deelnemers met een goede spreiding in leeftijd (Tabel 1). Er namen slechts 3 mannen deel aan de studie. Dat is echter een representatieve verhouding van de geslachtsverdeling van de werknemers in WZC Het Park. Ruim de helft van de deelnemers was werkzaam als zorgkundige. De gemiddelde werkervaring en het aantal jaren dat de deelnemers reeds werkzaam waren in WZC Het Park bij aanvang van de studie toonden ook een representatieve verdeling. Voor een groot deel van de deelnemers was dit hun eerste opleiding in spirituele zorg.

DEELNEMERS	**N**	**25**
LEEFTIJD (jaren)	Gemiddelde Range	43 (20 - 61)
GESLACHT Man Vrouw	 n/N (%) n/N (%)	 3/25 (12) 22/25 (88)
BEROEP Zorgkundige Verpleegkundige Ergo- of kinesitherapeut Bestuur of administratie	 n/N (%) n/N (%) n/N (%) n/N (%)	 15/25 (60) 6/25 (24) 3/25 (12) 1/25 (4)
WERKERVARING IN SECTOR (jaren)	Gemiddelde Range	15 (0,67 - 38)
WERKZAAM IN WZC HET PARK (jaren) Ontbrekende gegevens	Gemiddelde Range n/N	10 (0,67 - 25) 1/25
EERDERE OPLEIDING IN SPIRITUELE ZORG Ja Nee	 n/N (%) n/N (%)	 7/25 (28) 18/25 (72)
EERDERE OPLEIDING IN PALLIATIEVE ZORG Ja Nee	 n/N (%) n/N (%)	 9/25 (36) 16/25 (64)
GELOOFSOVERTUIGING Christelijk Islamitisch Aspecifiek religieus Geen Ontbrekende gegevens	 n/N (%) n/N n/N (%) n/N (%) n/N	 14/25 (56) 0/25 2/25 (8) 8/25 (32) 1/25

Tabel 1: Socio-demografische gegevens hulpverleners

Bekwaamheid bij vroegtijdige zorgplanning

Deze studie onderzocht of de bekwaamheid ten aanzien van spirituele zorg en communicatie aan het levenseinde bij de zorgverleners in WZC Het Park toegenomen was na een korte spirituele opleiding. Van alle deelnemers beoordeelde 48% zichzelf voor de spirituele opleiding reeds voldoende tot helemaal bekwaam om spirituele zorg te verlenen, 36% stond neutraal tegenover de spirituele dimensie van zorg en slechts 16% beoordeelde zichzelf als onvoldoende bekwaam. Bijgevolg kon er op dat vlak in geen enkele beroepsgroep een verschil vastgesteld worden voor t.o.v. na de spirituele training (Figuur 3).



ZK = zorgkundige (n=15)

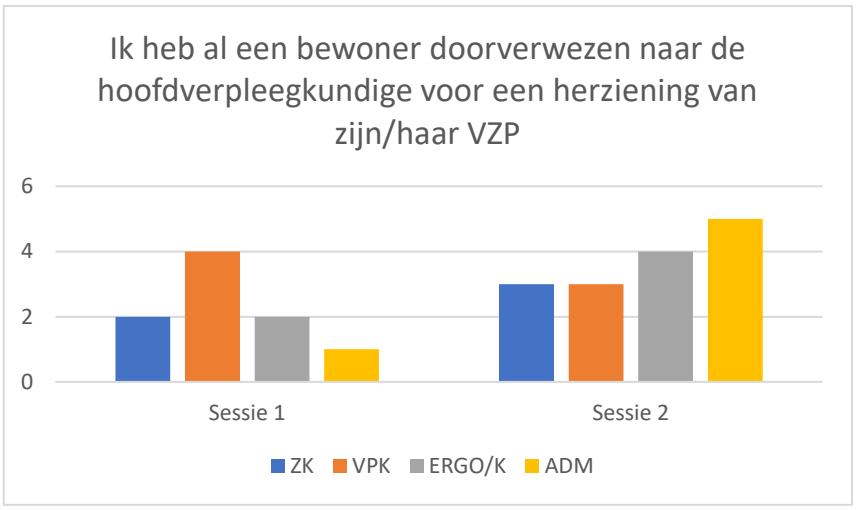
VPK = verpleegkundige (n=6)

ERGO/K = ergo- of kinesitherapeut (n=3)

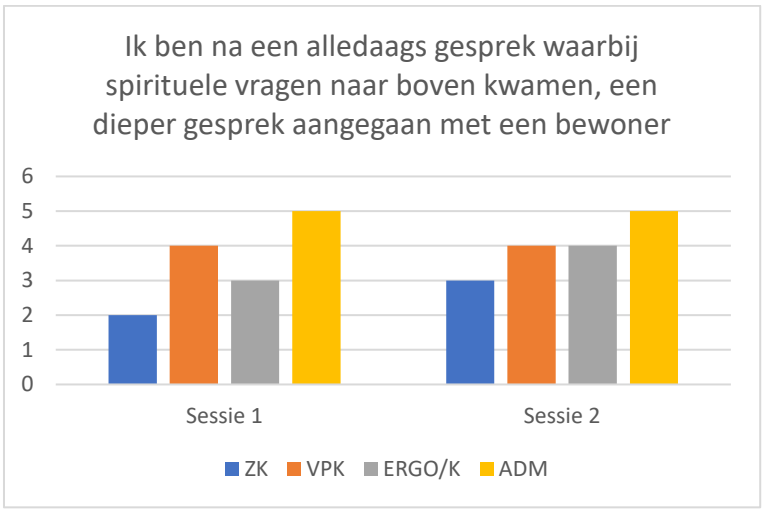
ADM= bestuurlijk-administratieve functie (n=1)

