SPIRITUELE ANAMNESE IN DE GEÏNSTITUTIONALISEERDE OUDERENZORG: ZOEKTOCHT NAAR EEN GESCHIKT INSTRUMENT

Dr. Brecht Nickmans, KUL

Promotor: Prof. Dr. Bert Aertgeerts, KUL

Co-promotor: Dr. Mieke Vermandere, KUL

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Inhoudstafel

1. Motivatie
2. Literatuur
    a. Inleiding
    b. Methode
    c. Resultaten
        i. Artikelselectie
        ii. Analyse
            1. Validiteit
            2. Inhoud
            3. Duur
            4. Complexiteit
            5. Spontaneïteit
            6. Algemene bepalingen
        iii. Instrumentselectie
    d. Discussie
    e. Conclusie
    f. Literatuur
3. Praktijkproject-studie
    a. Inleiding
    b. Methode
    c. Resultaten
        i. Deelnemers
        ii. Spirituele noden en steunbronnen
            1. Geloof
            2. Sociale aspecten
            3. Gezondheidszorg en zorgverlening
            4. Psychische aspecten
            5. Verblijf in WZC
        iii. Evaluatie interview
    d. Discussie
        i. Samenvatting van de resultaten
        ii. Sterktes en zwaktes
        iii. Vergelijking met de literatuur
        iv. Implicaties voor de praktijk en aanbevelingen voor verder onderzoek
    e. Conclusie
    f. Literatuur
4. Abstract
5. Dankwoord
6. Bijlagen
    a. Aanvraag ethische comité
    b. Toestemmingsformulier
    c. SDAT-instrument
    d. Demografische gegevens
    e. Evaluatieformulier interview

1. Motivatie

Tot voor kort was het begrip 'spiritualiteit' voor mij een vaag omschreven gegeven. Het schrijven van een eindwerk rond een spiritueel anamnese-instrument maakte me al snel duidelijk dat spiritualiteit veel ruimer is dan religie en religieuze rituelen; een algemeen gevoel van welzijn wordt immers in belangrijke mate beïnvloed door de aan- of afwezigheid van spirituele noden en krachtbronnen.

Daar we als huisarts een holistische visie en een bio-psychosociale benadering van onze patiënten nastreven, behoort ook het optimaliseren van het algemeen welzijn ons toe. De meeste patiënten verwachten bovendien dat ze bij hun arts terecht kunnen met spirituele of existentiële dilemma's , zeker nu andere bronnen van spiritualiteit (o.a. het afkalvend maatschappelijk belang van religie) aan invloed inboeten.

Spirituele zorg krijgt de laatste twee decennia steeds meer aandacht; het evidence-based onderzoek over spiritualiteit staat echter nog in de kinderschoenen. Vandaar mijn interesse om mijn tanden in deze materie te zetten, als onderwerp voor deze MaNaMa-thesis.

Teneinde het onderwerp van deze scriptie beter af te lijnen, ging ik op zoek naar een specifieke deelpopulatie. Hierbij stuitte ik al vlug op de toenemende aantallen ouderen die in woon-en-zorgcentra (WZC) verblijven. Niet alleen zijn ouderen een kwetsbare groep – ook op spiritueel vlak – en neemt hun aantal gestaag toe (in 2011 bedroeg het aantal bedden in WZC meer dan 87.000 stuks), een verblijf in een residentiële woonvorm gaat ook gepaard met specifieke beperkingen (o.a. omgeving, privacy, …) en opportuniteiten (o.a intensievere zorgmogelijkheden, ruime ervaring, …).

Om spirituele zorg op maat van bewoners van WZC te kunnen voorzien, moeten hun spirituele noden en krachtbronnen eerst geïdentificeerd worden. Heel wat verschillende anamnese-instrumenten zijn hiertoe beschikbaar, een consensus over het meest geschikte instrument voor gebruik in WZC is nog niet bereikt. Aan de hand van een systematisch literatuuronderzoek wil ik dan ook een antwoord formuleren op de vraag: *Welk instrument is het meest geschikt om spirituele noden en krachtbronnen te identificeren bij bewoners van WZC?* In een tweede luik wordt het gebruik van dit instrument in de praktijk getest.

2. Literatuur

a. Inleiding

Het begrip spiritualiteit wordt in de literatuur op verschillende manieren gedefinieerd. Waar wel eensgezindheid over lijkt te bestaan, is het onderscheid tussen de begrippen spiritualiteit en religie.[1] In wat volgt hanteren we de definitie van spiritualiteit zoals voorgesteld door de European Association of Palliative Care: "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."[2]

Spiritualiteit bestaat uit drie dimensies:

- Existentiële uitdagingen: vragen rond of omgang met identiteit, zin van het leven, lijden, de dood,…
- Intrinsieke waarden: persoonsgebonden overtuigingen, o.a. verhouding tot zichzelf, familie, werk, natuur, cultuur, moraliteit,…
- Religieuze opvattingen: geloofsovertuigingen en –praktijken, relatie tot God,…[2]

Waar de laatste twee dimensies als relatief stabiel beschouwd worden, zijn met name de existentiële uitdagingen sterk beïnvloedbaar door interne en externe stressoren: de actuele spirituele toestand van de patiënt kan variëren binnen een spectrum van welbehagen tot spirituele nood.[3]

Zowel interne als externe factoren kunnen de spirituele stabiliteit van een persoon ontwrichten. Vooral op scharniermomenten in het leven (ernstige ziekte, verlies van naasten, het naderend levenseinde) riskeert het systeem van waarden en/(of geloofs)overtuigingen van de patiënt uit balans te raken.[4,5] Ouderen zijn hierin bijzonder kwetsbaar. Met het toenemen van de leeftijd wordt men immers meer en meer geconfronteerd met fysiek ongemak, ziekte en lijden, met het verlies van cognitieve vermogens, lichamelijke integriteit, zelfstandigheid en privacy, en het naderende levenseinde. Wanneer de patiënt deze stressoren onvoldoende kan kaderen of plaatsen, riskeert zijn spiritueel evenwicht uit balans te raken.

De vaststelling dat de aanwezigheid van spirituele noden leidt tot een verhoogde morbiditeit én mortaliteit, toont aan hoe belangrijk het is aandacht te besteden aan het spiritueel welzijn van deze populatie, en zo nodig spirituele zorg te bieden.[6,7] Verschillende studies geven aan dat patiënten van hun arts verlangen dat deze ook aandacht heeft voor hun spirituele behoeftes.[8] Zij zijn van mening dat deze informatie een invloed heeft op de verdere begeleiding door de arts en het verdere behandelplan kan bepalen.[9] Helaas wordt in een overgrote meerderheid door het medisch korps niet voldaan aan deze spirituele vraag.[10]

Nochtans zien heel wat huisartsen het als hun taak om de spirituele krachtbronnen van de patiënt te identificeren en hun spirituele noden na te gaan, hoewel zij ook beseffen dat een spirituele anamnese specifieke vaardigheden vergt.[11] Aandacht voor spiritualiteit vraagt onder meer een zekere openheid en een eerbiedwaardige en integere houding van arts én patiënt.[11] Om spiritualiteit 'bespreekbaar' te maken is vaak ook een specifiek taalgebruik noodzakelijk. Pas wanneer we ons een beeld gevormd hebben van het levensbeschouwelijke referentiekader van de individuele patiënt en diens spirituele vragen en behoeften bespreekbaar gemaakt hebben, kan een eventuele spirituele begeleiding overwogen worden, al dan niet door de arts zelf.[4]

De literatuur reikt heel wat instrumenten, anamnesetechnieken en gespreksmodellen aan die kunnen dienen als leidraad voor een spirituele anamnese. Deze bestrijken een ruim spectrum, gaande van kwantitatief opgevatte vragenlijsten tot ruimere kwalitatieve bevragingsmethodes. Waar sommige voornamelijk algemene opvattingen rond spiritualiteit bevragen, gaan andere veeleer de mate van spiritueel welzijn of de aanwezigheid van spirituele noden na; aan de arts om het instrument te kiezen dat het dichtst aanleunt bij zijn klinische of onderzoeksdoeleinden.[3]

Tegelijk wil men waarschuwen voor het risico op 'instrumentalisatie' van spiritualiteit. Zo lijken meer kwantitatieve methodes vaak een bepaalde structuur op te leggen, die het individuele karakter van spiritualiteit onvoldoende kan bevatten. Kwalitatieve benaderingen worden daarentegen als meer holistisch en individueel gepercipieerd. [12]

Deze literatuurstudie handelt over de bevraging van spiritualiteit door de arts in de klinische praktijk, meer bepaald in de setting van geïnstitutionaliseerde ouderenzorg. Meer specifiek willen we nagaan welk instrument het meest geschikt is om spirituele noden en krachtbronnen te identificeren bij bewoners van WZC.

b. Methode

In de online databanken Medline, CINAHL en PsycInfo werd een literatuurstudie uitgevoerd gericht op artikels die het gebruik van een specifieke assessmentmethode ter bevraging van spiritualiteit in de klinische praktijk beschrijven, zonder initiële specificatie van de doelgroep om een zo groot mogelijke opbrengst te genereren. De zoektermen worden weergegeven in tabel 1.

Selectie van relevante artikels gebeurde aan de hand van volgende inclusiecriteria: artikels waren geschreven in het Nederlands of het Engels; studies hanteerden een definitie van spiritualiteit vergelijkbaar met de EAPC-definitie en handelden over het gebruik van een specifieke assessmentmethode ter bevraging van spiritualiteit aan de patiënt zelf; patiëntenpopulaties kenden een vergelijkbare socioculturele of spirituele achtergrond als onze Vlaamse populatie van ouderen en de beschreven instrumenten konden gebruikt worden in de klinische praktijk en waren vrij en kosteloos beschikbaar.

Studies werden geëxcludeerd wanneer ze louter spirituele noden, behoeftes of verlangens bij een specifieke doelgroep oplijstten zonder de gebruikte methode te evalueren, wanneer ze toegespitst waren op een specifieke patiëntenpopulatie verschillend van de in deze studie beoogde (pediatrie, psychiatrie, patiënten met significante cognitieve beperkingen, …) of wanneer ze een instrument voor researchdoeleinden gebruikten.

Vervolgens werden de weerhouden instrumenten geëvalueerd aan de hand van vooropgestelde criteria, met als doel de instrumenten geschikt voor gebruik in een oudere populatie te identificeren. Bij het opstellen van deze criteria werd rekening gehouden met de opmerkingen van geïnterviewde huisartsen in verband met het afnemen van een spirituele anamnese aan de hand van van het FICA-instrument.[13] Volgende criteria werden voorgelegd aan een panel van experten en weerhouden:

- Validering: Is het instrument gevalideerd?
- Inhoud: Welke aspecten van spiritualiteit worden met dit instrument nagevraagd?
- Duur: Hoeveel tijd neemt het afnemen van een spirituele anamnese met dit instrument in beslag?

- Complexiteit: In welke mate vereist het gebruik van dit instrument specifieke kennis, inzichten of vaardigheden?
- Spontaniteit: In welke mate laat dit instrument ruimte voor eigen inbreng vanwege de arts en/of de patiënt, zowel naar inhoud als naar taalgebruik?

Uiteindelijk werd aan de hand van deze criteria een instrument naar voren geschoven dat het meest geschikt leek om de spirituele noden en krachtbronnen bij ouderen in een WZC in kaart te brengen.

Tabel 1. Zoektermen

Database	Datum	Zoektermen
Medline	23/03/12	("Spirituality"[MeSH Terms] AND ("needs assessment"[MeSH Terms] or "Geriatric Assessment"[Mesh Terms] or "Psychometrics"[Mesh Terms])) OR (("spiritual assessment" or "spiritual instrument" or "spiritual instruments)")
CINAHL	23/03/12	(MW instrument or MW interview or MW assessment or MW psychometrics or MW questionnaire) AND MW spiritual*
PsycInfo	23/03/12	((inventories or needs assessment or psychometrics or questionnaires or rating scales or surveys or testing or evaluation or interviews or testing methods).id. OR (inventories or needs assessment or psychometrics or questionnaires or rating scales or surveys or testing or evaluation or interviews or testing methods).sh.) AND (spiritual* .sh. or spiritual* .id.)

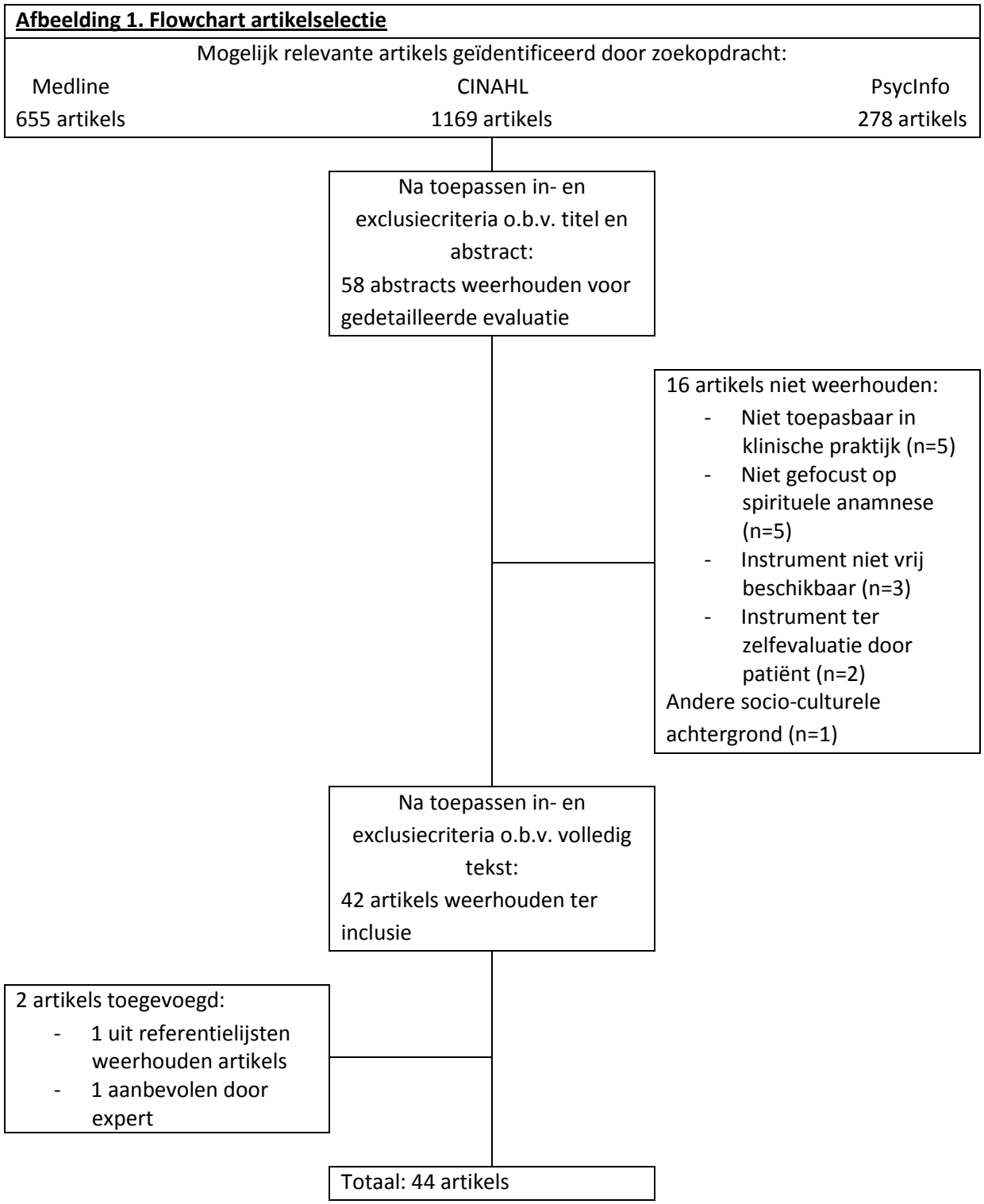
c. Resultaten

i. Artikelselectie

De flow-chart van de selectie van artikels wordt weergegeven in afbeelding 1. De zoekopdracht in Medline leverde 655 artikels op, deze in CINAHL 1169. In PsycInfo werden tot slot 278 artikels geïdentificeerd. Na een eerste selectie op basis van de titels en abstracts werden 58 mogelijk relevante artikels weerhouden. Grondige evaluatie van deze artikels leidde tot een verdere reductie van deze pool tot 42 relevante artikels.

