

University of Groningen

Learning spiritual care in Dutch hospitals

van de Geer, Jacob

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
2017

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

van de Geer, J. (2017). *Learning spiritual care in Dutch hospitals: the impact on healthcare of patients in palliative trajectories*. [Thesis fully internal (DIV), University of Groningen]. Rijksuniversiteit Groningen.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.



Samenvatting



Samenvatting

Achtergrond

Na het verdwijnen van de verzuiling in de Nederlandse maatschappij, waarin de gezondheidszorg georganiseerd was langs confessionele lijnen, raakte de aandacht voor spiritualiteit tientallen jaren verwaarloosd binnen het Nederlandse zorgsysteem. Tijdens de modernisering van de gezondheidszorg in de zestiger jaren van de twintigste eeuw ontwikkelde het professioneel taalgebruik ten aanzien van geestelijke en psychosociale zorg in de gezondheidszorg zich binnen de context van een drie-dimensioneel zorgmodel: het bio-psycho-sociale model. Vanaf het moment dat palliatieve zorg in Nederland onderdeel werd van nationaal beleid voor de reguliere zorg, stonden instellingen voor gezondheidszorg, beleidsmakers en onderzoekers voor de uitdaging om dit complexe begrip opnieuw te definiëren. Nationaal beleid en persoonlijke initiatieven op het gebied van onderzoek en onderwijs (onder andere de Masterclass spiritualiteit en geestelijke verzorging in de palliatieve zorg) kwamen samen in een inspirerend proces dat uitmondde in de eerste Nederlandse, consensus-based richtlijn voor multidisciplinaire spirituele zorg binnen de palliatieve zorg: de *Richtlijn Spirituele zorg*, samengevat in hoofdstuk 1. Het verschijnen van deze richtlijn leidde tot het opnemen van het begrip spiritualiteit in de beroepsstandaard voor geestelijke verzorging van de Vereniging Geestelijke VerZorgers in Nederland (VGVZ), en het initiatief tot een Europese Taskforce on Spiritual Care, beschreven in hoofdstuk 2.

De combinatie van onderwijs en internationale contacten inspireerde de auteur tot het opzetten van een actieonderzoek, met als doel te verkennen hoe geestelijk verzorgers in Nederlandse algemene ziekenhuizen kunnen bijdragen aan het verbeteren van de aandacht voor spirituele zorg in de palliatieve zorg. De resultaten van dit mixed methods-onderzoek, waarin de effecten zijn gemeten van een scholing spirituele zorg in de palliatieve zorg in acht Nederlandse topklinische opleidingsziekenhuizen, verzorgd door gespecialiseerde

geestelijk verzorgers, worden in deze dissertatie beschreven. De effecten op patiënten en professionele hulpverleners werden gemeten via vragenlijsten, die met kwantitatieve methoden werden geanalyseerd (hoofdstuk 5 en 6). Semigestructureerde interviews vonden plaats met de geestelijk verzorgers die de interventie uitvoerden om hun ervaringen te verzamelen en te analyseren (hoofdstuk 7).

Onderzoeksvragen

De hoofdvraag in het onderzoek, beschreven in hoofdstuk 1, was: Waaraan dient scholing in het hermeneutisch gebruik van diagnostische instrumenten ten behoeve van multidisciplinaire spirituele zorg te voldoen opdat primaire zorgverleners (artsen, verpleegkundigen, verzorgenden) ondersteund door geestelijk verzorgers (als experts) dit tot een geïntegreerd onderdeel van hun praktijk kunnen maken?

Deelvragen waren: 1) Wat is de uitgangssituatie voor de ontwikkeling van multidisciplinaire spirituele zorg in de palliatieve zorg in Nederland anno 2012? 2) Op welke wijze hebben topklinische ziekenhuizen in Nederland palliatieve zorg en spirituele zorg, voor zover onderdeel daarvan, intern gestructureerd en georganiseerd? 3) Welke diagnostische instrumenten sluiten theoretisch aan bij de Richtlijn Spirituele Zorg, sluiten aan bij de behoeften van patiënten en naasten en sluiten aan bij de behoeften van zorgverleners en hun professionele taken en beroepsstandaarden en zijn in de ogen van primaire zorgverleners geschikt voor praktische toepassing? 4) Hoe kunnen geestelijk verzorgers in de klinische praktijk scholing in spirituele zorg aan primaire zorgverleners concretiseren? 5) Wat is het rendement van deze scholing?

