

# *Zingeving in het consult van de huisarts*



*The tree of life, Gustav Klimt, 1909, Österreichisches Museum für Angewandte Kunst, Wenen*

***Rijksuniversiteit Groningen***  
***Faculteit Godgeleerdheid en Godsdienstwetenschap***  
***Scriptie Master Geestelijke Verzorging***

*Student: Margaretha Koster*

*Studentnummer: s1355465*

*Begeleider: mw. prof. dr. T.H. Zock*

*Meelezer: mw. dr. A.A.H. Verhoeven*

*Datum: september 2010*

*Medicine is both an art and a science. We weave scientific data with the experiences of the patient and the healthcare professional, with the way each understands illness and health, and with the worldview of each person, to create a tapestry that approximates the reality. The fabric of this tapestry is the spiritual connection we form with each other. The science is only a piece of the whole picture. Faith, spirituality, intuition and love play a vital role in understanding the patient and ourselves, and ultimately in healing.<sup>1</sup>*

*Christina M. Puchalski, M.D.*

*Afbeelding op de voorpagina:*

*Op dit schilderij van Gustav Klimt wordt aan de linkerkant een vrouw afgebeeld. Ze symboliseert de verwachting. Aan de rechterkant staat een paar. Zij symboliseren het volbrachte. Tussen deze afbeeldingen staat een levensboom, waarvan kunsthistorici zeggen dat deze symbool staat voor de boom van de kennis van goed en kwaad uit het Bijbelboek Genesis. De zwarte raaf symboliseert volgens kunsthistorici de dood, welke altijd aanwezig is tijdens ons leven. In dit werk van Klimt zijn ook invloeden te vinden uit de Oosterse en Islamitische kunst.*

---

<sup>1</sup> Puchalski C.M., A time for listening and caring, Oxford University Press, 2006.

## **Inhoudsopgave**

<b>Voorwoord</b>	<b>5</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>7</b>
1.1 Achtergrond	7
1.2 Zingeving	8
1.3 Waarom moeten artsen zich verhouden tot zingeving?	9
1.4 Zingeving in Nederlandse gezondheidszorg	11
1.5 Huisarts en zingeving	13
1.6 Doelstelling en vraagstelling van het onderzoek	14
1.7 Literatuuronderzoek en empirisch onderzoek	14
1.8 Indeling scriptie	15
1.9 Gebruikte terminologie	15
<b>2. De rol van zingeving in het contact tussen arts en patiënt</b>	<b>17</b>
2.1 Vinden patiënten dat artsen ook zorg moeten besteden aan hun zingevingsvragen?	17
2.2 Welke rol speelt zingeving volgens huisartsen in het contact met de patiënt?	19
2.3 Conclusies	21
<b>3. Methodes om aandacht voor zingeving in het contact met de patiënt te vergroten</b>	<b>22</b>
3.1 Welke methodes zijn er ontwikkeld in Amerika?	22
3.2 Welke methodes zijn ontwikkeld in Nederland?	24
3.3 Conclusies	27
<b>4. Methode van onderzoek</b>	<b>28</b>
4.1 Werkwijze	28
4.3 Het interviewproces	28
4.4 Analyse interviews	29
<b>5. Resultaten</b>	<b>31</b>
5.1 Individuele interviews	31
5.2 Groepsinterview	35
5.3 Conclusies	39
<b>6. Discussie</b>	<b>41</b>
<b>Literatuurlijst</b>	
<b>Bijlage A Vragenlijst persoonskenmerken geïnterviewde huisartsen</b>	<b>52</b>
<b>Bijlage B Tabel persoonskenmerken geïnterviewde huisartsen</b>	<b>53</b>
<b>Bijlage C Interviewschema individuele interviews en groepsinterview</b>	<b>54</b>

## ***Voorwoord***

'Voorbij, o en goed voorbij', verzuchtte eens de dichter Bloem.

Het afronden van deze scriptie betekent voor mij de afsluiting van mijn studietijd in Groningen. Op mijn zeventiende werd ik ingeloot voor de studie Geneeskunde en op mijn zesentwintigste ben ik afgestudeerd met een bachelor Geneeskunde en een master Geestelijke Verzorging. Een prachtig tweeluik. En acht bewogen jaren die ik niet had willen missen.

Het is onmogelijk om zomaar een streep te zetten achter zo'n periode. Mijn studietijd heeft me gevormd en me de mogelijkheid gegeven om mezelf op veel gebieden te ontwikkelen. Ik heb ontzettend veel geleerd de afgelopen acht jaar en ik hoop dit mee te kunnen nemen naar de toekomst. Ik ben erg dankbaar dat ik tijdens mijn studietijd veel bijzondere mensen heb mogen leren kennen. Veel mensen maken nog steeds een belangrijk onderdeel uit van mijn leven en ik hoop hen niet uit het oog en het hart te verliezen.

Voorbij, maar nee, niet voorgoed.

Mijn laatste studiejaar is op dit moment nog niet helemaal afgerond. In oktober aanstaande mag ik de resultaten van deze scriptie presenteren op het Europese huisartsencongres in Malaga, Spanje. Een geweldige afsluiting van dit afstudeerproject.

Ik wil graag mijn scriptiebegeleiders bedanken voor hun niet aflatende enthousiasme voor het onderwerp van mijn scriptie en hun deskundigheid en professionaliteit. Hetty en Anita, heel erg bedankt voor alle inspirerende contactmomenten! Verder gaat mijn dank uit naar de geïnterviewde huisartsen. Jullie bijdrage was essentieel voor het empirische gedeelte van mijn scriptie. Daarnaast wil ik speciaal mijn zusje Dietha Koster bedanken, die me het afgelopen jaar gesteund heeft bij dit afstudeerproject.

Margaretha Koster

Augustus 2010



## **1. Inleiding**

### *1.1 Achtergrond*

Tijdens mijn studie geneeskunde aan de Rijksuniversiteit Groningen werd er in het curriculum geen aandacht besteed aan de dimensie van zingeving in de patiëntenzorg. Als je niet beter wist, dan zou je zeggen dat deze dimensie niet bestond. In mijn eerste dagen als co-assistent op de Intensive Care in het Wilhelmina Ziekenhuis in Assen werd ik echter geconfronteerd met vragen die duidelijk met zingeving te maken hadden. Aan het bed van een patiënt praatte ik met de naasten over de crisis waarin zij op dat moment verkeerden. Zij stelden vragen zoals: *Wat is nu het nut van de behandeling die hij krijgt? Zal mijn man in de toekomst weer volledig de oude worden? Hoe moet het nu verder? Waarom is dit ons overkomen?*

Het waren vragen die mij aanspraken als mens en niet als arts in opleiding. Ik kon ze niet beantwoorden vanuit de medische kennis waarop ik zo hard gestudeerd had in de jaren daarvoor. Ik voelde me erg onthand tijdens het gesprek. Dit had als gevolg dat ik verder niet op de vragen in durfde te gaan en slechts enkele bemoedigende woorden sprak. Daarna maakte ik me zo snel mogelijk uit de voeten en liep verder langs de andere bedden.