Uit de referenties van deze artikels werd één extra relevant artikel opgevist dat vooralsnog niet weerhouden was uit de zoektocht. Tot slot werd nog één relevant artikel aangeraden door experts.

Afbeelding 1. Flowchart artikelselectie



ii. Analyse

In de 44 artikels werden 21 verschillende instrumenten besproken. Deze werden geëvalueerd aan de hand van vijf bovenvermelde criteria. De resultaten worden samengevat in tabel 2.

1. Validiteit

Slechts vijf van de 21 beschreven instrumenten vermeldden gegevens over de validiteit van het instrument. Zo had de Spirituality Scale volgens een vijfkoppige jury een content validity index van

0.94.[18] De SDAT en de COOP Spirituality Charts gaven dan weer de criteriumvaliditeit ten opzicht van andere gevalideerde instrumenten aan, respectievelijk Facit-Sp (Spearman's Rho: -0.45) en INSPIRIT (Spearman's Rho: 0.62 – 0.66).[26,27,36]
De interne consistentie werd vier maal vermeld, met Cronbach Alfa-waardes variërend van 0.60 tot 0.94, en ook de test-hertest-betrouwbaarheid werd tweemaal bepaald met respectievelijke Pearson's coëfficiënten van 0.84 (Spirituality Scale) en 0.91 (COOP Spirituality Charts).[18,36]

2. Inhoud

Aangezien een definitie van het begrip spiritualiteit in de geest van de EAPC-definitie tot de inclusiecriteria behoorde, hadden alle instrumenten een brede insteek. Toch verschilde de precieze focus, afhankelijk van het achterliggend opzet van de auteurs. Waar sommige instrumenten peilden naar een algemene visie op spiritualiteit (o.a. FICA, Nelson-Becker,…) gingen andere na of en welke specifieke noden er aanwezig zijn (Spiritual Needs Inventory, SDAT,…) of werd de focus net gelegd op de beschikbare spirituele sterktes en hulpbronnen (Hodge, OASIS-model,…).[12,15,16,19,23,26-31,35]

3. Duur

Van tien instrumenten waren geen gegevens omtrent de tijd nodig voor het voeren van een gesprek beschikbaar. Veelal ging het dan om open of semi-gestructureerde interviewtechnieken. Van de zes instrumenten die gebruik maakten van een Likert-schaal zou je het aantal vragen als een indicatie voor de duur kunnen beschouwen (3-30 vragen), hoewel slechts één van deze een gemiddelde duur van tien minuten vermeldde.

Enkel van het SPIR-instrument en het OASIS-model werd de afnameduur gedocumenteerd; deze bedroeg respectievelijk 12 en zes minuten.[20,35] Toch gaven enkele auteurs een gemiddelde afnameduur weer, hoewel deze gegevens louter gebaseerd zijn op observaties buiten studieverband. Afhankelijk van het opzet van de anamnesemethode variëren deze cijfers van 2 tot 6x60 minuten.[15,16,24]

4. Complexiteit

Naar complexiteit weerhielden we drie vormelijke categorieën. Vijf instrumenten gebruikten een open interviewvorm, waarbij de zorgverlener een open gesprek aangaat met de patiënt en hierbij kan terugvallen op een richtinggevend kader, eventueel voorzien van voorbeeldvragen. Acht modellen maakten hierop een kleine variatie, waarbij een set vooraf opgestelde vragen het gesprek iets meer structureert.
Zes instrumenten waren eerder kwantitatief van aard en maken gebruik van Likert-schalen, waarbij de patiënt de mate waarin hij akkoord gaat met een stelling dient uit te drukken volgens een vooraf bepaalde schaalverdeling.
Tot slot hadden 2 gesprekstechnieken een grafische inslag: de Spiritual Lifemap vertrok vanuit de creatie van een spirituele levensloop als basis voor een spirituele anamnese, terwijl de Spiritual Ecomap veeleer de momentane verhoudingen ten opzichte van enkele spirituele begrippen visueel trachtte weer te geven.[28-31] Beide vergen uiteraard een iets abstracter inzicht, en een grafische ingesteldheid van de patiënt.

Tabel 2. Overzicht weerhouden instrumenten					
Tool/Instrument	**Validering**	**Items/Inhoud**	**Duur**	**Complexiteit**	**Spontaniteit**
HOPE[14]	Geen gegevens	Exploratie van spirituele bronnen en behoeftes en andere steunsystemen a.d.h.v. acroniem: - H: Spirituele bronnen, o.a. Hoop - O: Religieuze Organisaties - P: Persoonlijke beleving van spiritualiteit/Praktische rituelen - E: Effecten van spiritualiteit op medisch beleid en aspecten rond levenseinde	Geen gegevens.	Open interview aan de hand van voorbeeldvragen	Ruime eigen inbreng van patiënt en arts
FICA[15, 16]	Geen gegevens	Bevraging van spiritualiteit binnen ruimere anamnese a.d.h.v. open vragen: - F: Geloof, zingeving - I: Belang van spiritualiteit, Invloed op medisch beleid - C: Belang van gemeenschap - A: Belang van bevraging van spiritualiteit	Observationeel gemiddelde: 2 min. 11 vragen.	Semi-gestructureerd interview	Eigen inbreng binnen aangeboden referentiekader
INSPIRIT[17]	Interne consistentie: Cronbach Alfa 0.81	Bevraging van spirituele, mystieke en religieuze ervaringen	18 vragen.	Enquête-vorm, verschillende Likert-schalen. Geen eenduidige interpretatie van resultaten.	Gesloten vragen, geen eigen inbreng mogelijk
Spirituality Scale[18]	- Content validity index: 0.94. - Interne consistentie:	Bevraging van spiritualiteit ter sturing van verdere interventies, onderverdeeld in vier secties: - Spiritualiteit en religie - Spiritualiteit en zingeving	Observationeel gemiddelde: 10 min. 23 vragen.	Enquête-vorm, 6-punts Likertschaal, ontwikkeld ter zelfafname door	Gesloten vragen, geen eigen inbreng mogelijk. Ruimer gebruik

	Cronbach Alfa 0.94. - Test-retest reliability na 2 weken: Pearson's coëfficiënt 0.84.	- Spiritualiteit en relaties - Spiritualiteit en ecologisch bewustzijn		patiënt. Eenduidige interpretatie van resultaten.	als structuur van semi-gestructureerd interview voorgesteld.
Nelson-Becker[19]	Geen gegevens	Bevraging van 11 domeinen van spiritualiteit: - Verbondenheid met spirituele strekking, - Spirituele overtuigingen, - Spirituele gebruiken, - Emoties, - Spirituele ervaringen, - Spirituele waarden, - Spirituele voorgeschiedenis, - Spiritueel geïnspireerde therapeutische strategieën, - Sociale steun, - Welzijn, - Intrinsieke vs. extrinsieke oriëntatie	Geen gegevens	Open interview aan de hand van voorbeeldvragen	Ruime eigen inbreng van patiënt en arts
SPIR[20]	Geen gegevens	Verschillende aspecten van spiritualiteit efficiënt navragen a.d.h.v. 4 open vragen: - S: al dan niet spiritueel? - P: plaats van spiritualiteit? - I: Integratie in spirituele gemeenschap? - R: Rol van arts in spiritualiteit?	Studiegemiddelde: 12 min. (range 6-19 min)	Semi-gestructureerd interview	Eigen inbreng binnen aangeboden referentiekader
Mor-VAST-model[21]	Geen gegevens	Bevraging van 5 dimensies van spiritualiteit:	Geen gegevens	Open interview aan de hand van	Ruime eigen inbreng van

		- Morele autoriteit: principes i.v.m. 'het goede' en 'het kwade' - Roeping: zingeving, levensdoeleinden - Esthetiek: Schoonheid, genot, creativiteit - Sociale dimensie: verbondenheid - Het Transcendente		voorbeeldvragen	patiënt en arts
Hay[22]	Geen gegevens	Stellen van spirituele diagnose door nagaan van determinerende karakteristieken van 4 'kernproblemen' binnen spiritualiteit: - Spiritueel lijden - Gebrekkige innerlijke bronnen - Gebrekkige zingeving - Religieuze noden	30 vragen	Enquête-vorm, Ja-Nee-schaal.	Gesloten vragen, geen eigen inbreng mogelijk
Spiritual Needs Inventory[23]	- Interne consistentie: Cronbach Alfa 0.85	Graad van belang en mate van aanwezigheid van specifieke spirituele noden nagaan	17 vragen	Enquête-vorm, 5-punts Likertschaal	Gesloten vragen, geen eigen inbreng mogelijk
Christian Life Review Interview Guide[24]	Geen gegevens	Volledig overzicht genereren van levensloop (kindertijd t.e.m. heden) op spiritueel vlak, inclusief overschouwende samenvatting	6 sessies, telkens 60 minuten	Semi-gestructureerd interview	Eigen inbreng binnen aangeboden referentiekader
SPIRIT[25]	Geen gegevens	Impact op patiënt bevragen via belangrijke componenten van spiritualiteit, volgens acroniem: - S: Geloofssysteem - P: Persoonlijke spiritualiteit - I: Integratie in spirituele gemeenschap - R: Rituelen	Observationeel gemiddelde: 10-15 min	Open interview aan de hand van voorbeeldvragen	Ruime eigen inbreng van patiënt en arts

		- I: Implicaties voor medisch beleid - T: Levenseinde			
SDAT[26, 27]	- Interne consistentie: Cronbach Alfa 0.60 - Intra-rater reliability: Intra class corelation coefficient 0.95 - Inter-rater reliability: coefficient 0.87 - Criterium gerelateerde validiteit: Spearman's rang-correlatie: -0.45 (FACIT-Sp)	Bevraging van 5 spirituele noden (uit 4 spirituele dimensies): - Vinden van nieuwe balans in het leven, copingmechanismen - Connectie (met het transcendente, het esthetische,…) - Erkenning van persoonlijke waarden, o.a. door gezondheidswerker - Betrokkenheid bij beslissingen - Behoud van eigen identiteit Nadien analyse en scoring van gespreksverloop ter diagnosestelling	Streefdoel: 20-30 minuten	Semi-gestructureerd interview	Eigen inbreng binnen aangeboden referentiekader. Framework ter analyse en scoring van gespreksinhoud.
Hodge Framework for Spiritual Assessment[12, 28, 29]	Geen gegevens	Ontdekken van spirituele sterktes aan de hand van een bevraging met twee luiken: 1) Autobiografische spirituele voorgeschiedenis: spirituele achtergronden, persoonlijke gewoontes, gebruiken en invloeden, 2) Specifieke spirituele bevraging vertrekkend vanuit 6 domeinen	Geen gegevens	Semi-gestructureerd interview.	Eigen inbreng binnen aangeboden referentiekader. Sterk gestructureerd interpretatief theoretisch kader

		van spiritualiteit binnen het kader van een interpretatief antropologisch kader en volgens individuele noodzaak: ○ Emoties ○ Gedrag ○ Opvattingen ○ Verbondenheid ○ Waarden ○ Intuities			
Hodge Spiritual Lifemaps[28-30]	Geen gegevens	Spirituele sterktes ontdekken via constructie en ontleding van spirituele levensloop, eventueel volgens 4 aangeboden dimensies: - Verbondenheid met god - Spirituele overtuigingen - Spirituele rituelen - (Kerkelijke) sociale ondersteuning	Geen gegevens	Grafische weergave van spiritualiteit volgens individueel chronologisch verloop, gevolgd door semi-gestructureerd interview	Ruime eigen inbreng van patiënt. Chronologisch inzicht en creatieve input vereist.
Hodge Spiritual Ecomap[28,29,31]	Geen gegevens	Spirituele sterktes en/of gebreken blootleggen ter sturing van verdere interventies aan de hand van verhouding tot spirituele dimensies o.a.: - Rituelen - Ouderlijke spirituele opvattingen - Geloofsgemeenschap - Het Goddelijke/transcendente - Mystieke contacten - Spirituele leiders	Geen gegevens	Grafische weergave van momentane verhouding van patiënt t.o.v. spirituele dimensies.	Ruime eigen inbreng van patiënt. Enig abstract inzicht vereist.
Spiritual Needs Survey[32]	Geen gegevens	Aanwezigheid van specifieke spirituele noden nagaan, onderverdeeld in 7 categorieën:	29 vragen	Enquête-vorm, 6-punts Likertschaal	Gesloten vragen, geen eigen inbreng mogelijk

		- Verbondenheid - Het Goddelijke - Positieve gemoedstoestanden - Zingeving - Moraliteit - Esthetiek - Levenseinde			
Goviers 'Five R's of spirituality'[33]	Geen gegevens	Open bevraging rond spiritualiteit, opgebouwd rond 5 thema's: - Zingeving en reflectie - Religie - Verbondenheid - Herstel van evenwicht	Geen gegevens	Semi-gestructureerd interview	Eigen inbreng binnen aangeboden referentiekader
Ortiz' Spiritual Assessment Protocol[34]	Geen gegevens	Inzicht in plaats van spiritualiteit, religie en zingeving in het leven van de patiënt, door bevraging van 7 thema's: - Spirituele overtuigingen - Spirituele kracht - Verbondenheid - Bronnen van spiritualiteit - Geloofssysteem - Religieuze praktijken - Persoonlijke rituelen	Geen gegevens	Semi-gestructureerd interview	Eigen inbreng binnen aangeboden referentiekader
OASIS Model[35]	Geen gegevens	Rol van spirituele/religieuze hulpbronnen in copingmechanismen met gezondheidsproblemen bevragen aan de hand van een gestandaardiseerd protocol. Interventioneel aspect vervat in aanmoedigen van verder uitdiepen van spirituele sterktes en zo nodig aanbieden	Streefdoel: 5-7 min. Studiegemiddelde: 6 min.	Semi-gestructureerd interview	Eigen inbreng binnen aangeboden referentiekader

		van gespecialiseerde hulp.			
COOP Spirituality Charts[36]	- Test-retest reliability na 1 week: r_1 = 0.83, r_2 = 0.97, r_3 = 0.92 - Spearman's rang-correlatie: 0.62 – 0.66 (INSPIRIT)	Visuele voorstelling van 3 kernvragen ontleend aan INSPIRIT-instrument om snelle en bruikbare inschatting van spiritualiteit te verkrijgen: - Verbondenheid met God - Religieuze praktijken - Religieuze/Mystieke ervaringen	3 vragen	Enquête-vorm, 5-punts Likertschaal	Gesloten vragen, geen eigen inbreng mogelijk. Wel te beschouwen als startpunt voor verder gesprek.
Ars moriendimodel[37]	Geen gegevens	'Luisterraster' waarin spiritualiteit opgesplitst wordt in vijf spanningsvelden: - Ik – ander: Eigenheid - Vasthouden – loslaten: Krachtbronnen - Doen – laten: Implicaties voor medisch beleid - Vergeven – vergeten: Terugblik op eigen leven - Geloven – weten: Geloof en levenseinde	Geen gegevens	Open interview aan de hand van voorbeeldvragen	Ruime eigen inbreng van patiënt en arts

5. Spontaneïteit

De vorm van het instrument of de gesprekstechniek was ook bepalend voor de mate waarin zowel de patiënt als de arts het gesprek verder konden sturen naar eigen aanvoelen. Zo waren de zes instrumenten gebaseerd op Likert-schalen sterk gesloten, hoewel sommigen deze vragenlijsten als uitgangspunt voor een ruimer gesprek propageerden. De open en semi-gestructureerde interviews lieten beduidend meer ruimte voor eigen inbreng, en ook de grafisch opgebouwde instrumenten steunden sterk op de inbreng van de patiënt. Twee van deze semi-gestructureerde interviewmethodes maken echter wel gebruik van een interpretatief analytisch kader, om nadien de inhoud van het gevoerde gesprek te evalueren.