Figuur 3

Andere vragen uit de vragenlijst konden wel een verandering in bekwaamheid en gedragingen aan het licht brengen (Figuur 4). Voor de spirituele training had slechts 20% van de deelnemende zorgverleners al eens een bewoner doorverwezen voor bespreking van zijn/haar VZP, tegenover 48% die dat nog nooit hadden gedaan. Na de training was dat respectievelijk 37,5% tegenover 25%, de overige deelnemers (37,5%) gaven een neutraal antwoord. Bovendien stond na de spirituele training iedere beroepsgroep gemiddeld neutraal tot positief ten opzichte van verwijzingen voor aanpassingen in de VZP. We zagen de grootste verandering in gedrag bij de deelnemers die minder dan 3 jaar werkzaam waren binnen WZC Het Park. Op de vraag of de deelnemers reeds een diepgaand gesprek over spiritualiteit gevoerd hadden met een bewoner zien we een positieve trend bij de groep zorgkundigen en ergo- en kinesitherapeuten (Figuur 5). De hypothese dat spirituele opleiding de kwaliteit van VZP in WZC kan doen toenemen, bevestigen we op basis van de waargenomen stijging in spirituele gesprekken. Het spiritueel domein is namelijk een essentieel onderdeel van VZP.[10]



Figuur 4



Figuur 5

Nut van vroegtijdige zorgplanning

De tweede onderzoeksvraag bekeek of het gepercipieerd nut van VZP met inclusie van spirituele zorgplanning toenam dankzij een spirituele training. Aan de hand van 10 vragen evalueerden we het gepercipieerd nut per deelnemer. Een score van 50 betekent zeer nuttig, een score van 1 betekent helemaal niet nuttig. Een toename in gepercipieerd nut tussen de eerste spirituele training en het terugkommoment zagen we vooral bij de beroepsgroep van zorgkundigen (Tabel 2) en bij de zorgverleners met minder dan 10 jaar werkervaring in WZC Het Park (Tabel 3). Bij religieuze deelnemers constateerden we een grotere verandering in gepercipieerd nut dan bij niet-religieuze deelnemers (Tabel 4).

	Sessie 1	Sessie 2
KC (n=1)	44	47
ERGO/K (n=3)	40	39
VPK (n=6)	42	43
ZK (n=15)	35	37

Tabel 2: Gemiddelde score gepercipieerd nut per beroepsgroep

	Sessie 1	Sessie 2
< 3 jaar (n=6)	35	38
3 – 10 jaar (n=10)	39	42
> 10 jaar (n=9)	39	37

Tabel 3: Gemiddelde score gepercipieerd nut volgens aantal jaren werkervaring in Het Park

	Sessie 1	Sessie 2
Religieus (n = 16)	37	39
Niet religieus (n = 9)	39	40

Tabel 4: Gemiddelde score gepercipieerd nut volgens geloofsovertuiging

Kwalitatieve resultaten

Aan de hand van mondelinge en schriftelijke getuigenissen tijdens het terugkommoment kwamen correcte toepassingen van het AMM in de dagelijkse zorg gedurende de studieperiode naar boven (Appendix 6). Een deelnemer vertelde dat ze actief een gesprek begonnen was over het nakend levenseinde van een palliatieve bewoonster. Het gesprek eindigde in het samen zingen van liedjes. Het illustreert hoe spirituele zorg een interactieve zorg is.

Daarnaast kwamen er ook casussen naar boven waarbij moeilijkheden ervaren werden om spirituele zorg te verlenen. Die moeilijkheden ontstonden ofwel vanwege een bewoner zelf (niet in staat om gesprek te voeren over levenseinde), ofwel vanwege familieleden (niet kunnen loslaten), ofwel vanwege zorgverleners (therapeutische hardnekkigheid of vermijden van gesprekken over levenseinde). De deelnemende zorgverleners merkten op dat het helpt om bewoners blijvend te betrekken bij het sociale gebeuren in het WZC. Zo ontstond er volgens hen alsnog een vorm van interactieve spirituele zorg zonder dat die expliciet gemaakt werd.

Tot slot bespraken we op het terugkommoment een bewoner die aan het leven bleef vasthouden omwille van zijn echtgenote. Hij deed zich bij haar beter voor, maar tegenover de zorgverleners had hij al laten verstaan niet meer te willen leven. De communicatie met hem was zeer moeilijk. Hij kon alleen nog ja of nee mompelen. Desondanks zagen ze hem nog genieten van kleine dingen. De zorgverleners besloten dat er niet altijd een éénduidige oplossing is voor spirituele

of existentiële zorgvragen, maar dat de interactieve zoektocht naar een antwoord reeds helend kan werken zowel voor de bewoner als voor de zorgverlener.

DISCUSSIE

Met dit onderzoek analyseerden we of spirituele training van het zorgpersoneel in een WZC nuttig is om de kwaliteit van VZP in dat WZC te verhogen. We besluiten dat er na spirituele training een grotere bewustwording over VZP heerst onder de zorgverleners. Een spirituele training heeft dus het potentieel de kwaliteit van VZP te verbeteren dankzij inclusie van spirituele zorgplanning.