Ook later in mijn co-schappen kwam ik telkens weer met patiënten en naasten in aanraking die duidelijk behoefte hadden aan het bespreken van de angsten en twijfels die bij hen opkwamen door de ziekte of crisis waar zij op dat moment midden in zaten. Doordat ik meer zelfvertrouwen had gewonnen als co-assistent ging ik soms het gesprek aan. Ik merkte dat het patiënten erg goed deed om hun angsten en twijfels te kunnen delen met iemand die ook van hun lichamelijke toestand op de hoogte was. Vaak lagen er vragen over zingeving verborgen onder een probleem dat puur somatisch leek. En ook al kon ik geen directe antwoorden geven op deze vragen, het bieden van een luisterend oor gaf al enige verlichting.

Doordat ik slechts beperkte tijd had om een medische status in te vullen van een patiënt, had ik vaak geen mogelijkheid om een luisterend oor te bieden. Hierdoor kreeg ik een onvoldaan gevoel van mijn werk. Hoe vaker deze situaties zich voordeden, hoe meer ik besepte dat patiënten of naasten ook een onvoldaan gevoel hadden na het afronden van een consult waarin ik slechts aandacht had besteed aan de medische toestand.

Mijn ervaringen in het ziekenhuis zijn aanleiding geweest om me te verdiepen in de geestelijke zorg voor patiënten. Uiteindelijk heeft dit geresulteerd in het volgen van de Master Geestelijke Verzorging aan de Rijksuniversiteit Groningen. Met deze scriptie hoop ik een bijdrage te leveren aan het vergroten van de aandacht voor zingeving in de medische praktijk.

## 1.2 Zingeving

Ziek zijn raakt een mens in verschillende dimensies van zijn bestaan. Naast de lichamelijke klachten die ziekte kan veroorzaken kan het ook grote impact hebben op psychologisch of sociaal niveau. Het is onvermijdelijk dat ziekte ook vragen oproept over de zin van het bestaan. Dit wordt het niveau van de existentie genoemd, ofwel de spirituele dimensie, ofwel de dimensie van zingeving. Het begrip zingeving staat in deze scriptie centraal. Maar wat wordt er precies onder verstaan? De geestelijk verzorger is bij uitstek de zorgprofessional die aandacht heeft voor zingeving. In de Beroepsstandaard van de Vereniging van Geestelijk Verzorger in Zorginstellingen (VGVZ) wordt zingeving als volgt omschreven:

Met *zingeving* wordt bedoeld het continue proces waarin ieder mens, in interactie met diens omgeving, betekenis geeft aan zijn of haar leven. Bij het individuele proces van zingeving spelen godsdiensten en levensbeschouwingen een wezenlijke rol. Het zingevingproces speelt zich af op vier niveaus:

1. Op *rationeel* niveau gaat het om het zich eigen maken van waarden, het steeds opnieuw verwoorden van een levensvisie, het vertellen van het levensverhaal of het stellen van zinvragen
2. Op *emotioneel* niveau kan men denken aan het uiten en verwerken van existentiële emoties, zoals angst, vreugde of verdriet
3. Op *gedragsniveau* komt zingeving tot uitdrukking in o.a. de keuzen die men maakt, bij het al of niet verwerklijken van waarden en normen of het uiting geven aan religieuze overtuigingen
4. Op *spiritueel* niveau gaat het om inspiratiebronnen, beelden, symbolen, poëzie, muziek, gebed en ritueel.

Het vermogen tot zingeving bepaalt het geestelijk welbevinden. Bij patiënten wordt dit vermogen beproefd. Wezenlijke vragen komen op. Gevoelens van verbijstering ontstaan, verdriet, angst, woede, machteloosheid en wanhoop. Het verdwijnen van autonomie, het verlies van de eigen rol, van relaties en van sociale vaardigheden veroorzaken eenzaamheid. Het Godsbeeld en mensbeeld kunnen veranderen, men kan zijn levenskracht en levensmotivatie verliezen.<sup>2</sup>

De godsdienstpsycholoog Van der Lans omschrijft zingeving als een 'complex van cognitieve en evaluatieve processen die bij het individu plaatsvinden bij zijn interactie met de omgeving. Deze processen resulteren in motivationele betrokkenheid en psychisch welbevinden'.<sup>3</sup> De definitie van Van der Lans is een veel gebruikte en gangbare definitie die wordt gehanteerd door hulpverleners die zich met zingeving bezig houden. Het geeft de functie van zingeving weer, het impliceert dat zingeving 'iets doet met mensen'. In de oratie van Zock wordt zingeving gedefinieerd als: 'vragen rond leven en dood, wat van werkelijk belang is en het leven de moeite

---

<sup>2</sup> Beroepsstandaard Vereniging van Geestelijk Verzorger in Zorginstellingen (VGVZ), [www.vgvz.nl](http://www.vgvz.nl), laatst bekeken 18 januari 2010, 12.30 uur.

<sup>3</sup> Lans J.M. van der, Zingeving en zingevingfuncties van religie bij stress, Religie ervaren. Godsdienstpsychologische opstellen, 2006, KSGV Tilburg, 72-108.



waard maakt, om morele dilemma's en richtinggevende waarden en idealen'.<sup>4</sup> Voor deze scriptie heb ik gekozen voor het gebruik van de definitie van zingeving de VGVZ, omdat deze definitie voor (huis)artsen duidelijk weergeeft op welke niveaus zingeving voor patiënten een rol kan spelen.

### *1.3 Waarom moeten artsen zich verhouden tot zingeving?*

De arts zorgt primair voor de verbetering van de fysieke toestand van de patiënt. Waarom zou de arts zich moeten verhouden tot de dimensie van zingeving in de zorg voor de patiënt? In Nederland is er nog niet veel onderzoek gedaan naar deze vraag. In het boek *Zingeving in de zorg*, stelt Jochemsen dat aandacht voor zingeving onlosmakelijk verbonden is met patiëntenzorg, of de hulpverlener er nu aandacht aan besteed of niet.<sup>5</sup> Van der Meij stelt dat door het grote belang van zingeving in de zorg er niet alleen een rol is weggelegd voor geestelijk verzorgers maar ook voor artsen.<sup>6</sup> Meijer beveelt aan om in de behandelingstrajecten van kankerpatiënten ook aandacht te hebben voor andere niveaus dan alleen het fysieke niveau. Hierbij wordt ook het existentiële niveau of zingevingsniveau benoemd.<sup>7</sup>

In een onderzoek van Kuin naar zingeving in de palliatieve fase wordt de uitkomst weergegeven van een expertpanel dat zich gebogen heeft over de vraag waarom artsen zich moeten verhouden tot zingeving.<sup>8</sup> De deelnemers formuleerden een aantal redenen:

- Het is voor artsen belangrijk om klachten te kunnen verstaan tegen de achtergrond van wie de patiënt (in het diepst van zijn wezen) is.
- Als op momenten van crisis zingevingsvragen die naar boven komen niet worden gezien kan dat leiden tot andere of versterking van fysieke klachten.
- Bij het nemen van beslissingen rondom zorg rond het levenseinde is het voor een arts belangrijk om te weten wat voor de patiënt van waarde is.
- Het is belangrijk voor artsen om aandacht te hebben voor en aan te kunnen sluiten bij de krachtbronnen van de patiënt, zeker vanwege de positie van centrale/belangrijkste zorgverlener.<sup>9</sup>

---

<sup>4</sup> Zock, T.H., Niet van deze wereld? Geestelijke verzorging en zingeving vanuit godsdienstpsychologisch perspectief, oratie Rijksuniversiteit Groningen, 13 maart 2007

<sup>5</sup> Jochemsen, H., 'Behoort aandacht voor spiritualiteit tot de medische zorg?', in: *Zinervaring in de Zorg*, over de betekenis van spiritualiteit in de gezondheidszorg, 2005, 10-20.

<sup>6</sup> Meij van der W, Spirituele zorg in de medische setting: wenselijkheid en praktische (on)mogelijkheden, *Tijdschrift voor Geneeskunde en Ethiek*, 2005, 15, 85-88.

<sup>7</sup> Meijer M., Kuiper A.J., Verhagen E.H., de Graeff A., Psychosociale basiszorg bij kanker: leveren van de juiste zorg op het juiste moment, *Medisch Contact*, 2006, 61, 25, 1032-1035.

<sup>8</sup> Kuin A., Competenties voor het bieden van spirituele zorg aan patiënten in de palliatieve fase en hun naasten: een eerste inventarisatie en aanzet tot discussie, *Agora*, maart 2009.

<sup>9</sup> Kuin, 2009

Van der Stel geeft een goed overzicht van studies die aantonen dat aandacht voor zingeving de lichamelijke en/ of psychische gezondheid positief kan beïnvloeden.<sup>10</sup> Uit diverse studies die buiten Nederland gedaan zijn, blijkt dat het noodzakelijk is voor artsen om op de hoogte zijn van het geestelijk welzijn van hun patiënten, omdat zingeving en lichamelijke/geestelijke gezondheid elkaar beïnvloeden.<sup>11</sup> Wanneer patiënten problemen hebben op het gebied van zingeving kan dit van invloed zijn op hun medische toestand, op hun medische beslissingen en op hun opvattingen over gezondheid en gedrag.<sup>12</sup> Olson laat zien dat praten over zingeving een positieve invloed heeft op de gezondheid van de patiënt en het tevens de arts-patiënt relatie verbetert.<sup>13</sup> Uit diverse onderzoeken komt naar voren dat door de verbeterde relatie tussen arts en patiënt de therapietrouw toeneemt en ook mogelijk de effectiviteit van toekomstige medische interventies.<sup>14 15</sup>

Misschien wel het belangrijkste argument dat meespeelt in de vraag waarom artsen zich zouden moeten verhouden tot de zingeving, is dat patiënten ook de behoefte hebben om met hun behandelend arts te praten over zingeving. Dit blijkt uit verschillende binnen- en buitenlandse studies.<sup>16 17 18</sup> McGord stelt dat patiënten verwachten dat het praten over zingeving leidt tot meer begrip van de arts voor de patiënt. Patiënten verwachten dat het praten over zingeving invloed heeft op de behandeling en het medische advies van de arts.<sup>19</sup>

In de Verenigde Staten is de integratie van zingeving in de medische wereld verder dan in Nederland. De Amerikaanse Association of American Medical Colleges stelt: "Physicians must seek to understand the meaning of the patients' stories in the contexts of the patients' beliefs, and family and cultural values. They must avoid being judgmental when the patients' beliefs

---

<sup>10</sup>[http://www.jaapvanderstel.nl/Artikelen\\_en\\_stukken\\_files/Spiritualiteit,%20religie,%20geestelijke%20gezondheid\\_2005.pdf](http://www.jaapvanderstel.nl/Artikelen_en_stukken_files/Spiritualiteit,%20religie,%20geestelijke%20gezondheid_2005.pdf)

<sup>11</sup> Post S.G., Puchalski C.M., Larson D.B., Physicians and patient spirituality: professional boundaries, competency, and ethics, *Annals of Internal Medicine*, 2000, 132, 7, 578-583

<sup>12</sup> Weaver A.J., Koenig H.G., Religion, spirituality, and their relevance to medicine; an update, *American Family Physician*, 2006, 73, 8, 1336-1337.

<sup>13</sup> Olson M.M., Kay Sandor M., Sierpina V.S. et al, Mind, body and spirit: family physicians' beliefs, attitudes, and practices regarding the integration of patient spirituality into medical care, *Journal of Religion and Health*, 2006, vol. 45. No. 2, 234-247.

<sup>14</sup> Koenig H.G., Spiritual assessment in medical practice, *American Family Physician*, jan 1, 2001.

<sup>15</sup> D'Souza R., The importance of spirituality in medicine and its application to clinical practice, *The Medical Journal of Australia* 2007, 186, 10, 7-9.

<sup>16</sup> McGord G., Gilchrist V.J., Grossman S.D. et al, Discussing spirituality with patients: a rational and ethical approach, *Annals of Family Medicine*, 2004, 2, 4, 356-361.

<sup>17</sup> Ehman J.W., Ott B.B., Short T.H. et al., Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill?, *Archives of Internal Medicine*, 1995, 159, 1803-1806.

<sup>18</sup> Hijweege en Pieper, 2008

<sup>19</sup> McGord, 2004

and values conflict with their own".<sup>20</sup> Verder worden er op veel Amerikaanse universiteiten in het geneeskunde curriculum colleges gegeven over zingeving om de vaardigheden en het bewustzijn van artsen te vergroten.<sup>21</sup>

In Europa zijn er ook verschillende initiatieven ontwikkeld om medici meer sensitief te maken voor de dimensie van zingeving in de zorg. De Duitse geestelijk verzorger Erhard Weiher geeft in de bijlage van zijn boek *Mehr als begleiten* drie voorbeelden van een opzet voor een korte cursus voor studenten geneeskunde, artsen en verpleegkundigen. De cursus is vooral gericht op het leren herkennen van de zingevingsvragen van patiënten voor de verschillende beroepsgroepen.<sup>22</sup> Een ander voorbeeld van een methode om aandacht voor zingeving te vergroten is de ontwikkeling van een 'spirituele checklist' in een palliatieve setting in het Universitair Ziekenhuis in Leuven.<sup>23</sup> De checklist is opgezet vanuit vijf spanningsvelden. Deze zijn: ik-ander, doen-laten, vasthouden-loslaten, vergeven-vergeten, geloven-weten. Aan de hand van deze thema's worden de zingevingsvragen in de laatste levensfase van de patiënt in kaart gebracht. Zorgprofessionals geven na implementatie van de checklist aan aandachtiger te zijn geworden voor zingevingsvragen van de patiënt.

