Huisarts en spiritualiteit: een keuze voor betrokken zorg

Marieke Colleman, KU Leuven

Promotor: prof. Mieke Vermandere, KU Leuven

Co-promotoren: prof. Anne Vandenhoeck, KU Leuven

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2023 – 2024

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

Abstract

Inleiding

Er bestaat steeds meer bewijs voor een associatie tussen spiritualiteit en gezondheid, evenals voor de talloze voordelen voor zowel arts als patiënt wanneer aandacht besteed wordt aan spirituele zorg. In Vlaanderen bestaan geen opleidingen rond spiritualiteit voor huisartsen gericht op hun dagelijkse praktijk.

Doel van de studie

Het doel van deze studie is om een nieuwe vorming rond spiritualiteit te ontwikkelen en vervolgens te onderzoeken hoe deze opleiding door huisartsen geëvalueerd wordt.

Methode

Wij ontwikkelden een nieuwe opleiding rond spiritualiteit gericht op huisartsen, met als doel praktische informatie en essentiële sleutelvaardigheden aan te reiken om in de dagelijkse praktijk met patiënten te spreken rond spiritualiteit. In deze pilootfase werd de opleiding eenmaal gegeven aan een groep van vijftien huisartsen. Na afloop vulden de artsen een vragenlijst in. Er werden Likertschaal en open vragen gesteld ter evaluatie van de vorming en om na te gaan in welke mate de basiscompetenties beheerst werden.

Resultaten

Huisartsen waardeerden de opleiding als initiatie rond het thema spiritualiteit en gaven aan dankbaar te zijn om hierover te kunnen spreken met collega's. Na afloop van de opleiding hadden artsen een goed begrip van spiritualiteit, het belang van betrokkenheid en van de aangereikte gespreksmodellen. Toch gaven artsen aan om het herkennen van individuele uitingen van spiritualiteit moeilijk te vinden. Ze voelden zich ook onzeker bij het voeren van een gesprek over spiritualiteit. Veel huisartsen ervaren verwarring over het onderscheid tussen pastores en psychologen. Tot slot werd het gebrek aan een overzicht van doorverwijsmogelijkheden naar de ambulante spirituele zorgverlening als problematisch ervaren.

Conclusie

Huisartsen in Vlaanderen tonen interesse in een introducerende opleiding rond spiritualiteit. Ze zijn ook dankbaar om rond dit thema te delen met collega's. Hoewel het theoretische kader goed begrepen werd, bestond er een blijvende onzekerheid rond het in de praktijk brengen van spiritualiteit. Met deze bevindingen kan de opleiding bijgestuurd worden om te voldoen aan de noden van huisartsen.

Inhoudstafel

ABSTRACT 3

INHOUDSTAFEL 4

INLEIDING 5

METHODE 6

Ontwikkeling van de opleiding 6

Recrutering van deelnemers 7

Opleiding 8

Dataverzameling 8

RESULTATEN 8

Deelnemers 8

Waardering van de opleiding 9

Beheersing van de basiscompetenties 10

Open vragen 11

DISCUSSIE 12

CONCLUSIE 15

BIBLIOGRAFIE 16

APPENDIX A: POWERPOINTPRESENTATIE UIT OPLEIDING 19

APPENDIX B: SAMENVATTING VOOR DEELNEMERS 23

APPENDIX C: VRAGENLIJST STUDIE 34

APPENDIX D: GUNSTIG ADVIES OBC 36

APPENDIX E: PROTOCOL ZOALS GOEDGEKEURD DOOR OBC 37

Inleiding

Spiritualiteit wordt gedefinieerd als de zoektocht naar datgene wat ons overstijgt, iemands relatie tot het onbekende.[1] Ieder mens is een spiritueel wezen en kent in meer of mindere mate spirituele noden. Viktor Frankl noemde spiritualiteit 'de essentie van onze menselijkheid'.[2] Spiritualiteit is daarmee een veel bredere term dan religie.[3] Een religie bestaat uit specifieke overtuigingen over dat transcendente. Die overtuigingen gaan dan meestal gepaard met een bepaald taalgebruik, bepaalde gewoontes, teksten of rituelen.

De meeste patiënten stellen dat zij hun spiritualiteit actief beleven. Ze ervaren het belang van fysiek en spiritueel welzijn als gelijkwaardig.[4] Patiënten willen dat hun arts hun spirituele noden met hen bespreekt.[5] De nood om over spiritualiteit te spreken kan groter zijn bij ziekte of emotionele crisis[5] en is belangrijker naarmate de aandoening meer levensbedreigend wordt.[6] Er ontstaan dan vragen als: 'Waarom ik?' Het aankaarten van spirituele noden door een arts draagt bij aan de coping van patiënten,[7] is geassocieerd aan een betere levenskwaliteit (Quality of Life)[8] en minder pijn[9]. Er is groeiend wetenschappelijk bewijs dat er een verband bestaat tussen spiritualiteit en zowel mentale als fysieke gezondheid.[10,11]

Professionele zorgverleners geven aan dat ze spirituele zorg willen verlenen aan hun patiënten om op die manier een betere relatie op te bouwen.[12] Er zijn geen algemeen aanvaarde richtlijnen zijn rond de taak die huisartsen hierin hebben. De huisarts is in België echter de coördinator van alle benodigde zorg voor de patiënt.[13] Het lijkt daarom aannemelijk dat het verlenen of organiseren van spirituele zorg bij ambulante patiënten een verantwoordelijkheid is van huisartsen.[14] Artsen worstelen echter met het vinden van een adequaat spiritueel taalgebruik.[15,12] Ze vrezen dat patiënten het aankaarten van spirituele thema's als ongepast zullen percipiëren.[14] Ze ervaren te weinig tijd om spiritualiteit te bespreken en kennen in de beschikbare tijd meer belang toe aan medische zorg.[6,12] Als één van belangrijkste hindernissen om over spiritualiteit te spreken halen artsen een gebrek aan opleiding aan.[16] Spiritualiteit ter sprake brengen in de huisartssetting blijft daarmee eerder een zeldzaamheid.[17] Het belang dat patiënt en huisarts hechten aan spreken over spiritualiteit staat dus in duidelijk contrast met de realiteit.[18]

Er bestaan aanbevelingen om trainingen in spirituele zorgverlening op te nemen in de medische curricula.[19] In het Verenigd Koninkrijk zit in slechts 30% van de medische curricula een specifiek en verplicht opleidingsonderdeel rond spiritualiteit, in de VS is dit slechts 7%. Daarnaast vertaalt kennis zich ook niet per se naar competentie.[20] In Vlaanderen wordt spiritualiteit tijdens de opleiding geneeskunde enkel vanuit theoretisch standpunt benaderd. Er is ook geen plaats voor spiritualiteit in de opleiding tot huisarts. Het opleiden van zorgverleners rond spirituele zorg leidt tot een betere spirituele gezondheid en meer zelfvertrouwen in de ervaren spirituele competentie.[21,22,23] Zelfs een korte workshop aan geneeskundestudenten blijkt na enkele maanden nog steeds effect te hebben op hun houding ten opzichte van spirituele zorg, alsook in het vertrouwen dat zij hebben in hun eigen spirituele competenties.[15]

Wij ontwikkelden een nieuwe vorming rond spiritualiteit speciaal gericht op huisartsen. Deze opleiding tracht huisartsen een eerste kennismaking te bieden met het thema spiritualiteit en wil een zo breed mogelijk publiek bereiken. Het doel van de opleiding is om

huisartsen praktische informatie en essentiële sleutelvaardigheden aan te reiken die kunnen helpen om in de praktijk met patiënten te spreken rond spiritualiteit.
In deze haalbaarheidsstudiestudie wordt een eerste try-out van deze nieuwe opleiding gehouden. Het doel van deze studie is om te onderzoeken hoe deze opleiding als initiatie rond spiritualiteit geëvalueerd wordt door huisartsen. We bevragen daarbij wat huisartsen vinden van de samenstelling van de vorming. Daarnaast gaan we na of artsen na afloop van de opleiding menen dat ze de vooropgestelde basiscompetenties beheersen. Met deze informatie kunnen hypotheses gegenereerd worden waarmee de opleiding bijgestuurd kan worden in functie van de noden van huisartsen.

Methode

Deze haalbaarheidsstudie onderzoekt hoe huisartsen de deelname aan een nieuw ontwikkelde vorming rond spiritualiteit ervaren.

Ontwikkeling van de opleiding

Het protocol van de opleiding werd ontwikkeld na een doorgedreven literatuurstudie en in samenwerking met professor Anne Vandenhoeck, docent pastorale zorg en diaconie van de KU Leuven, en Martijn Steegen, hoofdpastor van UZ Leuven. Eerst werd een lijst opgesteld van basiscompetenties spirituele zorgverlening die huisartsen moeten hebben (Tabel 1). De eerstelijns spirituele zorgcompetenties volgens Van Leeuwen en Cusveller werden hierin verwerkt,[24] met de nodige aanpassingen voor huisartsen. De opleiding werd volledig uitgeschreven als draaiboek. In grote lijnen volgt de opleiding het Europese EPICC project (Enhancing Nurses' and Midwives' Competence in Providing Spiritual Care through Innovative Education and Compassionate Care').[25] De didactische onderdelen van beschikbare opleidingen werden vergeleken en regelmatig terugkerende onderdelen werden opgenomen. [21,15,16]

Tabel 1: Leerdoelen spiritualiteit voor huisartsen zoals verwerkt in de opleiding

- **Kennis**
  - Begrijpen van de definitie van spiritualiteit (Puchalski, 2009), begrijpen welke vormen spiritualiteit kan aannemen, spiritualiteit kunnen herkennen in patiënten
  - Weten hoe huisartsen spirituele zorg kunnen verlenen aan patiënten, weten wanneer doorverwijzing naar de professionele spirituele zorgverlening nodig is
- **Vaardigheden**
  - Kunnen spreken over spiritualiteit met patiënten met behulp van de aangereikte gespreksmodellen
  - Begrijpen van het belang van betrokkenheid in de omgang met patiënten
- **Zelfreflectie**
  - Factoren binnen zichzelf herkennen die belemmeren om te spreken over spiritualiteit
  - Het belang van zelfzorg begrijpen, de eigen draagkracht en grenzen kennen
  - Eigen spiritualiteit leren exploreren, het belang daarvan begrijpen

De opleiding vat aan met de definitie over spiritualiteit van Puchalski[26] en enkele theoretische concepten. Binnen een integrale visie op gezondheid *(Whole Person Care*) wordt het belang van de spiritueel welbevinden als vierde pijler van een goede gezondheid benadrukt. Er wordt bovendien dieper ingegaan op de taak van de huisarts in de spirituele zorgverlening.

Vervolgens wordt ingegaan op het herkennen van spiritualiteit in de dagelijkse huisartsenpraktijk, vertrekkend vanuit het Global Meaning System van Crystal Park.[27] In dit onderdeel wordt gebruik gemaakt van een casus in de vorm van een videofragment. Er volgt een groepsgesprek waarin deelnemers zoeken naar de manieren waarop spiritualiteit in hun praktijk aan bod komt.

Het derde deel van de opleiding heeft het over betrokkenheid *(compassion)* als basishouding om spirituele zorg te verlenen.[26,25] Er worden enkele gespreksmodellen aangereikt om te spreken over spiritualiteit (FICA[28], HOPE[29] en CASH[30]). In samenwerking met professor Vandenhoeck werd een onderscheid uitgewerkt tussen twee groepen patiënten die een andere aanpak verdienen, namelijk patiënten die vastlopen in hun leven en patiënten die zich presenteren in een acute crisis ten gevolge van een gebeurtenis. De eerste groep patiënten kampt met ernstig zinverlies. De noden moeten in kaart gebracht worden. De ernst van de situatie wordt gekwantificeerd aan de hand van de PROM-vragenlijst.[31] De PROM helpt de arts om te beslissen over de noodzaak tot een (al dan niet dringende) doorverwijzing. Bij de tweede groep patiënten zijn ten gevolge van een gebeurtenis de copingmechanismen in het gedrang gekomen. Er moet samen met de patiënt gezocht worden naar krachtbronnen om de coping te ondersteunen. Het Belgische landschap van de spirituele zorgverlening wordt geschetst, alsook concrete doorverwijsmogelijkheden in de regio. Er wordt eveneens ingegaan op het onderscheid tussen een psycholoog en een pastor.[32]

Het vierde deel gaat dieper in op het belang van zelfzorg om uitputting ten gevolge van betrokkenheid te voorkomen.[25] Het belang van een betrokken houding voor zowel de beroepsvreugde van artsen alsook de preventie van burn-out wordt benadrukt.[33] Betrokkenheidsuitputting *(compassion fatigue)* is een risico bij artsen die frequent met lijden in contact komen zonder aan voldoende zelfzorg te doen.[34] Er is plaats voor een groepsdiscussie rond zelfzorg met de aanwezige artsen.

Tot slot wordt ingegaan op het belang van reflecteren over de eigen spiritualiteit. Het in contact staan met de eigen spiritualiteit blijft een grote bepalende factor voor of artsen al dan niet spreken met patiënten over spiritualiteit. [14,18,35] Artsen krijgen individuele schrijftijd en enkele werkvragen om thuis mee aan de slag te gaan.

Recrutering van deelnemers

Deelnemers aan de studie waren de aanwezigen op de bijeenkomst van één vergadering van een lokale kwaliteitsgroep (LOK). Inschrijving bij een LOK is voor elke arts in België verplicht. Een LOK bestaat uit 8 tot 25 artsen. Elke arts dient per kalenderjaar minstens twee vergaderingen van een LOK bij te wonen voor het behoud van zijn accreditering.

Er werd per e-mail contact opgenomen met de verantwoordelijken van enkele LOK uit de regio's Aarschot en Leuven. Bij interesse van de verantwoordelijke kon de opleiding als één van de LOK-vergaderingen georganiseerd worden.

Opleiding

De opleiding werd georganiseerd onder de vorm van één LOK-vergadering. LOK-groepen zitten vaak verlegen om thema's. We trachtten zo tegemoet te komen aan de hoge tijdsdruk bij artsen. In deze pilootfase van de studie werd de vorming slechts één keer gegeven. De duur van de opleiding was vooraf beoogd op anderhalf uur, dit om in een gemiddelde LOK-vergadering te passen die 's avonds na de werkuren georganiseerd wordt. Het vooropgesteld aantal deelnemers bedroeg twaalf tot vijftien huisartsen.