Uit eerder wetenschappelijk-filosofisch onderzoek weten we dat het AMM als raamwerk kan fungeren voor gesprekken over spirituele zorgnoden.[15] Het AMM wordt daarom in de palliatieve zorgsector reeds toegepast om een persoonsgerichte levenseindezorg te stimuleren.[16] Verder is geweten dat een open sfeer met tijd en ruimte voor spiritualiteit en een uitgetekend spiritueel beleid binnen een WZC essentiële voorwaarden zijn voor spirituele zorgverlening.[17] Daarbij is aangetoond dat spirituele opleiding van zorgverleners een gunstig effect heeft op het bekwaamheidsgevoel van zorgverleners ten aanzien van spirituele zorgnoden.[18] Onderzoek toont aan dat empirische studies over spirituele zorg curriculaire veranderingen kunnen teweegbrengen in een professionele of academische opleiding ten gunste van aandacht voor spirituele zorg.[19] Onze studie stelt vast dat spirituele training kan helpen om de aandacht op VZP te vestigen en gesprekken hierover te stimuleren. Dat effect zagen we vooral bij zorgkundigen en ergo- en kinesitherapeuten, maar minder bij verpleegkundigen. Dat verschil zou verklaard kunnen worden door een verschillende mate waarin zij tijdens hun professionele of academische opleiding reeds educatie kregen over spirituele zorgverlening.[20]

Daarnaast concludeert dit onderzoek dat een groter aandeel zorgverleners VZP nuttig vinden na een spirituele training. Dat effect konden wij waarnemen bij zorgkundigen, werknemers met minder dan 10 jaar werkervaring en bij religieuze personen. Dat juist religieuze personen hun inzichten over het nut van VZP bijstellen na een spirituele opleiding kan te maken hebben met hun zoektocht naar handvaten in een seculiere maatschappij.[12] Religie heeft in de huidige maatschappij minder de potentie om levensbeschouwelijke wetmatigheden aan te bieden. We leven als gemeenschap niet meer volgens de wetten van onze godsdienst. Personen met een religieuze levensbeschouwing zouden dus op zoek kunnen gaan naar andere concrete handvaten

in de maatschappij.[21] Het AMM kan die professionele handvaten bieden wat betreft levenseindezorg.[15]

In de kwalitatieve bevraging bevestigden de deelnemende zorgverleners dat er geen pasklare antwoorden bestaan voor spirituele of existentiële vragen aan het levenseinde. Het samen blijvend op zoek gaan naar zingeving en gestructureerd in gesprek gaan met bewoners over hun visie aan het levenseinde kan volgens hen echter een hulp zijn. De interactieve weg naar een VZP lijkt minstens even belangrijk als de concrete afspraken die genoteerd worden. Uit ons onderzoek komt de hypothese naar voren dat spirituele training kan helpen om ook die interactieve dimensie van zorg te schematiseren en een plaats te geven in het dossier, bijvoorbeeld a.d.h.v. een AMM voor iedere bewoner. Die hypothese moet in toekomstig onderzoek verder getoetst worden.

Onze studie heeft enkele beperkingen. Zo zijn we genoodzaakt conclusies te trekken op basis van onderzoek met een klein aantal deelnemers. Door het groot aantal drop-outs gedurende de studie, voornamelijk door een te hoge werkdruk voor de deelnemende zorgverleners, hielden we uiteindelijk een cohort van 25 deelnemers over die aan beide sessies in kader van het onderzoek deelnamen. Bovendien waren dat om logistieke redenen allemaal zorgverleners werkzaam binnen hetzelfde WZC. Het was voor de onderzoeker niet haalbaar om met de beschikbare onderzoeksmiddelen meerdere woonzorgcentra te bezoeken. WZC Het Park valt onder de Integro vzw. Het is mogelijk dat we tot andere conclusies gekomen waren indien het onderzoek had plaatsgevonden in bijvoorbeeld een commercieel WZC. Verder gaf een groot aantal deelnemers voor de eerste spirituele training reeds aan zich voldoende bekwaam te voelen voor spirituele zorgverlening, hetgeen onze resultaten kan beïnvloeden omdat het wijst op een reeds ruimdenkende sfeer in het WZC met betrekking tot spirituele zorgnoden. Zoals eerder beschreven is dat een basisvereiste voor spirituele zorgverlening.[17] Een vorm van selectiebias is dus niet uitgesloten. Het gebruikte meetinstrument vormt een laatste beperking. We gebruikten een vragenlijst die door de onderzoeker zelf is opgesteld bij gebrek aan bruikbare instrumenten uit voorgaand onderzoek. Een universeel instrument om de kwaliteit van VZP met inclusie van een spiritueel domein te meten met nieuwe kwaliteitsindicatoren zou naar de toekomst toe nuttig zijn.

Dit onderzoek heeft als sterkte dat ze de kwaliteit van VZP beoogt te beoordelen in plaats van de kwantiteit aan opgestelde documenten over VZP. Er bestaat reeds een indicatorfiche over zorg rond het levenseinde van het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg.[22] Dat instrument, met als terecht doel om te sensibiliseren over het belang van VZP, berekent echter louter het

percentage bewoners dat een VZP heeft of waarbij het gesprek over wensen aan het levenseinde voorgesteld werd. Een toekomstig doel moet zijn om niet alleen de kwantiteit, maar ook de kwaliteit van VZP te verhogen waarbij aandacht geschonken moet worden aan spirituele zorgnoden. Toekomstig onderzoek zou dus aan de hand van nieuwe universele kwaliteitsindicatoren moeten nagaan of de kwaliteit van VZP toeneemt na spirituele training van het zorgpersoneel. Het AMM blijkt een nuttige basis voor die spirituele training.