#### *1.4 Zingeving in de Nederlandse gezondheidszorg*

In de huidige gezondheidszorg in Nederland is er steeds meer aandacht voor de dimensie van zingeving. In Nederland is in 2005 bij wet geregeld dat bij alle medische (vervolg)opleidingen (basisopleiding tot arts, medisch specialisten, huisartsen, sociaal geneeskundigen) competentiegericht moeten worden opgeleid met behulp van het *CanMEDS* model.<sup>24 25</sup> Het is een curriculum ontwerp waarin verschillende competenties van de arts benoemd worden. Wanneer een arts voldoet aan alle competenties uit het *CanMEDS* model zou hij ook aandacht moeten hebben voor de dimensie van zingeving. Het duurt echter nog jaren voordat de eerste artsen die vanaf het begin van hun opleiding met dit model in aanraking zijn gekomen in de praktijk staan. Door de wijze waarop het *CanMEDS* model voor de opleiding geneeskunde aan de

---

<sup>20</sup> Report I: Learning Objectives for Medical School Education: Guidelines for Medical Schools. Washington, DC: Association of American Medical Colleges, 1998.

<sup>21</sup> Puchalski C.M., Larson D.B., Developing curricula in spirituality and medicine, *Academic Medicine*, 1998, 73, 970-974.

<sup>22</sup> Weiher E., *Mehr als begleiten*, ein neues Profil für die Seelsorge im Raum von Medizin und Pflege, Mainz, 1999.

<sup>23</sup> Leget, C., Rubbens, L., Lissnijder, L., Menten, J., Naar een 'spirituele checklist' in een palliatieve zorgaanpak', in: *Nederlands Tijdschrift voor Palliatieve zorg*, 2008, 8,3,93-101.

<sup>24</sup> Scheele F, Van Luijk, S. Vaart in de Innovatie van de Vervolgopleidingen(In VIVO): van terugkijken naar vooruitzien, *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs*, 2008, 27, 6, 267-271.

<sup>25</sup> Frank J.R., Danoff D., The CanMEDS initiative: implementing an outcomes-based framework of physician competencies, *Medical Teacher*, 2007, 29, 7, 642 – 647.

Rijksuniversiteit Groningen gebruikt is, is de aandacht voor zingeving minimaal.<sup>26</sup> Mijn eigen ervaring is dat de huidige generatie artsen en arts-assistenten patiënten vrijwel nooit vragen naar hun zorgen en vragen op het gebied van zingeving. En het is dus maar de vraag of dit in de toekomst drastisch zal veranderen. Uit een recent onderzoek van Hijweege en Pieper blijkt dat veel Nederlandse artsen het wel tot hun takenpakket vinden behoren om over zingeving te praten met de patiënt.<sup>27</sup>

Een sector waarin de vergrote aandacht voor zingeving wel doorwerkt in de praktijk is de palliatieve zorg. De World Health Organization (WHO) heeft in 2002 de volgende definitie van palliatieve zorg gegeven:

Palliative care is an approach to care which improves quality of life of patients and their families facing life threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.<sup>28</sup>

In Nederland heeft de werkgroep 'Ethiek en Spiritualiteit' van de Stichting Agora, het onafhankelijke en landelijk ondersteuningspunt voor palliatieve zorg, het initiatief genomen om de richtlijn Spirituele Zorg ontwikkelen.<sup>29</sup> De richtlijn Spirituele Zorg is één van de weinige, landelijk gedragen documenten waarin expliciet staat beschreven wat er in Nederland verstaan wordt onder zorg op zingevingsniveau. Het document spreekt artsen en verpleegkundigen aan op de zingevingsdimensie van zorg en laat zien welke rol de arts en verpleegkundige kunnen spelen op het gebied van zingeving.<sup>30</sup> Jonquière geeft ook weer dat zingeving in de palliatieve zorgopvatting een rol gaat spelen. Hij citeert een onderzoek waaruit blijkt dat een tijdig gesprek over het einde van het leven van belang is, zodat arts en patiënt van elkaars levensovertuiging op de hoogte zijn.<sup>31</sup> In het verband met het euthanasie vraagstuk wordt Jos Dijkhuis geïnterviewd voor *Medisch Contact*.<sup>32</sup> Dijkhuis spreekt in deze context over zingeving. De commissie Dijkhuis hield zich bezig met het vraagstuk van euthanasie bij mensen die lijden aan het leven en onderzocht de grenzen van het medisch domein. Dijkhuis stelt dat vragen over lijden aan het leven op dezelfde manier behandeld moeten worden als somatische vragen. Hij

<sup>26</sup><http://www.rug.nl/umcg/informatievoor/studenten/geneeskundegids2009-2010/curriculum/curriculumg2010/Bekwaamheden.pdf>

<sup>27</sup> Hijweege N., Pieper J.Z.T., Zingeving in het contact tussen arts en patiënt, Tijdschrift voor Geestelijke Verzorging, 2008, 11,48, 28-35.

<sup>28</sup>WHO definitie palliatieve zorg: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>, laatst bekeken 18 januari 2010, 12.50 uur

<sup>29</sup> Richtlijn Spirituele Zorg, Agora werkgroep 'richtlijn spirituele zorg', 2008.

<sup>30</sup> Richtlijn Spirituele Zorg, 2008.

<sup>31</sup> Jonquiere, R., Voor wie heeft het lijden zin? De patient, het lijden en de dokter, Huisarts & Wetenschap, 2003, 46, 8, 426.

<sup>32</sup> Crul B.V.M., Medisch domein anders afbakenen, Medisch Contact, 2005, 60,1, 15-17.

benoemt dat patiënten zich ook met zingevingsvragen tot artsen wenden. Voor hem is het vanzelfsprekend dat niet iedere arts hier even goed mee om kan gaan, maar de regie bij zingevingsvragen hoort te liggen bij de arts. Deze regisserende rol is vooral van toepassing op huisartsen die een langere relatie hebben met hun patiënten hebben. Dijkhuis vindt het jammer dat de huidige dokter zo medisch-technisch wordt opgeleid. Met een 'blokje zingeving' in de artsenopleiding kom je er volgens hem niet, deze competentie moet groeien uit affiniteit en ervaring.