Context en opzet

In hoofdstuk 2 wordt de context beschreven aan het begin van dit onderzoeksproject ten aanzien van de ontwikkeling van de multidisciplinaire spirituele zorg in Nederland. De conclusie in 2012 is dat op dat moment een specifieke infrastructuur voor de ontwikkeling van spirituele zorg in de Nederlandse gezondheidszorg bijna zijn

beslag had gekregen. Vanaf 2007 werden groepen betrokken geestelijk verzorgers, die bij wilden dragen aan de ontwikkeling van spirituele zorg op lokaal en nationaal niveau, getraind in de 'Masterclass spiritualiteit en geestelijke verzorging in de palliatieve zorg'. Andere professionals in de gezondheidszorg, zoals verpleegkundigen, artsen, beeldend- en muziektherapeuten, begonnen de masterclass ook te volgen, zodat het programma verder werd uitgebouwd voor multidisciplinaire groepen en de naam in 2012 veranderd werd in 'Masterclass spiritualiteit in palliatieve zorg'. De behoefte aan scholing en implementatiemethoden zoals die in deze groepen naar voren kwam, gecombineerd met de persoonlijke ervaring als projectleider palliatieve zorg in het eigen ziekenhuis (Medisch Centrum Leeuwarden), vormden de aanzet tot het opzetten van een multicenter actie-onderzoek in topklinische ziekenhuizen in Nederland.

Bij de start van het project toonden 10 van de 28 topklinische ziekenhuizen in Nederland belangstelling voor deelname aan het project. Als inclusiecriteria gold het hebben van een lopend kwaliteitsprogramma palliatieve zorg of een palliatief consultatie team.

Hoewel in de internationale onderzoeksliteratuur meer instrumenten en handvatten werden genoemd die theoretisch in de Richtlijn spirituele zorg (verder: de Richtlijn) zouden passen, beperkten de experts in een invitational research conference in 2013 de modellen die in de proefcursussen getraind zouden worden tot de drie modellen die in de Richtlijn in vertaalde vorm zijn opgenomen: a) luisteren in lagen volgens Erhard Weiher, b) de vertaling van de drie screeningvragen ontwikkeld door het Mount Vernon Cancer Network (MVCN), en c) het Nederlandse Ars Moriendi model voor spirituele zorg van Carlo Leget. Op deze conferentie werden ook verdere vereisten voor de proeftraining Spirituele zorg binnen palliatieve zorg in de deelnemende ziekenhuizen besproken. De doelgroep werd geformuleerd als multidisciplinaire klinische teams van afdelingen waar patiënten behandeld werden in zowel palliatieve als curatieve trajecten. Als belangrijkste in twee sessies van 90-120 minuten

te scholen competenties werden genoemd: het onderkennen van spirituele behoeften, doorverwijzen, zelfreflectie, en een open houding tegenover de spiritualiteit van de patiënt.

Systematisch literatuuronderzoek

Hoofdstuk 3 biedt een systematisch overzicht van de literatuur betreffende trainingmethoden in spirituele zorg en de effecten daarvan op patiënten en professionals in de gezondheidszorg en wordt een verscheidenheid aan voornamelijk competentiegerichte uitkomstmaten beschreven. Op basis van de kwalitatieve synthese is de conclusie dat verbetering van spirituele zorg, of het implementeren van een standaard daarvoor, optimaal is indien het opgezet is als een project voor kwaliteitsverbetering.

Interventie, deelnemers en resultaten

De interventie 'training in spirituele zorg' werd tussen februari 2014 en februari 2015 negen keer gegeven in zeven ziekenhuizen; 374 professionele zorgverleners werden groepsgewijs ingeroosterd voor een of twee lessen tijdens werktijden, gegeven door aan de afdeling verbonden en getrainde geestelijk verzorgers, met behulp van een gestandaardiseerde presentatie en enkele standaard werkvormen. In overeenstemming met de actie-onderzoek-opzet varieerde de training per ziekenhuis, binnen de vereisten van het afgesproken onderzoeksprotocol als beschreven in hoofdstuk 4.

Het doel van de interventie was: a) het verbeteren van de aandacht bij professionele zorgverleners voor spirituele behoeften van patiënten, (niet één specifiek instrument voor spirituele interventies te implementeren, maar gericht op de verbetering van de competenties van artsen en verpleegkundigen op deze dimensie), b) het verbeteren van de kwaliteit van zorg zoals ervaren door palliatieve patiënten op de afdelingen waar de training werd gegeven, en c) het vergaren van praktische kennis over de belemmeringen en kritische succesfactoren bij het trainen van spirituele zorg en de implementatie van de Richtlijn. De te trainen kernvaardigheden waren:

het herkennen en verkennen van spirituele behoeften, het begeleiden van patiënten (passend bij de eigen professionele rol), en doorverwijzen in geval van crisis. Multidisciplinaire scholing was verplicht.