Bij aanvang van de opleiding kregen alle artsen mondeling uitleg rond het opzet van de studie. Zij kregen eveneens bij aanvang reeds het informed consent formulier en de vragenlijst. Na afloop van de opleiding werd dan aan de deelnemers gevraagd om de vragenlijst in te vullen (Appendix C).

De opleiding werd geleid door professor Anne Vandenhoeck. Technische ondersteuning werd voorzien door de onderzoeker. Tijdens de vorming werd gebruik gemaakt van een PowerPointpresentatie (Appendix A), een videoconsultatie en Poll Everywhere. Er waren verschillende momenten waarin het de bedoeling was interactief te werken en een groepsdiscussie op te wekken. Achteraf kregen alle deelnemers een korte samenvatting van de theorie mee naar huis (Appendix B).

Dataverzameling

Het eerste doel van deze studie bestond erin om na te gaan wat huisartsen vonden van de samenstelling van de vorming. De vragenlijst die hiervoor gebruikt werd kan teruggevonden worden in Appendix C. Er werden negen meerkeuzevragen met een drie- of vijfpunts Likertschaal gesteld, alsook drie open vragen rond sterke en zwakke punten van de vorming. Het tweede doel van de studie was om na te gaan waar deelnemers stonden aan het einde van de vorming om zo een eerste bijsturing van de inhoud mogelijk te maken. Hiervoor werden zestien meerkeuzevragen rond de leerdoelen gesteld, bestaande uit vijf vragen rond kennis, zes vragen rond vaardigheden en vijf vragen rond zelfreflectie.

De antwoorden op de Likertschaal werden verwerkt door de scores 'helemaal eens' en 'eerder eens' te beschouwen als een positief antwoord, de score 'geen mening als een neutraal standpunt en de scores 'helemaal oneens' en 'eerder oneens' als een negatief antwoord. De antwoorden op de open vragen werden gegroepeerd per onderwerp. Het aantal keren dat artsen een bepaald onderwerp noemden werd opgeteld.

Resultaten

Deelnemers

Tijdens de LOK-vergadering waarin de opleiding doorging waren vijftien huisartsen aanwezig. Demografische gegevens van deze huisartsen staan worden in Tabel 2. De totale duur van de opleiding bedroeg anderhalf uur.

Tabel 2: Demografische gegevens van de aanwezige huisartsen

Geslacht, *n (%)*	
Vrouwen	9 *(60%)*
Mannen	6 *(40%)*
Leeftijd, *n (%)*	
25-34 jaar	6 *(40%)*
35-44 jaar	1 *(7%)*
45-54 jaar	2 *(13%)*
≥ 55 jaar	6 *(40%)*
Activiteitsjaren (incl. HAIO)**, *n (%)***	
≤ 5 jaar	4 *(27%)*
6-15 jaar	3 *(20%)*
16-25 jaar	2 *(13%)*
26-35 jaar	5 *(33%)*
≥ 36 jaar	1 *(7%)*
Type praktijk, *n (%)*	
Groepspraktijk	11 *(73%)*
Solopraktijk	4 *(27%)*

Waardering van de opleiding

Alle vijftien huisartsen vulden de meerkeuzevragen volledig in. De resultaten van de meerkeuzevragen rond de appreciatie van de opleiding kunnen teruggevonden worden in Tabel 3. De meeste huisartsen vonden de opleiding een meerwaarde voor zichzelf als arts. De helft van de artsen was na afloop van de opleiding van plan om nu vaker met patiënten te spreken rond spiritualiteit. Dit toont dat de opleiding globaal gezien goed ontvangen werd. Ook qua hoeveelheid theorie lijken de meeste artsen tevreden. Er lijkt wel plaats te zijn voor meer voorbeelden en casuïstiek. Het gebruik van casussen in de vorm van filmpjes lijkt daarbij aan te slaan. De grootte van de groep bedroeg vijftien deelnemers waarbij deelnemers elkaar op voorhand kenden omdat ze deel uitmaakten van eenzelfde LOK-groep. Artsen gaven aan de groep te ervaren als een veilige omgeving om persoonlijke verhalen te delen. De duur van de opleiding bedroeg anderhalf uur en de meeste huisartsen vonden dit een ideale duur.

Tabel 3: Meerkeuzevragen rond waardering van de vorming

Vragen rond waardering van de vorming	**Eens**	**Neutraal**	**Oneens**
1. Ik vond het volgen van deze vorming een meerwaarde voor mezelf als huisarts.	10	4	1
2. Ik ben nu van plan vaker met patiënten te spreken rond spiritualiteit.	7	5	3
3. Ik vond de hoeveelheid theorie die verwerkt werd in de vorming …	*Te veel* 0	*Juist goed* 12	*Te weinig* 3
4. Ik vond de vorming voldoende praktisch om te gebruiken in de dagelijkse praktijk.	6	5	4
5. Ik vond het gebruik van de filmpjes zinvol.	12	2	1

6. Ik vond de groep een voldoende veilige omgeving om persoonlijke verhalen te durven vertellen.	11	2	2
7. Ik vond de grootte van deze groep …	*Te groot* 0	*Juist goed* 14	*Te klein* 1
8. Ik vond de duur van het contactmoment …	*Te lang* 1	*Juist goed* 13	*Te kort* 1
9. Ik zou deze vorming aan een collega aanraden.	8	5	2

Beheersing van de basiscompetenties

Artsen kregen na afloop van de opleiding ook de vraag een inschatting te maken van hun competenties. De resultaten van de bevraging rond de beheersing van de basiscompetenties kan worden teruggevonden in Tabel 4. De definitie van spiritualiteit werd goed begrepen door bijna alle deelnemers. Alle deelnemers begrepen dat mensen op een unieke manier naar spiritualiteit zoeken, maar slechts de helft van de deelnemers gaf aan zich capabel te voelen om al deze verschillende manieren waarop patiënten naar spiritualiteit zoeken te herkennen. Huisartsen begrijpen hun specifieke rol in de spirituele zorgverlening van hun patiënten. Er bleef matige onduidelijkheid rond wanneer een doorverwijzing naar een spiritueel zorgverlener nodig was. Tijdens de vorming en uit de open vragen bleek uitermate teleurstelling rond de gebrekkige doorverwijsmogelijkheden naar ambulante spirituele zorgverlening in België. Ongeveer de helft van de huisartsen voelde zich na afloop van de vorming in staat een gesprek rond spiritualiteit toe voeren met een patiënt. Minder artsen voelden zich daarbij ook zelfzeker. Alle artsen hadden het concept betrokkenheid begrepen en vonden ook dat ze dit goed konden toepassen in de praktijk. Hoewel artsen het belang van zelfzorg begrepen en aangaven hun eigen grenzen te kennen, bleek dat de meeste artsen deze grenzen niet respecteren. Artsen vonden het zinvol om over hun eigen spiritualiteit na te denken, ondanks het feit dat dit onderwerp slechts relatief kort aangeraakt werd.

Tabel 4: Meerkeuzevragen rond het beheersen van de basiscompetenties spirituele zorg voor huisartsen

Vragen rond competenties	**Eens**	**Neutraal**	**Oneens**
1. Ik begrijp de definitie van spiritualiteit (Puchalski, 2009).	13	1	1
2. Ik voel me in staat om de verschillende manieren waarop mensen naar spiritualiteit zoeken te herkennen.	7	5	3
3. Ik begrijp dat ieder mens op zijn eigen manier naar spiritualiteit zoekt.	15	0	0
4. Ik begrijp wat mijn taak als huisarts is met betrekking tot de spirituele gezondheid van mijn patiënten.	10	2	3
5. Ik begrijp wanneer ik een patiënt moet doorsturen naar een pastor of professioneel spiritueel zorgverlener.	8	6	1
6. Ik voel me bekwaam in het herkennen van spirituele noden.	8	3	4
7. Ik voel me bekwaam om een gesprek rond spiritualiteit te starten met een patiënt.	7	4	4

8. Ik voel me bekwaam om een patiënt te bevragen rond spiritualiteit.	6	5	4
9. Ik voel me zelfzeker wanneer ik met patiënten rond spiritualiteit spreek.	3	7	5
10. Ik begrijp wat een betrokken houding betekent.	15	0	0
11. Ik vind dat ik een betrokken houding kan aannemen ten opzichte van patiënten.	15	0	0
12. Ik begrijp waarom zelfzorg belangrijk is voor een betrokken zorgverlening.	15	0	0
13. Ik ken mijn draagkracht en grenzen.	13	1	1
14. Ik respecteer mijn grenzen.	4	3	8
15. Ik vind het zinvol om over mijn eigen spiritualiteit na te denken.	10	4	1
16. Ik heb iets bijgeleerd over mezelf en mijn eigen spiritualiteit tijdens deze vorming.	6	5	4

Open vragen

Er waren drie open vragen in de vragenlijst. In de eerste vraag werd gepolst naar de drie sterkste punten van de vorming. Elf deelnemers noemden drie antwoorden. Eén arts liet de vraag volledig open. Vijf artsen vonden de gespreksmodellen zinvol. Zes artsen vonden het theoretische kader van de opleiding helder en bruikbaar. Zes artsen vonden het een meerwaarde om rond het thema spiritualiteit in gesprek te gaan met collega's. Vijf artsen waardeerden dat het onderwerp spiritualiteit onder hun aandacht gebracht was. Zes artsen vonden het gebruik van het filmpje en de aanwezigheid van casussen en voorbeelden zinvol. Andere zaken die éénmaal vermeld werden waren de definitie van spiritualiteit, de uitleg rond de gevaren van te veel betrokkenheid, en het feit dat de vorming niet te lang was.

De tweede open vraag peilde naar de drie zwakste punten van de vorming en mogelijke suggesties voor verbetering. Het gemiddelde aantal antwoorden bedroeg 1.5 en drie artsen lieten de vraag volledig open. Vijf artsen vonden dat de vorming meer praktisch zou moeten zijn en vroegen om meer handvaten om concreet aan de slag te gaan. Twee artsen wilden meer casussen en voorbeelden. Vier artsen vonden het jammer dat er in België weinig doorverwijsmogelijkheden zijn naar de spirituele eerstelijnszorg. Drie artsen misten meer uitleg rond een concreet onderscheid tussen spiritueel zorgverlener en psycholoog. Twee artsen zouden meer ruimte willen voor het delen van ervaringen en het uitlokken van discussie. Zaken die slechts éénmaal genoemd werden waren de volgende: verzoek tot meer theoretische achtergrond, de kwetsbaarheid vereist om te delen in groep, de vergadersetting, de summiere PowerPointpresentatie, de groep die te klein was, de opleiding die te lang was, een gebrek aan humor, en de opmerking dat dit thema meer voor jonge artsen was.

In de derde vraag werd gepolst naar wat artsen zelf het belangrijkste vonden dat ze geleerd hadden tijdens de vorming. Twee artsen lieten de vraag open en twee artsen gaven twee antwoorden. Drie artsen noemden de gespreksmodellen en vragenlijsten het belangrijkste dat ze meenamen uit de opleiding. Vier artsen vonden dat ze zich nu in staat voelden om een gesprek rond spiritualiteit aan te gaan met een patiënt. Drie artsen vonden de informatie rond doorverwijzingen naar spirituele zorgverleners het belangrijkste. Twee

artsen waren blij dat ze opgeroepen waren om eens een eerste keer na te denken rond het thema spiritualiteit. Twee artsen namen vooral de realisatie van het belang van spiritualiteit mee naar huis. Eén arts vond het erg belangrijk te beseffen dat luisteren naar een patiënt voldoende kan zijn.

Discussie

Samenvatting van de resultaten

Huisartsen begrijpen het belang van spiritualiteit als onderdeel van een integrale visie op gezondheid. Nochtans worstelen huisartsen met een aanzienlijke onzekerheid rond het aangaan van deze gesprekken. Wij ontwikkelden een nieuwe vorming om huisartsen essentiële informatie en sleutelvaardigheden aan te reiken om deze onzekerheid aan te pakken.

De algemene evaluatie van de vorming was positief. Twee derde van de aanwezigen vond de vorming een meerwaarde voor zichzelf als huisarts en de helft zou de vorming aanraden aan een collega. Ook de praktische organisatie zat goed. De meeste artsen vonden de grootte van de groep adequaat en ervaarden de LOK als een veilige omgeving. Artsen hadden het gevoel te begrijpen wat begrippen als spiritualiteit, betrokkenheid en zelfzorg inhielden maar gaven aan zich onzeker te voelen bij het herkennen van individuele uitingen van spiritualiteit of het spreken over spiritualiteit. Veel artsen toonden zich erg dankbaar om met collega's te kunnen delen over deze thema's. Ze waardeerden het om uitgedaagd te worden om eens bij het thema spiritualiteit stil te staan.