### *1.5 Huisarts en zingeving*

In de competentieprofielen van medisch specialisten, verpleeghuisartsen en geriateren staan geen specifieke competenties vermeld met betrekking tot het verlenen van zorg op het gebied van zingeving.<sup>33 34</sup> Dit in tegenstelling tot het competentie profiel van de huisarts:

De huisarts interpreteert de klacht binnen de context: betreft fysieke, psychische, sociale, culturele en levensbeschouwelijke achtergronden van de patiënt, diens levensfase en gezondheidsgeschiedenis bij de interpretatie van de klacht.<sup>35</sup>

Uitgaande van dit competentie profiel zou je kunnen verwachten dat de huisarts bij uitstek aandacht heeft voor alle dimensies van zorg. Dit veronderstelt ook dat hij aandacht heeft voor zingeving in het contact met de patiënt.

In deze scriptie richt ik mij specifiek op zingeving in het contact tussen de huisarts en de patiënt. De huisarts komt in aanraking met veel verschillende soorten patiënten. Hij is de eerste hulpverlener waar mensen naar toe gaan met problemen met hun gezondheid in de meest ruime zin van het woord. In geen andere geneeskundige discipline staat de arts zo dicht bij zijn patiënten en de huisarts is vaak op de hoogte van de persoonlijke omstandigheden van de patiënt. Het contact tussen de huisarts en de patiënt heeft de potentie om de dimensie van zingeving aan te spreken.

---

<sup>33</sup> Algemene competenties van de medisch specialist, Koninklijke Nederlands Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, 2004.

<sup>34</sup> De competenties van de verpleeghuisarts/ sociaal geriater, Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen, Utrecht, oktober 2004.

<sup>35</sup> Competentieprofiel van de huisarts, Nederlands Huisartsengenootschap, 2004.

## *1.6 Doelstelling en vraagstelling van het onderzoek*

### *Doelstelling*

Het doel van mijn scriptie is het inzichtelijk maken welke rol zingeving speelt in het contact tussen de huisarts en de patiënt en een bijdrage te leveren aan het vergroten van de aandacht en gevoeligheid voor zingeving bij de huisarts.

### *Vraagstelling*

Op welke wijze kan de huisarts zingeving meer aandacht geven in het contact met de patiënt en hoe kan dit vertaald worden naar de praktijk?

Hierbij zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

1. Welke rol speelt zingeving volgens Nederlandse huisartsen in het contact met de patiënt?
2. Welke methodes zijn er ontwikkeld voor artsen om zingeving aandacht te geven in het gesprek met de patiënt?
3. Wat is een hanteerbaar instrument voor Nederlandse huisartsen om zingeving aandacht te geven in het gesprek met de patiënt?

## *1.7 Literatuuronderzoek en empirisch onderzoek*

### *Literatuuronderzoek*

Literatuur vond ik via de Online Public Catalogus van de Rijksuniversiteit Groningen, en via de databases Picarta en Pubmed. Ik heb daarbij gebruik gemaakt van Engelse zoektermen:

'spiritual care', '(primary care/family) physician', 'general practitioner' en 'patient-physician relationship', 'meaning (making)', 'psychosocial/ spiritual well-being', 'religion', 'medical practice', 'religious coping' en de Nederlandse equivalenten van deze woorden. Tevens heb ik gezocht op de Duitse termen 'Seelsorge', 'Arzt (für allgemeinmedizin)', en 'Spiritualität'.

Verwijzingen of literatuurlijsten leverden vervolgens weer nieuwe literatuur op. Verder heb ik literatuur aangereikt gekregen van geestelijk verzorgers die werkzaam zijn in de ziekenhuiswereld. Vanwege het feit dat er niet veel literatuur beschikbaar is over (huis)artsen en zingeving in het contact met de patiënt heb ik geen restricties gehanteerd wat betreft de periode waarin de literatuur is gepubliceerd. De literatuur op het gebied van arts en zingeving die ik gevonden heb is overwegend van Amerikaanse origine. Er waren geen artikelen expliciet gewijd aan zingeving en de Nederlandse huisarts.

### *Empirisch onderzoek*

Om mijn onderzoeksvraag te onderzoeken heb ik tevens gekozen om empirisch onderzoek te doen in de vorm van interviews. Het gaat hierbij om twee individuele interviews en een groepsinterview. De twee thema's die centraal stonden in de interviews waren de ervaringen van huisartsen met zingeving in het contact met de patiënt en implementatie van zingeving in het consult.

### *1.8 Indeling scriptie*

De indeling van deze scriptie is als volgt. Eerst ga ik in op de rol die zingeving kan spelen in het contact tussen de arts en de patiënt. Dit doe ik door middel van literatuuronderzoek. Ik hanteer de opvatting van zingeving zoals deze omschreven is door de VGVZ.<sup>36</sup> Ik kijk als eerste naar de behoefte van de patiënt aan het bespreken van zingevingsvragen en daarna ga ik in op de rol die artsen toekennen aan zingeving in de zorg voor de patiënt. In het derde hoofdstuk besteed ik aandacht aan de methodes die er ontwikkeld zijn om zingeving een plaats te geven in het gesprek tussen arts en patiënt.

Vanaf hoofdstuk 4 onderzoek ik aan de hand van individuele interviews en een groepsinterview met huisartsen uit Noord- Nederland welke rol zingeving speelt in het contact met de patiënt. Tevens wordt er in de interviews onderzocht wat een goed instrument zou kunnen zijn om zingeving in het consult van de huisarts te implementeren. In hoofdstuk vijf worden de resultaten van de interviews besproken. In hoofdstuk 6 worden er op grond van deze resultaten aanbevelingen gedaan en wordt er een terugkoppeling gegeven naar de vraagstelling van de scriptie.

### *1.9 Gebruikte terminologie*

De termen zingeving en spiritualiteit zijn complexe termen, maar toch vergelijkbaar. Spiritualiteit wordt in de richtlijn Spirituele Zorg omschreven als: *'het levensbeschouwelijk functioneren van de mens, waartoe ook de vragen van zinervaring en zingeving gerekend worden. Levensbeschouwelijk functioneren doet iedereen en niet alleen mensen die een bepaalde religie aanhangen'*.<sup>37</sup> In de Amerikaanse literatuur over het onderwerp wordt uitsluitend over 'spirituality' gesproken. Toch gebruik ik in deze scriptie het begrip zingeving. Dit is een bewuste keuze, omdat ik van mening ben dat de term zingeving beter aansluit bij het taalveld van de arts

---

<sup>36</sup> Beroepsstandaard Vereniging van Geestelijk Verzorgeren in Zorginstellingen (VGVZ), [www.vgvz.nl](http://www.vgvz.nl), laatst bekeken 18 januari 2010, 12.30 uur.

<sup>37</sup> Richtlijn Spirituele Zorg, 2008

en andere hulpverleners in de gezondheidszorg dan de term spiritualiteit. Mijn ervaring is dat de term spiritualiteit in de reguliere gezondheidszorg veel negatieve associaties op kan roepen.