6. Algemene bepalingen

Enkele auteurs stelden dat een zorgverlener in eerste instantie in het reine moet zijn met zijn persoonlijke spiritualiteit, wil hij in staat zijn op een goede manier de spiritualiteit van een patiënt na te gaan.[14,21] Daarnaast bleek ook de kwaliteit van de relatie tussen patiënt en zorgverlener van kapitaal belang: het aanhalen van dergelijke diep-persoonlijke, emotioneel geladen en mogelijk pijnlijke kwesties vergt een vertrouwensband tussen de lijdende patiënt en diens arts.[14,21]

Tot slot was ook het ogenblik waarop een dergelijk gesprek kan plaatsvinden van belang voor het succes ervan. Het bevragen van spiritualiteit kan voor de patiënt zeer opdringerig en offensief overkomen, wanneer deze daar niet klaar voor is.[14,20,38] Het komt er dan ook op aan de verbale en non-verbale signalen van de patiënt goed te interpreteren, om op het gepaste moment dit gespreksonderwerp aan te snijden.[38]

Onder deze premisses kan de zorgverlener de spiritualiteit van een patiënt bevragen, mits hij over een goede methode hiertoe beschikt. Een makkelijk te onthouden assessment tool die enerzijds een ruime benadering van het begrip spiritualiteit aanbiedt en anderzijds in een korte tijdsspanne af te nemen valt, kan dan ook een grote hulp zijn.[21]

iii. Instrumentselectie

Het selecteren van het meest geschikte instrument vergde een visie op het doel en de vorm van een dergelijk gesprek tussen de WZC-bewoner en zijn huisarts. In ons opzet streefden wij een spirituele anamnese na waarin de huisarts niet louter oppervlakkig screent naar spirituele urgenties, maar tracht een ruimer beeld te krijgen van zijn spirituele noden en krachtbronnen en de spirituele achtergrond van zijn patiënt. Vanuit dit oogpunt verkozen wij een open of semi-gestructureerde gespreksvorm boven een gesloten methode. Grafisch geïnspireerde instrumenten werden omwille van hun complexiteit als minder geschikt bevonden.
De bruikbaarheid van een instrument voor de clinicus werd bepaald door zijn hanteerbaarheid: om het bevragen van spiritualiteit te implementeren in een dagdagelijks patiëntencontact moet een instrument beperkt in duur en makkelijk te onthouden zijn en de essentie kernachtig vatten.[21] Eventuele validiteitsgegevens onderstreepten de kracht van een instrument. De mogelijkheid om de bekomen informatie bondig en gestructureerd in het dossier te noteren, vormde een bijkomende meerwaarde.

Van de dertien van een open of semi-gestructureerde gespreksvorm gebruik makende instrumenten viel enkel de Christian Life Review Interview Guide duidelijk buiten het door ons gewenste

tijdsbestek.[24] Hoewel elk van de overige 12 instrumenten z'n eigen accenten legt, bevroegen ze allen de spirituele noden en krachtbronnen van de patiënt en viel op inhoudelijke basis geen van deze duidelijk te verkiezen boven de andere. Werd er echter gekeken naar eventuele validiteitsgegevens, dan bleek enkel de SDAT hierover te beschikken.[26,27]

De gefundeerde onderbouwing van dit instrument, het semi-gestructureerd karakter met ruimte voor eigen inbreng, de beperkte afnameduur, het analytische luik dat resulteert in makkelijk te noteren aandachtspunten voor het verder beleid en de beschikbare valideringsgegevens maakten dat wij de SDAT als meest geschikt instrument voor gebruik bij patiënten in een WZC naar voren schoven.

SDAT: Beschrijving en beschouwing

Deze Spiritual Distress Assessment Tool is gebaseerd op het Spiritual Needs Model, waarin de auteurs aan de hand van een literatuurstudie de verschillende dimensies van spiritualiteit en de hieruit voortvloeiende mogelijke spirituele behoeften van de patiënt definiëren.[26] Door toetsing van dit model aan doelgroeppatiënten werd vervolgens een specifieke vragenset ontwikkeld, dewelke aan de hand van een 20-30 minuten durend semi-gestructureerd interview kan worden afgenomen. Een tweede analytisch luik helpt de zorgverlener vervolgens een inschatting maken van de spirituele behoeftes of verlangens van de patiënt, dewelke eenvoudig gescoord en aldus genoteerd kunnen worden. Valideringsgegevens toonden bovendien een zeer goede inter- en intrarater betrouwbaarheid (resp 0.87 en 0.95) en een significante correlatie met o.a. de FACIT-Sp, hetgeen impliceert dat meer uitgesproken spirituele noden correleren met een lager spiritueel welzijn.[27]

d. Discussie

Een systematische literatuurstudie in drie online databanken levert 21 instrumenten op, dewelke worden geëvalueerd naar validering, duur, inhoud, complexiteit en spontaneïteit. Wanneer gestreefd wordt naar een ruimere bevraging van spirituele noden en krachtbronnen en hun achtergronden aan de hand van een instrument dat praktisch hanteerbaar is voor de clinicus en enige wetenschappelijke onderbouw kent, komt de SDAT naar voren als meest geschikte instrument.[26,27]

De voornaamste sterkte van deze studie bestaat uit het groot aantal in beschouwing genomen artikels, dankzij de brede initiële zoektermen en het includeren van artikels uit drie elektronische databanken. Een duidelijke beperking van deze studie schuilt in de geringe ervaring van de hoofdonderzoeker met dergelijk systematisch literatuurnazicht, hetgeen deels opgevangen wordt door een goede ondersteuning vanwege de overige auteurs. In dit literatuuroverzicht ligt de focus op instrumenten die specifiek gewijd zijn aan het begrip spiritualiteit. Nochtans bevatten ook instrumenten gericht op het nagaan van levenskwaliteit ook vaak spirituele aspecten, en vallen deze zo uit de boot. In functie van de visie die men voor ogen heeft, dienen bovendien keuzes gemaakt te worden om uiteindelijk één instrument te selecteren. De auteurs zijn er zich dan ook van bewust dat een ander perfect verdedigbaar uitgangspunt mogelijks tot een ander finaal resultaat kan leiden.

Voor zover ons bekend is dit literatuuroverzicht het eerste dat de verschillende klinisch bruikbare instrumenten gericht op het afnemen van een spirituele anamnese in een oudere, Westerse populatie oplijst. De praktijkervaring met deze instrumenten is vaak beperkt. Veeleer dan het ontwikkelen van nieuwe instrumenten, ondersteunen wij de stelling dat vooral bedrevenheid in het

gebruik van de bestaande instrumenten moet worden ontwikkeld.[39] Zoals Monod stelt in een review van instrumenten ter beoordeling van spiritualiteit binnen een onderzoekssetting, is het aan de arts/onderzoeker om het instrument dat het best voldoet aan zijn vereisten te selecteren.[3] In deze literatuurstudie werden deze vereisten voornamelijk afgeleid uit Puchalski's opmerkingen omtrent de verschillende inhoudelijke niveaus van spirituele anamnese en uit opmerkingen van huisartsen rond bevraging van spiritualiteit uit eerder eigen werk.[13,40] Verder onderzoek is echter vereist om de karakteristieken van een goed instrument duidelijker af te lijnen, en dit in functie van de doelgroep.

Het SDAT-instrument beschikt reeds over behoorlijke valideringsgegevens, doch het gebrek aan een gouden standaard als vergelijkingspunt maakt dat deze in het juiste perspectief gezien moeten worden.[27] Het verdient dan ook aanbeveling dit instrument in de praktijk verder uit te testen. Gezien de toenemende aandacht voor spiritualiteit en de weerslag ervan op het welzijn van de patiënt, is het echter primordiaal (huis)artsen te overtuigen van het belang van en op te leiden in spirituele zorg.

e. Conclusie

Steeds meer groeit het besef dat ook spirituele zorg bepalend is voor het algemeen welzijn van de patiënt, en dat deze zorg ten minste gedeeltelijk aan de behandelende arts toebehoort. Een eerste stap bestaat dan uit het bespreekbaar maken van deze spiritualiteit. Hiertoe worden verschillende kwalitatieve en kwantitatieve anamnese-instrumenten naar voren geschoven. Niet elk instrument is echter even bruikbaar in een klinische context, en dan meer bepaald voor een oudere populatie. Wanneer we rekening houden met valideringsgegevens, de inhoud van het instrument, de afnameduur, de complexiteit en de ruimte voor spontaneïteit, blijkt de Spiritual Distress Assessment Tool (SDAT) het meest geschikte instrument om als huisarts de spirituele noden en krachtbronnen te bevragen bij patiënten in woon- en zorgcentra.

f. Referenties

1) Astrow AB, Puchalski CM, Sulmasy DP. Religion, spirituality and health care: social, ethical, and practical considerations. Am J Med. 2001;110:283–7.
2) Nolan S, Saltmarsh P, Leget C. Spiritual care in palliative care: working towards an EAPC Task Force. European Journal of Palliative Care 2011; 18(2): 86-9.
3) Monod S, Brennan M, Rochat E, et al. Instruments measuring spirituality in clinical research: a systematic review. J Gen Intern Med.2011;26(11):1345-57
4) Brady MJ, Peterman AH, Fitchett G, Mo M, Cella D. A case for including spirituality in quality of life measrument in oncology. Psychooncology 1999;8:417-28
5) McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. Lancet 2003;361:1603-7
6) Pargament KI, Koenig HG, Rarakeshwar N, Hahn J. Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: a 2 year longitudinal study. Arch intern med 2001;161(15):1881-5
7) Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, et al. Depression, hopelessness and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. JAMA 2000;284(22):2907-11

8) Ehman JW, Ott BB, Short TH, Ciampa RC, Hansen-Flaschen J. Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill? Arch Intern Med 1999;159:1803-6

9) McCord G, Gilchrist VJ, Grossman SD, et al. Discussing spirituality with patients: a rational and ethical approach. Ann Fam Med 2004;2:356-61

10) Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, et al. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of- life treatment preferences and quality of life. J Clin Oncol 2007;25:555-560

11) Vermandere M, De Lepeleire J, Smeets L, et al. Spirituality in general practice: a qualitative evidence synthesis. Br J Gen Pract 2011;61 (592):749-60

12) Hodge DR. Spiritual assessment: A review of major qualitative methods and a new framework for assessing spirituality. Soc Work 2001;46(3):203-14

13) Vermandere M, Choi YN, De Brabandere H, et al. GPs' views concerning spirituality and the use of the FICA tool in palliative care in Flanders: a qualitative study. Br J Gen Pract 2012,62(603):718-25

14) Anandarajah G, Hight E. Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. Am Fam physician 2001;63(1):81-89

15) Borneman T, Ferrell B, Puchalski C M. Evaluation of the FICA Tool for Spiritual Assessment. J pain symptom manage 2010;40(2):163-173

16) Puchalski C, Romer AL. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. J Pall Med 200;3(1):129-37

17) VandeCreek L, Ayres S, Bassham M. Using INSPIRIT to conduct spiritual assessments. J pastoral care 1995;49(1):83-9

18) Delaney C. The Spirituality Scale: development and psychometric testing of a holistic instrument to assess the human spiritual dimension. J Holist Nurs 2005;23(2):145-67

19) Nelson Becker H, Nakashima M, Canda ER. Spiritual assessment in aging: a framework for clinicians. Journal Gerontol Soc Work 2007;48(3-4):331-47

20) Frick E, Riedner C, Fegg MJ, Hauf S, Borasio GD. A clinical interview assessing cancer patients. Eur Journal Cancer Care 2006;15(3):238-243

21) Skalla K, McCoy J P. Spiritual assessment of patients with cancer: the moral authority, vocational, aesthetic, social, and transcendent model. Oncol Nursing Forum 2006;33(4):745-51

22) Hay MW. Principles in building spiritual assessment tools. Am J Hosp Care 1989;6(5):25-31

23) Hermann C. Development and testing of the spiritual needs inventory for patients near the end of life. Oncol Nursing Forum 2006;33(4):737-744.

24) LeFavi RG, Wessels MH. Life review in pastoral counseling: background and efficacy for use with the terminally ill. J Pastoral Care Counsel 2003;57(3):281-92

25) Maugans TA. The SPIRITual history. Arch Fam Med 1996;5(1):11-16

26) Monod SM, Rochat E, Bla CJ, Jobin G, Martin E, Spencer B. The spiritual distress assessment tool: an instrument to assess spiritual distress in hospitalised elderly persons. BMC Geriatr 2010;10:88

27) Monod S, Martin E, Spencer B, Rochat E, Bula JC. Validation of the Spiritual Distress Assessment Tool in older hospitalized patients BMC Geriatr 2012,12:13

28) Hodge DR. Spiritual assessment in marital and family therapy: a methodological framework for selecting from among six qualitative assessment tools. J Marital Fam Ther 2005;31(4):341-56

29) Hodge DR. Developing a spiritual assessment toolbox: a discussion of the strengths and limitations of five different assessment methods. Health Soc Work 2005;30(4):314-23

30) Hodge DR. Spiritual lifemaps: a client-centered pictorial instrument for spiritual assessment, planning, and intervention. Soc Work 2005;50(1):77-87

31) Hodge DR. Spiritual ecomaps: a new diagrammatic tool for assessing marital and family spirituality. J Marital Fam Ther 2000;26(2):217-28

32) Galek K, Flannelly KJ, Vane A, Galek RM. Assessing a patient. Holist Nurs Pract 2005;19(2):62-9

33) Govier I. Spiritual care in nursing: a systematic approach. Nurs Stand 2000;14(17):32-6

34) Ortiz LPA, Langer N. Assessment of spirituality and religion in later life: acknowledging clients' needs and personal resources. J Geront Soc Work 2002;37(2):5-21

35) Kristeller JL, Rhodes M, Cripe LD, Sheets V. Oncologist Assisted Spiritual Intervention Study (OASIS): patient acceptability and initial evidence of effects. Int J Psychiatry Med 2005;35(4):329-47

36) McBride JL, Pilkington L, Arthur G. Development of Brief Pictorial Instruments for Assessing Spirituality in Primary Care. J Ambul Care Manage 1998;21(4):53-61

37) Leget C. Van levenskunst tot stervenskunst. Over spiritualiteit in de palliatieve zorg. Tielt: Uitgeverij Lannoo nv; 2008.

38) Power J. Spiritual assessment: developing an assessment tool. Nurs Older People 2006;18(2):16-8

39) Rumbold BD. A review of spiritual assessment in health care practice. Med J Aust 2007;186(10 Suppl):S60-S62

40) Puchalski C, Virani R, Baird P, et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the consensus conference. J Pall Med 2009;12(10): 885-904

3. Praktijkproject

a. Inleiding

In onze Westerse maatschappij neemt de vergrijzing van de bevolking toe. Recente cijfergegevens (2010) leren ons dat het percentage van de Vlaamse bevolking ouder dan 64 jaar toegenomen is tot 19%, en dat 10% zelfs ouder is dan 74 jaar. Afgaande op de bevolkingspiramide kan men veronderstellen dat deze trend zich de eerstvolgende 20 jaar verder zal doorzetten. [1]
Deze vergrijzing leidde ook tot een toename van het aantal beschikbare woongelegenheden in woon- en zorgcentra. Waar men in 2005 nog 61431 woongelegenheden in WZC telde, is dit aantal al opgelopen tot 68809 in oktober 2012. Recente programmacijfers ramen bovendien de behoefte aan WZC-bedden op 92031 stuks tegen 2017.[2]
Niet alleen neemt het aantal bewoners van residenties voor ouderenzorg toe, volgens recent onderzoek verschuift ook de plaats van overlijden steeds meer naar WZC.[3] De toename in erkende verpleegvoorzieningen voor zwaar zorgbehoevende patiënten heeft de nood tot hospitalisatie afgezwakt. Samen met de groeiende aandacht voor palliatieve zorg in deze zorginstellingen heeft dat ertoe geleid dat steeds meer WZC-bewoners in kunnen overlijden in hun vertrouwde omgeving.

Palliatieve zorg wordt door de WHO gedefinieerd als zorg die de levenskwaliteit verbetert van patiënten en hun naasten, die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard.[4] Hoewel niet alle WZC-bewoners als palliatief beschouwd worden, past het wel binnen het gedachtengoed van de vroegtijdige zorgplanning om reeds vroeger stil te staan bij het naderende levenseinde en aandacht te geven aan meer dan het louter fysieke.