Sterktes en zwaktes van de studie

Deze studie betreft een preliminaire evaluatie van een nieuwe opleiding rond spiritualiteit voor huisartsen. Voor zover de onderzoeker kon nagaan betreft het de eerste Nederlandstalige opleiding specifiek gericht op spiritualiteit voor huisartsen binnen hun dagelijkse praktijk. Deelnemers waren een diverse groep huisartsen met verschillende leeftijden en werkzaam in verschillende soorten praktijken. Een zwakte van de studie bestaat erin dat de vorming in deze fase slechts voor één groep van vijftien deelnemers georganiseerd werd. Verder is het zo dat de competenties enkel gemeten werden op basis van zelfinschatting, wat mogelijk een vertekend beeld geeft. Een ander mogelijk punt van kritiek bestaat erin dat er geen voorafmeting plaatsvond van de competenties, om na te gaan waarin de score verschilt ten opzichte van voor deelname aan de opleiding. Op deze manier is het moeilijk een onderscheid te maken tussen voorafbestaande hiaten in de vaardigheden van artsen en competenties waar de vorming weinig vooruitgang kon boeken. Huisartsen leiden een druk leven.[36] Elke tijdsinvestering wordt afgewogen binnen een overvolle agenda. Bij het zoeken naar een proefpubliek voor de pilootversie van de opleiding bleek het niet gemakkelijk om huisartsen te engageren voor een opleiding rond spiritualiteit. Pogingen om de opleiding als reguliere bijscholing te organiseren in twee sessies of als sessie met een langere duur lukten niet wegens te weinig inschrijvingen. Bij het recruteren van deelnemers kwam regelmatig de opmerking dat het erg boeiend leek, maar dat er daarnaast ook veel medische bijscholingen bestaan die op het eerste zicht nuttiger lijken. In de perceptie van huisartsen bestaat er een soort concurrentie tussen spiritualiteit en het belang van de andere medische disciplines.[14] Het opzet van de opleiding is echter om een maximaal aantal huisartsen een eerste kennismaking te bieden met het thema spiritualiteit en hen meteen essentiële handvaten aan te reiken om in de praktijk

mee aan de slag te gaan. Er werd daarom gekozen voor een éénmalige en korte opleiding. We kozen er bovendien voor deze opleiding aan te bieden als LOK-vergadering. LOK-groepen zitten vaak verveeld om onderwerpen. Huisartsen moeten voor hun accreditering echter jaarlijks vier LOK-vergaderingen bijwonen. Zo kan tegemoet worden gekomen aan de subjectieve concurrentie tussen spirituele zorg en reeds meer ingeburgerde biopsychosociale zorg. Door de opgelegde beperking in tijdsduur moest bij het uitwerken van de opleiding wel strikt geselecteerd worden over de inhoud die aan bod kon komen. Hierdoor konden bepaalde didactische strategieën die erg waardevol zijn niet opgenomen werden.

Vergelijking met de literatuur

Huisartsen begrepen goed dat ieder mens op een individuele manier naar spiritualiteit zoekt. Toch voelden slechts de helft van de huisartsen zich na afloop van de vorming in staat om deze individuele uitingen van spiritualiteit te herkennen. Het leren herkennen van spirituele problemen zou meer ingeoefend moeten worden met behulp van casuïstiek. Groepsgesprekken over casussen zijn tijdsintensief maar ook bijzonder nuttig om het theoretische kader te leren integreren in de klinische praktijk.[37]
Na afloop van de vorming voelden de helft van de artsen zich bekwaam om een gesprek rond spiritualiteit te voeren. In de open vragen haalde zelfs een derde van de deelnemers de haalbaarheid van spreken over spiritualiteit aan als belangrijkste boodschap van de vorming. Alle artsen vonden ook dat ze in staat waren tot het aannemen van een betrokken houding. Artsen waardeerden de aangereikte gespreksmodellen bovendien als erg bruikbaar. Toch gaf slechts een minderheid van de huisartsen aan zich zelfzeker voelen bij een gesprek kaderend binnen spirituele zorgverlening. De onzekerheid rond het spreken over spiritualiteit kan verholpen worden door het implementeren van rollenspelen in de opleiding.[38,16] Rollenspelen worden als cruciaal gezien in het inoefenen van spirituele contacten.[12] In deze opleiding werden rollenspelen niet geïncludeerd omdat de beschikbare tijdsduur beperkt was. Het is onduidelijk hoeveel oefentijd minimaal nodig is om een goed effect te bewerkstelligen. Indien de duur van de vorming verhoogd kan worden tot minstens twee uur is een minimale implementatie van rollenspelen mogelijk. Een betere mogelijkheid is echter om de deelnemers na afloop uit te nodigen voor een verdiepingsopleiding met een sterkere focus op casuïstiek en patiëntencontacten.

Tijdens de vorming werd gevraagd om te reflecteren over de delicate balans tussen betrokkenheid en betrokkenheidsuitputting. Hoewel alle artsen aangaven het belang van zelfzorg voor een betrokken zorgverlening te begrijpen, gaven de meeste artsen aan hun eigen grenzen niet te respecteren. Artsen toonden zich tijdens de vorming bijzonder dankbaar om hierover te kunnen delen met collega's. Steun zoeken bij collega's kan een belangrijke waarde hebben in de preventie van betrokkenheidsuitputting en burn-out.[25] Het interactieve aspect in de opleiding dient zeker behouden te blijven.

Eén van de belemmeringen die artsen ervaren om met patiënten over spiritualiteit te spreken is een gering besef van de eigen spiritualiteit.[14] Aan het einde van de vorming werd aan de huisartsen gevraagd om voor zichzelf na te denken over hun eigen spiritualiteit. Dit gebeurde aan de hand van de vraag of ze soms nadenken over de zin van waarmee ze bezig zijn, en wat het antwoord is dat ze dan vinden. Twee derde van de huisartsen vond het zinvol om over zijn eigen spiritualiteit na te denken. Het ontwikkelen van een gevoeligheid

voor spirituele zorg begint bij het verkennen van de eigen spiritualiteit en noden.[39,37,11] Doorheen het herkennen van de eigen spiritualiteit veranderen de percepties rond het belang van spiritualiteit in de zorg.[12] In deze initiatieopleiding rond spiritualiteit was onvoldoende tijd om grondiger te reflecteren rond de eigen spiritualiteit. Bij het uitwerken van een verdiepingsopleiding kan dit uitgebreider aan bod komen.

De helft van de huisartsen begreep wanneer een doorverwijzing naar een spiritueel zorgverlener nodig was. Er bestond onder de artsen verwarring rond het onderscheid tussen een spiritueel zorgverlener en een psycholoog en welke patiënt nood heeft aan welke respectievelijke doorverwijzing. Dit onderscheid was te summier opgenomen in de opleiding en moet zeker grondiger verwerkt worden. Er bestaan geen concrete richtlijnen rond welke patiënt bij voorkeur naar een spiritueel zorgverlener versus psycholoog gestuurd wordt. Dit onderscheid is sterk gebaseerd op ervaring. Verschillende deelnemers drukten daarnaast ook hun teleurstelling uit in het gebrek aan goed georganiseerde mogelijkheden voor een doorverwijzing naar een spiritueel zorgverlener. Het gebrek aan een georganiseerde ambulante spirituele zorgverlening met doorverwijsmogelijkheden voor de huisarts is inderdaad een probleem in België. Lokaal bestaat er doorgaans wel een relatief gevarieerd aanbod aan doorverwijsmogelijkheden, maar dit wordt niet centraal gecoördineerd en er bestaan geen zoekplatformen.

Deze vorming was voor alle deelnemende huisartsen een eerste kennismaking met het belang van spiritualiteit. Verschillende huisartsen waardeerden het dat spiritualiteit onder hun aandacht gebracht was. Eén van de belangrijkste effecten van opleidingen rond spiritualiteit is inderdaad een bewustmaking van het belang van de spirituele dimensie in de zorgverlening.[12] Huisartsen kunnen er na het volgen van deze opleiding voor kiezen om in hun eigen praktijk aan de slag te gaan met het theoretische kader dat aangereikt werd. Patiënten die meer nood voelen om het met hun arts te hebben over spiritualiteit, kunnen eventueel hun weg vinden naar artsen die zich daarop toeleggen.

Verder onderzoek

Deze basisopleiding rond spiritualiteit moet verder uitgebreid worden met extra casuïstiek. Tevens moet er dieper ingegaan worden op het onderscheid tussen een psycholoog of een spiritueel zorgverlener. Er moeten praktische beslissingstools uitgewerkt worden om huisartsen te begeleiden in deze beslissing.
Na afloop van de basisopleiding moeten geïnteresseerde huisartsen de kans krijgen om zich in te schrijven voor een vervolgopleiding. Deze vervolgopleiding kan best uitgewerkt worden met veel aandacht voor casuïstiek en rollenspelen om voldoende reflectie- en oefenmogelijkheden te bieden. Tevens kunnen huisartsen er meer uitgedaagd worden tot reflectie over hun eigen spiritualiteit.
De herwerkte basisopleiding in combinatie met de vervolgopleiding worden idealiter opnieuw uitgetest te worden op meerdere groepen huisartsen. Om de opleiding zorgvuldiger af te stemmen op de bestaande hiaten in vaardigheden rond spiritualiteit kan best ook een voorafmeting van de basiscompetenties plaatsvinden. In het Belgische landschap is de keuze voor een LOK-groep om de vorming voor te stellen een opportuniteit om een grote groep artsen te bereiken. LOK-groepen zitten namelijk vaak verlegen om onderwerpen. Op die manier worden artsen bereikt die zich anders niet spontaan inschrijven voor een navorming rond spiritualiteit.

Conclusie

Huisartsen toonden interesse in een initiërende opleiding rond spiritualiteit. Als introductie werd de voorkeur gegeven aan een korte en laagdrempelige opleiding. Huisartsen waren dankbaar om met collega's te delen rond spiritualiteit in hun praktijk. Na afloop van de opleiding hadden de artsen een goed begrip van het aangereikte theoretische kader. Toch gaven ze aan dat zich blijvend onzeker te voelen bij het in de praktijk brengen van spiritualiteit. Deze nood kan eventueel aangekaart worden door het integreren van meer casuïstiek en door het aanbieden van een vervolgopleiding. De hypotheses gegenereerd in deze studie kunnen gebruikt worden om de opleiding verder af te stemmen op de specifieke noden van huisartsen.

Bibliografie

1. Astrow AB, Puchalski CM, Sulmasy DP. Religion, spirituality, and health care: Social, ethical, and practical considerations. Am J Med. 2001;110(4):283–7.
2. Frankl V. Man's search for meaning. New York Washingt Sq Press. 1963;
3. Astrow AB. Is Medicine a Spiritual Vocation? Vol. 50, Society. 2013. p. 101–5.
4. Mueller PS, Plevak DJ, Rummans TA. Religious involvement, spirituality, and medicine: Implications for clinical practice. Mayo Clin Proc. 2001;76(12):1225–35.
5. Tanyi RA, McKenzie M, Chapek C. How family practice physicians, nurse practitioners, and physician assistants incorporate spiritual care in practice. J Am Acad Nurse Pract. 2009;21(12):690–7.
6. McCord G, Gilchrist VJ, Grossman SD, King BD, McCormick KF, Oprandi AM, et al. Discussing spirituality with patients: A rational and ethical approach. Ann Fam Med. 2004;2(4):356–61.
7. Post SG, Puchalski CM, Larson DB. Physicians and patient spirituality: Professional boundaries, competency, and ethics. Ann Intern Med. 2000;132(7):578–83.
8. Balboni TA, Paulk ME, Balboni MJ, Phelps AC, Loggers ET, Wright AA, et al. Provision of spiritual care to patients with advanced cancer: Associations with medical care and quality of life near death. J Clin Oncol. 2010;28(3):445–52.
9. Siddall PJ, Lovell M, Macleod R. Spirituality: What is its role in pain medicine? Pain Med (United States). 2015;16(1):51–60.
10. Koenig HG. Religion, spirituality, and medicine: Research findings and implications for clinical practice. South Med J. 2004;97(12):1194–200.
11. King DE, Blue A, Mallin R, Thiedke C. Implementation and Assessment of a Spiritual History Taking Curriculum in the First Year of Medical School. Teach Learn Med. 2004;16(1):64–8.
12. Paal P, Helo Y, Frick E. Spiritual Care Training Provided to Healthcare Professionals: A Systematic Review. J Pastoral Care Counsel. 2015;69(1):19–30.
13. Huisarts/algemene geneesheer [Internet]. FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. [cited 2024 Mar 20]. Available from: https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/zorg-voor-jezelf/patiententhemas/grensoverschrijdende-gezondheidszorg/de-zorgaanbieders-0
14. Vermandere M, Lepeleire J De, Smeets L, Hannes K, Mechelen W Van. Spirituality in general practice: a qualitative evidence synthesis. 2011;(November):749–60.
15. Barnett KG, Fortin VI AH. Spirituality and medicine: A workshop for medical students and residents. J Gen Intern Med. 2006;21(5):481–5.
16. Robinson MR, Thiel MM, Shirkey K, Zurakowski D, Meyer EC. Efficacy of Training Interprofessional Spiritual Care Generalists. J Palliat Med. 2016;19(8):814–21.
17. Best M, Butow P, Olver I. Do patients want doctors to talk about spirituality? A systematic literature review. Patient Educ Couns [Internet]. 2015;98(11):1320–8. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.04.017
18. Olson MM, Sandor MK, Sierpina VS, Vanderpool HY, Dayao P. Mind, body, and spirit: Family physicians' beliefs, attitudes, and practices regarding the integration of patient spirituality into medical care. J Relig Health. 2006;45(2):234–47.
19. Koenig HG, Hooten EG, Lindsay-Calkins E, Meador KG. Spirituality in medical school curricula: Findings from a national survey. Int J Psychiatry Med. 2010;40(4):391–8.
20. Appleby A, Swinton J, Wilson P. Spiritual care training and the GP curriculum: where