Er zijn veel vrouwelijke geestelijk verzorgers, patiënten en artsen. Omwille van de leesbaarheid heb ik in deze scriptie gekozen voor de 'hij-vorm'. Daar waar 'hij' en 'hem' staat kan dus evengoed 'zij' of 'haar' worden gelezen.



## **2 De rol van zingeving in het contact tussen arts en patiënt**

In dit hoofdstuk beschrijf ik wat er in de literatuur te vinden is over de behoefte van patiënten aan een gesprek over zingeving met hun arts. Daarna geef ik weer hoe artsen en specifiek huisartsen denken over de rol van zingeving in het contact met de patiënt. Tot slot volgen mijn conclusies.

### *2.1 Vinden patiënten dat artsen ook zorg moeten besteden aan hun zingevingsvragen?*

In deze paragraaf wordt weergegeven wat er in de literatuur bekend is over de behoefte van patiënten om met hun arts over zingeving te praten. De paragraaf is opgedeeld in twee delen, het eerste deel geeft de Amerikaanse literatuur over het onderwerp weer en het tweede deel de Nederlandse literatuur. De weergegeven Amerikaanse literatuur is voornamelijk geschreven door artsen. Een belangrijk Nederlandse artikel over zingeving in het contact tussen arts en patiënt is geschreven door Hijweege en Pieper.<sup>38</sup> Zij zijn beide verbonden als universitair docent en onderzoeker aan het departement Godgeleerdheid van de faculteit Geesteswetenschappen aan de Universiteit Utrecht en hebben beiden geen medische achtergrond.

#### *Verenigde Staten*

Er zijn verschillende studies gedaan in de Verenigde Staten die aantonen dat Amerikaanse patiënten het op prijs stellen als hun arts met hen praat over zingeving.<sup>39</sup> Niet alle patiënten vinden het echter noodzakelijk om de zingevingsdimensie te bespreken met hun arts.<sup>40</sup> Verscheidene Amerikaanse artikelen laten zien dat vooral palliatieve patiënten de behoefte hebben om met hun artsen over zingeving te praten.<sup>41 42</sup> Maclean betoogt dat patiënten zeker behoefte hebben aan een gesprek over zingeving met hun arts. Het is echter wel afhankelijk van de setting van het gesprek. Zo is een routine visite voor veel patiënten niet de optimale setting voor een gesprek over zingeving. Verder blijkt dat de behoefte aan een gesprek over zingeving

---

<sup>38</sup> Hijweege N., Pieper J.Z.T., Zingeving in het contact tussen arts en patiënt, Tijdschrift voor Geestelijke Verzorging, 2008, 11,48, 28-35.

<sup>39</sup> Astrow A.B., Sulmasy D. P., Spirituality and the patient-physician relationship, Journal of the American Medical Association, 2004, 291, 2884.

<sup>40</sup> Sinclair J. , Is it appropriate for doctors to take a spiritual history?, European Journal of Palliative Care, 2009, 16, 4, 174-177.

<sup>41</sup> Lo B., Ruston D., Kates L.W. et al, Discussing religious and spiritual issues at the end of life: a practical guide for physicians, Journal of the American Medical Association, 2002, 287, 6, 749-754.

<sup>42</sup> Sulmasy D.P., A biopsychological- spiritual model for the care of patients at the end of life, Gerontologist, 2002, 42, 3, 24-33.

groter wordt, wanneer de ziekte van de patiënt ernstiger is.<sup>43</sup> Uit de studie van Hebert komt naar voren dat patiënten niet noodzakelijk van artsen verwachten dat zij over zingeving praten, maar patiënten willen wel graag dat artsen vragen naar hun *coping* mechanismen en krachtbronnen. Tevens komt in deze studie het belang van de arts- patiënt relatie naar voren. Wanneer een arts zingeving ter sprake wil brengen, moet er een sterke relatie zijn tussen arts en patiënt. Anders wordt het initiatief van de arts gezien als ongepast.<sup>44</sup>

In de huisartsenpraktijk willen patiënten wel graag praten over zingeving maar het hangt af van hun beeld van de huisarts. Als deze zich open en laagdrempelig opstelt en patiënten vermoeden dat hij hen met respect zal behandelen is de bereidheid van de patiënt om te praten over zingeving groter.<sup>45</sup> Maugans betoogt dat patiënten ook tijdens routine visites aan de huisarts het waarderen om over zingeving te praten.<sup>46</sup>

Samenvattend is er bij Amerikaanse patiënten zeker behoefte om over zingeving te praten met hun arts, zowel met de medisch specialist als de huisarts.

### *Nederland*

Ook in Nederland zijn er studies die aangeven dat patiënten graag hun zorgen en vragen op het gebied van zingeving bespreekbaar willen maken in het contact met artsen. Het gaat in deze studies om terminaal zieke patiënten.<sup>47 48 49</sup> Uit een studie onder Nederlandse medisch specialisten van Hijweege en Pieper blijkt dat artsen bemerken dat ook niet terminaal zieke patiënten hun zingevingsvragen bij de arts neer leggen en hierbij de arts aanspreken op hun expertrol. Door de arts te bevragen kan de patiënt een medisch betekenisvol verhaal construeren over het ontstaan en verloop van de ziekte.<sup>50</sup> Zowel ernstig zieke patiënten als niet ernstig zieke patiënten geven aan behoefte te hebben om met hun medisch specialist te praten over zingeving. Er is geen literatuur beschikbaar over de behoeftes van patiënten van huisartsen op dit gebied.

---

<sup>43</sup> Maclean Ch. D., Susi B, Phifer N. et al, Patient preference for physician discussion and practice of spirituality, *Journal of General Internal Medicine*, 2003, 18, 38-43.

<sup>44</sup> Hebert R. S., Patient perspectives on spirituality and the patient-physician relationship, *Journal of General Internal Medicine*, 2001, 16, 685-692.

<sup>45</sup> Ellis M. R., Campbell J. D., Patients' views about discussing spiritual issues with primary care physicians, *Southern Medical Journal*, 2004, 97, 12.

<sup>46</sup> Maugans T.A., Wadland W.C., Religion and family medicine: a survey of physicians and patients, *Journal of Family Practice*, 1991, 32, 210-213.

<sup>47</sup> Osse B.H.P., Vernooij-Dassen M., Schadé E., Grol R., The problems experienced by patients with cancer and their needs for palliative care, *Support Care*, 2005, 13, 722-732.

<sup>48</sup> Kuin A., Deliëns L., van Zuylen L et al, Spiritual issues in palliative care consultations in the Netherlands, *Palliative Medicine*, 2006, 20, 585-92.

<sup>49</sup> Staps T., Yang W., Hijmans E., Existentiële crisis bij kanker: onderzoeksbevindingen en aanbevelingen voor verpleegkundigen, *Oncologica*, 2007, 12-15.