Zoals hogerop vermeld kan de actuele spirituele toestand welzijn van de patiënt variëren van een gevoel van welbehagen tot spirituele nood.[5] Als zorgverlener is het van belang open te staan voor signalen van de patiënt die mogelijk wijzen op spirituele noden.[6] Daarnaast moet de arts zich bewust zijn van predisponerende factoren die de oudere patiënt kwetsbaarder kunnen maken voor deze noden. [6] Ouderen zijn immers vatbaar voor verschillende risicofactoren die het spirituele evenwicht kunnen verstoren, zoals cognitieve beperkingen, chronische of terminale aandoeningen en hun behandeling, …[7]

De Nederlandse richtlijn spirituele zorg maakt een onderscheid tussen een screening enerzijds en een meer uitgebreide spirituele anamnese anderzijds.[6] Waar een screening zich beperkt tot het aftoetsen van de noodzaak tot verdere spirituele zorg via een beperkte vragenset, wil men bij een meer uitgebreide anamnese door middel van een breder en diepgaander gesprek zicht krijgen op verschillende aspecten van spiritualiteit, gaande van normen en waarden tot spirituele zorgen en hulpbronnen.

Gezien het kwetsbare karakter en toenemend aantal van WZC-bewoners, hebben wij ons in deze praktijkstudie toegespitst op deze specifieke subgroep van patiënten. Als huisarts kozen wij voor een ruimere benadering dan een loutere screening, omdat een dieper inzicht in de spirituele gedachtegang van onze patiënt kan helpen om ook de zorg op biopsychoscociaal vlak te sturen.

In dit praktijkproject willen we aan de hand van het eerder geselecteerde SDAT-instrument de spirituele noden en krachtbronnen van WZC-bewoners in kaart brengen. Daarnaast willen we nagaan in welke mate de WZC-bewoners een dergelijk gesprek waarderen en hoe zij het gebruikte instrument ervaren.

b. Methode

Deze pilootstudie bestaat uit 2 onderdelen. Vooreerst wilden twee onderzoekers (LM en BN) de spirituele noden en krachtbronnen van WZC-bewoners, behorende tot hun opleidingspraktijk, in kaart brengen aan de hand van het SDAT-instrument. Nadien werd aan de patiënten een korte evaluatie van het interview voorgelegd.

Alle Nederlandstalige patiënten behorend tot de praktijkpopulatie van de opleidingspraktijken van één van beide onderzoekers (LM, BN) die in een residentie voor ouderenzorg verblijven en bijgevolg voldoen aan de voor die specifieke voorziening vereiste criteria van zorgafhankelijkheid werden geïncludeerd.

Enkel die patiënten werden geëxcludeerd die omwille van hun fysieke (o.a. afasie, acute pathologie, verminderd bewustzijn, terminale zorg, heel hardhorig, …) of geestelijke (o.a. psychiatrische aandoeningen, dementiebeelden,…) beperkingen niet in staat werden geacht een dergelijk intens gesprek te voeren, alsook zij die slechts recent (< 3 maanden) hun intrek namen in een WZC.

Voorafgaandelijk aan de interviews werd door middel van een forward-backward procedure een Nederlandstalige versie van het SDAT-instrument ontwikkeld. Na het mondeling informeren van de patiënt en diens schriftelijke toestemming tot deelname, werden relevante demografische gegevens verzameld. Vervolgens trachtten we door middel van het Nederlandstalige SDAT –instrument het spiritueel welzijn van de geselecteerde patiënten in kaart te brengen. Hierbij werd bovendien aandacht besteed aan de eigen inbreng van de patiënt en werden er ook bronnen van steun binnen de verschillende dimensies van spiritualiteit opgezocht. Deze interviews werden opgenomen, letterlijk uitgeschreven en geanalyseerd door middel van thematische analyse.

Na afronding van het interview werd de patiënt een korte vragenlijst voorgelegd, waarin aan de hand van 5-punts Likertschalen naar zijn/haar rationele en emotionele evaluatie van de vragenlijst en van het interview in zijn geheel gepeild werd, alsook naar de plaats van een dergelijk gesprek binnen de relatie met de huisarts.

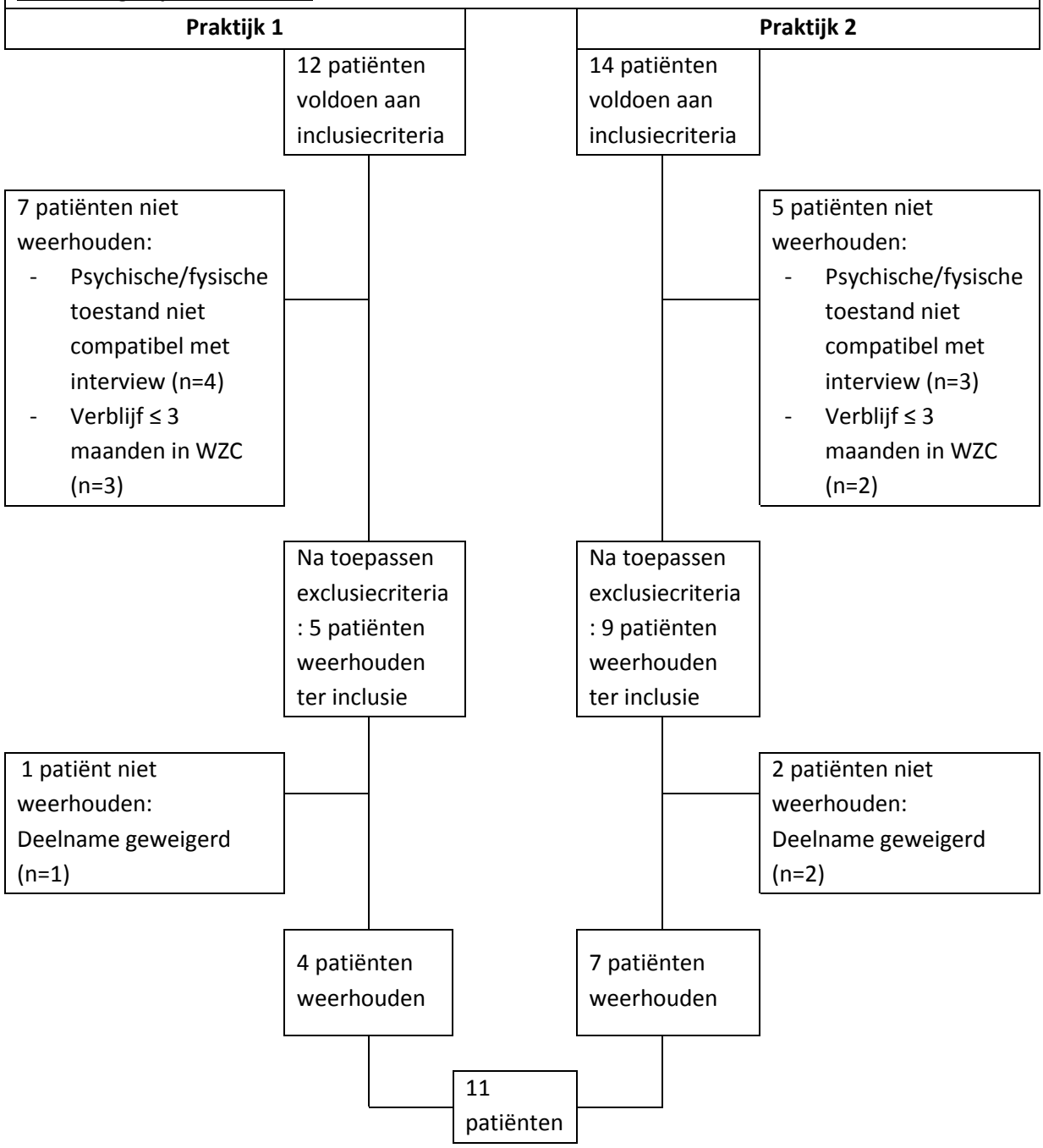
c. Resultaten

i. Deelnemers

In beide opleidingspraktijken kwamen respectievelijk 12 en 14 patiënten in aanmerking voor inclusie. Vijf hiervan verbleven echter minder dan 3 maanden in een WZC, zeven andere patiënten werden omwille van fysieke of psychische beperkingen geëxcludeerd. Uiteindelijk stemden 11 patiënten in met een interview, wat gemiddeld 22 minuten in beslag nam (range: 4-50 minuten). De patiëntselectie wordt grafisch weergegeven in afbeelding 1.

Voor een overzicht van de demografische gegevens van de deelnemers verwijzen we naar tabel 1.

Afbeelding 1: patiëntselectie



Tabel 1. Demografische gegevens

- Geslacht: 7 vrouwen, 4 mannen
- Leeftijd: gemiddeld 85.4 jaar (79-94 jaar)
- Geloofsovertuiging: 9 katholiek, 2 niet-religieus
- Opleidingsniveau: gemiddeld tot 15 jaar naar school geweest (14-21 jaar)
- Burgerlijke status: 5 weduwe/weduwnaar, 2 gescheiden, 4 getrouwd waarvan 3 nog samenwonend met partner
- Gemiddelde verblijfsduur in WZC: 2.4 jaar (3 maanden- 7 jaar)
- Grootte WZC: gemiddeld 108 woongelegenheden (67- 160 woongelegenheden)
- Achtergrond WZC: 4 WZC van OCMW, 7 privé-WZC

ii. Spirituele noden en steunbronnen

Uit de interviews bleek dat het merendeel van de patiënten een algemeen gevoel van tevredenheid kende. Hoewel een kleine helft (n=5) een duidelijk effect van het verblijf in een WZC op het dagdagelijks leven vermelde, vond slechts een kwart van de respondenten dat hun levensevenwicht verstoord was. Ook in het tweede, analytische luik van het SDAT-instrument werd door de onderzoekers slechts zelden een nood als onvervuld gescoord. Tabel 2 vat de vermelde bronnen van spirituele steun en de aangehaalde spirituele noden en behoeften samen.

Tabel 2. Noden, behoeften en bronnen van steun van WZC-bewoners

Noden en behoeften	Bronnen van steun
Geloof	
- Nood aan frequentere eucharistievieringen - Nood aan toegankelijke eucharistievieringen (fysieke beperkingen)	- Geloof als steun tijdens laatste levensfase - Actieve medewerking aan eucharistieviering in WZC als steun
Sociaal	
- Eenzaamheid - Nood aan frequenter bezoek - Nood aan goede familiale relaties - Nood aan gemoedsrust omtrent familiale thema's - Nood aan mantelzorger - Nood aan frequenter contact met medebewoners - Nood aan probleemloze omgang met medebewoners - Gemis aan thuiswonende partner - Gemis aan direct contact met parochie	- Bezoek (familie/vrienden) als steun - Mantelzorger als steun - Contact met medebewoners als steun
Zorgverlening	
- Nood aan erkenning door zorgverleners - Nood aan kwaliteitsvolle zorgverlening - Nood aan aandacht (werkschema zorgverlening) - Nood aan zachtaardige benadering door zorgverleners - Nood aan vertrouwensband met huisarts - Nood aan frequenter contact met huisarts - Nood aan informatie omtrent gezondheidstoestand	- Vroegtijdige zorgplanning als steun - Vertrouwen in omgeving omtrent gezondheidsbeslissingen
Inzichten	
- Heimwee naar (t)huis - Angst voor verlies menswaardigheid - Nood aan aanvaarding hulpbehoevendheid - Nood aan aanvaarding hulpbehoevendheid partner - Nood aan vrijheid (fysiek beperking)	- Mogelijkheid tot aanvaarding van levenssituatie als steun

Verblijf WZC	
- Nood aan mogelijkheid tot afscheid van woonst bij verhuis naar WZC - Nood aan activiteiten - Nood aan activiteiten aangepast aan (fysische/psychische) capaciteiten - Nood aan praktische omkadering voor hulpbehoevende partner - Nood aan vrijheid (regels en structuur WZC) - Nood aan administratieve vereenvoudiging WZC - Nood aan vaste tafelpartners	- Aanpassingsvermogen aan praktisch leefomstandigheden als steun - Thuisgevoel door vertrouwd meubilair als steun

De meest aangehaalde of meest frequente noden en krachtbronnen kunnen we als volgt indelen:

1. Geloof

In deze oudere populatie blijkt religie nog een belangrijke plaats in te nemen. Het mag dan ook niet verwonderen dat het geloof an sich aangehaald wordt als bron van steun wanneer men geconfronteerd wordt met lichamelijk lijden, met zijn eigen vergankelijkheid:

> *"Ik aanvaard de situatie zoals ze nu is. Ik ben zelf ook hulpbehoevend, met de kanker heb ik geen last maar de beweging, gezien de vroegere bewegingsvrijheid die ik vroeger had, dat valt eraf. En dan moet ik zelf proberen, zo optimistisch mogelijk te blijven. Nu ondervind ik wel, ik ben een gelovig man en mijn vrouw ook. Dat geeft me toch de kracht, of toch als motivatie toch ook. Wel met moeite maar toch met zoveel mogelijk overtuiging dat te dragen. Want eenvoudig is het niet, dat moogt ge begrijpen." (P6)*

Velen noemen zichzelf ook praktiserend gelovig: een ruime meerderheid tracht deel te nemen aan de eucharistievieringen die in het WZC plaatsvinden. Waar enkelen dit vooral als een vorm van dagvulling ervaren, betekent een actieve medewerking aan eucharistievieringen voor anderen veeleer een vorm van sociaal engagement dan louter een beleving van geloof, en op die manier ook een bron van spiritualiteit:

> *"Vanaf de eerste dag, […], vanaf de eerste dag is ons moeke beginnen in de eucharistieviering met de epistel voor te lezen. Zo lang als dat dat ging maar dat is nu niet meer mogelijk. Nu doe ik iedere zaterdag het epistel in de mis, in de eucharistieviering." (P6)*

> *"Ik ga hier [naar de mis], hier is een kapel hé. Daar ga ik 's zondagsvoormiddags al eens hene. […] Ja, om den tijd door te krijgen hé. Die is 's morgens een uur of tien, en voor het eten zijn we terug thuis." (P4)*

Ook de voornaamste spirituele behoeften binnen dit thema houden verband met de praktische aspecten van religie: De vraag naar voor rolstoelgebruikers toegankelijke en naar frequentere vieringen weerspiegelt het verlangen hun geloof te kunnen beleven.