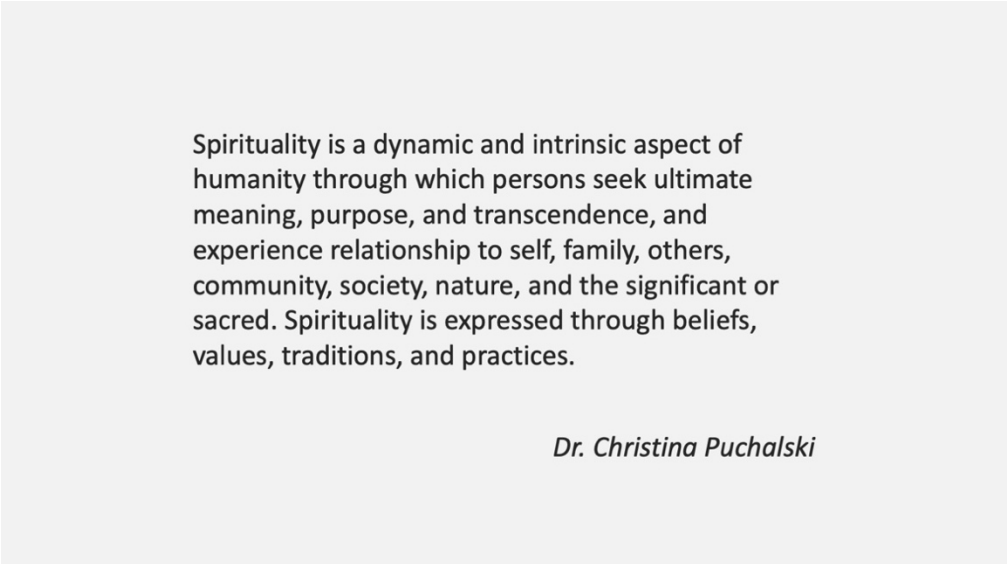
to now? Educ Prim Care. 2019;30(4):194–7.
21. Frouzandeh N, Aein F, Noorian C. Introducing a spiritual care training course and determining its effectiveness on nursing students' self-efficacy in providing spiritual care for the patients. J Educ Health Promot. 2015;4(1):34–34.
22. Hu Y, Jiao M, Li F. Effectiveness of spiritual care training to enhance spiritual health and spiritual care competency among oncology nurses. BMC Palliat Care. 2019;18(1):1–8.
23. Wasner M, Longaker C, Fegg MJ, Borasio GD. Effects of spiritual care training for palliative care professionals. 2005;99–104.
24. Van Leeuwen R, Cusveller B. Nursing competencies for spiritual care. J Adv Nurs. 2004;48(3):234–46.
25. Education TI, Care C, Mcsherry W, Boughey A, Attard J. Enhancing Nurses' and Midwives' Competence in Providing Spiritual Care. Enhancing Nurses' and Midwives' Competence in Providing Spiritual Care. 2021.
26. Puchalski CM, Vitillo R, Hull SK, Reller N. Improving the spiritual dimension of whole person care: Reaching national and international consensus. J Palliat Med. 2014;17(6):642–56.
27. Park CL, Edmondson D. Park Religion and Meaning 1 Religion as a Quest for Meaning. 2010;
28. Puchalski C. Spiritual assessment in clinical practice. 2006.
29. Anandarajah G, Ellen Hight. Spirituality and Medical Practice : Using the HOPE Questions as a Practical Tool. Aafp [Internet]. 2001;63(1):81–8. Available from: http://www.aafp.org/afp/2001/0101/p81.html
30. Higgins E, Coyne HL, Rogers CKM, Infanzon J, Velez N, Coyne P. The CASH assessment tool: A window into existential suffering. J Health Care Chaplain [Internet]. 2021;0(0):1–15. Available from: https://doi.org/10.1080/08854726.2021.1922980
31. Snowden A, Telfer I. Patient Reported Outcome Measure of Spiritual Care as Delivered by Chaplains. J Health Care Chaplain [Internet]. 2017;23(4):131–55. Available from: https://doi.org/10.1080/08854726.2017.1279935
32. Pastores-psychologen E. Een vormingsmodule over de samenwerking tussen psychologen en pastores in algemene ziekenhuizen en psychiatrische voorzieningen [Internet]. Available from: https://www.pastoralezorg.be/page/vormingsmodule-over-de-samenwerking-tussen-pastores-en-psychologen-in-algemene-ziekenhuizen-en-psychiatrische-voorzieningen/
33. Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. Br J Gen Pract. 2013;63(606):76–84.
34. Rauvola RS, Vega DM, Lavigne KN. Compassion Fatigue, Secondary Traumatic Stress, and Vicarious Traumatization: a Qualitative Review and Research Agenda. Occup Heal Sci. 2019;3(3):297–336.
35. Ellis M, Campbell J, A D-B, Hubbard D. What do family physicians think about spirituality in clinical practice? J Fam Pract. 2002;51(3):249–54.
36. Rochfort A, Collins C, Burgers J. Emotional distress, occupational stress and burnout among family doctors in Europe: Monitoring and testing of interventions is required. Eur J Gen Pract [Internet]. 2021;27(1):271–3. Available from: https://doi.org/10.1080/13814788.2021.1985998
37. Baldacchino DR. Teaching on spiritual care: The perceived impact on qualified nurses. Nurse Educ Pract [Internet]. 2011;11(1):47–53. Available from:

http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2010.06.008
38. Bandini JI, Thiel MM, Meyer EC, Paasche-Orlow S, Zhang Q, Cadge W. Interprofessional Spiritual Care Training for Geriatric Care Providers. J Palliat Med. 2019;22(10):1236–42.
39. Vlasblom JP, van der Steen JT, Knol DL, Jochemsen H. Effects of a spiritual care training for nurses. Nurse Educ Today [Internet]. 2011;31(8):790–6. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2010.11.010

Appendix A: Powerpointpresentatie uit opleiding







HOEVEEL HUISARTSEN VINDEN DAT HET HUN TAAK IS OM AAN SPIRITUELE ZORGVERLENING TE DOEN, VOLGENS JOU?

PollEv.com/mariekecolle221

SPIRITUALITEIT IN 4 PIJLERS

- Kernwaarden
- Wereldvisie
- Kernrelaties
- Identiteitsbeelden



Videofragment met casus

VRAAG 1

Zoek naar een recente casus waarin spiritualiteit aan bod kwam, op een positieve of negatieve manier.

Beschrijf kort wat er gebeurde.

Welke gevoelens riep dit toen bij jou op?



VRAAG 2

Welke factoren zouden bij jou en binnen jouw werkcontext kunnen leiden tot emotionele uitputting?

Wat is op dit moment de manier waarop jij aan zelfzorg doet?
Is dit voldoende?

VRAAG 3

Denk aan een recente consultatie die emotioneel veel van je vroeg of die je geraakt heeft.

Benoem in enkele woorden hoe je je voelde.

Ervaarde je voldoening of juist niet?

Hoe ben je achteraf omgegaan met je eigen emoties en de emotionele belasting die op je woog?

VRAAG 4

Heb je in de voorbije maanden soms nagedacht hebben over de zin van waarmee je bezig ben? Wat was de aanleiding?

Wat was het antwoord dat je toen vond?

Waarom heb je op dat moment toch doorgedaan? Wat heeft ertoe bijgedragen dat je dit beroep wilt blijven doen?

Denk daarbij aan specifieke patiëntencontacten.

BEDANKT VOOR JULLIE AANDACHT!

WILLEN JULLIE DE VRAGENLIJST NOG INVULLEN?

Appendix B: Samenvatting voor deelnemers

Spiritualiteit als dimensie van gezondheid

De laatste 20 jaar is er heel veel onderzoek gebeurd naar de relatie tussen spiritualiteit en gezondheid. In toenemende mate zijn we ons bewust van hoe spiritueel welzijn en gezondheid elkaar beïnvloeden.

De meeste huisartsen hebben tegenwoordig een integrale visie op gezondheid. In het Engels noemt met dit 'Whole Person Care'. We bedoelen daarmee dat gezondheid niet alleen een bio-, psycho- en sociale dimensie heeft, maar ook een spirituele dimensie. Spiritueel welbevinden is dus een essentieel onderdeel van een goede gezondheid. Studies tonen aan dat spiritueel welzijn duidelijk geassocieerd is aan een betere levenskwaliteit.

Huisartsen zijn bij uitstek de zorgverleners waar patiënten bij terecht kunnen voor alle aspecten van hun gezondheid. Net als huisarts is het dus enorm belangrijk om ook de spirituele dimensie van gezondheid te betrekken bij een helingsproces.

Definitie van spiritualiteit

Als we spreken over spiritualiteit is het eerst en vooral belangrijk om te definiëren waar we het dan eigenlijk over hebben. Pas in 2014 ontstond een internationale consensusdefinitie van spiritualiteit. Deze definitie is van Christina Puchalski.

Spirituality is a dynamic and intrinsic aspect of humanity through which persons seek ultimate meaning, purpose, and transcendence, and experience relationship to self, family, others, community, society, nature, and the significant or sacred. Spirituality is expressed through beliefs, values, traditions, and practices.

Spiritualiteit gaat over hoe wij als mensen **zoeken naar betekenis en zin** in ons leven. Daarnaast gaat spiritualiteit over **hoe wij verbondenheid ervaren**. Dit kan een verbondenheid zijn met het moment, met onszelf, met anderen, met de natuur, met andere belangrijke dingen, of met het betekenisvolle of heilige.

Spiritualiteit is dus een intrinsiek deel van onze menselijkheid. Spiritualiteit is veel breder dan religie: niet iedereen is religieus, maar ieder van ons heeft een spirituele dimensie.

Willen patiënten over spiritualiteit spreken?

De meeste patiënten stellen dat zij hun spiritualiteit actief beleven. Ze ervaren het belang van fysiek en spiritueel welzijn als gelijkwaardig. De nood om over spiritualiteit te spreken kan wel groter worden bij ernstige ziekte en is ook belangrijker naarmate de aandoening meer levensbedreigend wordt.

Bij ziekte of tegenslag moet onze copingstrategie helpen om het verlies aan zin tegen te gaan en zo moed te houden. Spiritualiteit is bij alle mensen een essentieel onderdeel van de copingstrategie. Als onze beleving van spiritualiteit echter te veel verlies aan zin bevat, schiet deze coping strategie tekort. Spiritualiteit wordt dan door patiënten niet meer ervaren als iets dat helpt of steunt. Een voorbeeld hiervan is mensen die tijdens een diepe

depressie zo'n zinverlies kennen dat er zelfs een doodswens ontstaat.

Taak van de huisarts in spirituele zorgverlening

De praktijk van spirituele zorg in ziekenhuizen en woonzorgcentra verloopt al vrij geïntegreerd. Er zijn pastores of andere gespecialiseerde spirituele zorgverleners die ingeschakeld kunnen worden waarmee al goede samenwerkingen bestaan.

Voor huisartsen bestaan er geen algemeen aanvaarde richtlijnen rond spirituele zorgverlening. De huisarts is nochtans vaak degene die de zorg voor een patiënt coördineert en is vaak ook degene die de patiënt het beste kent. Op zich lijkt het dus logisch dat het een huisarts het spirituele aspect van gezondheid bij zijn patiënten kan exploreren en weet hoe hij moet omgaan met de spirituele dimensie van een crisissituatie.

Het is niet de bedoeling dat huisartsen doorgedreven spirituele interventies leren uitvoeren zoals pastores dit doen. Daar bestaat niet de tijd voor en huisartsen zijn hier ook niet voor opgeleid. Huisartsen moeten bij hun patiënten wel een alertheid hebben voor spirituele pijn. Ze moeten deze pijn herkennen en een patiënt kunnen uitnodigen om meer te vertellen over wat op dat moment heel hoog zit. In veel gevallen zal een warme luisterhouding volstaan als de spirituele zorg die een patiënt op dat moment nodig had.

Soms bestaat in crisissituaties een belangrijk lijden. In dat geval moeten huisartsen een inschatting kunnen maken van de ernst van de spirituele crisis, weten of een doorverwijzing naar een professionele spirituele zorgverlener nodig is en hoe deze te organiseren. Bij bepaalde patiënten moet een huisarts samen met zijn patiënt op zoek gaan naar krachtbronnen door het levensbeschouwelijk kader van een patiënt te exploreren.

Spiritualiteit herkennen

De diversiteit in hoe mensen spiritualiteit beleven kan het moeilijk maken om spiritualiteit te herkennen.

Professor Crystal Park maakt een onderscheid tussen het global meaning system en het situational meaning system. Het global meaning system is een robuust levensbeschouwelijk kader dat de kernwaarden, de wereldvisie, de kernrelaties en de identiteitsbeelden van de mens bevat. Het situational meaning system gaat meer over hoe we betekenis geven binnen een specifieke situatie en is vatbaar voor zinverlies door bijvoorbeeld ziekte of tegenslag.

Probeer bij het luisteren naar de casussen een idee te krijgen van de spiritualiteitsbeleving van deze patiënten volgens de 4 pijlers: kernwaarden, de wereldvisie, de kernrelaties en de identiteitsbeelden.

Betrokkenheid: een spirituele houding

De consensusdefinitie van spiritualiteit die we eerder zagen werd geschreven door Christina Puchalski. Zij is een professor aan de medische faculteit van George Washington en wereldwijd een voorvechter van het integreren van spiritualiteit in de gezondheidszorg.

Dr. Puchalski spreekt vaak over ‘compassion’. In het Nederlands zouden wij dit vertalen als **betrokkenheid**. We kiezen er bewust voor om ‘compassion’ niet te vertalen als compassie, om niet het misverstand te wekken dat ‘compassion’ hetzelfde is als medelijden. Volgens Dr. Puchalski is betrokkenheid de best mogelijke context voor het uitoefenen van spirituele zorg. Een betrokken houding creëert een setting waarbinnen je gemakkelijker spirituele zorg kan verlenen.

‘Compassionate presence’ is een manier van bij anderen zijn met een warme, authentieke betrokkenheid. Het is het aannemen van een **betrokken houding**. Je geeft een ander je volledige aandacht. Je wilt oprecht het beste voor een ander. Je kiest ervoor om gevoelens van zorg en warmte te cultiveren. Wie een betrokken houding aanneemt oordeelt uiteraard niet.

Deze betrokkenheid is in se niet puur gevoelsmatig. Het is meer dan een gevoel dat je hebt of niet hebt en waar niets aan te veranderen valt. Het is ook een **keuze** die je kan maken, op een haast rationele manier. Je toont betrokkenheid omdat je gelooft dat dit goed is. Kiezen voor een betrokken houding is deels een ethische keuze. Wie ervoor kiest om betrokken naast patiënten te staan, ziet zichzelf vaak beter in staat tot goede zorg.

Een betrokken houding moet **authentiek** zijn. Patiënten zijn bijzonder gevoelig voor de authenticiteit in hoe ze bejegend worden. Een hand op de schouder vanuit een authentieke betrokkenheid is geen gebaar dat gewoon aangeleerd en herhaald kan worden. Ieder moet vanuit zijn eigen persoonlijkheid zoeken naar hoe hij die betrokkenheid uit kan drukken. Dit kan zich uiten in fysieke gebaren van nabijheid zoals oogcontact of een uitnodigende houding, in stemkleur en intonatie, en ook in wat er gezegd wordt. Betrokkenheid uitdrukken naar anderen toe is vooral een sterk non-verbaal proces.

Welke patiënten?