CONCLUSIE

Onze studie stelt vast dat spirituele training a.d.h.v. het AMM kan helpen om gesprekken over VZP te stimuleren binnen een WZC. Zo kan het de kwaliteit van VZP verhogen dankzij inclusie van spirituele zorgplanning. Het AMM biedt handvaten om de interactieve dimensie van spirituele levenseindezorg te concretiseren. Op die manier zou het zijn plaats in het dossier van iedere bewoner van een WZC meer dan verdienen. Toekomstig onderzoek moet kwaliteitsindicatoren vastleggen die een zorgvuldige VZP met inclusie van het spiritueel domein voor iedere bewoner garanderen. We moeten streven naar een verhoogde kwaliteit i.p.v. controleren op kwantiteit van VZP in elk WZC.

REFERENTIES

[1] WHO. What is the WHO definition of health. Internet. Beschikbaar via: https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions. Geraadpleegd op 20/04/2021.

[2] Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science 1977, 196: 129–36.

[3] Aarts S, Patel KV, Garcia ME, Van den Akker M, Verhey FRJ, Metsemakers JFM et al. Co-Presence of Multimorbidity and Disability with Frailty: An Examination of Heterogeneity in the Frail Older Population. J Frailty Aging 2015, 4(3):131-8.

[4] Houben CHM, Spruit MA, Groenen MTJ, Wouters EFM, Janssen DJA. Efficacy of advance care planning: a systematic review and meta-analysis. J Am Med Dir Assoc 2014, (7):477-489.

[5] De Gendt C, Bilsen J, Vander Stichele R, Deliens L. Advance care planning and dying in nursing homes in Flanders, Belgium: a nationwide survey. J Pain Symptom Manage 2013, 45(2):223-34.

[6] Federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu. Coronavirus COVID19: Wat zijn de huidige maatregelen. Internet. Beschikbaar via: https://www.info-coronavirus.be/nl/faq/#id_4. Geraadpleegd op 13/05/2021.

[7] Lapid MI, Koopmans R, Sampson EL, Van den Block L, Peisah C. Providing quality end of life care to older people in the era of COVID-19: Perspectives from five countries. Int Psychogeriatr 2020, 32(11): 1345-52.

[8] Gautam S, Neville S, Montayre J. What is known about the spirituality in older adults living in residential care facilities? An Integrative review. Int J Older People Nurs 2019, 14(2): e12228.

[9] Gardner W, States D, Bagley N. The coronavirus and the risks to the elderly in long-term care. J Aging Soc Policy 2020, 32(4-5): 310–315.

[10] Bolt SR, van der Steen JT, Mujezinovic I, Janssen DJA, Schols JMGA, Zwakhalen SMG et al. Practical nursing recommendations for palliative care for people with dementia living in long-term care facilities during the COVID-19 pandemic: A rapid scoping review. Int J Nurs Stud 2021, 113: 103781.

[11] Beerwerth KH. Aandacht voor spiritualiteit in de zorg in een woon- en zorgcentrum – een piloot studie [proefschrift]. Leuven: K.U. Leuven; 2018.

[12] De Dijn H. Rituelen: Waarom we niet zonder kunnen. Kalmthout (BE): Polis; 2018.

[13] Hvidt NC, Nielsen KT, Kørup AK, Prinds C, Hansen DG, Viftrup DT, Assing Hvidt E et al. What is spiritual care? Professional perspectives on the concept of spiritual care identified through group concept mapping. BMJ open 2020, 10(12): e042142.

[14] Mohammadi M, Alavi M, Bahrami M, Zandieh Z. Assessment of the relationship between spiritual and social health and the self-care ability od elderly people referred to community health centers. Iranian J Nursing Midwifery Res 2017, 22:471-5.

[15] Leget C. Ruimte om te sterven: Een weg voor zieken, naasten en zorgverleners. 2de uitgave. Tielt: Uitgeverij Lannoo; 2012.

[16] Vermandere M , Warmenhoven F, Van Severen E, De Lepeleire J, Aertgeerts B. The Ars Moriendi Model for Spiritual Assessment: A Mixed-Methods Evaluation. Oncol Nurs Forum 2015, 42(4): E294-301.

[17] Chen ML, Chen YH, Lin LC, Chuang LL. Factors influencing the self-perceived competencies in spiritual care of nurses in the long-term care facilities. J Nurs Manag 2020, 28(6): 1286-94.

[18] Henoch I, Melin-Johansson C. Training for health care staff in the provision of existential support to patients with cancer: a randomized controlled study. J Pain Symptom Manag 2013, 46: 785-794.

[19] Aru Narayanasamy. The impact of empirical studies of spirituality and culture on nurse education. J Clin Nurs 2006, 15(7):840-51.

[20] Morris DN, Stecher J, Briggs-Peppler KM, Chittenden CM, Rubira J, Wismer LK. Spirituality in occupational therapy: do we practice what we teach? J Relig Health 2014, 53(1):27-36.

[21] De Dijn H. Rituelen: Waarom we niet zonder kunnen. *Deel III Religie en spiritualiteit in een seculiere maatschappij*. Kalmthout (BE): Polis; 2018: 155-200.

[22] Vlaams instituut voor kwaliteit van zorg. Kwaliteitsindicatoren woonzorgcentra: Indicatorfiche Indicator I Zorg rond het levenseinde. Internet. Beschikbaar via: https://zorgkwaliteit.be/QI_WZC. Geraadpleegd op 26/03/2023.