De ziekenhuizen werden geselecteerd op basis van drie inclusie criteria: lidmaatschap van de *Stichting Topklinische Ziekenhuizen*, actief bezig zijn met het verbeteren van palliatieve zorg via een gespecialiseerd consultatieteam of de implementatie van programma's voor het verbeteren van de kwaliteit van palliatieve zorg, en de aanwezigheid van een betrokken, gekwalificeerde geestelijk verzorger gespecialiseerd in spirituele zorg binnen palliatieve zorg.

De interventie en controle-afdelingen werden geselecteerd door de betrokken geestelijk verzorgers, als de co-onderzoekers in elk ziekenhuis; als docenten waren de geestelijk verzorgers verantwoordelijk voor de training in spirituele zorg binnen palliatieve zorg. Als selectiecriteria voor de interventie-afdelingen golden dat de geestelijk verzorger daar aan verbonden moest zijn, dat de afdeling bereid was om het behandelteam de mogelijkheid te bieden en aan te moedigen om de training te volgen, en dat interviews met patiënten gehouden mochten worden op de afdeling.

De voor de afdeling verantwoordelijke arts werd gevraagd de medische situatie te beschrijven en de indicaties voor ondersteunende of palliatieve zorg in te schatten. Aan de artsen werd gevraagd 'Zou u verrast zijn als deze patiënt binnen een jaar overleed?'. Als het antwoord nee was werd de patiënt gevraagd mee te doen aan het onderzoek, kreeg hij/zij schriftelijke informatie, en werd na het geven van de toestemmingsverklaring ('informed consent') opgenomen in het onderzoek. De deelnemende patiënten werd gevraagd om de vragenlijst zelfstandig in te vullen; indien nodig werden de vragen aan hun bed voorgelezen door een verpleegkundige gespecialiseerd in palliatieve zorg, of een verpleegkundige van een andere afdeling met extra scholing in palliatieve zorg.

Als co-onderzoekers waren de deelnemende geestelijk verzorgers verantwoordelijk voor de uitvoering van het onderzoek volgens het protocol: het plannen en uitvoeren van de training op de

interventieafdelingen, het betrekken van de deelnemende artsen en verplegers in het onderzoek naar de effecten op barrières en competenties betreffende spirituele zorg, het selecteren van controleafdelingen, en - in samenwerking met de consultatieteams voor palliatieve zorg in het betreffende ziekenhuis - het organiseren van het proces van de selectie van palliatieve patiënten voor het onderzoek naar de effecten op de kwaliteit van de zorg. Om de praktische kennis van de co-onderzoekers in kaart te brengen werden gedurende het project 20 semi-gestructureerde interviews afgenomen: negen interviews in acht ziekenhuizen voorafgaand aan de training (in één ziekenhuis werden twee verschillende proefprojecten uitgevoerd met verschillende geestelijk verzorgers als trainers) tussen 9 december 2013 en 18 maart 2015 (duur 50-85, gemiddeld 55 minuten). De deelnemers kregen de vragen van tevoren toegezonden.

Resultaten

In de hoofdstukken 5 en 6 worden de effecten van de training spirituele zorg beschreven op de kwaliteit van zorg zoals die door patiënten is ervaren (patient reported outcomes), en op de competenties van geschoolde artsen en verpleegkundigen. De resultaten geven aan dat het met een korte scholing het mogelijk is om de belemmeringen voor spirituele zorg te verminderen, de competenties van artsen en verplegers op dit gebied te verbeteren, en de kwaliteit van zorg zoals ervaren door palliatieve patiënten te verhogen. De Spiritual Care Competence Scale (SCCS) bleek toepasbaar voor het meten van het effect van de scholing spirituele zorg bij multidisciplinaire groepen, de SCCS stelde in staat verschillen zowel door de tijd als tussen artsen en verpleegkundigen te meten.

De resultaten toonden een blijvend effect (na 1 en 6 maanden) bij verpleegkundigen maar onvoldoende impact van de training op artsen, een verschil dat verklaard kan worden uit het feit dat de geestelijke verzorgers als trainers meer vertrouwd zijn met de praktijk van de verpleegkundigen dan met het dagelijks werk van artsen,

en dus hun trainingsmethoden minder goed konden afstemmen op de behoeften van artsen.

In hoofdstuk 7 worden de resultaten beschreven van het kwalitatieve onderzoek, op basis van de semi-gestructureerde interviews met de geestelijke verzorgers, naar de vraag: Hoe kunnen geestelijk verzorgers in de klinische praktijk scholing in spirituele zorg aan primaire zorgverleners concretiseren? De conclusie luidt dat de richtlijn spirituele zorg in ziekenhuizen effectief kan worden geïmplementeerd als deze is gebaseerd op twee lessen van elk 90 minuten (groepsmaat 8-20), in multidisciplinaire groepen, waarbij in de tweede sessie de gedetailleerde casusbeschrijvingen van de deelnemers aan bod komen als voorbeelden en oefenmateriaal voor de aangeleerde modellen, instrumenten en handvatten.