Alle patiënten hebben op ieder moment recht hebben op betrokken zorg. Betrokken zorg is namelijk een basishouding voor kwalitatieve zorg. Betrokken zorg bieden is niet hetzelfde als met elke patiënt een expliciet rond spiritualiteit te gaan praten. Binnen een huisartsensetting is het niet realistisch om bij alle patiënten een spirituele screening te doen. Daar bestaat onvoldoende tijd voor. We identificeren straks de twee groepen patiënten die het meeste baat kunnen hebben bij een spirituele screening. Voor alle andere patiënten kan de betrokken houding van hun arts de drempel verlagen om op het moment dat ze het nodig hebben langs te komen voor een gesprek.

Patiënten die vastlopen

Een eerste grote groep van patiënten die baat hebben bij een actieve spirituele screening zijn **mensen die in hun leven vastlopen**. Vaak is er een veelheid aan problemen: lichamelijke problemen, problemen thuis of op het werk, financiële moeilijkheden of andere zorgen. Mensen ervaren bijvoorbeeld depressieve klachten, onverklaarde vermoeidheid, of sterke gevoelens van angst, frustratie of boosheid. Ze kunnen ook worstelen met levensvragen, een verlies aan eigenwaarde, een gebrek aan controle, een gebrek aan privacy, een gemis aan persoonlijke rituelen… In de eerder beschreven casussen denken we bijvoorbeeld aan het verhaal van de studente of de pas bevallen mama.

Mensen die vastlopen worstelen in essentie met wat hen zin geeft. Zij kampen met een sterk **verlies aan zin en betekenis**. Vastlopen is daardoor ook altijd een spirituele crisis. De **spirituele noden** worden sterker en komen naar boven. Bij heel veel mensen zal een gemis aan verbondenheid centraal staan. Meestal gaan noden over menselijke relaties: zorgen over bepaalde relaties, gemis aan nabijheid, eenzaamheid. Andere voorbeelden van spirituele noden zijn bijvoorbeeld de nood aan innerlijke rust, eigenwaarde of controle.

Specifiek bij deze groep is het belangrijk de **ernst van de crisis** in te schatten. Is verdere professionele begeleiding nodig? Is er een reëel risico, al dan niet onder de vorm van suïcide? Om dit in te schatten kiezen we ervoor om gebruik te maken van de 'Scottish PROM'. Deze vragenlijst bevat de vijf elementen die het resultaat zijn van spirituele zorgverlening en is in die context gevalideerd. Het is dus logisch om deze vragen ook te gebruiken om te polsen naar de nood tot spirituele zorgverlening en eventueel een professionele verwijzing.

Patiënten na een acute gebeurtenis

Een tweede grote groep van patiënten zijn mensen die **omwille van een externe gebeurtenis een plotse crisis doormaken**. We denken dan bijvoorbeeld aan een acute ziekte maar ook het moment van diagnose van een chronische ziekte, een overlijden of een relatiebreuk. Verwijzend naar de casussen denken we ook aan het voorbeeld van de vijftiger die plots niet meer kan fietsen. Ook positieve gebeurtenissen zoals de geboorte van een kind kunnen veel teweegbrengen.

Dergelijke gebeurtenissen kunnen belangrijke vragen oproepen zoals 'Waarom ik - heb ik iets verkeerd gedaan?', 'Wie ben ik nog voor mijn kinderen?'. Mensen kunnen worstelen met spiritualiteit op vier niveaus: hun identiteit, kernrelaties, wereldvisie en kernwaarden.

Mensen die vooral door een gebeurtenis in een crisis zijn beland, presenteren zich doorgaans minder acuut. Er is tijd om deze patiënten beter te leren kennen en samen te **zoeken naar krachtbronnen**. Het inzetten op krachtbronnen is een essentieel deel van het **copingmechanisme** van mensen bij pijnlijke gebeurtenissen.

Spectrum

Natuurlijk is deze onderverdeling artificieel. Mensen die vastlopen zullen ook vaak een aantal stresserende externe factoren kunnen noemen. Soms kan één specifieke gebeurtenis een druppel in een overvolle emmer zijn die tot een volledig blokkeren leidt. Iemand die aan het vastlopen is, kan door zo'n gebeurtenis in een crisis belanden.

Toch is het zinvol om een onderverdeling te maken omdat beide groepen gebaat zijn bij een andere aanpak. Bij wie geleidelijk vastloopt, willen we vooral de ernst van het zinverlies inschatten en eventueel doorverwijzen voor professionele hulp. Bij patiënten waar een crisis vooral veroorzaakt wordt door een externe gebeurtenis, willen we de krachtbronnen en stressoren beter in kaart brengen, om zo patiënten te steunen in hun copingmechanisme.

Gespreksmodellen voor huisartsen

Er bestaan in de literatuur tientallen gespreksmodellen die helpen om een patiënt te benaderen en zo een inschatting te maken van hoe die zijn spiritualiteit beleeft. Deze

modellen verschillen erg en vertonen toch sterke overlap. Er is geen gespreksmodel dat er qua evidentie bovenuit springt.

Voor patiënten die zich presenteren met lijden ten gevolge van een **plotse, externe gebeurtenis** bespreken we de **PROM**-vragenlijst.

Voor patiënten die **vastlopen** reiken we **drie goede modellen**. Je kan er een model uitkiezen dat je ligt, modellen combineren of er enkele vragen uitpikken. Je zal merken dat veel van de vragen overlappen. Belangrijke thema's zijn bijvoorbeeld het voelen van angst, hoop en verbondenheid met een gemeenschap. We zullen hier alleen kort het **FICA**-model overlopen.

PROM (Patient Reported Outcome Measure) of Spiritual Care

Bespreek de volgende vragen met je patiënt. Probeer de vragen te integreren in een gesprek.

Vraag 1. Ik kijk positief naar mijn situatie.

- Helemaal mee eens (4 punten)
- Mee eens (3 punten)
- Neutraal (2 punten)
- Niet mee eens (1 punten)
- Helemaal niet mee eens (0 punten)

Vraag 2. Ik heb controle over mijn leven.

- Helemaal mee eens (4 punten)
- Mee eens (3 punten)
- Neutraal (2 punten)
- Niet mee eens (1 punten)
- Helemaal niet mee eens (0 punten)

Vraag 3. Ik ben op dit moment rustig en kalm.

- Helemaal mee eens (4 punten)
- Mee eens (3 punten)
- Neutraal (2 punten)
- Niet mee eens (1 punten)
- Helemaal niet mee eens (0 punten)

Vraag 4. Ik ben mezelf niet.

- Helemaal mee eens (0 punten)
- Mee eens (1 punten)
- Neutraal (2 punten)
- Niet mee eens (3 punten)
- Helemaal niet mee eens (4 punten)

Let op, voor deze vraag geldt een omgekeerde puntentelling!

Vraag 5. Ik voel/ben angstig.

- Helemaal mee eens (0 punten)
- Mee eens (1 punten)
- Neutraal (2 punten)
- Niet mee eens (3 punten)
- Helemaal niet mee eens (4 punten)

Interpretatie van de score:

- Score 0-6: Doorverwijzen in acute crisis naar psycholoog/psychiater en/of spiritueel zorgverlener
- Score 7-9: Doorverwijzen naar spiritueel zorgverlener
- Score 10 -14: Aan patiënt vragen: 'Zou u het fijn vinden doorverwezen te worden naar een spiritueel zorgverlener?'
- Score 15 en hoger: Geen actie nodig.

FICA Spiritual History Tool

De FICA Spiritual History Tool werd ontwikkeld door Christina Puchalski in 1996 in samenwerking met zorgverleners uit de eerste lijn. Hij werd gevalideerd in het accuraat beoordelen van verschillende domeinen van spiritualiteit, met name vooral religie, het uitoefenen van spiritualiteit, veranderingen in spiritualiteit, betekenis en hoop.

- **F (Faith):** begrijpen waar de patiënt in gelooft, of hij zich identificeert met bepaalde spirituele ideëen of belevingen, en waar die dan uit bestaan
  "Is spiritualiteit belangrijk voor jou?"
  "Zijn er bepaalde dingen die je helpen op moeilijke momenten?"
  "Wat geeft betekenis aan jouw leven?"
- **I (Importance):** begrijpen wat het belang is van spiritualiteit voor een patiënt, en of dat een invloed heeft op gezondheidsbeslissingen
  "(Over de dingen die betekenis geven), hoe belangijk is dit voor jou in jouw leven?"
  "(Over de dingen die betekenis geven), heeft dit een invloed op jouw gezondheid?"
- **C (Community):** weten of de patient deel is van een gemeenschap waar hij zich gesteund door voelt
  "Is er een groep van mensen die heel belangrijk voor jou zijn of waar je veel van houdt?"
- **A (Action):** weten hoe je als arts van betekenis kan zijn voor een patiënt op spiritueel gebied
  "Hoe kan ik als arts de problemen helpen aanpakken waar je me zonet over verteld hebt?"

HOPE Questions for Spiritual Assessment

Het HOPE model werd ontwikkeld als leermiddel om jonge artsen te helpen vragen naar spiritualiteit. De eerste letter H staat voor de essentiële spirituele krachtbronnen van een patiënt en laat een gesprek toe met patiënten die zichzelf niet voelen behoren tot een traditionele religie. De tweede letter O polst vooral naar de mate waarin georganiseerde structuren, zoals een gemeenschap of bepaalde tradities, belangrijk zijn voor iemand. De

letter P doelt op persoonlijke spiritualiteitsbeleving. De letter E brengt het gesprek tenslotte terug op de medische zorgverlening.

Een normaliserende vraag kan helpen om de brug te maken naar een volgende vraag, bijvoorbeeld: 'Sommige mensen geloven in iets dat groter is dan zij en halen daar steun uit. Is dit ook zo voor jou?' Bij een negatief antwoord en als het gesprek dit toelaat kan eventueel nog gevraagd worden: 'Was dit ooit belangrijk voor jou?'

- **H (Hoop):** bronnen van hoop, kracht, troost, betekenis, rust, liefde, verbondheid
  "Wat geeft jou steun op moeilijke momenten?"
  "Wat geeft je de moed om door te gaan?"
- **O (Gemeenschap en traditie):** de betekenis van een gemeenschap of tradities
  "Zijn er bepaalde tradities (of rituelen) die belangrijk zijn voor jou?"
  "Heb je het gevoel dat je deel bent van een gemeenschap?", "Hoe belangrijk is dit voor jou?"
- **P (Persoonlijke spiritualiteit):** persoonlijke spiritualiteitsbeleving
  "Zou je jezelf als spiritueel omschrijven?", "Hoe belangrijk is dit voor jou?"
  "Geloof je in iets dat groter is dan wij?", "Welke band heb je daarmee?"
  "Zijn er dingen die je doet omdat ze veel betekenis voor je hebben?" (vb. een bepaald boek (her)lezen, wandelen in de natuur, bepaalde muziek luisteren)
- **E (Effect op de zorgverlening):** invloed op de medische zorgverlening
  "Heeft wat er nu gebeurd is een invloed gehad op de dingen die normaal belangrijk voor je zijn?"
  "Is er iets dat ik als arts kan doen om je te helpen datgene waar je kracht uit haalt terug te vinden?"
  "Maak je je zorgen om een conflict tussen dat waar je in gelooft en je beslissingen op medisch vlak?"
  "Zou het je helpen om eens hierover te praten met iemand die hier professioneel mee bezig is?"

CASH Assessment Tool

Dit model kan helpen bij het identificeren van existentiële zorgen van patiënten. Specifiek bij patiënten met een ernstige aandoening kan het helpen om een gesprek te voeren rond de zorgen en dromen van patiënten. Dit model kan ook beter tegemoet komen aan de groeiende groep patiënten die zich niet meer identificeren met een religie en moeite hebben zichzelf als spiritueel te benoemen. Het CASH model werd niet gevalideerd.

- **C (Care):** existentiële thema's betekenis – identiteit – autonomie – waardigheid
  "Wat moet ik weten over jou om een beter arts voor je te zijn?"
- **A (Assistance/Help):** existentiële thema's steun – verbondenheid – relaties
  "Wat helpt je het meeste op moeilijke momenten?"
- **S (Stress):** existentiële thema's stress – angst – schuld – eenzaamheid
  "Wat is op dit moment in jouw leven datgene waar je het het moeilijkst mee hebt?"
- **H (Hopes and Fears):** existentiële thema's hoop – angst – eenzaamheid
  "Wat is op dit moment je grootste angst?"
  "Wat hoop je?"

De meeste van deze instrumenten focussen op het inschatten van het algemeen spiritueel welzijn van de patiënt, eerder dan het in kaart brengen specifieke spirituele nood of stress (Monod, 2011). Sommige methoden zijn erg formeel en direct (vb. FICA). Er zal bij veel artsen een hoge drempel bestaan om de standaardvragen uit deze modellen te stellen. Andere modellen zijn minder formeel of minder direct. Sommige methoden nemen erg complexe vormen aan of maken gebruik van een puntentelling.

Het model loslaten

Zoals eerder gezegd, is er geen 'beste' gespreksmodel. Een gespreksmodel is minder belangrijk dan de kunst om te leren luisteren naar een diepere laag in wat patiënten vertellen. Wie deze diepere laag kan aanvoelen en de vaardigheid in de vingers heeft om patiënten hier naar toe te begeleiden, heeft geen model meer nodig. Pastores in ziekenhuizen gebruiken bijvoorbeeld nooit gespreksmodellen in hun omgang met patiënten. Patiënten geven ook duidelijk aan dat zij liefst bevraagd worden op een open en niet-gestructureerde manier, vanuit een authentieke interesse. Er is echter niets mis met gespreksmodellen als deze op een spontane manier gebruikt worden. Zo kan het zeker in het begin helpen om met een model te werken.