APPENDICES

Appendix 1: Presentatie spirituele training

Appendix 2: Vragenlijst

Appendix 3: Gemiddelde scores bekwaamheid

Appendix 4: Toestemming ethische commissie

Appendix 5: Rekruteringsbrief

Appendix 6: Mondelinge en schriftelijke getuigenissen terugkommoment

Aandacht voor spiritualiteit bij vroegtijdige zorgplanning in een woonzorgcentrum

Emilie Roggen
WZC Het Park, Neeroeteren
3 en 10 mei 2022

1

Wie ben ik?

- Huisarts-in-opleiding
- Masterproefonderzoek aan de KU Leuven
- Promotor Prof. Dr. Aertgeerts
- Bachelor in de wijsbegeerte, ethiek

2

Inhoud

- Inleiding
- Wat is spirituele zorg?
- Hoe en wanneer spirituele zorg?
- Vroegtijdige zorgplanning
- Een model: Ars Moriendi Model
- Conclusie
- Zelfreflectie
- Reflectie a.d.h.v. casussen

3

Inleiding



4

Wat is spirituele zorg?

- Definitie:
  - essentiële component van welzijn
  - dynamische dimensie van het menselijk leven
  - manier waarop personen (zowel individueel als in gemeenschap) zin en levensdoel ervaren en opzoeken
  - manier waarop personen zich verhouden tot de wereld

5

Hoe en wanneer?

<u>Moeilijkheden:</u>

- Spirituele noden herkennen
- Openstaan
- Tijdsdruk en werkdruk
- Persoonlijke aanleg
- Institutionele sfeer
- Nood bij patiënten aan het levenseinde
- **Vroegtijdige zorgplanning**

6

Vroegtijdige zorgplanning

- Complexe zorg voor ouderen
- Meer dan een blaadje papier
- Een **continu en vrijwillig** proces van **begripvolle interactie** tussen de bewoner, eventuele familie en de zorgverleners
- Over zorgdoelen, persoonlijke normen en waarden, wensen naar toekomstige behandelingen toe, vertegenwoordiging van de bewoner en afspraken rond overlijden
- Zodat zorgverleners gewetensvol kunnen handelen volgens de wensen van de bewoner, ook wanneer die (plots) wilsonbekwaam zou worden.

7

Vroegtijdige zorgplanning

- Coronacrisis
- Psychosociale en spirituele noden aan het levenseinde werden niet vervuld
- Ook voor zorgverleners mentale stress en rouw
- Noodzaak van zorgvuldige vroegtijdige zorgplanning met spirituele domein
- In crisissituaties weten hoe te handelen volgens de wensen van de bewoner
- **Praktische en mentale houvast** voor de zorgverleners

8

Vroegtijdige zorgplanning

- Communicatieve en empathische vaardigheden
- Vaak onvoldoende vertrouwd met die gesprekvoering
- Zeker wanneer het om spirituele zorgdoelen gaat
- Nochtans, vooral tijdens een crisis, cruciaal aspect om **levenskwaliteit** van patiënten te kunnen verbeteren.

9

Een model: ARS MORIENDI MODEL

- Raamwerk voor gesprekken
- Persoonsgerichte levenseindezorg
- Spirituele behoeften laagdrempelig bespreekbaar
- Open sfeer met ruimte voor spiritualiteit in WZC
- Spirituele opleiding een gunstig effect

10

Ars Moriendi Model



11

Ars Moriendi Model: Wetenschappelijk onderzoek

- **Doel:** de ervaringen van VPK en HA exploreren met het AMM als leidraad voor een spirituele 'anamnese'
- **Methode: mixed methods design**
  - Eerste (kwantitatieve) fase:
    - Vragenlijst om eerste indrukken te verzamelen
    - Descriptieve analyse
  - Tweede (kwalitatieve) fase:
    - Semi-gestructureerde interviews met VPK en HA
    - Thematische analyse
  - Derde fase: vergelijking van de resultaten

Vermandere M, Warmenhoven F, Van Severen E, De Lepeleire J, Aertgeerts B. The ars moriendi model for spiritual history taking: a mixed-methods evaluation. Oncol Nurs Forum. 2015 Jul; 42(4):E294-301.

12

Ars Moriendi Model

- **Resultaten van de kwantitative fase:**
  - 21 ZVs (84% response rate) vulden de vragenlijst in
  - 21 voelden zich comfortabel en 18 kalm
  - 19 vonden het gemakkelijk en 18 spontaan
  - 16 zouden ook over spiritualiteit gesproken hebben zonder het model
  - 15 voelden dat de zorgrelatie sterker was geworden
  - 20 zouden het AMM aanbevelen aan collega's

13

- **Resultaten van de kwalitatieve fase:**

→ **AMM is een nuttige leidraad om over spiritualiteit te spreken**

"Niet dat deze gesprekken vroeger niet plaatsvonden, maar misschien gebeurt het bewuster nu." (HCP 2129)

Ars Moriendi Model

→ **AMM leidt tot meer inzicht in spirituele noden en krachtbronnen**

"In dat gesprek, één van de dingen die naar boven kwam was dat hij het graf van zijn dochter nog eens wou bezoeken." (HCP 1159)

14

→ **AMM helpt om patiënten in hun context te zien en om hun levensverhaal te horen**

"Al de vorige keren zei hij dat het niet nodig was, maar nu was het desondanks toch vrij emotioneel." (HCP 11135)

Ars Moriendi Model

→ **AMM kan leiden tot persoonsgerichte zorg**

"Ja, ik denk dat, dankzij dat gesprek, er misschien een basis gevormd is die het in de toekomst gemakkelijker kan maken om terug te komen op een aantal dingen, als dat nodig zou zijn." (HCP 2129)

15

Ars Moriendi Model

Conclusie van het onderzoeksproject (2008-2014)

De meeste huisartsen en verpleegkundigen **erkennen het belang** van de spirituele dimensie van zorg, maar **missen** specifieke kennis, vaardigheden en attitudes.