<sup>50</sup> Hijweege en Pieper, 2008

### *Conclusie*

Concluderend is er een behoefte bij patiënten om in het contact met een arts te praten over zingeving. Hier zijn echter wat kanttekeningen bij te maken. Niet alle patiënten delen deze behoefte en deze behoefte komt sterker naar voren bij ernstig zieke patiënten. Er is weinig literatuur beschikbaar over de wens van de patiënt om met de huisarts over zingeving te praten. In Nederland is dit helemaal niet onderzocht. In de volgende paragraaf ga ik verder in op de rol die zingeving speelt in het contact tussen arts en patiënt, vanuit het perspectief van de arts.

### *2.2 Welke rol speelt zingeving volgens huisartsen in het contact met de patiënt?*

In deze paragraaf richt ik me op de huisarts in het bijzonder. Ook deze paragraaf is opgedeeld in drie delen. Het eerste deel behandelt literatuur uit Amerika, het tweede deel literatuur uit het Verenigd Koninkrijk en het derde gedeelte behandelt de Nederlandse literatuur over het onderwerp. Tenslotte volgen de conclusies van deze paragraaf.

#### *Verenigde Staten*

De studie van Monroe laat zien dat huisartsen vinden dat ze niet verplicht zijn om initiatief te tonen tot een gesprek over zingeving, behalve in een palliatieve setting. Echter bij de expliciete vraag van een patiënt om over zingeving te praten gaat de arts hierover in gesprek.<sup>51</sup> Uit onderzoek van Olson onder Amerikaanse huisartsen blijkt dat de respondenten vrijwel unaniem stelden dat openheid over zingeving bijdraagt tot een betere gezondheid en een betere arts-patiënt relatie.<sup>52</sup> De meest genoemde oorzaken in de Amerikaanse literatuur waardoor artsen geen aandacht hebben voor zingeving in het contact met de patiënt zijn gebrek aan kennis, onderschatting van het belang en onbekendheid met het onderwerp.<sup>53 54 55 56</sup> Ellis en Jones bestuderen in hun artikelen specifiek de huisarts.<sup>57 58</sup> De helft van de huisartsen in opleiding die

---

<sup>51</sup> Monroe M. H., Bynum D., Susi B. et al, Primary care physician preferences regarding spiritual behavior in medical practice, *Archives of Internal Medicine*, 2003, volume 163, 2751-2756.

<sup>52</sup> Olson M.M., Kay Sandor M., Sierpina V.S. et al, Mind, body and spirit: family physicians' beliefs, attitudes, and practices regarding the integration of patient spirituality into medical care, *Journal of Religion and Health*, 2006, vol. 45. No. 2, 234-247.

<sup>53</sup> Lo B., Ruston D., Kates L.W. et al, Discussing religious and spiritual issues at the end of life: a practical guide for physicians, *Journal of the American Medical Association*, 2002, 287, 6, 749-754.

<sup>54</sup> Curlin F.A., Sellergren S.A., Lantos J.D., Chin M.H., Physicians' observations and interpretations of the influence of religion and spirituality on health, *Archives of Internal Medicine* 2007, 167, 649-54.

<sup>55</sup> Ellis M.R., Vinson D.C., Ewigman B., Addressing spiritual concerns of patients: family physicians' attitudes and practices, *Journal of Family Practice* 1999, 48, 105-9.

<sup>56</sup> Jones A.W., A survey of general practitioners' attitudes to the involvement of clergy in patient care. *British Journal of General Practice*, 1990, 40, 280-3.

<sup>57</sup> Ellis, Vinson, Ewigman, 1999

Luckhaupt geïncludeerd heeft in zijn onderzoek, vindt dat ze een rol heeft met betrekking tot het bespreken van zingeving.<sup>59</sup>

### *Verenigd Koninkrijk*

Uit een onderzoek onder Schotse huisartsen blijkt dat huisartsen vinden dat zij een rol hebben met betrekking tot het bespreken van zingevingsproblematiek, maar toch kaarten zij zingeving niet aan in het gesprek met de patiënt. Meestal door tijdsgebrek, het gevoel dat de patiënt er eerst over moet beginnen voordat zij er over beginnen of doordat zij niet voorbereid of geschoold/getraind zijn om deze aandacht te schenken.<sup>60</sup> Doordat het gezondheidssysteem in het Verenigd Koninkrijk sterk lijkt op het Nederlandse gezondheidssysteem, zou het zo kunnen zijn dat voor Nederlandse huisartsen dezelfde factoren meespelen als voor de Schotse huisartsen om zingeving niet te bespreken in het consult.

### *Nederland*

Er is geen Nederlandse literatuur waarin specifiek gesproken wordt over de huisarts en zingeving in het contact met de patiënt. Uit recent Nederlands onderzoek van Hijweege en Pieper blijkt welke zingevingsvragen medisch specialisten waarnemen.<sup>61</sup> Zij herkennen vragen zoals: *wat is het, waarom ik, hoe komt het, wat is eraan te doen, hoe lang nog, het is mijn schuld dat..., hoe zal het nu gaan in de toekomst, hoe zinvol is de behandeling verder nog?*<sup>62</sup> Uit het onderzoek blijkt verder dat artsen twee verwachtingen hebben van zichzelf met betrekking tot het omgaan met deze vragen, namelijk deskundigheid en persoonlijke betrokkenheid. De verwachtingen van de patiënt naar de arts sluiten hierbij aan.<sup>63</sup> Hijweege en Pieper stellen dat er in het contact tussen arts en patiënt ruimte is voor zingevingsvragen, maar de patiënt moet er wel zelf over beginnen. In het omgaan met zingevingsvragen voelen artsen zich onthand, en expliciete structurele scholing op dit gebied ontbreekt. De artsen in het onderzoek van Hijweege en Pieper denken dat veel afhankelijk is van hoe de hulpverlener zelf in het leven staat, zijn levenservaring en zijn opvoeding. Zeker in de ziekenhuizen is tijdsgebrek een bepalende factor voor het wel of niet aandacht schenken aan de zingevingsdimensie van patiëntenzorg.<sup>64</sup>

---

<sup>58</sup> Jones, 1990

<sup>59</sup> Luckhaupt S.E., Yi M.S., Mueller C.V, et al, Beliefs of primary care residents regarding spirituality and religion in clinical encounters with patients: a study at a midwestern U.S. teaching institution, *Academic Medicine*, 2005, 80, 6, 560-570.

<sup>60</sup> Murray S.A., Kendall M., Boyd K. et al, General practitioners and their possible role in providing spiritual care: a qualitative study, *British Journal of General Practice*, 2003, 53, 957-959.

<sup>61</sup> Hijweege en Pieper, 2008

<sup>62</sup> Ibidem, 2008

<sup>63</sup> Ibidem, 2008

<sup>64</sup> Ibidem, 2008

### *Conclusie*

Huisartsen uit de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk zien dat zij een rol hebben met betrekking tot het bespreken van zingeving in het consult. Er worden verschillende factoren genoemd waarom huisartsen echter geen aandacht besteden aan zingeving in het contact met de patiënt. Het is nog niet bekend hoe Nederlandse huisartsen hierover denken.