"Ma ge zou soms wel willen dat da [de eucharistieviering] wa meer was, wa dikwijlser." (P2)

"In feite, wekelijks kunnen we hier naar de kerk gaan. Wel beperkt nu door het feit dat mama nu in een speciale zetel zit en ik in een andere." (P5)

Een opvallend antwoord op deze behoefte wordt gevonden in televisie-uitzendingen van eucharistievieringen:

"Ja, vroeger toen ik op het tweede verdiep lag ging ik naar de kapel [daar is elke zondag een eucharistieviering]. Sinds ik op het derde verdiep lig, heeft de pastoor tegen mij gezegd: je mag ook op de televisie zien, dat is even goed als dat je hier beneden komt. Dan luister ik hier naar de tv. Daar zit ik niets mee in." (P8)

2. <u>Sociale aspecten</u>

Eén van de meest uitgesproken spirituele noden is zeker de vereenzaming; ruwweg twee derde van de patiënten erkent eenzaam te zijn. Dit weerspiegelt zich vooral in de vraag naar meer bezoek van zowel familie als vrienden:

"Als je alleen op je kamertje zit alleen, en het is zaterdag en zondag en je krijgt geen bezoek, dan is dat eenzaam ja. Dat mag je goed geloven. […]In de week is er iets te doen eh maar zaterdag en zondag is er niks te doen, dat zijn lange dagen hoor. Je moet blijven zitten eh, je kan niet weg." (P8)

Gepercipieerde barrièrefactoren hiertoe zijn onder meer het feit dat ouderen vaak weinig resterende familieleden hebben, maar ook de drukke job van (klein)kinderen en het vaak weinig kindvriendelijke karakter van een WZC. Tot slot vergroot de verhuis naar een WZC vaak de afstand met – vaak zelf minder mobiele – vrienden en kennissen, waardoor ook dit contact verwatert.
In het verlengde hiervan ligt het belang van een mantelzorger: de wetenschap dat iemand instaat voor de praktische beslommeringen, brengt een zekere rust met zich mee:

"[De familieleden] zouden niks meer moeten doen dan ze nu bezig zijn. Ze doen dat heel goed." (P3)

"We hebben een groot gezin: 5 in leven. Ik heb elk van de kinderen bepaalde opdrachten gegeven." (P5)

"Dat is leuk als er iemand komt. En heb ik iets nodig, dan brengen ze het mee, ik kan dat niet meer zelf gaan halen eh." (P8)

Meerdere bewoners geven verder aan dat zij zich zorgen maken om familiekwesties: afkalvend geloof, gezondheidsproblemen en echtscheidingen binnen de familie brengen heel wat stress met zich mee:

"Maar [mijn kleindochter] heeft het op de moment heel druk, en dat begrijp ik eh, als je in zo een situatie zit! […] [Mijn kleindochter] woont nog in het huis en [haar ex-man] woont met die andere

vrouw bij zijn ouders. En ze zijn nu dus aan het scheiden. […] Ik heb er hartzeer van, maar ja, ik kan er niets aan doen, ik kan het niet veranderen." (P7)

Dit lijden neemt bovendien nog toe wanneer er effectief sprake is van familieruzies:

"Al wa naam heeft uitgestoken, den juge twee keer op mijne nek geschikt. Ik heb mijn geleeg moeten aftekenen. […] [Mijn zussen], die willen da per fors verkopen, da spel is e weg. […] [Mijn zussen] dachten dat ik direct ging dood zijn, ma howla, ik heb tegen den doktoor gezegd, geef mij al pillen waar ik kan lang bij leven. Ik wil de boel overleven. […] Der zou gene frank mogen verteerd worden. Mijn jongste zuster is nog de ergste." (P4)

Het sociale aspect omhelst ook de verbondenheid met de medebewoners in het WZC. Een vlotte omgang met de andere bewoners maakt het leven aangenamer, brengt een zekere deugd met zich mee:

"[De andere rusthuisbewonders] hebben mij graag.[…] Ja, ik moet het zeggen zoals het is. Ik ben heel graag gezien." (P3)

"Elke middag kan je in de eetkamer je middageten eten. Van de 9 koppels die er nu zijn, zijn er 7 die 's middags komen eten. En om half drie, op dezelfde plaats dan, dan komen ze vragen om daar een koffie te komen drinken en dan gaan we daar naartoe. Dan zitten we gewoonlijk met een 5-6tal koppels en dan babbelen we onder elkaar en we drinken een tas koffie en we eten een dessertje van 't een of 't ander en ja dat is zo leer je de mensen ook wat kennen eh" (P6)

Omgekeerd kan het gebrek hieraan leiden tot isolatie, tot een verlangen naar meer contact:

"Ik ga graag eens naar beneden, ik ben graag onder de mensen. Maar hij (de dementerende echtgenoot) niet eh, ik krijg hem hier niet weg. Het is nu zo eh." (P7)

Vaak zijn het opnieuw de fysieke beperkingen van de patiënt zelf of van diens partner die leiden tot deze afzondering. Opvallend is dat niet alleen de mate waarin men de overige patiënten ziet te wensen overlaat, meerdere patiënten geven zelfs aan niet goed overweg te kunnen met het gedrag van andere bewoners, hetgeen tot conflicten leidt:

"Er zijn altijd mensen in de groep die je liever niet hebt eh, er zat er één mee met den bal te spelen, een die zo voor het kortverblijf is, die zit nu met den bal te spelen. Maar een deugeniet! […]. Je moet ze in het oog houden eh, dat is geen aangenaam mens. […] Elke groep heeft altijd 'een gehandicapte' er tussen zitten maar niet zo, gelijk de deze. Dat is geen vergelijk. Ze zullen zeker in de administratie moeten aannemen ofzo, ik weet het niet. Als ze hier aankomen, moeten ze dan direct zeggen hier is uw bed en uw kamer enzo? Ik weet het niet .Tussen alle koren is er kaf zeggen ze eh." (P10)

"Och mense, hier is ook altijd miserie, met die mensen. Der zijn er tussen waar ge geen huis bij kunt houden." (P4)

3. Gezondheidszorg en zorgverlening

Vooreerst dient het gezegd dat de overgrote meerderheid globaal genomen tevreden is van de aangeboden zorg, zowel vanwege het verplegend personeel als van de (huis)arts.
Toch blijkt het contact met het personeel niet steeds optimaal te verlopen. Zo wordt hun drukke werkschema enkele malen aangehaald om te wijzen op de soms wat beperkte aandacht die iedere individuele patiënt krijgt:

"Ja, thuis zullen ze me laten doen en hier niet. Nu is er weer een verpleegster weg, dus zijn ze minder soepel." (P9)

"Ja, [de verpleging], dat is goed. Nu op deze moment komt er veel te veel zien eh voor de verpleging. Die hebben het druk hoor soms." (P10)

Een enkele keer leidt dit zelfs tot een agressieve houding jegens de patiënt:

"Ik mocht van de hoofdverpleegster, die zei als je teveel last hebt, dan blijf je gewoon op uw kamer eten. Nu zijn er 2 verpleegsters weg, en ik mag niet meer op mijn kamer eten. […] Ah ja en ik bleef dus hier en [de verpleegster] komt binnen, zonder kloppen of iets, hier gij zei ze, ge gaat nu mee met mij. Dat geloof ik niet zei ik. […] En ge zult mee gaan, zei ze en ze pakt dat boek en ze staat daar aan de kast en ze heeft ze naar mijn kop gesmeten." (P9)

Ondanks het feit dat velen positief gestemd zijn over de erkenning van hun persoon vanwege hun zorgverleners, geeft een enkeling toch aan dat de verzorging onvoldoende moeite doet om haar te leren kennen:

"Ze willen me niet voldoende kennen, de verpleging, want als ik hen vraag om dat boekje te lezen over fibromyalgie (ik heb er nu al 3 omdat de ziekte nu pas erkend geraakt), maar ze staan er niet voor open." (P9)

Hoewel velen aangeven een goed contact te hebben met hun huisarts, geeft men sporadisch aan een onderlinge vertrouwensband te missen:

"De huisdokter niet nee, daar heb ik het soms wel moeilijk mee. Ik weet zo niet eigenlijk, […], iedere maand moet ik naar de kliniek op bezoek en ze heeft mij nog nooit gevraagd hoe is het nu of 't een of 't ander. Ze mocht er zelf ook eens achter vragen. Ze krijgt wel een verslag uit de kliniek maar ja." (P6)

Ook wanneer de huisarts onvoldoende vaak op bezoek komt, brengt dit enige wrevel met zich mee:

"Dat is nen doktoor die je nooit niet ziet!" (P8)

Bovendien geven sommige patiënten te kennen onvoldoende informatie te krijgen over hun gezondheidstoestand en hun behandeling:

"Ja, die geeft nie veel uitleg, […] Ik wou dat ik wist voor wa da die pillen allemaal waren, die hier voor mij staan, voor vandaag nog. Die… Die klein, da's voor het dinge, allez, wa is mij da toch voor een dooske, da's voor tegen de pijn, …" (P4)

Nochtans kan een vroegtijdige planning omtrent de verdere zorgen, afgestemd op de persoonlijke gezondheidsproblemen en rekening houdend met de wensen van de patiënt, heel wat zorgen wegnemen:

"We hebben een akkoord gemaakt, hij heeft dat misschien verteld. Hoe dat we de toekomst zien. […]Dat hebben we afgesproken, hij zegt nog: x, ge weet wat we hebben afgesproken eh." (P9)

Omgekeerd is niet iedereen vragende partij om meer betrokken te zijn bij de beslissingen rond zijn gezondheid. Verschillende patiënten gaven net aan rust te vinden in het vertrouwen dat zij hebben in hun directe omgeving om de juiste beslissingen rond hun zorg te nemen:

"Nee, dat weet ik niet maar ik weet wel welke soort medicatie ik moet nemen. Welk pilleke weet ik niet. […]Ja, ik vertrouw er op, dat wordt allemaal op den bureau geregeld eh en besproken." (P10)

4. <u>Psychische aspecten</u>

De meest uitgesproken spirituele behoeften vloeien misschien wel voort uit psychische beslommeringen. Hoewel de beslissing om naar een rusthuis te verhuizen vaak berustte op een medische noodzaak of op de zorgbehoevendheid van de partner en ondanks het feit dat een meerderheid aangeeft deze verhuis niet als moeilijk te ervaren, is heimwee naar het thuisgebeuren (gezinsleven, eigen huishouden,…) of naar de thuiswonende partner een regelmatig terugkerend verlangen:

"Nee [ik mis geen dingen van thuis], alleen mijn vrouw, die komt niet dikwijls." (L11)

"Wat er soms tegenvalt, dat is in kleine mate, we zijn thuis ons moeke haar keuken gewoon. Ze kookte elke dag voor mij en de 6 kinderen, dat is iedere dag. We zeggen allemaal, het is hier een goede keuken, maar het kan ons moeke haar keuken niet aan." (P6)

"Je had je kinderen rondom jou, ze trouwen en zo, er is gedurig iets te doen in een huishouden. Tegen hier niet eh, ze zetten hier ook wel een keer een spelletje op gang maar eens dat gedaan is …" (P10)

De redenen om deze vertrouwde thuissituatie in te ruilen voor een verblijf in een WZC heeft veelal te maken met de gezondheidstoestand van de patiënt of diens partner, dewelke vaak resulteert in een afgenomen zelfredzaamheid die leidt tot een toegenomen afhankelijkheid van derden. Het besef van de eigen hulpbehoevendheid of net van de gestage fysieke achteruitgang van iemands levenspartner is voor meerdere bewoners een zware last om dragen:

"Ik mis alleen de gezondheid van ons moeke. Dat vraagt een hele aanpassing." (P6)

"[Ik zou mezelf omschrijven] als een lastpost. Omdat ik teveel beroep op [de verpleging] moet doen. Ik wil nog te veel doen, dan valt dat glas op de grond en natuurlijk, zij zeggen dat ik hier op hen beroep moet doen maar ze zijn al zo belast." (P5)

Wanneer deze hulpbehoevendheid bovendien gepaard gaat met een afgenomen mobiliteit en eventueel daarmee gepaard gaande rolstoelgebondenheid, weegt ook het verlies aan persoonlijke vrijheid op de patiënt:

"Ik kan mij in de zetel betrekkelijk goed helpen. Als we te samen gaan eten, we vormen een treintje. Ik duw mijn vrouw en ik word geduwd. We passen ons aan. Af en toe maken we ons wel zorgen maar afain, …, dat je gelimiteerd bent in je mogelijkheden." (P5)

Tot slot geeft een enkeling aan dat de eigen fysieke detoriatie en het lijden dat men in zijn directe omgeving ervaart, leidt tot een zekere bezorgdheid om een mensonwaardig levenseinde:

"Da ze mij maar nie blind maken, daar heb ik schrik van.[…] Want da heb ik al gezegd, dan maak ik mij van kant zunne. Ge moet eens zien hieer op't tweede, wa sukkelaars daar liggen. Nie van zien, da weet ik nie. Ma nie meer uit hun bed kunnen hé.[…] (schudt nee) Zo wijt geraken da ik moet in mijn bed blijven de hele dag…" (P4)

Tegenover al deze noden en behoeften staat de mogelijkheid tot aanvaarding als bron van steun. Zij die aangeven over het vermogen te beschikken hun lot te aanvaarden, ervaren minder spirituele stress:

"Ik aanvaard de situatie zoals ze nu is" (L2)

5. <u>Verblijf in een WZC</u>

Hoewel een nipte meerderheid van de bevraagde patiënten aangeeft weinig invloed van het verhuizen naar een WZC op hun dagdagelijks leven te ondervinden, houden de praktische gewoonten en gebruiken eigen aan het leven in een georganiseerde woonvorm soms ook spirituele behoeften in.
Zo ervaart met het als een gemis wanneer men, bijvoorbeeld bij een verhuis onmiddellijk aansluitend op een hospitalisatie, niet de kans gekregen heeft afscheid te nemen van de eigen woonst:

"[Het feit dat ik sinds het ziekenhuis niet meer ben thuis geweest], daar heb ik wel hard zeer van. […]Ja [nog eens langs huis passeren] had ik wel graag gehad. Ik zeg niet dat ik hier tegen mijn goesting naar toe ben gekomen eh, maar ik had toch graag even thuis willen zijn. En [mijn man] ook natuurlijk eh. Ik kan het niet uit zijn hoofd zetten." (P7)

Omgekeerd kan de aanwezigheid van enkele vertrouwde meubelstukken of decoraties helpen een thuisgevoel op te wekken waarin de bewoner tot rust kan komen:

"Nee, ik ben het hier direct gewoon geweest. Als ik het onder moe was, dan kwam ik hier tussen mijn meubels zitten. En voelde ik mij thuis." (P4)

Ook de bezorgdheid om het verlies van een stukje vrijheid komt terug naar voren in de regels, structuur en dagindeling van een WZC:

> *"[Het verblijf in WZC heeft] grote gevolgen, hoe zou ik zeggen… toen we vroeger zelfstandig woonden, ben je baas vrij te doen en gaan wat je wilt. Nu ben je gebonden aan een serie regels die het leven menselijk en dragelijk te maken. Dat is om het leven gemakkelijker te maken. Je verliest dus een stuk vrijheid." (P6)*

Een zeer specifieke behoefte die voortvloeit uit dit gestructureerd samenleven is de vraag naar vaste, aangename tafelpartners. Een vlot contact met medebewoners tijdens de maaltijd maakt het leven immers aangenamer:

> *"Ik kom aan mijn plaats om te eten, en er was geen plaats meer, ze hebben mij verzet. Nochtans ik zat daar goed. En nu heb ik een mens dat niet kan spreken, dus als ze iets vraagt dan weet ik het nog niet. En dat had ik met de andere wel, waar ik daarvoor bij zat." (P9)*

Ook voor hun tijdverdrijf zijn bewoners in grote mate aangewezen op het aanbod aan activiteiten in het WZC. Een goed gevuld dagprogramma helpt niet alleen het onaangename gevoel van verveling te verdrijven, maar blijkt ook de eenzaamheid naar de achtergrond te verschuiven:

> *"Ik doe over het algemeen aan alles mee eh want anders heb je niks eh. Zij die op hun kamer blijven zitten, die hebben niks eh. […] Alle dagen iets vers. Vandaag zijn we de kerstbomen aan het versieren. […] Ik doe dat graag mee, omdat de dag dan wat korter is. Als je nu heel de dag alleen op je kamertje moet zitten pfff, je kan toch niet een hele dag naar de televisie zien eh. " (P8)*

> *"Nee [ik voel me eigenlijk niet eenzaam], want in de refter zei er eentje, kom je mee met de bal spelen straks? Awel en dan ben ik mee gaan spelen." (P10)*

Bewoners die zelf nog voldoende zelfredzaam zijn, maken zich dan weer zorgen om de opvang en omkadering voor hun hulpbehoevende partner:

> *"[Ik ga niet graag naar beneden om]dat hij niet wilt, alleen durf ik niet, ik laat hem niet graag alleen. Ik durf dat niet doen. Als ik naar de kapper of de pedicure ga, dat is allemaal beneden. Naar de pedicure gaat hij mee maar als ik naar de coiffeuse ga, dan moet ik zien niet te lang … want ik kan niet te lang weg blijven. Ik betrouw het niet goed. Dat is ambetant maar ja." (P7)*

Ook hier blijkt echter dat een groot aanpassingsvermogen helpt om zich makkelijker te integreren in het typische leven in een WZC.

iii. Evaluatie interviews

Uit het beknopt evaluatieformulier (zie tabel 3) dat na het interview werd afgenomen, bleek dat de patiënten zich tijdens het interview overwegend begrepen en zeer comfortabel voelden. Ook het nut, de duur en de moeilijkheidsgraad van het interview werden positief beoordeeld, de vragen werden als voldoende ruim en duidelijk ingeschat. Gevraagd naar de meerwaarde van een dergelijk

gesprek voor hun verdere behandeling, kon de populatie opgedeeld worden in een groep voorstanders (n=5) en een groep die hier eerder neutraal tot negatief tegenover stond. Nochtans vond slechts 1 patiënt een dergelijk gesprek niet passen binnen de relatie met diens huisarts.