Gericht leren luisteren naar een diepere laag in wat patiënten vertellen vergt enige ervaring. Hier bestaan geen richtlijnen voor. Hieronder volgen enkele tips:

- Een **betrokken houding** is echter essentieel om die diepere laag te horen. Warmte, oprechte aandacht en een niet-oordelende houding staan centraal.
- Het is heel belangrijk om patiënten volledig te laten uitspreken en **stiltes** te durven laten. Patiënten hebben deze stiltes nodig om in zichzelf te voelen en om hun gedachten verder vorm te geven. Regelmatig zal het gebeuren dat er nog iets belangrijks toegevoegd wordt.
- Onze hersenen zijn tijdens een gesprek continu bezig te structureren en naar herkenning te zoeken. Het is een valkuil om te gaan interpreteren voor een patiënt. We mogen de antwoorden **niet invullen voor een patiënt** met wat we zelf veronderstellen.
- Soms sta je met je mond vol tanden, weet je niet hoe reageren in een situatie. Een spontante neiging is dan om de situatie te ontladen door te **vluchten in feiten**. Voorbeelden hiervan zijn: 'En wat denkt je partner hiervan?' of 'Heb je dat nog als eens meegemaakt?' Een andere spontane neiging die wij hebben, zeker bij het voelen van hevige emoties, is **toedekken**. Een voorbeeld hiervan is: 'Zo'n vaart gaat het niet lopen' of 'Blijf vooral het positieve zien!' Op deze manier wordt de patiënt een kans ontnomen om op een moment van sterke emotie verder tot de essentie te gaan.
- Blijf jezelf voorhouden dat je geen probleem moet oplossen. Ga uit de doe-modus en **probeer gewoon te luisteren**. Luisteren alleen al bezit een spirituele helingskracht.

Wat na het gesprek?

Een gesprek rond spiritualiteit komt bij patiënten vaak diep binnen en het **kan lang nawerken**. Patiënten gaan op stap met de inzichten die ze verworven hebben en wat de gevoeld hebben. Er kan dus een hele evolutie zitten tussen het einde van een gesprek en

het volgende contact met een patiënt. Het is belangrijk om ons hier bewust van te zijn bij de start van het volgende contact.

Tijdens het volgende contact kan je de draad weer oppikken met vragen als: 'Hoe gaat het nu met jou?', of 'Heb je nog aan ons vorige gesprek gedacht?'

Doorverwijzen

In België is een doorverwijzing voor spirituele zorgverlening vanuit de eerstelijnszorg niet zo eenvoudig. Voor mensen die nog affiniteit voelen met één van de traditionele religies is het doorgaans wel mogelijk om binnen de lokale afdeling hulp te vinden. In parochies kan men bijvoorbeeld een parochieverantwoordelijke aanspreken. Hier en daar bestaan nog enkele lokale initiatieven die bepaalde aspecten van de spirituele zorgverlening oppakken, zoals bijvoorbeeld De Grondmelodie in Leuven.

Pastor en psycholoog

Pastores werken met de spirituele pijler van de mens en dus vooral rond zingeving. Zij gebruiken ook de psychologie als secundair referentiekader. Psychologen werken met gedachten en gevoelens rond een psychologische diagnose.
Samenvattend kan dus worden gesteld dat er geen onderwerpen eigen zijn aan psychologen of pastores, maar dat hun perspectief (referentiekader) verschilt.

Betrokkenheid en uitputting

Betrokkenheid

Het meest fundamentele aan het arts-zijn ligt in het zorgen voor patiënten, voor hun fysieke en mentale welzijn. We willen in gesprek gaan met een patiënt vanuit een authentieke betrokkenheid. We proberen daarbij geen professionele muur op te werpen om onszelf te beschermen, maar in volle aandacht aanwezig te zijn bij de patiënt. We noemen deze vorm van aanwezig zijn bij patiënten een betrokken aanwezigheid of 'compassionate presence.'

In gezonde situaties wordt deze vorm van een betrokken aanwezigheid van de arts door beide partijen ervaren als een onderlinge verbondenheid en een sterke arts-patiëntrelatie. Bij artsen leidt het aannemen van een betrokken houding bovendien tot een sterke professionele voldoening. Een betrokken houding helpt om trouw te blijven aan je roeping als arts en ermee verbonden te blijven. Eigenlijk is een betrokken houding één van de vormen van zelfzorg voor artsen.

Een betrokken houding wordt in realiteit vaak bemoeilijkt door de hoge administratieve werkdruk of te hoge patiëntenaantallen. Het is heel moeilijk om moe en onder stress te blijven kiezen voor een betrokken houding.

Betrokkenheidsuitputting

Wie aldoor anderen helpt zonder daarbij voldoende zorg te dragen voor zichzelf loopt het risico op uitputting. Compassion fatigue of betrokkenheidsuitputting ontstaat wanneer deze balans langdurig uit evenwicht is. Het wordt vaak verward met burn-out maar is in wezen verschillend. Waar burn-out ontstaat door te veel werk of verantwoordelijkheid, ontstaat betrokkenheidsuitputting door te veel blootstelling aan menselijk lijden. Als reactie op te

veel blootstelling aan lijden ontwikkel je dan een copingstrategie waarbij je jezelf beschermt door geen empathie meer aan de dag te leggen.

Betrokkenheidsuitputting uit zich fundamenteel als de onmogelijkheid om nog empathie te voelen. Je voelt weinig en kan niet meer betrokken zijn. Andere waarschuwingssignalen zijn fysieke of mentale uitputting, gevoelens van irritatie of doofheid, machteloosheid, blijven piekeren over wat je hoorde, schuldgevoelens of gevoelens van professionele incompetentie rond het onvoldoende hebben kunnen helpen.

Zelfzorg

Zelfzorg is essentieel om te vermijden dat we de weg inslaan naar betrokkenheidsuitputting. Je kan niet voor anderen zorgen zonder ook voor jezelf te zorgen. Net als in een vliegtuig zet je best eerst je eigen zuurstofmasker op voor je anderen helpt. In de declaratie van Genève uit 2017 staat letterlijk: *'I will attend to my own health, wellbeing and abilities in order to provide care of the highest standard.'* Adequate zelfzorg wordt daarmee een verantwoordelijkheid voor elke arts en onderdeel van een professionele houding.

Spirituele veerkracht

Echte betrokkenheid confronteert ons met gevoelens van pijn en hulpeloosheid ten opzichte van een ander. Bij te veel blootstelling aan menselijk lijden kunnen deze gevoelens gaan vreten aan onze eigen ervaring van betekenis en leiden tot een verlies aan zin. Je kan dan bijvoorbeeld zelf gaan worstelen met het intense lijden dat zo alomtegenwoordig is of met de dood. In essentie is dit ook een vorm van spirituele stress maar dan bij de zorgverlener.

Om deze vorm van betrokkenheidsuitputting te voorkomen is het belangrijk rust te vinden en je te kunnen terugtrekken. Specifiek voor zorgverleners is het heel belangrijk om zelf ook emotionele steun te krijgen en de eigen emoties te kunnen ventileren. Dit alleen is echter niet voldoende. Betrokkenheidsuitputting is een vorm van spirituele stress. Het is daarom belangrijk over de eigen kaders van zingeving te durven reflecteren en te blijven zoeken naar een aangepaste invulling van zin en betekenis. Op die manier ontstaat spirituele veerkracht.

Eigen spiritualiteit

Wie in gesprek wil gaan met patiënten op de diepste laag van wat in hen leeft, moet het engagement aangaan ook zijn eigen spiritualiteit te leren kennen.

Je eigen spiritualiteit leren kennen is een lange weg naar binnen. Het allerbelangrijkste is voldoende tijd te nemen om deze weg te gaan. Enkel als het rustig is in onszelf, kunnen we goed voelen.

Voor wie meer wil

Extra schrijfoefening 1

- Wanneer heb ik me de laatste week blij, boos, verdrietig of bang gevoeld? Kies het sterkste gevoel. Beschrijf wat er gebeurde en beschrijf dat gevoel.

- Welk talent is me de laatste tijd echt opgevallen? Hoe voelt het om aan dit talent te denken?
- Wanneer voelde ik de laatste tijd een diepe verbondenheid? Dit kan met één persoon zijn, of een groep mensen, de natuur, of iets dat ons overstijgt …
- Wanneer heb ik de laatste tijd iets van hoop, vertrouwen of geloof gevoeld? Maakt dit mij gelukkig, voel ik me sterk? Of voel ik dan eerder een diep gemis?`

Extra schrijfoefening 2

Vraag jezelf eens af wat spiritualiteit voor jou betekent.

Wat geeft jouw leven zin en betekenis? Concreet: wat geeft jou ’s morgens zin om op te staan? Wat maakt dat jij je leven als betekenisvol ervaart?

Wanneer voel jij een diepe verbondenheid? Concreet: wanneer heb jij de laatste weken een diepe rust ervaren?

Extra schrijfoefening 3

Vul de PROM zelf eens in. Verbaast het cijfer je? Wat voel je bij dit cijfer?

Meer om te lezen

Het **Enneagram** is bestaat uit negen persoonlijkheidstypes. Iedereen heeft één dominant persoonlijkheidstype. Het enneagram kan helpen om jezelf en je beweegredenen beter te begrijpen en op die manier bijdragen bij je eigen spirituele ontwikkeling.
Meer lezen: https://www.enneagraminstitute.com/type-descriptions

Voor wie christelijk is kunnen de **spirituele oefeningen van Ignatius van Loyola** helpen om de aanwezigheid van God te voelen in het dagelijks leven. Je probeert met dankbaarheid terug te blikken op de dag en je daarbij bewust te zijn van wat je die dag voelde. Er zijn apps voor mobiele telefoon die een dagelijkse contemplatie aanbieden (vb. Pray as you go).
Meer lezen: *https://www.ignatianspirituality.com/ignatian-prayer/the-examen/*

Appendix C: Vragenlijst studie

Geef aan in welke mate je het eens bent met de volgende uitspraken.
Vragen rond leerdoelen:

1. Ik begrijp de definitie van spiritualiteit (Puchalski, 2009).
   O helemaal eens O eerder eens O geen mening O eerder oneens O helemaal oneens

2. Ik voel me in staat om de verschillende manieren waarop mensen naar spiritualiteit zoeken te herkennen.
   O helemaal eens O eerder eens O geen mening O eerder oneens O helemaal oneens

3. Ik begrijp dat ieder mens op zijn eigen manier naar spiritualiteit zoekt.
   O helemaal eens O eerder eens O geen mening O eerder oneens O helemaal oneens

4. Ik begrijp wat mijn taak als huisarts is met betrekking tot de spirituele gezondheid van mijn patiënten.
   O helemaal eens O eerder eens O geen mening O eerder oneens O helemaal oneens

5. Ik begrijp wanneer ik een patiënt moet doorsturen naar een pastor of professioneel spiritueel zorgverlener.
   O helemaal eens O eerder eens O geen mening O eerder oneens O helemaal oneens

6. Ik voel me bekwaam in het herkennen van spirituele noden (nood aan verbondenheid, eigenwaarde, innerlijke rust, controle …).
   O helemaal eens O eerder eens O geen mening O eerder oneens O helemaal oneens

7. Ik voel me bekwaam om een gesprek rond spiritualiteit te starten met een patiënt.
   O helemaal eens O eerder eens O geen mening O eerder oneens O helemaal oneens

8. Ik voel me bekwaam om een patiënt te bevragen rond spiritualiteit.
   O helemaal eens O eerder eens O geen mening O eerder oneens O helemaal oneens

9. Ik voel me zelfzeker wanneer ik met patiënten rond spiritualiteit spreek.
   O helemaal eens O eerder eens O geen mening O eerder oneens O helemaal oneens

10. Ik begrijp wat een betrokken houding betekent.
    O helemaal eens O eerder eens O geen mening O eerder oneens O helemaal oneens

11. Ik vind dat ik een betrokken houding kan aannemen ten opzichte van patiënten.
    O helemaal eens O eerder eens O geen mening O eerder oneens O helemaal oneens

12. Ik begrijp waarom zelfzorg belangrijk is voor een betrokken zorgverlening.
    O helemaal eens O eerder eens O geen mening O eerder oneens O helemaal oneens

13. Ik ken mijn draagkracht en grenzen.
    O helemaal eens O eerder eens O geen mening O eerder oneens O helemaal oneens

14. Ik respecteer mijn grenzen.
    O helemaal eens O eerder eens O geen mening O eerder oneens O helemaal oneens

15. Ik vind het zinvol om over mijn eigen spiritualiteit na te denken.
    O helemaal eens O eerder eens O geen mening O eerder oneens O helemaal oneens

16. Ik heb iets bijgeleerd over mezelf en mijn eigen spiritualiteit tijdens deze vorming.
    O helemaal eens O eerder eens O geen mening O eerder oneens O helemaal oneens

Vragen rond waardering van de vorming:

1. Ik vond het volgen van deze vorming een meerwaarde voor mezelf als huisarts.
   O helemaal eens O eerder eens O geen mening O eerder oneens O helemaal oneens

2. Ik ben nu van plan vaker met patiënten te spreken rond spiritualiteit.
   O helemaal eens O eerder eens O geen mening O eerder oneens O helemaal oneens

3. Ik vond de hoeveelheid theorie die verwerkt werd in de vorming …
   O te veel O voldoende O te weinig

4. Ik vond de vorming voldoende praktisch om te gebruiken in de dagelijkse praktijk.
   O helemaal eens O eerder eens O geen mening O eerder oneens O helemaal oneens

5. Ik vond het gebruik van de filmpjes zinvol.
   O helemaal eens O eerder eens O geen mening O eerder oneens O helemaal oneens

6. Ik vond de groep een voldoende veilige omgeving om persoonlijke verhalen te durven vertellen.
   O helemaal eens O eerder eens O geen mening O eerder oneens O helemaal oneens

7. Ik vond de grootte van deze groep …
   O te groot O juist goed O te klein

8. Ik vond de duur van de contactmomenten …
   O te lang O juist goed O te kort

9. Ik zou deze vorming aan een collega aanraden.
   O helemaal eens O eerder eens O geen mening O eerder oneens O helemaal oneens

Open vragen

Wat vond u de drie sterkste punten aan de vorming?

Wat vond u de drie zwakste punten aan de vorming? Heeft u een suggestie om deze punten te verbeteren?

Wat is het belangrijkste dat u geleerd heeft tijdens deze vorming? Wat blijft u het meest bij?

Appendix D: Gunstig advies OBC

Ons kenmerk: MP020728
Uw kenmerk: Masterproef studie: Heeft een training rond spiritualiteit voor huisartsen een invloed op het aanbieden van spirituele zorg aan patiënten met een burn-out?
Leuven, 20-02-2023

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Prof. Dr. Mieke Vermandere
Geachte Marieke Colleman

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven verleent hierbij een gunstig advies aan de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 20-02-2023.