Instrumenten voor spirituele 'anamnese' kunnen leiden tot **meer inzicht** in de spirituele noden en krachtbronnen van patiënten, en kunnen een hulp zijn voor zorgverleners om **persoonsgerichte zorg** te bieden.



16

Spirituele zorgverlening

Verstrekken van spirituele zorg



17

Spirituele zorgverlening: Conclusie

- Luisteren naar verhalen, dromen en passies
- Bewoner ondersteunen in zijn innerlijke krachtbronnen
- Bewoner comfortabel en veilig laten voelen
- Eigen kwetsbaarheid kennen en aanvaarden
- Interdisciplinair team
- …

18

Conclusie

- Durf nieuwsgierig te zijn en vragen te stellen
- Geef spirituele noden en krachtbronnen een plaats in het dossier
- Praat erover binnen het team
- En… zorg goed voor jezelf!

19



PAUZE

10 min pauze

Neem pen en papier

20

Zelfreflectie

- Zelfkennis en zelfzorg zijn nodig om over voldoende **innerlijke ruimte** te beschikken om anderen tegemoet te komen in hun noden.
- Noteer je bedenkingen/antwoorden op de vragen op de volgende slide.
- Opmerking: Er is geen verkeerd antwoord!

21

Zelfreflectie

- 1. Wie hebben me gemaakt tot wie ik nu ben? Hebben die mensen me innerlijke ruimte gegeven of juist ontnomen?
- 2. Welke instituties zijn vormend voor mij? Bv. huwelijk, werk…
- 3. Ben ik meer geneigd tot actie en aanpakken of laat ik de dingen meer op me afkomen en gebeuren?
- 4. Ben ik iemand die gemakkelijk alles kan loslaten? Of iemand die meer alles wil (vast) houden zoals het is?
- 5. Ken ik de ervaring dat loslaten nieuwe ruimte kan scheppen?
- 6. Zijn er dingen die ik nooit zal willen loslaten?
- 7. Kan ik het leven loslaten erop vertrouwend dat ik zal herinnerd worden zoals ik gewild zou hebben?
- 8. Heb ik zelf vergeving ontvangen / gegeven in mijn leven?
- 9. Waarop hoop ik voor mijn eigen levenseinde?
- 10. Wat betekent dit alles voor de mensen die mij liefhebben en die ik achterlaat?

22

Reflectie over casussen

- Verdelen in 5 groepjes
- Casus m.b.t. 1 spanningsveld bespreken
- A.d.h.v. Ars Moriendi Model
- Brainstormen en notities maken
- Voorlezen casus en bespreking voor de hele groep
- Casussen uit boek *Ruimte om te sterven* van Carlo Leget, Lannoo 2021.

23

Bedankt!

- Bedankt voor jullie enthousiaste aanwezigheid!
- Pas de geleerde principes in dagelijkse omgang met bewoners toe
- Terugkommoment over 4 maanden + nieuwe vragenlijst
- Bij vragen of opmerkingen:
- emilie.roggen@student.kuleuven.be
- Met speciale dank aan Prof. Dr. Mieke Vermandere en Prof. Dr. Bert Aertgeerts

24

Appendix 2: Vragenlijst

DEEL 1: Socio-demografisch gegevens

Gelieve volgende tabel aan te vullen:

Geslacht?	**M**	**V**	**X**
Leeftijd?			
Beroep?			
Aantal jaren werkervaring?			
Aantal jaren werkzaam binnen WZC Het Park?			
Eerdere opleiding in spirituele zorg?	**JA**		**NEE**
Eerdere opleiding in palliatieve zorg?	**JA**		**NEE**
Geloofsovertuiging? *Bv. Katholiek, liberaal, Islam, atheïst, joods, aspecifiek religieus, geen mening…*			

DEEL 2: Bekwaamheidsgevoel

Zet een kruisje in het vakje dat het best aansluit bij uw persoonlijke ervaring.

1 = Helemaal niet akkoord met de stelling
2 = Niet akkoord met de stelling
3 = Neutrale mening
4 = Akkoord met de stelling
5 = Helemaal akkoord met de stelling

	5	**4**	**3**	**2**	**1**
Ik vind het makkelijk om op vragen of opmerkingen rond spiritualiteit te reageren.					
Ik vind het moeilijk om spirituele thema's met bewoners te bespreken.					
Ik voel me onvoldoende voorbereid om in contact met bewoners op spirituele thema's te reageren.					
Ik heb nood aan extra opleiding over spirituele zorg.					
Ik ken het onderscheid tussen praktisch nut in het leven en spirituele zin van het leven.					
Ik voel me voldoende bekwaam aandacht te hebben voor de spirituele dimensie van zorg.					
Ik herken spirituele thema's in alledaagse gesprekken met bewoners.					
Ik heb een bewoner doorverwezen omwille van een diepe spirituele nood (naar hoofdverpleegkundige, CRA, psychologe…)					
Ik heb al een bewoner doorverwezen naar de hoofdverpleegkundige voor een herziening van zijn/haar *vroegtijdige zorgplanning (VZP)*.					
Ik ben na een alledaags gesprek waarbij spirituele vragen naar boven kwamen, een dieper gesprek aangegaan met een bewoner.					
Ik voel me voldoende zeker om spirituele thema's aan te halen bij bewoners.					
Ik voel me ongemakkelijk als bewoners uitspraken doen over hun levenseinde.					
Ik kan goed omgaan met patiënten die spijt betuigen over hun levensloop ("had ik maar...")					
Ik voel me voldoende zeker om over de zin van het leven te praten met bewoners.					
Naar de toekomst toe wil ik meer aandacht hebben voor spiritualiteit.					
Ik haal voldoening uit het herkennen van een spirituele zorgnood bij een bewoner.					