Tabel 3. Evaluatie interviews		
	Gemiddelde	Range
1) Ik voelde me tijdens het interview:		
comfortabel	4.64	3-5
begrepen	4.09	3-5
geëmotioneerd	1.73	1-3
2) Ik vond de inhoud van de vragen:		
duidelijk	4.45	3-5
relevant	3.82	3-5
te gedetailleerd	1.73	1-4
Ik vond het interview in zijn geheel:		
moeilijk	1.18	1-2
nuttig	4.00	2-5
confronterend	1.36	1-3
te lang	1.09	1-2
Het bespreken van spiritualiteit op deze manier:		
past binnen de relatie met mijn huisarts	3.73	1-5
is een meerwaarde voor mijn behandeling	3.64	1-5
moet vaker plaats vinden	3.64	1-5
1= helemaal niet akkoord, 5= helemaal wel akkoord.		

d. Discussie

i. Samenvatting van de resultaten

Uit elf interviews afgenomen aan de hand van het SDAT-instrument en het doorlopen van het hieraan verbonden analytische luik bleek een ruime globale tevredenheid onder de WZC-bewoners. Opvallend was de steun die in moeilijke dagen in het geloof gevonden wordt. Ook sociale contacten en meer specifiek het bezoek van familie en vrienden kunnen als bronnen van spirituele steun weerhouden worden. Tot slot brengt het op een integere manier accepteren van de uitdagingen van de laatste levensfase en een vlotte aanpassing aan het leven in een WZC een zekere rust met zich mee.

Omgekeerd komt eenzaamheid en een gebrek aan goed contact met familie, medebewoners en zorgverleners duidelijk naar voren als een spirituele behoefte. Soms blijft de verwachte kwaliteit, zachtaardigheid en vertrouwelijkheid van de zorgverlening achterwege. Ook heel praktische items eigen aan een WZC-verblijf (daginvulling, opvang van partner, mobiliteit,…) kunnen een spirituele

nood induceren. Daartegenover staan tot slot meer beschouwelijke noden als omgaan met inperking van de persoonlijke vrijheid en aanvaarding van de hulpbehoevendheid.
Hoewel de meerwaarde van een dergelijk gesprek met hun huisarts niet voor iedereen even vanzelfsprekend is, geven patiënten wel aan hiervoor open te staan. Het SDAT-instrument wordt hiertoe als nuttig, duidelijk en relevant beoordeeld, zodanig dat patiënten zich comfortabel en begrepen voelen tijdens een interview.

ii. Sterktes en zwaktes

Eén van de voornaamste beperkingen van deze pilootstudie omhelst de patiëntenrecrutering: Omwille van het belang van de persoonlijke vertrouwensband tussen arts en patiënt in het bespreken van spiritualiteit, werd geopteerd om enkel patiënten uit de opleidingspraktijken van beide onderzoekers te includeren. Heel wat WZC-bewoners bleken bovendien om fysieke en/of mentale redenen niet in staat tot een dergelijk interview. Deze twee factoren resulteerden in een selecte studiepopulatie (n=11) met een minder invaliderende gezondheid en een ruimer sociaal en fysiek potentieel, hetgeen als biasfactor geïnterpreteerd kan worden. Toch is de uiteindelijke studiepopulatie zeer divers, zowel naar persoons- als naar WZC-gebonden kenmerken.
Geen van beide onderzoekers was voorafgaand aan deze studie specifiek opgeleid in het afnemen van een spirituele anamnese, hetgeen ongetwijfeld het verloop en de inhoud van de interviews beïnvloed heeft. Voor de verdere kwalitatieve analyse van de gegevens kan deze beperkte vooringenomenheid echter als een pluspunt beschouwd worden.
Elk interview werd gecodeerd door beide interviews, voor onderling afwijkende coderingen werd naar een consensus gezocht. Helaas kon geen saturatie bereikt worden. Het verdere onderscheid in descriptieve en analytische thema's alsook de interpretatie van de resultaten gebeurde steeds in onderling overleg. Het finaal beantwoorden van de onderzoeksvraag berust op de aan kwalitatief onderzoek eigen zijnde subjectieve inschatting van het belang van bepaalde thema's, maar houdt tevens de beperking van mogelijke onvolledigheid in.

iii. Vergelijking met de literatuur

Wanneer we onze resultaten vergelijken met de literatuur, vallen vooral de gelijkenissen op.
Wat betreft spirituele noden op vlak van geloof, weerhouden we het belang van het gebruik van de bijbel als voornaamste verschil.[8, 9]
Sociale spirituele noden krijgen ook in de literatuur heel wat aandacht. [8, 9, 10, 11, 12, 13, 14] Zo wordt het belang van een vrijblijvende babbel [9,12] maar ook van een diepgaand, vertrouwelijk gesprek expliciet vermeld.[13] Ook de ondervinding geholpen en gesteund te worden door anderen,[9,12] maar evengoed de mogelijkheid anderen nog bij te staan vormen een opvallend verschil met onze studie. [8,15] Hart haalt verder aan dat men verwacht dat zorgverleners open staan voor een spiritueel gesprek,[16] Kernohan weerhoudt de verwachting de familie extra te ondersteunen bij het overlijden.[13] Een laatste toevoeging is de appreciatie van het werk van vrijwilligers.[17] Vroegtijdige zorgplanning en vertrouwen in de omgeving wat betreft gezondheidsbeslissingen, is dan weer iets dat enkel in onze interviews aan bod is gekomen.
In de literatuur komen er verder abstracte begrippen als de nood aan hoop, vreugde, vertrouwen en vergevingsgezindheid en de vraag naar verantwoordelijkheid voor het leven en de situatie naar voren[8, 9, 12, 13, 14] Ook de kunst dag per dag te leven, het kunnen terugblikken op het leven en het kunnen beëindigen van levenstaken kwamen niet letterlijk aan bod tijdens onze interviews. [8, 10]

Vermoedelijk zijn deze begrippen ook wel belangrijk voor onze patiënten maar zijn ze te abstract om spontaan te benoemen tijdens het interview.
Verder springt ook de nood om natuur te ervaren in het oog [8, 10, 11]
Opvallend is de afwezigheid in de literatuur van spirituele noden die voortvloeien uit het verblijf in een woonzorgcentrum . Enkel het creëren van een thuisgevoel door middel van vertrouwde meubelstukken en persoonlijke decoratie wordt ook door Rigby vermeldt.[11] Mogelijks zijn andere auteurs geneigd de door ons weerhouden noden eerder als praktische of materiële behoeften te benoemen. Nochtans bleken deze in onze studiepopulatie weldegelijk ook tot spirituele distress te leiden.

iv. Implicaties voor de praktijk en aanbevelingen voor verder onderzoek

Voor zover ons bekend werd de SDAT in deze studie voor de eerste maal gebruikt ter bevraging van spirituele noden en behoeften in de specifieke setting van WZC-bewoners. De beperkte gemiddelde duur van een dergelijk interview en de positieve evaluatie en appreciatie door de geïnterviewde patiënten vormt een extra bevestiging van de aanbeveling om bij iedere patiënt een spirituele anamnese af te nemen aan de hand van een gestructureerd instrument.[18] Teneinde bias tijdens de belastende en soms verwarrende aanpassingsperiode na de verhuis te vermijden, lijkt de planning van een spirituele anamnese een 3-tal maanden na verhuis ons optimaal. Om de inhuizing echter zo vlot mogelijk te laten verlopen kan het nuttig zijn te beschikken over informatie uit een eerdere spirituele anamnese. Verder onderzoek is echter nodig rond het gebruik van de SDAT in de thuissituatie, alsook omtrent de mogelijke rol van andere zorgverleners (verpleegkundige, thuiszorg,…).
Verder werd in deze studie gefocust op WZC-bewoners met een eerder goede mentale en fysieke status. Hierdoor viel echter een grote groep patiënten (personen met dementie, acuut of ernstig zieken,…) met duidelijke risico's op spiritueel lijden uit de boot. Een methode om spiritualiteit bij deze patiënten te evalueren verdient dus eveneens verder onderzoek.

e. Conclusie

In een vergrijzende samenleving groeit het belang van de zorg voor ouderen in WZC. Bovendien krijgt ook de spirituele dimensie van de zorg steeds meer aandacht. In het bespreekbaar maken van deze spiritualiteit wordt het SDAT-instrument door de doelgroep gepercipieerd als een nuttig en duidelijk instrument, dat een plaats verdient binnen de omgang tussen de huisarts en zijn patiënt.
In deze oudere populatie is het geloof nog steeds een bron van kracht, net als een groot aanpassingsvermogen en vlotte sociale contacten. Omgekeerd bestaan er heel wat sociale, psychische en WZC-gebonden aspecten die aanleiding geven tot spirituele noden. Hierop een antwoord kunnen bieden is één van de grote uitdagingen voor de nabije toekomst.

f. Referenties

1) Team Gegevensverwerking en Resultaatsopvolging. Sterftecijfers per leeftijd: sterfterisico en bevolkingspiramide[Online publicatie]. Brussel: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Afd. Informatie en Ondersteuning, [geraadpleegd op 08-01-2013], Beschikbaar op: http://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers/Sterftecijfers/Algemene-sterftecijfers/Sterftecijfers-per-leeftijd--sterfterisico-en-bevolkingspiramide/
2) Team Gegevensverwerking en Resultaatsopvolging. Programmacijfers voor woonzorgcentra[Online publicatie]. Brussel: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Afd.

Informatie en Ondersteuning, [geraadpleegd op 08-01-2013], Beschikbaar op: http://zorg-en-gezondheid.be/programmatiewoonzorgcentra/#inleiding

3) *Houttekier D, Cohen J, Surkyn J, Deliens L. Study of recent and future trends in place of death in Belgium using death certificate data: a shift from hospitals to care homes. BMC Public Health 2010;11:228-37*

4) http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/

5) Monod S, Brennan M, Rochat E, et al. Instruments measuring spirituality in clinical research: a systematic review. J Gen Intern Med.2011;26(11):1345-57

6) Leget C, Staps T, van de Geer J, Mur-Arnoldi C, Wulp M, Jochemsenuut H. Nederlandse Richtlijn Spirituele Zorg 2010, Beschikbaar op www.oncoline.nl/spirituele-zorg

7) Gaskamp C, Sutter R, Meraviglia M, Adams S, Titler M G. Evidence-based guideline: Promoting spirituality in the older adult. Journal of Gerontological Nursing 2006;32(11):8-13.

8) Hermann CP. Spiritual needs of dying patients: a qualitative study. Oncol Nurs Forum. 2001 Jan-Feb;28(1):67-72.

9) Hermann CP. The degree to which spiritual needs of patients near the end of life are met. Oncology Nursing Forum, 2007 Jan; 34 (1): 70-8

10) Thompson GN, Chochinov HM. Reducing the potential for suffering in older adults with advanced cancer. Palliat Support Care. 2010 Mar;8(1):83-93.

11) Rigby J, Payne S, Froggatt K. Review: what evidence is there about the specific environmental needs of older people who are near the end of life and are cared for in hospices or similar institutions? A literature review. Palliat Med. 2010 Apr;24(3):268-85.

12) Tan HM, Braunack-Mayer A, Beilby J. The impact of the hospice environment on patient spiritual expression. Oncol Nurs Forum. 2005 Sep 1;32(5):1049-55.

13) Kernohan WG, Waldron M, McAfee C, Cochrane B et al. An evidence base for a palliative care chaplaincy service in Northern Ireland. Palliat Med. 2007 Sep;21(6):519-25.

14) Stephenson PL; Draucker CB; Martsolf DS. The experience of spirituality in the lives of hospice patients. Journal of Hospice & Palliative Nursing, 2003 Jan-Mar; 5 (1): 51-8

15) Ben Natan M, Garfinkel D, Shachar I. End-of-life needs as perceived by terminally ill older adult patients, family and staff. Eur J Oncol Nurs. 2010 Sep;14(4):299-303.

16) Hart A Jr, Kohlwes RJ, Deyo R et al. Hospice patients' attitudes regarding spiritual discussions with their doctors. Am J Hosp Palliat Care. 2003 Mar-Apr;20(2):135-9.

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

18) Puchalski C, Virani R, Baird P, et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the consensus conference. J Pall Med 2009;12(10): 885-904

4. Abstract

Inleiding: De actuele spirituele toestand van een individu kan variëren van spiritueel welzijn tot spirituele nood. Heel wat factoren kunnen de balans tussen spirituele krachtbronnen en noden uit evenwicht brengen. Onder meer fysieke en cognitieve beperkingen, hulpbehoevendheid, verlies aan privacy, het verlies van naasten en uiteindelijk het eigen naderende levenseinde maken bewoners van woon- en zorgcentra (WZC) tot een kwetsbare groep. In een vergrijzende maatschappij neemt deze populatie bovendien steeds in omvang toe. Gezien onvervulde spirituele noden leiden tot een verhoogde morbiditeit en mortaliteit, is het ook aan de arts aandacht te hebben voor het spiritueel welzijn van de patiënt. Meerdere instrumenten om spirituele noden in kaart te brengen zijn beschikbaar, maar consensus over de meest geschikte methode voor gebruik bij oudere bewoners van WZC ontbreekt.

Doel: Het identificeren en uittesten van het meest geschikte instrument om de spirituele noden van mensen in een woon- en zorgcentrum te bevragen.

Design: Systematisch literatuuroverzicht – Pilootstudie

Methode: Na een systematisch literatuuroverzicht in Medline, CINAHL en PsycInfo werden instrumenten ter bevraging van spirituele noden en krachtbronnen opgelijst en beoordeeld op vijf criteria (validering, inhoud, duur, complexiteit en spontaneïteit). Aan de hand van het meest geschikte instrument werden interviews afgenomen en vervolgens geanalyseerd naar spirituele krachtbronnen en noden. De patiënten werd nadien om een evaluatie van gesprek gevraagd.

Resultaten: In 44 weerhouden artikels werden 21 instrumenten besproken. De open gespreksvorm en specifieke focus op spirituele noden, de gunstige afnameduur en de beschikbare valideringsgegevens maakten dat de Spiritual Distress Assessment Tool (SDAT) het best voldeed aan onze visie op een geschikt instrument.
In een pilootstudie bij 11 bewoners van WZC werd de SDAT positief geëvalueerd door de doelgroep. Zij voelden zich comfortabel en begrepen, beoordeelden de gestelde vragen als nuttig, duidelijk en eenvoudig en kenden een dergelijk gesprek een plaats toe binnen de (huis)arts-patiëntrelatie.
Het geloof, goede sociale contacten en een aanvaardings- en aanpassingsvermogen kwamen duidelijk naar voren als bronnen van spirituele steun. Eenzaamheid, omgaan met hulpbehoevendheid, de beperkte vrijheid in een WZC en een moeilijke relatie met zorgverleners lagen aan de basis van spirituele noden.

Discussie: Verder onderzoek kan evaluatiecriteria voor instrumenten ter bevraging van spirituele noden beter aflijnen. Het SDAT-instrument identificeert spirituele noden bij WZC-bewoners conform de literatuur, doch ruimere klinische praktijkervaring moet dit verder aantonen.

Conclusie: Het Spiritual Distress Assessment Tool (SDAT) is het meest geschikt instrument ter bevraging van spirituele noden bij WZC-bewoners. Dit instrument en zijn gebruik wordt in een verkennende pilootstudie positief geëvalueerd door de doelgroep, en is in staat spirituele noden te identificeren.

5. Dankwoord

Eindelijk, het zit erop! Met dit dankwoord beëindig ik een project dat een kleine 2 jaar geleden begon. Het was in de nasleep van een masterthesis dat ik in juni 2011 besloot om ook mijn MaNaMa-thesis aan spiritualiteit te wijden. Dit vele werk was mij nooit alleen gelukt; daarom eerst en vooral een speciale vermelding voor Dr. Mertens Lorien, die als collegiale vriendin ook een vriendelijke collega werd in dit eindwerk-avontuur.

Tevens een warm dankjewel voor mijn promotor Prof. Dr. Aertgeerts, co-promotor Dr. Mieke Vermandere en de hele RITUALL-werkgroep, zonder wiens zingevende prikkels en corrigerende adviezen dit eindwerk nooit dezelfde diepgang en kwaliteit had kunnen bereiken. Ook de oprechte interesse van mijn praktijkopleiders Dr. Johan Vandecappelle, Dr. Nelly Morren en Dr. Rudy Nickmans en van mijn stage-coördinator Dr. Leo Pas werd zeer geapprecieerd.