Monodisciplinaire training lijkt praktischer of gemakkelijker te organiseren, en aan te passen aan specifieke leerbehoeften. Echter, als voordelen van multidisciplinaire scholing meldden de co-onderzoekers dat de kwaliteit van de scholing aan kwaliteit won als zowel artsen als verpleegkundigen deelnamen aan een training, omdat dit bijdroeg aan het wegnemen van wederzijdse stereotypen en het mogelijkheden schiep om de werkprocessen aan te passen. Multidisciplinaire training biedt het team de gelegenheid tot het maken van gezamenlijke keuzes betreffende de implementatie van specifieke modellen/instrumenten en handvatten voor verkenning, voor multidisciplinaire communicatie in (elektronische) patiëntendossiers en verwijzing naar geestelijke verzorging of andere disciplines.

De resultaten geven aan dat bij de ontwikkeling van scholing spirituele zorg meer rekening moet worden gehouden met de scholingsbehoeften van artsen., Om dat te kunnen doen moeten geestelijk verzorgers meer vertrouwd raken met de dagelijkse praktijk van het werk van de arts. Overigens is er nauwelijks reflectie op de eigen spiritualiteit of confrontatie met levenseinde zorg mogelijk binnen de beperkte tijd die in ziekenhuizen aan de scholing van artsen en verpleegkundigen kan worden besteed.

Het kwalitatieve onderzoek wijst op vier hoofdeffecten bij de geestelijk verzorgers: a) nieuwe kennis over en ervaring met onderzoek in de vorm van een actie-onderzoek, b) beter inzicht in de beroepspraktijk van verpleegkundigen en artsen, c) hernieuwd zelfbewustzijn van de geestelijk verzorger, d) een beter profiel van geestelijke verzorging in de deelnemende ziekenhuizen.

De co-onderzoekers meldden een grote variatie in bezetting, opzet, structuur en financiële ondersteuning van de (consultatie-)teams voor palliatieve zorg in de deelnemende ziekenhuizen. Vier van de acht waren in staat een vruchtbare samenwerking met deze teams op te bouwen bij het uitvoeren van het onderzoek volgens het protocol. De co-onderzoekers troffen een hoofdzakelijk curatieve instelling bij de zorgverleners in hun ziekenhuizen, gecombineerd met een gebrek aan kennis van palliatieve zorg, wat resulteert in het vaak niet onderkennen dat een patiënt zich in de palliatieve of zelfs het begin van de stervensfase bevond. In deze ziekenhuizen werden geen instrumenten of handvatten voor spirituele zorg gebruikt, en slechts drie van de acht co-onderzoekers meldden het gebruik van de 'lastmeter' om psychosociale nood te detecteren. We concluderen dat tot op heden instrumenten of handvatten voor spirituele zorg nog niet structureel in de Nederlandse gezondheidszorg zijn geïmplementeerd.

Conclusie

In hoofdstuk 8 wordt het antwoord op de hoofdvraag van het onderzoek gegeven. De conclusie is dat kortlopende trainingsprogramma's voor spirituele zorg in de palliatieve zorg effectief zijn voor wat betreft het verbeteren van de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen, het verminderen van belemmeringen voor spirituele zorg en positieve effecten heeft op de competenties van zorgverleners ten aanzien van spirituele zorg, op het multidisciplinair werken, en op het profiel van de geestelijk verzorgers.

Naar onze mening zijn de volgende drie factoren cruciaal voor een succesvolle implementatie van de Richtlijn Spirituele Zorg:

Ten eerste, op nationaal niveau de beschikbaarheid van een e-learning module of interactieve leeromgeving voor de theorie van spirituele zorg, op basis van de Richtlijn.

Ten tweede, op plaatselijk niveau de beschikbaarheid van minstens één (liefst twee, afhankelijk van de bezetting van het team) betrokken geestelijk verzorger(s) met aanvullende scholing in spirituele zorg en een duidelijk mandaat van het medisch en verpleegkundig management en van de directie aan de geestelijke verzorging, met betrekking tot de verantwoordelijkheid voor het spiritueel zorgbeleid in de organisatie.

Ten derde, ruimte in het opleidingsplan van ziekenhuizen voor verpleegafdelingen waar patiënten worden behandeld in zowel curatieve als palliatieve trajecten. De resultaten geven aan dat met twee sessies van elk 90 minuten (of drie van 60 minuten) een significante verbetering van de kwaliteit van zorg mag worden verwacht. Aangezien het onderzoek ook aan het licht bracht dat de kennis bij geestelijk verzorgers van de dagelijkse praktijk van artsen te beperkt is om de scholing een duidelijk effect te laten hebben, adviseren wij om deze trainingen in tweetallen te geven: door een geestelijk verzorger samen met een betrokken arts of verpleegkundige.