DEEL 3: Nut spirituele dimensie bij vroegtijdige zorgplanning

Zet een kruisje in het vakje dat het best aansluit bij uw persoonlijke ervaring.

1 = Helemaal niet akkoord met de stelling
2 = Niet akkoord met de stelling
3 = Neutrale mening
4 = Akkoord met de stelling
5 = Helemaal akkoord met de stelling

	5	**4**	**3**	**2**	**1**
Ik vind het belangrijk om eventueel spiritueel lijden bij bewoners te erkennen…					
… en dat mee te nemen bij het plannen van toekomstige zorg.					
Ik vind het belangrijk dat bewoners zich gesteund voelen in hun spirituele wensen.					
Ik heb met mijn collega's over spiritualiteit van een bewoner gepraat.					
Ik heb met mijn collega's over een *vroegtijdige zorgplanning* van een bewoner gepraat.					
Gesprekken over toekomstige zorgwensen (*vroegtijdige zorgplanning*) verbeteren mijn zorgrelatie met de bewoner.					
De bewoners op mijn afdeling zijn tevreden en goedlachs.					
De bewoners op mijn afdeling zitten met zorgen over de dood.					
Ik vraag aan de bewoners wat ik voor hen kan betekenen.					
Ik vraag aan de bewoners wat ze naar de toekomst toe nog verwachten.					

DEEL 4: Opmerkingen

……
……
……
……
……

Appendix 3: Gemiddelde scores bekwaamheid

Gemiddelde scores per vraag, afgerond op 1 decimaal

	Sessie 1	**Sessie 2**
Vraag 1	3,4	3,7
Vraag 2	2,4	2,9
Vraag 3	2,6	3,3
Vraag 4	3,4	3,6
Vraag 5	3,5	3,8
Vraag 6	3,4	3,4
Vraag 7	3,3	3,6
Vraag 8	2,6	3,0
Vraag 9	2,6	3,1
Vraag 10	3,1	3,4
Vraag 11	3,1	3,3
Vraag 12	2,2	2,2
Vraag 13	3,7	3,8
Vraag 14	3,5	3,7
Vraag 15	3,6	3,5
Vraag 16	3,6	3,3

Appendix 4: Toestemming ethische commissie

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

English version below.

Ons kenmerk: MP018663
Uw kenmerk: Masterproef studie: Aandacht voor spiritualiteit bij vroegtijdige zorgplanning in een woonzorgcentrum
Leuven, 01-02-2022

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Bert Aertgeerts
Geachte Emilie Roggen

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven verleent hierbij een gunstig advies aan de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 01-02-2022

De Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek (OBC) heeft in delegatie van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven het vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering.

(Tussentijdse goedkeuring van herindiening) Dit prospectieve

Aangezien het om een Masterproefproject binnen de Groep Biomedische Wetenschappen van de KU Leuven gaat, werd de aanvraag tot de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven ingediend via de Onderwijs-Begeleidings-Commissie.

De Commissie heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. De Ethische Commissie Onderzoek UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiënt-gegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.

Dit gunstig advies betreft de indiening van 31-01-2022 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit gunstig advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de commissie die eerder uw dossier goedkeurde.

De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

De Commissie bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Minne Casteels
Voorzitter

Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
Voorzitter
Onderwijs-BegeleidingsCommissie voor Medische Ethiek KU Leuvenv

---

Aandachtspunten (indien van toepassing)

De Ethische Commissie UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiëntgegevens bij contact met de patiënt en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten. Het EC verwijst naar de richtlijnen van ICH/GCP hierover op de website, en benadrukt dat een GCP-opleiding van elke hoofdonderzoeker verwacht wordt voor studies die vallen onder de Wet op Medische Experimenten. Het EC verwijst tevens naar de Belgische wetgeving (Wet van 8/12/1992 ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer en Wet van 22/8/2002 betreffende de rechten van de patiënt), en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (van toepassing op 25 mei 2018).

Bij gebruik van elektronisch medische gegevens is een formeel akkoord van de dienstraad vereist. De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.

Onderzoek op embryo's in vitro valt onder de wet van 11 mei 2003. Voor dergelijk onderzoek is er naast een positief advies van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven ook een goedkeuring van de Federale Commissie voor medisch en wetenschappelijk onderzoek op embryo's in vitro noodzakelijk vooraleer dit onderzoeksproject kan doorgaan.

Vooraleer u dierexperimenten mag opstarten is een goedkeuring vereist van de Ethische Commissie Dierproeven (ECD). U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie voor het onderdeel met dierproeven en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen.

Onderzoek op humane kadavers vereist een goedkeuring van het Ethisch Comité voor Zorg en Begeleiding. U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen

Dit gunstig advies van de Commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor dus zelf verantwoordelijk.
Bovendien dient u, als betrokken hoofdonderzoeker, erover te waken dat de resultaten van dit onderzoek, correct worden weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz.

U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door u waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zowel aan de opdrachtgever (desgevallend de producent) als aan het EC Onderzoek UZ/KU Leuven moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.