Het betreft een prospectief onderzoek aan de hand van een anonieme survey die afgenomen wordt ter validatie van een vorming omtrent spirituele zorg door de huisarts (2 modules van 2u). De vorming wordt gegeven door een docent van de faculteit Theologie & Religiewetenschappen. Rekrutering van huisartsen en huisartsen in opleiding gebeurt via direct contact, e-mail en via sociale media. Men laat slechts 12 deelnemers toe. Op het einde van de tweede avond wordt de enquëte verdeeld nadat de deelnemers de informatiebrief hebben gelezen. Deelname blijft vrijwillig. Invullen van de vragenlijst zou slechts tien minuten tijd vragen. Het protocol is helder geschreven, besteedt voldoende aandacht aan het garanderen van anonimiteit, aan hoe data beheerd worden en AVG. De nodige bijlagen (vragenlijst, informatiebrief (ICF – zie verder), uitnodigingtekst) werden meegestuurd. Een bedenking betreft de haalbaarheid om van 12 huisartsen te vragen zich tweemaaltwee uur vrij te maken voor een deelname aan een pilootproject. Er wordt dus van de deelnemers een aanzienlijke inzet gevraagd. De kans op drop out (niet komen opdagen tijdens één van beide sessies) lijkt een belangrijke beperking en is beschreven. In het ICF en de informatiebrief is nu beter beschreven dat het om een studie gaat. De gemaakte opmerkingen zijn goed verwerkt, de student lijkt voldoende nagedacht te hebben over het onderzoek en de beperkingen ervan. Er zijn geen bezwaren tegen de studie.

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

De Commissie heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. De Ethische Commissie Onderzoek UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiënt-gegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.
Dit gunstig advies betreft de indiening van 06-02-2023 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit gunstig advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de commissie.

Appendix E: Protocol zoals goedgekeurd door OBC

1. APPLICANTS

Protocol - full title	Huisarts en spiritualiteit: een keuze voor betrokken zorg.
Version 1: Date submission	Date: 26/11/2022
Version 2: Date resubmission	Date:12/12/2022
Version 3: Date third submission	Date:31/01/2023
Version 4: Date fourth submission	Date: 04/02/2023
Principal Investigator – Promotor	**Name: prof. Mieke Vermandere**
	Telephone: 016 37 72 81
	E-mail: mieke.vermandere@kuleuven.be
Following both questions should be answered:	
The principal investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. YES x NO □	
The supervisor has read and approved the submission for ethics approval. YES x	
Co-Investigator – Co-Promoter	**Name: Anne Vandenhoeck**
	Telephone: 016 32 38 95
	E-mail: anne.vandenhoeck@kuleuven.be
The co- investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. YES □ NO x	
Sub-investigator – Student(s)	**Name: Marieke Colleman**
	Student number: s0217206
	Telephone: 0494/20.65.51
	E-mail: marieke.colleman@student.kuleuven.be

2. BACKGROUND AND RATIONALE

Goede communicatie is zonder twijfel het belangrijkste aspect aan hoe artsen zorg verlenen aan patiënten.[1] Elke patiënt is uniek en heeft individuele noden. Het is essentieel om via goede communicatie deze noden grondig te proberen begrijpen.

Goede communicatie leidt tot een betere gezondheid bij patiënten, zowel via subjectieve bevraging als via objectieve gezondheidsmerkers.[2,3] Het leidt ook tot een betere therapiecompliantie bij patiënten.[4] Artsen die de ICE (Ideas, Concerns, Expectations) grondig bevragen zorgen voor minder angst bij patiënten en een betere symptoomcontrole.[3] Het vragen naar gevoelens en tonen van empathie leidt bovendien tot minder psychologische stress.[3] We weten al eeuwenlang dat gezondheid en spiritualiteit nauw verweven zijn.[5] De geneeskunde is de laatste decennia echter sterk verwetenschappelijkt. Het belang van betrokken zorg verdween tegelijk sterk naar de achtergrond.[5] Patiënten worden daarbij vaak gereduceerd tot de aandoening die ze hebben. Ze krijgen niet de betrokken zorg die de last van de ziekte helpt dragen.[6] Spirituele betrokkenheid binnen de zorg leidt nochtans tot een betere gezondheid en hogere levenskwaliteit.[7,8,9]

Spiritualiteit wordt gedefinieerd als iemands relatie tot het onbekende, de zoektocht naar datgene wat ons overstijgt.[10] De consensusdefinitie over spiritualiteit van Christina Puchalski uit 2009 luidt als volgt: *'Spirituality is the aspect of humanity that refers to the way individuals seek and express meaning and purpose and the way they experience their connectedness to the moment, to self, to others, to nature and to the significant or sacred.'*[11] Spiritualiteit is intrinsiek deel van ons menszijn. Ieder mens kent in meer of mindere mate spirituele noden. Spiritualiteit is daarmee een veel bredere term dan religie.[12] Een religie bestaat uit specifieke overtuigingen over dat transcendente. Deze overtuigingen gaan meestal gepaard met een bepaald taalgebruik, bepaalde gewoontes, teksten of rituelen.[12]

De meeste patiënten stellen dat zij hun spiritualiteit actief beleven. Ze ervaren het belang van fysiek en spiritueel welzijn als gelijkwaardig.[13,14] De nood om over spiritualiteit te spreken is groter bij ziekte en wordt belangrijker naarmate de aandoening meer levensbedreigend wordt.[13] Meer dan 70% van de kankerpatiënten stelt echter dat de medische wereld amper of niet tegemoet komt aan hun spirituele noden.[8] Ook artsen onderschrijven hoe belangrijk het is om spiritualiteit in de gezondheidszorg te integreren.[14] Artsen voelen zich echter gehinderd om spiritualiteit te bevragen door onzekerheid, een gebrek aan ervaring en onvoldoende duidelijkheid over wat spiritualiteit betekent.[14,15,16,17] Ook een gebrek aan eigen spiritueel bewustzijn vormt een hinderpaal voor artsen om met patiënten te spreken over spiritualiteit.[16]

In het Verenigd Koninkrijk wordt spiritualiteit onderricht in 59% van de medische faculteiten, hoewel slechts een derde van de faculteiten dit ook tot een verplicht topic maakt.[18] Ook in de Verenigde Staten zit spiritualiteit in de medische curricula, maar slechts aan 7% van de faculteiten was dit ook een specifiek opleidingsonderdeel uit het verplichte lessenpakket.[19] Als we willen dat de toekomstige generatie artsen op degelijke wijze spirituele zorg kan verlenen aan patiënten, is er nood aan betere en duidelijke leerdoelen rond spirituele zorgverlening. Bovendien moet nagedacht worden over andere opleidingsstrategieën.[17] Strategieën zoals het volgen van een pastor, het oefenen op communicatievaardigheden rond spiritualiteit met behulp van simulatiepatiënten, het beoefenen van zelfreflectie door schrijven of tijdens groepsgesprekken en het begeleid werken rond casussen komen steeds opnieuw naar voren in succesvolle trainingen rond spiritualiteit.[20] Idealiter leren studenten vroeg in de opleiding om spiritualiteit te bevragen als onderdeel van een routine anamnese.[21] Toch heeft ook een korte éénmalige vorming een duidelijk effect op hoe artsen hun eigen spirituele competentie ervaren.[22,23]

Wij ontwikkelden een vorming rond spiritualiteit voor huisartsen. Het doel van deze studie is om na te gaan hoe de deelnemende huisartsen de vorming ervaren en waarderen. De studie wil ook een eerste inschatting maken van de mate waarin de vooropgestelde leerdoelen van de vorming bereikt worden. Deze informatie kan gebruikt worden om de inhoud van de vorming bij te sturen.

3. STUDY OBJECTIVES

We ontwikkelden een nieuwe vorming rond spiritualiteit voor huisartsen. Het doel van deze studie is om na te gaan hoe de deelnemende huisartsen de vorming ervaren en waarderen. De studie wil ook een eerste inschatting maken van de mate waarin de vooropgestelde leerdoelen van de vorming bereikt worden. Met deze informatie kan de vorming in de toekomst bijgestuurd worden.

De leerdoelen van deze nieuwe vorming rond spiritualiteit zijn de volgende:

- **Kennis**
    - Begrijpen van de definitie van spiritualiteit (Puchalski, 2009), begrijpen welke vormen spiritualiteit kan aannemen, spiritualiteit kunnen herkennen in patiënten
    - Weten hoe huisartsen spirituele zorg kunnen verlenen aan patiënten, weten wanneer een doorverwijzing naar de professionele spirituele zorgverlening nodig is
- **Vaardigheden**
    - Kunnen spreken over spiritualiteit met patiënten met behulp van de aangereikte gespreksmodellen
    - Begrijpen van het belang van betrokkenheid in de omgang met patiënten
- **Zelfreflectie**
    - Factoren binnen zichzelf herkennen die belemmeren om te spreken over spiritualiteit
    - Het belang van zelfzorg begrijpen, de eigen draagkracht en grenzen kennen
    - De eigen spiritualiteit leren exploreren, het belang daarvan begrijpen

4. RESEARCH METHOD

De vorming heeft als doelgroep professioneel actieve huisartsen. Voor huisartsen is het een aanzienlijke inzet om zich gedurende twee uur vrij te maken. Bijgevolg wordt gekozen om de vorming te geven aan een LOK (lokale kwaliteitsgroep) van huisartsen. Een LOK is een groep artsen die hun medische praktijkvoering delen en via peer review beoordelen om op die manier de kwaliteit van zorg te verbeteren. Alle geaccrediteerde artsen maken verplicht deel uit van een LOK. Elke LOK bestaat uit 8 tot 25 leden. Er zullen dus maximaal 25 deelnemers deelnemen aan de vorming en aan de studie. Leden van een LOK kunnen op vrijwillige basis deelnemen aan de LOK-sessies, maar moeten wel minimaal twee sessies per accrediteringsperiode van één jaar bijwonen. Er worden minimaal vier sessies per

jaar georganiseerd. De duur van een LOK-sessie is minimaal één uur. De vorming zelf bestaat uit één sessie van twee uur. Artsen die deelnemen krijgen dus 2 accrediteringspunten voor hun deelname.

In deze pilootfase van de studie zal de vorming slechts één keer gegeven worden. De vorming wordt begeleid door een pastor. Er werd gekozen voor prof. Anne Vandenhoeck, docent pastorale zorg en diaconie en voorzitter van het Academisch Centrum voor Praktische Theologie van de Faculteit Theologie en Religiewetenschappen van KU Leuven. Zij is binnen de opleiding geneeskunde aan KU Leuven verantwoordelijk voor het vak Religie, Zingeving en Levensbeschouwing. Binnen KU Leuven is zij de autoriteit op het gebied van spiritualiteit binnen de (huisarts)geneeskunde. Ook de student die de studie uitvoert is aanwezig.

LOK's uit de regio Vlaams-Brabant zullen per e-mail (zie bijlage 3) gecontacteerd worden via hun LOK-verantwoordelijke. De LOK-verantwoordelijke is onder andere verantwoordelijk voor de samenstelling van de LOK-sessies. Indien de LOK-verantwoordelijke ermee instemt dat de vorming gegeven wordt tijdens één van de LOK-sessies, zullen de deelnemers van de LOK-groep per mail (zie bijlage 4) op de hoogte gebracht worden van het thema van de LOK-vergadering. Zij worden geïnformeerd dat de vorming kadert binnen een studie en dat hen zal gevraagd worden of zij na afloop willen deelnemen aan deze studie door een vragenlijst in te vulllen.

Op het moment van de vorming wordt voorafgaand aan de aanwezig artsen gevraagd of zij na afloop deel willen nemen aan een studie rond de evaluatie van de vorming. Er wordt uitgelegd dat de studie bestaat uit een vragenlijst waarvan het invullen ongeveer tien minuten in beslag neemt. Artsen krijgen op dat moment de informatiebrief en het informed consent formulier en deze worden samen overlopen. Alle artsen die dit wensen kunnen het informed consent formulier lezen en ondertekenen. Vervolgens start de vorming. Ook na de vorming kunnen aanwezige artsen het informed consent formulier nog ondertekenen.

De vragenlijst die afgenomen wordt bestaat uit 25 vragen met een Likert-schaal van drie of vijf punten en tevens drie open vragen. Het volledig invullen van de vragenlijst duurt ongeveer tien minuten.

Het is een ethische overweging of deelnemers zich onder druk gezet voelen om de vragenlijst in te vullen wanneer zij nog steeds in dezelfde ruimte zijn als de onderzoekers. Om die reden zal meermaals benadrukt worden dat deelnemers volledig vrij zijn om de vragenlijst na afloop niet in te vullen, zonder dat dit verdere consequenties heeft.

Deelname aan de vorming blijft vrijwillig aangezien artsen kunnen beslissen aan een andere LOK-sessie deel te nemen in plaats van aan deze. Er wordt voorafgaand aan de vorming per mail duidelijk gecommuniceerd aan de LOK-verantwoordelijke en alle leden wat het thema van de vorming is en dat deze kadert binnen een studie. Ook deelname aan de studie na afloop van de vorming blijft vrijwillig. Artsen die de vragenlijst achteraf niet invullen nemen op geen enkele wijze deel aan het onderzoek. Er zal op geen enkele wijze informatie over deze deelnemers verzameld worden.

5. SELECTION AND WITHDRAWAL OF PARTICIPANTS

5.1 Inclusion and exclusion criteria

Alle huisartsen behorende tot de LOK kunnen deelnemen aan de vorming. Ook huisartsen die geen lid zijn van de betreffende LOK en huisartsen-in-opleiding kunnen deelnemen, maar zij krijgen hier geen accrediteringspunten voor. Er is geen verdere selectie van deelnemers.

Alle huisartsen die de vorming gevolgd hebben mogen na afloop de vragenlijst invullen en effectief deelnemen aan de studie.

5.2 Sample size and population

Aangezien een LOK tussen de 8 en 25 leden heeft, wordt een gelijkaardig aantal deelnemers verwacht. De steekproefgrootte bedraagt dus 8 tot 25 deelnemers. Dit is voldoende gezien de vroege fase waarin het onderzoek rond deze vorming zich momenteel bevindt. De groep deelnemers aan de vorming wordt bewust klein gehouden om een vertrouwelijke sfeer te creëren. Gezien de pilootfase waarin dit project zich momenteel bevindt is een totaal van 8 deelnemende huisartsen voldoende om een preliminaire evaluatie van de vorming te bekomen. Ondanks het lage aantal deelnemers is er geen kans tot identificatie aangezien de vragenlijst volledig anoniem wordt afgenomen. De totale populatie die in aanmerking komt voor de studie bestaat uit alle huisartsen en huisartsen-in-opleiding in het Nederlandse taalgebied.