Een teken van dankbaarheid gaat ook uit naar de patiënten die enthousiast en openhartig wilden deelnemen aan dit onderzoek, zeker zij die ons intussen ontvallen zijn. De vele verpleegkundigen in verschillende WZC die ik informeel over dit onderwerp aansprak, beseffen vast niet welke meerwaarde hun inzichten, ervaringen en bedenkingen mij geboden hebben.

Tot slot een knipoog voor zij die van de zijlijn toekeken, een luisterend oor boden, een handje toestaken waar nodig en een troostende schouder bleken op moeilijke momenten. Bedankt Geertje, bedankt mama en papa, bedankt zus om het hoofd te bieden aan mijn frustraties, en sorry om de frustraties die ik jullie aan de hand deed! Ik zal het – waarschijnlijk – nooit meer doen!

6. Bijlagen

Bijlage 1.	Aanvraag ethisch comité	Pg S1-S9
Bijlage 2.	Toestemmingsformulier	Pg S10-S11
Bijlage 3.	SDAT-instrument	Pg S12-S13
Bijlage 4.	Formulier demografische gegevens	Pg S14
Bijlage 5.	Evaluatieformulier interview	Pg S15

VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

SPIRITUALITEITSBEVRAGING BIJ PATIËNTEN IN WOONZORGCENTRA.

2. GEGEVENS VAN DE BEGELEIDENDE EN SUPERVISERENDE ONDERZOEKER(S)

PROMOTOR

- NAAM: PROF. DR. AERTGEERTS
- FUNCTIE: HOOFD VAN ACHG…
- UNIVERSITEIT: LEUVEN…
- FACULTEIT/VAKGROEP: GENEESKUNDE…
- TELEFOONNUMMER: +32 16 3 37481 of +32 16 3 37468 …
- FAX: +32 16 3 37480…
- E-MAIL: BERT.AERTGEERTS@MED.KULEUVEN.BE …
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: PROF. DR. GOFFIN

CO-PROMOTOR

- NAAM: DR. MIEKE VERMANDERE
- FUNCTIE: MD…
- UNIVERSITEIT: K.U.LEUVEN…
- FACULTEIT/VAKGROEP OF OPLEIDINGSPRAKTIJK: GENEESKUNDE…
- TELEFOONNUMMER: +32 (0)16 337 536…
- FAX: +32 (0)16 337 480
- E-MAIL: MIEKE.VERMANDERE@MED.KULEUVEN.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: PROF. DR. GOFFIN

3. GEGEVENS VAN DE HOOFDONDERZOEKER; HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM: NICKMANS BRECHT
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: KU LEUVEN
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0498/61.08.26
- E-MAIL:BRECHT.NICKMANS@GMAIL.COM OF BRECHT.NICKMANS@STUDENT.KULEUVEN.BE

4. GEGEVENS VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK VAN DE HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: DR. VANDECAPPELLE JOHAN
- ADRES: VIER UITERSTEN 32, 8200 ST-ANDRIES
- TELEFOONNUMMER: 050/31.82.88
- E-MAIL: DR.JOHAN.VANDECAPPELLE@BUSMAIL.NET
- TYPE-PRAKTIJK: SOLOPRAKTIJK

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

- **NIET VAN TOEPASSING**

- PROJECTNUMMER ETHISCHE COMMISSIE: …
- NAAM ONDERZOEKER: …
- DATUM GOEDKEURING: … (KOPIE TOEVOEGEN)

6. PERIODE (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)

- START ONDERZOEK - EINDE ONDERZOEK: ZOMER 2012

7. SOORT ONDERZOEK

X **PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK**
- ❑ VERZAMELEN VAN PATIENTENGEGEVENS, DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVEN ZIJN (=GEEN ENKEL AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME)
- ❑ VRAGENLIJSTEN
  X **INTERVIEW**

❑ RETROSPECTIEF ONDERZOEK
- ❑ GEGEVENSVERZAMELING VAN PATIËNTEN DOOR U PERSOONLIJK BEHANDELD
- ❑ GEGEVENSVERZAMELING VAN EEN GROEP PATIËNTEN VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK WAAR U STAGE LOOPT MET EEN BEPAALDE PATHOLOGIE
  - ❑ WELKE PERIODE: ….

❑ INTERVENTIONEEL ONDERZOEK
- ❑ MET GENEESMIDDEL (ALLE ITEMS VAN TOEPASSING AANDUIDEN)
  - ❑ FASE I
  - ❑ FASE II
  - ❑ FASE III
  - ❑ FASE IV
  - ❑ PROEF VOOR GENTHERAPIE EN SOMATISCHE CELTHERAPIE
  - ❑ PROEF MET GENEESMIDDELEN DIE GENETISCH GEWIJZIGDE ORGANISMEN BEVATTEN
  - ❑ PROEF MET CELTHERAPIE MET XENOGENEN

- ❑ ANDERE SPECIFICEER (VB MEDICAL DEVICE**,** BLOEDAFNAME, RX,…)
  - ❑ MEDICAL DEVICE
  - ❑ BLOEDAFNAME, RX,…

8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

HET VERLENEN VAN GOEDE MEDISCHE ZORG OMVAT NIET ENKEL HET LICHAMELIJKE ASPECT, MAAR OOK EEN PSYCHISCHE EN SOCIALE COMPONENT. BOVENDIEN KAN OOK SPIRITUELE ZORG TOT HET TAKENPAKKET VAN DE HUISARTS BEHOREN. SPIRITUALITEIT HEEFT EEN HELE RUIME BETEKENIS: SPIRITUALITEIT IS EEN ONDERDEEL VAN HET MENS-ZIJN, WAARIN MEN OP ZOEK GAAT NAAR DE ZIN VAN HET LEVEN, NAAR BRONNEN VAN INSPIRATIE, …
VOORAL OP SCHARNIERMOMENTEN IN HET LEVEN (ZOALS BV ERNSTIGE ZIEKTE) RISKEERT HET SYSTEEM VAN WAARDEN EN OF OVERTUIGINGEN VAN DE PATIËNT UIT BALANS TE GERAKEN, EN KAN DE PATIËNT EEN SPIRITUELE CRISIS DOORMAKEN. DOOR DE TOENEMENDE LEEFTIJD WORDEN OUDEREN VAAK GECONFRONTEERD MET FYSIEK ONGEMAK, ZIEKTE, VERLIES VAN COGNITIEVE VERMOGENS, … WAARDOOR ZE BIJZONDER KWETSBAAR ZIJN.
SPIRITUALITEIT IS BELANGRIJK VOOR DE ARTS-PATIËNTENRELATIE. ZO KUNNEN SPIRITUELE EN RELIGIEUZE OVERTUIGINGEN EEN INVLOED HEBBEN OP HOE MENSEN OMGAAN MET ZIEKTE. OOK BEÏNVLOEDT IEMAND ZIJN GELOOF DE MANIER HOE MEN IN ZIJN/HAAR LEVEN STAAT DE KEUZE VAN BEHANDELING.
UIT STUDIES BLIJKT DAT PATIËNTEN VAN HUN ARTS VERLANGEN DAT DEZE HUN SPIRITUELE BEHOEFTEN BEVRAAGT. MAAR ALVORENS MEN AANGEPASTE, INDIVIDUELE ZORG OP MAAT KAN VERLENEN AAN EEN PATIËNT, MOET MEN EERST DE SPIRITUELE BEHOEFTEN IN KAART BRENGEN. HELAAS GEBEURT DIT NOG VEEL TE WEINIG: MET WEET NIET GOED HOE MEN ZO'N GESPREK KAN STARTEN, VOELT ZICH HIER ONWENNIG BIJ, IS ZICH NIET BEWUST VAN HET PROBLEEM EN DERGELIJKE.

DE LITERATUUR BIEDT ONS VERSCHILLENDE INSTRUMENTEN OM ONS TE HELPEN BIJ ZO EEN SPIRITUELE ANAMNESE.
DEZE STUDIE TRACHT AAN DE HAND VAN EEN –UIT DE LITERATUUR GEKOZEN- INSTRUMENT DE SPIRITUELE BEHOEFTEN VAN PATIËNTEN IN WOONZORGCENTRA IN KAART TE BRENGEN. ER WERD ALS ONDERZOEKSPOPULATIE GEKOZEN VOOR WOONZORGCENTRABEWONERS OMDAT OUDEREN EEN KWETSBARE GROEP VORMEN, ONDER ANDERE OOK OP SPIRITUEEL VLAK, EN OMDAT EEN VERBLIJF IN WOONZORGCENTRA GEPAARD GAAT MET SPECIFIEKE BEPERKINGEN (ZOALS BIJVOORBEELD PRIVACY) EN OPPORTUNITEITEN (INTENSIEVERE ZORGMOGELIJKHEDEN, …).
ALLE PATIËNTEN DIE IN BEIDE OPLEIDINGSPRAKTIJKEN BESCHIKBAAR ZIJN, IN AANMERKING KOMEN EN WILLEN DEELNEMEN, ZULLEN IN DE STUDIE OPGENOMEN WORDEN.
NADAT DE PATIËNT GEÏNFORMEERD WERD EN HIJ/ZIJ ZIJN/HAAR TOESTEMMING GEGEVEN HEEFT, ZAL ER EEN SPIRITUELE ANAMNESE WORDEN AFGENOMEN DOOR ÉÉN VAN DE TWEE ONAFHANKELIJKE ONDERZOEKERS (ELKE HAIO DOET DE ANAMNESE BIJ DE PATIËNTEN VAN ZIJN/HAAR OPLEIDINGSPRAKTIJK) AAN DE HAND VAN HET GEKOZEN INSTRUMENT. DEZE GESPREKKEN WORDEN OP BAND OPGENOMEN EN NADIEN VERBATIM UITGESCHREVEN. VERVOLGENS WORDEN DEZE INTERVIEWS KWALITATIEF GECODEERD DOOR 2 ONDERZOEKERS, ONAFHANKELIJK VAN ELKAAR.
HET UITEINDELIJKE DOEL IS DE SPIRITUELE BEHOEFTEN/VERLANGENS VAN WOONZORGCENTRABEWONERS IN KAART TE BRENGEN.

9. IS HET ONDERZOEK

X **DIAGNOSTISCH**
- ❑ FYSIOLOGISCH
- ❑ MORFOLOGISCH
- ❑ THERAPEUTISCH
- ❑ FYSIOPATHOLOGISCH
- ❑ EPIDEMIOLOGISCH

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

- ❑ JA

X **NEEN** (WEL WOONZORGCENTRA)

11. WIE IS DE OPDRACHTGEVER VAN DE NIET INDUSTRIE GESPONSORDE STUDIE

FACULTEIT GENEESKUNDE (VUL UNIVERSITEIT IN) KU LEUVEN

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?

- ❑ JA

X **NEEN**

PATIËNTEN LIJDEND AAN : DIVERSE PATHOLOGIËN

B. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?

- ❑ JA

X **NEEN**

C. AANTAL PROEFPERSONEN: 20-30 PATIËNTEN IN HET TOTAAL (AFHANKELIJK VAN HET AANTAL PATIËNTEN DIE IN BEIDE OPLEIDINGSPRAKTIJKEN BESCHIKBAAR ZIJN EN IN AANMERKING KOMEN)

D. LEEFTIJD : 75+

E. GESLACHT : MAN OF VROUW

F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD? ALLE PATIËNTEN IN BEIDE OPLEIDINGSPRAKTIJKEN DIE IN AANMERKING KOMEN VOOR DEZE STUDIE.

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN?

X **JA**
❑ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN BEKOMEN NA EEN KLARE EN OBJECTIEVE UITEENZETTING VAN HET DOEL VAN HET ONDERZOEK ?

SCHRIFTELIJK :

X **JA**
○ NEEN

MONDELING :

X **JA**
❑ NEEN

ZIJN ER SPECIALE GROEPEN : EIGEN STUDENTEN, EIGEN PERSONEEL ? NEE

B. GAAT HET OM WILSONBEKWAME VOLWASSENEN? (= SOMMIGE PSYCHIATRISCHE PATIENTEN, PERSONEN IN DE ONMOGELIJKHEID HUN WIL TE UITEN, ...)

❑ JA
X **NEEN**
WORDT DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

❑ JA
X **NEEN**

ZO JA, DOOR WIE ?

C. GAAT HET OM KINDEREN?

❑ JA
X **NEEN**

WORDT DE TOESTEMMING GEVRAAGD VAN HUN WETTELIJKE VERANTWOORDELIJKEN ?

❑ JA
❑ NEEN

IS ER EEN INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR KINDEREN VANAF 12 JAAR VOORZIEN?

❑ JA
❑ NEEN

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

X **JA**
❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

15. IS HET FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING IN BIJLAGE GEVOEGD ?

X **JA**
❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

16. VERZEKERING

IN PRINCIPE IS HET DE VERZEKERING VAN DE UNIVERSITEIT WAARAAN UW PROMOTOR VERBONDEN IS WAARDOOR U GEDEKT BENT.
WANNEER U EN/OF UW PROMOTOR EEN ANDERE VERZEKERING HEBBEN AFGESLOTEN, GELIEVE DAN DE VERZEKERINGSPOLIS BIJ TE VOEGEN.

17. WERD EEN ANALOOG ONDERZOEK REEDS ELDERS UITGEVOERD, HETZIJ IN ZIJN GEHEEL, HETZIJ GEDEELTELIJK ?

NEE.

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

A. HEEFT HET EXPERIMENT EEN DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH DOEL DAT ONMIDDELLIJK VOORDEEL AAN DE ONDERZOCHTE ZAL BRENGEN ?

❑ JA
X **NEEN**, DIT IS ALVAST NIET DIRECT DE BEDOELING

B. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN DIAGNOSTISCH EN THERAPEUTISCH PLAN WAARVAN MEN MAG VERWACHTEN DAT DE RESULTATEN BINNEN AFZIENBARE TIJD VOOR ANDERE ZIEKEN NUTTIG ZULLEN ZIJN ?

❑ JA
X **NEEN**

C. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN GEHEEL VAN ONDERZOEKEN WAARVAN HET DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH BELANG NIET ONMIDDELLIJK DUIDELIJK IS, MAAR WAARVAN MAG WORDEN VERWACHT DAT DE RESULTATEN LATER TOT DIAGNOSTISCHE OF THERAPEUTISCHE TOEPASSINGEN OF TOT EEN BETERE KENNIS VAN DE FYSIOPATHOLOGISCHE MECHANISMEN ZULLEN LEIDEN ?

❑ JA
X **NEEN**

19. REKENING HOUDEND MET DE HUIDIGE STAND VAN ZAKEN VAN DE WETENSCHAP:

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE:

X **WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT**
❑ EEN MOGELIJK RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : …

❑ ZEER WAARSCHIJNLIJK EEN RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : …

B. WELKE ZIJN DE MEEST VOORKOMENDE BIJWERKINGEN VAN HET PREPARAAT ONDER STUDIE ?
(DE BIJWERKINGEN MOETEN EVENEENS DUIDELIJK VERMELD WORDEN IN HET INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VAN DE DEELNEMER)

….

20. ZULLEN DE PERSONEN IN DE LOOP VAN DEZE STUDIE VOORTDUREND ONDER

MEDISCH TOEZICHT STAAN

X **JA**
❑ NEEN

A. WIE IS DE TOEZICHTHOUDENDE ARTS ? DE VASTE HUISARTS

B. ZAL DIT TOEZICHT, ZO NODIG, VERZEKERD KUNNEN WORDEN TIJDENS DE UREN DIE OP DE STUDIE VOLGEN ?

X **JA**
❑ NEEN

C. ALS DE PERSOON NAAR HUIS TERUGKEERT TIJDENS DE UREN DIE OP HET ONDERZOEK VOLGEN, ZAL IN GEVAL VAN NOOD SNEL CONTACT MET EEN ARTS KUNNEN OPGENOMEN WORDEN ?