Appendix 5: Rekruteringsbrief

Geachte hulpverlener

Betreft: Uitnodiging tot deelname aan studie over gesprekken rond het levenseinde

Graag nodig ik u uit om deel te nemen aan een onderzoek over communicatie over betekenis- en zingeving aan het levenseinde. Hoe kunnen we de bewoner hierin bijstaan? Hoe praten we met de bewoner over wensen of bedenkingen aan het levenseinde?

Als huisarts in opleiding, verbonden aan de KU Leuven, doe ik mijn masterproefproject rond spirituele zorgverlening in woonzorgcentra. Ik onderzoek of een training in spirituele gespreksvoering kan bijdragen aan de kwaliteit van zorg voor de bewoners. We merken dat bewoners hun zorgen over de manier waarop ze hun levenseinde (willen) beleven vaak uiten in de dagelijkse zorg. Daarnaast kunnen die noden naar boven komen tijdens gesprekken over vroegtijdige zorgplanning. Bovendien heeft de coronacrisis tot gevolg dat dat soort gesprekken des te belangrijker zijn geworden. Ouderen waren extra kwetsbaar tijdens deze gezondheidscrisis. Het belang van vroege afspraken over toekomstscenario's en hoe te handelen in geval zo'n scenario zich plots voordoet, werd heel duidelijk .

Het onderzoek zal een training van 2u bevatten in april 2022. De bedoeling is om een model voor spirituele zorg in de praktijk toe te passen op casussen. De training zal ingepland kunnen worden in uw werkrooster. Na afloop moedig ik u aan de geleerde principes in de dagelijkse omgang met bewoners om te zetten. Na 2 maanden komen we opnieuw kort samen.

Voor de start en aan het einde van het onderzoek zal aan u gevraagd worden om een vragenlijst met 25 vragen over uw ervaringen in te vullen. Het invullen van die vragenlijst kan u thuis doen en neemt ongeveer 15 minuten van uw tijd in beslag. U neemt deze ingevulde vragenlijst dan mee naar onze opleidingssessiesDeelname aan dit onderzoek gebeurt volledig op vrijwillige basis en kan u op elk moment stopzetten.

Bij interesse of verdere vragen mag u mij altijd contacteren via emilie.roggen@student.kuleuven.be

Ik hoop jullie warm gemaakt te hebben voor deze uitdaging!

Met vriendelijke groeten

Emilie Roggen

In samenspraak met Prof. Dr. Bert Aertgeerts

Appendix 6: Mondelinge en schriftelijke getuigenissen terugkommoment

Een deelnemer vertelde dat ze actief een gesprek begonnen was over het nakend levenseinde van een palliatieve bewoonster. Het gesprek eindigde in het samen zingen van liedjes met de bewoonster, een behoefte die tijdens het gesprek naar boven was gekomen en zowel zorgverlener als bewoonster deugd deed. Zo zien we hoe spirituele zorg een interactieve zorg is.

Een tweede zorgverlener vertelt over een man die fysiek snel achteruit gaat en waarvan de wilsverklaring administratief volledig in orde is. De familie is echter nog niet klaar om afscheid te nemen. Een concreet voorbeeld van niet durven loslaten.

Een derde casus die door een deelnemer verteld wordt gaat over een bewoner die kwaad is op zijn familie en huisarts omdat hij naar het ziekenhuis gestuurd werd. Hij lijkt eigenlijk kwaad dat hij nog leeft, nochtans lukt het hem niet om hierover te spreken. Hij is niet klaar om een gesprek te voeren over schuld en verdriet aan het levenseinde. De zorgverleners tonen zich nabij en bereid om te praten als hij er gereed voor is door hem te blijven betrekken bij leuke activiteiten in het WZC. Die activiteiten doen hem opfleuren.

Een vierde zorgverlener vertelt hoe er de laatste weken een duidelijke illustratie van het domein ‘loslaten versus vasthouden’ in het AMM te zien was binnen het WZC. Ze vertelt dat aan de hand van 2 tegenovergestelde casussen. De eerste betrof een bewoonster waarvan de familie erop stond dat de voeding hoe dan ook toegediend, desnoods door op een geforceerde manier te voederen. Het was een uiting van hun onmacht om de bewoonster los te laten. Dat heeft maanden geduurd met een eigenlijk stervensproces van ruim 2 weken. Daartegenover plaatst de deelnemende zorgverlener het verhaal van een bewoner die noodgedwongen gehuisvest werd in het WZC. Die man, die altijd zeer actief geweest was, ziet het nut van een leven in het WZC niet in en vindt al snel berusting in een nakend levenseinde. Hij heeft uiteindelijk 2 maanden in het WZC gewoond met eigenlijk stervensproces van slechts 2 dagen. Beide bewoners vertoonden geen angst voor de dood en waren gelovig, maar de één kon het leven berustend loslaten, de ander hield vast aan het leven omwille van familie.

Een andere zorgverlener opperde dat pijn een beperkende factor voor spiritualiteit kan zijn. Ter illustratie werd een casus besproken over een bewoner met hevige hoofdpijn en een prangende euthanasievraag. Toen de hoofdpijn uiteindelijk toch opgelost kon worden, trok hij de euthanasievraag in. Zijn innerlijke ruimte nam toe en hij zag weer zin in het leven.

Tot slot bespraken we op het terugkommoment een bewoner die aan het leven blijft vasthouden omwille van zijn echtgenote. Hij doet zich bij haar beter voor. Tegenover de zorgverleners heeft hij echter al laten verstaan niet meer te willen leven. De communicatie met hem is zeer moeilijk geworden. Hij is alleen nog in staat om ja of nee te mompelen. Desondanks zien ze hem nog genieten van kleine dingen.