De vorming zal in deze pilootfase van het onderzoek slechts één keer gegeven worden.

5.3 Recruitment

Recrutering tot deelname aan de vorming gebeurt via LOK-verantwoordelijken in de regio Vlaams-Brabant. LOK-verantwoordelijken worden per e-mail aangeschreven met de vraag of zij deze vorming binnen hun LOK willen laten doorgaan. In bijlage 3 staat de tekst die daarvoor gebruikt zal worden. Er zal steeds duidelijk gecommuniceerd worden dat de vorming kadert binnen een studie. Indien de LOK-verantwoordelijke ermee instemt dat de vorming gegeven wordt tijdens één van de LOK-sessies, zullen de deelnemers van de LOK-groep per mail (zie bijlage 4) op de hoogte gebracht worden van het thema van de LOK-vergadering. Zij worden per e-mail geïnformeerd dat de vorming kadert binnen een studie en dat hen zal gevraagd worden of zij na afloop willen deelnemen aan deze studie door een vragenlijst in te vulllen.

Op het moment van de vorming wordt voorafgaand aan de aanwezig artsen door de onderzoeker gevraagd of zij na afloop deel willen nemen aan een studie rond de evaluatie van de vorming. Dit zal gebeuren in het lokaal waar de vorming ook zal plaats vinden. Er wordt uitgelegd dat de studie bestaat uit een vragenlijst waarvan het invullen ongeveer tien minuten in beslag neemt. Artsen krijgen op dat moment van de onderzoeker de informatiebrief (zie bijlage 1). In de informatiebrief wordt duidelijkheid

gegeven over de doelstelling, methode en implicaties van het onderzoek; de mogelijke voordelen, risico's, en nadelen verbonden aan de deelname; en de mogelijke externe financiering van het onderzoek. Deze informatiebrief wordt samen met de deelnemers overlopen. Alle artsen krijgen ook een informed consent formulier en de artsen die dit wensen kunnen het informed consent formulier lezen en ondertekenen. Vervolgens start de vorming. Ook na de vorming kunnen aanwezige artsen het informed consent formulier nog ondertekenen.

Enkel wanneer een arts de informatiebrief gelezen heeft en instemt met deelname door het informed consent formulier te ondertekenen (zij het voor of na de vorming), zal hij of zij na afloop van de vorming de vragenlijst krijgen. Op dat moment kan de afname van de vragenlijst van start gaan. Zowel in de informatiebrief als bij de start van de vragenlijst wordt duidelijk vermeld dat de persoon in kwestie niet verplicht is om deel te nemen. Zowel voor het deelnemen, het niet deelnemen, als voor het vroegtijdig beëindigen van het onderzoek zijn er geen negatieve gevolgen voor de persoon in kwestie. Daarbij kan de vragenlijst op elk moment op vraag van de deelnemer worden beëindigd. De data van niet afgeronde vragenlijsten zullen niet worden opgenomen in de data-analyse en zullen worden vernietigd. Op geen enkel moment zullen persoonlijke gegevens (zoals naam, adres, rijksregisternummer, e-mailadres, IP-adres, ...) verzameld worden door de onderzoekers of zullen antwoorden van de vragenlijsten door de onderzoekers gekoppeld kunnen worden aan de identiteit van de deelnemers.

5.4 Expected duration

Verwacht wordt dat de gehele studie zal lopen van januari 2023 tot en met april 2024.

De hele vorming bestaat uit één sessie van twee uur zonder pauze.

Artsen die na afloop van de vorming beslissen om deel te nemen aan de studie, zullen naar verwachting ongeveer tien minuten spenderen met het invullen van de vragenlijst. De tijd om de deelnemers persoonlijk uit te nodigen, de informatiebrief te laten lezen en het informed consult te laten ondertekenen wordt hier niet in meegerekend. De extra duur hiervan zal maximaal tien minuten bedragen.

6. ANALYSIS

Antwoorden op de Likert-schaal vragen worden verwerkt tot gemiddeldes en proporties. Er wordt steeds een equivalent in deelnemersaantal vermeld aangezien de groep deelnemers klein is.

Antwoorden op de open vragen worden gelezen. Er wordt gekeken naar de frequentie waarmee bepaalde zaken vermeld worden door deelnemers. Deze data zal opnieuw door middel van proporties worden geanalyseerd. Indien dit om één of andere reden onmogelijk is, kan het zijn dat bepaalde uitspraken van de deelnemers verder geanalyseerd worden in het onderzoek.

7. DATA HANDLING AND MANAGEMENT

7.1 Data storage and management

Alle data zullen tijdens het project vertrouwelijk en met de nodige zorgvuldigheid behandeld worden. In functie van onze onderzoeksvraag zal aan de hand van een vragenlijst informatie worden verzameld rond de mate waarin deelnemers de vorming evalueren en de mate waarin zij ervaren dat zij de doelstellingen van de vorming bereikt hebben. Enkel relevante informatie wordt verzameld en dit wordt beperkt tot wat noodzakelijk is voor de doeleinden van de onderzoeksvraag. Er zullen geen persoonsgegevens worden verzameld.

De informatie die met behulp van de vragenlijst wordt verkregen, zal op een gestructureerde wijze in een beveiligd computerdocument verzameld worden. Indien mogelijk zal dit bestand bewaard worden in een projectgebonden opslaglocatie in OneDrive for Business.

Bij het versturen van een kopie van vertrouwelijke informatie of documenten zullen deze steeds versleuteld zijn met een wachtwoord of unieke code. Voor het verzenden van grote bestanden wordt gebruik gemaakt van Belnet Filesender.

Toepassingen zoals Google Drive, een persoonlijke OneDrive (met uitzondering van OneDrive for Business, aangeboden door KU Leuven) of WeTransfer worden te allen tijde vermeden. Na afloop van het project zullen de bestanden aan de promotor worden bezorgd die verder zal instaan voor een veilige bewaring ervan. Conform het beleid van de KU Leuven zullen deze bestanden 10 jaar bewaard blijven, nadien wordt opnieuw geëvalueerd of het als zinvol wordt beschouwd om de data nog langer te bewaren.

7.2 Declaration of Confidentiality and Careful Management of Information and Personal Data

In the framework of his / her Master's thesis, the student(s) will have access to all kinds of data, information, results and documents. In order to ensure the confidentiality of this Information and the privacy of those involved, within the framework of his / her Master's thesis the student(s) should always deal with the Information with the greatest care and discretion.

Data collected in the framework of a Master's thesis requires the utmost of care and discretion. Therefore, at all times the student must observe complete confidentiality with respect to the Information he / she has collected during the course of his / her Master's thesis.

In performing this research, the student(s) commit(s) him/herself to the following confidentiality obligations:

- *He / she accepts, during and after the completion of the Master's thesis,* ***the obligation to strictly observe the confidentiality of the Information he / she has collected*** *and the activities to which he / she has participated, and regarding*

the patients, healthy volunteers and the staff members with whom he / she comes into contact;

- *He / she will only process and collect data that is **relevant** and **necessary** for his / her Master's thesis;*

- *He / she will **not share information** with persons not directly involved within the framework of his / her research; only the **investigator, possible group members** and his/her **supervisor** will have access to the data*

- *He / she will take **all necessary steps** to protect the confidentiality of Information and the privacy of those involved;*

- *He / she will handle with **care and responsibility** the Information and the access granted to him/her to information systems and digital media.*

- *He/ she will discuss the **confidentiality**, **storage** and **sharing** of files with his/her supervisor.*

- *He / she will take all necessary steps to **prevent (re-)identification of participants**. Even when working with anonymous data, precautions will be taken in order to minimize the risk of re-identification.*

- *Wherever possible, he/she will use a **project based or team based storage location** for storing and exchanging data. He/she will contact his/her supervisor to discuss the possibility of using an internal or external service of KU Leuven or UZ Leuven to save data. If not possible, he/she will use OneDrive for Business, provided by KU Leuven, REDCap,provided by KU Leuven and UZ Leuven, or a password protected device for storing collected data. Applications such as **Google Drive, a personal OneDrive (except OneDrive for Business, provided by KU Leuven) or WeTransfer will be avoided at all times**.*

- *He/she will always encrypt confidential information and files with a **password**, **two-step verification** or **specialized program** such as 7-Zip or AEScrypt.*

- *When sharing a copy of strictly confidential data, he/she will always **encrypt** the data with a secure password or unique code. For sharing large files, a **secure application** such as Belnet Filesender will be used.*

- *In the event of a **data breach** he/she will immediately contact his/her supervisor*

All investigators shall treat all information and data relating to the study as confidential and shall not disclose such information to third parties or use such information for any purpose other than the performance of the study

*Since this study will not collect any personal data and the GDPR does not apply to anonymous data, **no separate privacy application should be submitted for this type of studies.** When approval is given by the Ethics Committee, this application*

can be considered as in accordance with the GDPR. There is no objection to start the processing operations.

8. ASSESSMENT OF RISKS AND SAFETY

In de informatiebrief die bezorgd wordt aan alle potentiële deelnemers aan de studie staan duidelijk naam en contactgegevens vermeld van de student en de promotor. Deze personen fungeren als contactpersoon voor potentiële deelnemers die iemand willen spreken rond het onderzoek.

In de vragenlijst die de deelnemers zullen invullen worden geen vragen gesteld rond gevoelige thema's. Er worden geen ongewenste gebeurtenissen verwacht.

Door de inschrijving aan KU Leuven is de student aangesloten bij een ongevallenpolis. Daarnaast vergoedt een polis burgerlijke aansprakelijkheid voor studiegebonden aangelegenheden zoals de lichamelijke en materiële schade die een student door zijn fout aan derden berokkent tijdens een studieactiviteit in België of in het buitenland.

9. APPROVAL

Niet van toepassing voor deze studie.

10. PUBLICATION POLICY

Publications will be coordinated by the Principal Investigator. Authorship to publications will be determined in accordance with the KU Leuven policy on authorship.

11. DIRECT ACCESS TO SOURCE DATA AND DOCUMENTS

The investigator(s) and the institution(s) will permit study-related monitoring, audits, ethical review and regulatory inspections (where appropriate) by providing direct access to source data.

12. REFERENCES

1. Markides M. The importance of good communication between patient and health professionals. J Pediatr Hematol Oncol. 2011;33(SUPPL. 2):123–5.

2. Ong LML, de Haes JCJM, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: A review of the literature. Soc Sci Med. 1995;40(7):903–18.

3. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. Cmaj. 1995;152(9):1423–33.

4. Kelly Haskard Zolnierek P, Robin DiMatteo P. Physician Communication and Patient Adherence to Treatment. Med Care. 2009;47(8):826–34.

5. Puchalski CM, Vitillo R, Hull SK, Reller N. Improving the spiritual dimension of whole person care: Reaching national and international consensus. J Palliat Med. 2014;17(6):642–56.

6. McCord G, Gilchrist VJ, Grossman SD, King BD, McCormick KF, Oprandi AM, et al. Discussing spirituality with patients: A rational and ethical approach. Ann Fam Med. 2004;2(4):356–61.

7. Burgener SC. Predicting quality of life in caregivers of Alzheimer's patients: the role of support from and involvement with the religious community. J Pastoral Care. 1999;53(4):433–46.

8. Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, Paulk ME, Lathan CS, Peteet JR, 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(5):555–60.

9. Cohen SR, Mount BM, Tomas JJN, Mount LF. Existential well-being is an important determinant of quality of life: Evidence from the McGill Quality of Life Questionnaire. Cancer. 1996;77(3):576–86.

10. Astrow AB, Puchalski CM, Sulmasy DP. Religion, spirituality, and health care: Social, ethical, and practical considerations. Am J Med. 2001;110(4):283–7.

11. Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J, et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: The report of the consensus conference. J Palliat Med. 2009;12(10):885–904.

12. Astrow AB. Is Medicine a Spiritual Vocation? Vol. 50, Society. 2013. p. 101–5.

13. Mueller PS, Plevak DJ, Rummans TA. Religious involvement, spirituality, and medicine: Implications for clinical practice. Mayo Clin Proc. 2001;76(12):1225–35.

14. Olson MM, Sandor MK, Sierpina VS, Vanderpool HY, Dayao P. Mind, body, and spirit: Family physicians' beliefs, attitudes, and practices regarding the integration of patient spirituality into medical care. J Relig Health. 2006;45(2):234–47.

15. Tanyi RA, McKenzie M, Chapek C. How family practice physicians, nurse practitioners, and physician assistants incorporate spiritual care in practice. J Am Acad Nurse Pract. 2009;21(12):690–7.

16. Vermandere M, Lepeleire J De, Smeets L, Hannes K, Mechelen W Van. Spirituality in general practice : 2011;(November):749–60.

17. Appleby A, Swinton J, Wilson P. Spiritual care training and the GP curriculum: where to now? Educ Prim Care. 2019;30(4):194–7.

18. Neely D, Minford EJ. Current status of teaching on spirituality in UK medical schools. Med Educ. 2008;42(2):176–82.

19. Koenig HG, Hooten EG, Lindsay-Calkins E, Meador KG. Spirituality in medical school curricula: Findings from a national survey. Int J Psychiatry Med. 2010;40(4):391–8.

20. Wenham J, Best M, Kissane DW. Systematic review of medical education on spirituality. Intern Med J. 2021;51(11):1781–90.

21. Puchalski CM, Larson DB. David Larson Developing Cirricula in Spirituality and Medicine. Vol. 73, Academic Medicine. 1998. p. 970–4.

22. Barnett KG, Fortin VI AH. Spirituality and medicine: A workshop for medical students and residents. J Gen Intern Med. 2006;21(5):481–5.

23. Robinson MR, Thiel MM, Shirkey K, Zurakowski D, Meyer EC. Efficacy of Training Interprofessional Spiritual Care Generalists. J Palliat Med. 2016;19(8):814–21.