X **JA**
❑ NEEN

D. NAAM VAN DEZE ARTS ? VASTE HUISARTS OF BRECHT NICKMANS OF LORIEN MERTENS

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

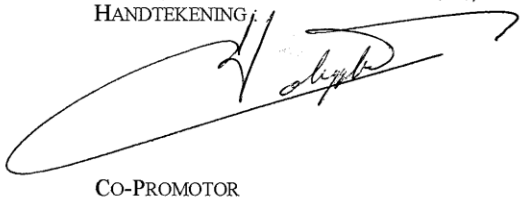
HUISARTS-IN-OPLEIDING

DATUM : 26/05/12
NAAM : NICKMANS BRECHT
HANDTEKENING :



PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM : 26/05/12
NAAM : VANDECAPPELLE JOHAN
HANDTEKENING :



PROMOTOR

DATUM :
NAAM : AERTGEERTS BERT
HANDTEKENING :

CO-PROMOTOR

DATUM :
NAAM : VERMANDERE MIEKE
HANDTEKENING :

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

DATUM :
NAAM : AERTGEERTS BERT
HANDTEKENING :

Aanvraag ethisch Comité: Bijlage 1:
Studieprotocol: Spiritualiteitsbevraging bij bewoners van WoonZorgcentra

Samenvatting

Doel: Een zicht krijgen op specifieke spirituele behoeften, verlangens en noden van bewoners van Woon-en-Zorgcentra (WZC) aan de hand van een spirituele anamnese volgens een geselecteerd gespreksmodel.
Studie design: prospectief observationeel onderzoek.
Studiepopulatie: bewoners van WZC, behorende tot de opleidingspraktijk van beide onderzoekers
Interventie: Afname van een spirituele anamnese volgens instrument X, gevolgd door kwalitatieve verwerking van de gegevens.
Uitkomstmaten: Kwalitatieve analyse van spirituele behoeften van woon-en-zorgcentrabewoners
Grootte van steekproef: Alle patiënten die in beide opleidingspraktijken beschikbaar zijn en in aanmerking komen zullen in de studie opgenomen worden, ongeveer 20-30 patiënten.
Planning: Het afnemen van de interviews zal gebeuren in een periode van 3 maanden, in de loop van de zomer van 2012. Elke onderzoeker zal een interview afnemen bij de patiënten die behoren tot zijn/haar opleidingspraktijk.
Subsidie: Geen
Onderzoekers: Dr Mertens Lorien, Dr Nickmans Brecht
Promotor: Prof. Dr. Aertgeerts Bert
Co-promotoren: Prof. Dr. Lisaerde Jo, Dr. Vermandere Mieke

Studieprotocol

Inleiding

Het verlenen van goede medische zorg omvat niet enkel het lichamelijke aspect, maar ook een psychisch luik en een sociale component. Ook zorg op spiritueel vlak kan tot het takenpakket van de arts behoren. Vooral op scharniermomenten in het leven (ernstige ziekte, verlies van naasten, het naderend levenseinde) riskeert het systeem van waarden en/(of geloofs)overtuigingen van de patiënt uit balans te raken, en kan de patiënt een spirituele crisis doormaken. Ouderen zijn hierin bijzonder kwetsbaar. Met het toenemen van de leeftijd wordt men immers meer en meer geconfronteerd met fysiek ongemak, ziekte en lijden, met het verlies van cognitieve vermogens, lichamelijke integriteit, zelfstandigheid en privacy, en het naderende levenseinde.
De vaststelling dat een dergelijk gebrek aan spiritueel welzijn ofte spirituele nood leidt tot een verhoogde morbiditeit én mortaliteit, toont het belang aan van goede spirituele zorg. Deze spirituele zorg behoort gedeeltelijk ook toe aan het artsenkorps. Verschillende studies geven namelijk aan dat patiënten van hun arts verlangen dat deze laatste ook hun spirituele behoeftes bevraagt.
Alvorens gepaste, individuele zorg op maat te kunnen verlenen aan een patiënt, dient immers een goede bevraging te gebeuren, waarbij eventuele verlangens, behoeftes of noden op spiritueel vlak naar boven komen. Helaas gebeurt dit nog te weinig in de dagelijkse praktijk: artsen zijn zich niet bewust van het probleem, beschikken niet over de kennis of vaardigheden om dit thema aan te snijden, of hebben onvoldoende voeling met de specifieke ‘taal’ rond spiritualiteit.
De literatuur reikt echter heel wat instrumenten, anamnesetechnieken en gespreksmodellen aan die kunnen dienen als leidraad voor een spirituele anamnese, gaande van kwantitatieve vragenlijsten tot ruimere, kwalitatieve bevragingsmethodes. In deze studie opteren wij voor een ruim , nog te bepalen gespreksmodel (in de verdere tekst ‘instrument X’ genoemd), als kader waarbinnen zowel de arts als de patiënt voldoende vrijheid kan ervaren. Een dergelijke methode is universeel toepasbaar, onafhankelijk van de spirituele achtergrond van arts of patiënt, en respecteert het individuele karakter inherent aan spiritualiteit.

Belangrijkste definities en afkortingen

Spiritualiteit: “het aspect van mens-zijn dat verwijst naar de manier waarop individuen zoeken naar en uiting geven aan zin en levensdoel, en de manier waarop zij verbinding beleven met het nu-moment, zichzelf, anderen, natuur, en het meest betekenisvolle of heilige in hun leven.”

WZC: Woon-en-zorgcentrum

Instrument X: nog te bepalen gespreksmodel, op basis van relevante criteria uit gegevens beschikbaar in de literatuur

In- en exclusiecriteria

Deelnemers aan deze studie behoren tot de opleidingspraktijk van één van beide onderzoekers, en verblijven in een WZC. Er wordt geen strikt onderscheid gemaakt naar leeftijd of eventuele pathologie.

Patiënten met een belangrijke cognitieve beperkingen worden niet opgenomen in deze studie.

Studievragen

Welke spirituele behoeftes, verlangens en noden uiten patiënten verblijvend in een WZC, tijdens een spirituele anamnese aan de hand van instrument X?

Opzet, methodologie en patiëntengroepen

Met deze studie trachten wij een beeld te krijgen van de spirituele noden, behoeftes of verlangens van oudere patiënten opgenomen in een woon-en zorgcentra. Er wordt geopteerd de studiepopulatie te beperken tot deze specifieke groep. Dit vanuit de filosofie dat ouderen een kwetsbare populatie vormen, ook op spiritueel vlak, en dat met name bewoners van WZC een zekere graad van zorgafhankelijkheid kennen. Bovendien gaat een verblijf in een WZC gepaard met specifieke beperkingen (o.a. omgeving, privacy, …) en opportuniteiten (o.a. intensievere zorgmogelijkheden, ruime ervaring, …).

In deze studie wordt gebruik gemaakt van instrument X. Na geïnformeerde toestemming van de patiënt zal aan de hand hiervan een spirituele anamnese afgenomen worden. Dit zal gebeuren door één van de twee onafhankelijke onderzoekers (LM, BN). Elke onderzoeker zal de patiënten behorende tot zijn of haar opleidingspraktijk interviewen. Deze gesprekken worden vastgelegd op band en verbatim uitgeschreven. Vervolgens zullen beide onderzoekers deze uitgeschreven interviews onafhankelijk van elkaar kwalitatief coderen.

Follow-up

Gezien de beperkte duur van deze studie, zullen geen follow-upgegevens geïncludeerd worden in de uiteindelijke thesis. Evenwel zullen de uit de anamnese verkregen gegevens gebruikt worden om waar nodig spirituele zorg aan te bieden. Ook bij vervolgconsultaties kan teruggegrepen worden naar het eerder gevoerde gesprek rond spiritualiteit.

Gebruikte vragenlijst

Instrument X

Informatie voor de patiënt: spiritualiteit in woonzorgcentra.

Inleiding
Uw huisarts heeft als taak goede medische zorgen te verlenen. Dit houdt onder andere de zorg voor lichamelijke problemen in, maar ook psychische en sociale aspecten. Ook spirituele zorg is een onderdeel van het takenpakket van de huisarts. Dit kan u heel ruim zien: spiritualiteit is een onderdeel van het mens-zijn, waarin men op zoek gaat naar de zin van het leven, naar bronnen van inspiratie, ... Zeker op moeilijke momenten in het leven, komt dit meer op de voorgrond te staan.
Spiritualiteit is belangrijk voor de relatie tussen arts en patiënt. Zo kunnen spirituele en religieuze overtuigingen een invloed hebben op hoe mensen omgaan met ziekte. Ook beïnvloedt iemand zijn geloof en de manier hoe men in zijn/haar leven staat de keuze van behandeling.
Alvorens men aangepaste, individuele zorg op maat kan verlenen, dient men te weten te komen of er spirituele behoeften zijn

Beschrijving van de studie
Men zal met u een gesprek voeren aan de hand van een bepaald gespreksmodel, om zo een idee te krijgen over uw spirituele behoeften en verlangens. Dit gesprek wordt op een bandje opgenomen, waarna het op papier wordt uitgeschreven en bestudeerd wordt.

Wat is het doel van de studie?
Het is de bedoeling om aan de hand van verschillende interviews de spirituele behoeften van bewoners in woonzorgcentra in kaart te brengen.

Uw deelname is vrijwillig
Het is aan u om te beslissen of u al dan niet aan deze studie wenst deel te nemen. Indien u wenst deel te nemen zal u gevraagd worden het bijgaand toestemmingsformulier te ondertekenen. U kan uw beslissing op elk moment herzien zonder hiervoor een specifieke reden op te geven. Indien u beslist niet deel te nemen of uw deelname aan de studie stop te zetten, zal dit geen enkele invloed hebben op de kwaliteit van uw huidige of toekomstige medische verzorging en zal u geen voordelen verliezen waarop u normaal recht heeft.

Onkosten en vergoeding van de patiënt
Gezien dit een niet gesponsorde studie is kan u geen vergoeding krijgen om deel te nemen.

Vertrouwelijkheid en gegevensbescherming
De informatie die bekomen wordt over uw persoon zal in alle discretie worden behandeld en alleen met het oog op deze studie gebruikt worden. Uw behandelende arts is verantwoordelijk voor de bescherming van de gegevens. Om uw identiteit te beschermen zullen uw persoonlijke informatie en andere gegevens die voort komen uit de studie geïdentificeerd worden aan de hand van een uniek nummer. Uw naam zal niet voorkomen in publicaties of rapporten van deze studie.

Contactpersonen bij vragen omtrent de studie
Deze studie wordt uitgevoerd door Brecht Nickmans, huisarts in opleiding in de praktijk van Dr. Vandecappelle J. te Sint-Andries Brugge.
Indien u nu of tijdens uw deelname nog vragen omtrent het onderzoek of vragen, kan u steeds contact opnemen met:
Dr. Brecht Nickmans (telefoonnummer)

Toestemmingsformulier patiënt: spiritualiteit in woonzorgcentra.

Naam patiënt: ……..

1. Ik bevestig dat mijn huisarts mij uitgebreid geïnformeerd heeft over de aard en het doel van dit onderzoek.

2. Ik bevestig dat ik informatie over het onderzoek heb begrepen en schriftelijk heb gekregen.

3. Ik begrijp dat ik een ondertekend exemplaar van dit toestemmingsformulier zal ontvangen.

4. Ik begrijp dat mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik me op elk moment kan terugtrekken uit het onderzoek, zonder nadelige gevolgen.

5. Ik begrijp dat gegevens met betrekking tot mijn dossier voor dit onderzoek zullen gebruikt worden.

6. Ik begrijp dat de gegevens strikt vertrouwelijk zullen behandeld worden en dat de resultaten van dit onderzoek strikt anoniem zullen worden verwerkt.

7. Ik verklaar hierbij dat ik instem met deelname aan dit onderzoek.

Door de patiënt te ondertekenen en persoonlijk te dateren

Datum: ……. **Handtekening**

Verklaring van de onderzoeker betreffende de geïnformeerde toestemming van de patiënt. Ondergetekende heeft de bijzonderheden van dit onderzoek, zoals dit beschreven staat in het informatieformulier van de patiënt, volledig uitgelegd aan bovengenoemde patiënt.

Datum: …… Handtekening informerende arts

SPIRITUAL NEEDS MODEL		SPIRITUAL DISTRESS ASSESSMENT TOOL (SDAT)		
		PATIENT INTERVIEW	INTERVIEW ANALYSIS	
Spiritual dimension	**Need associated with the spiritual dimension**	**Set of questions for patient interview**	**Questions for analysing the interview and identifying unmet spiritual need**	**Scoring of unmet spiritual need (range from 0 to 3*)**
MEANING Overall life balance	**NEED FOR LIFE BALANCE** - need to maintain and/or rebuild an overall life balance - need to learn to "live with" an illness or disability	Does your hospitalisation have any repercussions on the way you live usually? Is your overall life balance disturbed by what is happening to you now (hospitalisation, illness)? Are you having difficulties coping with what is happening to you now (hospitalisation, illness)?	How does the patient speak about his or her need for life balance? Is the overall life balance of this patient disturbed?	To what degree does the *Need for Life Balance* remain unmet? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
TRANSCENDENCE Anchor point exterior to the person	**NEED FOR CONNECTION** - need for Beauty - need to be connected with the personal existential anchor	Do you have a religion, a particular faith or spirituality? Does what is happening to you now change your relationship to God /or to your spirituality? (closer to God, more distant, no change) Is your religion / spirituality / faith challenged by what is happening to you now? Does what is happening to you now change or disturb the way you live or express your faith / spirituality / religion?	How does the patient speak about his or her need for connection? Is his or her need for connection disturbed?	To what degree does the *Need for Connection* remain unmet? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

VALUES System of values that determine goodness and trueness for the person; the system is made apparent in the person's actions and life choices	**NEED FOR VALUES ACKNOWLEDGEMENT** - need that caregivers understand what has value and significance in his or her life **NEED TO MAINTAIN CONTROL** - need to understand and be involved in caregivers' decisions and actions	Do you think that the health professionals caring for you know you well enough? Do you have enough information about your health problem, and on the goals of your hospitalisation and treatment? Do you feel that you are participating in the decisions made about your care? How would you describe your relationship with the doctors and other health professionals?	How does the patient speak of his or her need that caregivers understand what has value and significance in his or her life? How does the patient speak of his or her need to understand and be involved in caregivers' decisions and actions?	To what degree does the *Need for Values Acknowledgement* remain unmet? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 To what degree does the *Need to Maintain Control* remain unmet? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
PSYCHO-SOCIAL IDENTITY The environment (society, caregivers, family, close relations) that maintain the person's particular identity.	**NEED TO MAINTAIN IDENTITY** - need to be loved, to be recognised - need to be listened to - need to be in contact (in particular with the person's faith community and other people) - need to have a positive self-image - need to feel forgiven, to be reconciled	Do you have any worries or difficulties regarding your family or other persons close to you? How do people close to behave with you now? Does it correspond with what you expected from them? Do you feel lonely? Could you tell me about the image you have of yourself in your current situation (illness, hospitalisation)? Do you have any links with your faith community?	How does the patient speak of his or her need to maintain identity?	To what degree does the *Need to Maintain Identity* remain unmet? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

* **0** = no evidence of unmet spiritual need; **1**= some evidence of unmet spiritual need; **2**= substantial evidence of unmet spiritual need; **3** = evidence of severe unmet spiritual need

Algemene gegevens van de patiënt

- Leeftijd:
- Geslacht:
- Burgerlijke status:
- Geloof:
- Opleiding:
- Duur van verblijf in WZC:
- Specifieke kenmerken van WZC (aantal bedden, OCMW of privé, stedelijk of landelijk, specifieke voorzieningen?, …):
- Belangrijke medische gegevens:

Vragenlijst achteraf: Evaluatiefiche

Met deze vragenlijst willen we nagaan hoe u het interview hebt ervaren. Gelieve elke stelling te beantwoorden met een cijfer volgens volgende schaalverdeling:

1= helemaal niet akkoord
2= eerder niet akkoord
3= neutraal
4= eerder akkoord
5= helemaal akkoord

1) Ik voelde mij tijdens het interview:

comfortabel	1	2	3	4	5
begrepen	1	2	3	4	5
geëmotioneerd	1	2	3	4	5

2) Ik vond de inhoud van de vragen:

duidelijk	1	2	3	4	5
relevant	1	2	3	4	5
te gedetailleerd	1	2	3	4	5

3) Ik vond het interview in zijn geheel:

moeilijk	1	2	3	4	5
nuttig	1	2	3	4	5
confronterend	1	2	3	4	5
te lang	1	2	3	4	5

4) Het bespreken van spiritualiteit op deze manier:

past binnen de relatie met mijn huisarts	1	2	3	4	5
is een meerwaarde voor mijn behandeling	1	2	3	4	5
moet vaker plaatsvinden	1	2	3	4	5

5) Volgende bemerkingen wilde ik verder nog kwijt:

_____

_____

_____

_____