### *2.3 Conclusies*

In Nederland is er nog geen onderzoek gedaan naar behoefte van patiënten om te praten over zingeving met hun huisarts. Het blijkt dat Nederlandse palliatieve patiënten wel behoefte hebben om met hun arts te praten over zingeving, zoals hier boven beschreven. Uit verscheidene Amerikaanse studies blijkt echter dat ook patiënten die zich niet in een palliatieve setting bevinden behoefte hebben om hun zingevingsvragen bespreekbaar te maken met hun arts.

Hoewel buitenlandse huisartsen aangeven dat het praten over zingeving van belang is, gaan zij het gesprek over zingeving vaak niet aan. De meest genoemde redenen zijn een gebrek aan tijd, kennis en training.<sup>65 66 67</sup> Hoe Nederlandse huisartsen hierover denken is nog niet bekend. Als gebrek aan tijd ook voor Nederlandse huisartsen een argument is waarom zij geen aandacht besteden aan zingeving, is het van belang dat er een efficiënt en doeltreffend handvat voor artsen ontwikkeld wordt om het gesprek over zingeving aan te gaan. Kristeller stelt dat het afnemen van een gemiddelde 'spiritual history' niet langer dan twee minuten hoeft te duren.<sup>68</sup>

Om aandacht te kunnen besteden aan zingeving zijn er reeds concrete methodes ontwikkeld die artsen kunnen implementeren in het gesprek met de patiënt. In het volgende hoofdstuk worden deze methodes uitgelicht.

---

<sup>65</sup> Murray, 2003

<sup>66</sup> Ellis, Vinson, Ewigman, 1999

<sup>67</sup> Jones, 1990

<sup>68</sup> Kristeller J.L., Zumbrun C.S., Schilling R.F., 'I would if I could': how oncologists and oncology nurses address spiritual distress in cancer patients, *Psychooncology*, 1999, 8, 451-458

### 3 Methodes om aandacht voor zingeving in het contact met de patiënt te vergroten

In dit hoofdstuk ga ik na welke methodes gehanteerd worden door artsen om zingeving te bespreken in het consult met de patiënt. In de eerste paragraaf geef ik weer welke methodes er zijn ontwikkeld in Amerika en in de tweede paragraaf geef ik weer welke methodes er in Nederland zijn ontwikkeld op dit gebied. Daarna volgen mijn conclusies.

#### 3.1 Welke methodes zijn er ontwikkeld in Amerika?

De Amerikaanse internist en Franciscaner broeder Daniel Sulmasy schrijft: 'The primary spiritual act is the expression of empathic concern. If sincere, nothing more may be needed.'<sup>69</sup> Toch geven patiënten aan daadwerkelijk de behoefte te hebben aan een gesprek, zoals blijkt uit hoofdstuk 2. Maar hoe ga je als arts het gesprek over zingeving aan wanneer er genoeg betrokkenheid aanwezig is?

In Amerika zijn er diverse methodes ontwikkeld die in het gesprek met de patiënt de aandacht kunnen vergroten voor de dimensie van zingeving. In de literatuur wordt vaak gesproken over een 'spiritual assessment' of 'spiritual history'.<sup>70 71</sup> Het gaat hier om een stukje anamnese waarin vragen voorkomen met specifieke aandacht voor zingeving. De drie meest genoemde voorbeelden van 'assessments' die in te literatuur te vinden zijn, zijn het FICA model<sup>72</sup>, het HOPE model<sup>73</sup> en het SPIRIT model<sup>74</sup>. Deze drie modellen worden verder toegelicht in tabel 1. Elke methode bestaat uit een aantal aandachtspunten die artsen zouden moeten bevragen als het gaat over zingeving in het contact met de patiënt. De aandachtspunten heb ik zo letterlijk mogelijk geprobeerd te vertalen vanuit het Engels naar het Nederlands.

---

<sup>69</sup>Sulmasy D.P., A biopsychological- spiritual model for the care of patients at the end of life, *Gerontologist*, 2002, 42, 3, 24-33.

<sup>70</sup> Puchalski C.M., Romer A.L., Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully, *Journal of Palliative Medicine*, 2000, 3, 129-137.

<sup>71</sup> Sinclair J., Is it appropriate for doctors to take a spiritual history?, *European Journal of Palliative Care*, 2009, 16, 4, 174-177.

<sup>72</sup> Puchalski C.M., *A time for listening and caring*, Oxford University Press, 2006.

<sup>73</sup> Anandarajah G., Night E., Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool, *American Family Physician*, 2001, 63, 81-88.

<sup>74</sup> Maugans T.A., The SPIRITual history, *Archives of Family Medicine*, 1996, 5, 11-6.

Tabel 1. Voorbeelden van 'spiritual assessments', met Nederlandse vertaling

HOPE <sup>75</sup>	<p>H: sources of Hope, meaning, comfort, strength, peace, love and connection</p> <p>O: Organized religion</p> <p>P: Personal spirituality and Practices</p> <p>E: Effects on medical care and End-of-life issues</p> <p><i>H: bronnen van hoop, betekenis, troost, kracht, vrede, liefde en verbinding</i></p> <p><i>O: de rol van georganiseerde religie</i></p> <p><i>P: persoonlijke spiritualiteit en praktijken</i></p> <p><i>E: effecten op medische zorg en keuzes rondom leven en dood</i></p>
FICA <sup>76</sup>	<p>F: Faith and beliefs</p> <p>I: Importance of spirituality in your life</p> <p>C: spiritual Community of support</p> <p>A: how does de patient wish these to be Addressed?</p> <p><i>F: geloof en religie of levensovertuiging</i></p> <p><i>I: het belang van spiritualiteit in uw leven</i></p> <p><i>C: spirituele en/of geloofsgemeenschap waar u steun aan ontleent</i></p> <p><i>A: wil de patiënt dat de arts op dit gebied iets voor hem betekent?</i></p>
SPIRIT <sup>77</sup>	<p>S: Spiritual belief system</p> <p>P: Personal spirituality</p> <p>I: Integration with a spiritual community</p> <p>R: Ritualised practices and Restrictions</p> <p>I: Implications for medical care</p> <p>T: Terminal events planning</p> <p><i>S: spiritueel(geloofs) systeem</i></p> <p><i>P: persoonlijke spiritualiteit</i></p> <p><i>I: deelname in een spirituele en/ of geloofsgemeenschap</i></p> <p><i>R: geritualiseerde praktijken en restricties</i></p> <p><i>I: implicaties voor medische zorg</i></p> <p><i>T: planning van terminale fase</i></p>

<sup>75</sup> Anandarajah, 2001<sup>76</sup> Puchalski, 2006<sup>77</sup> Maugans, 1996

### *Het HOPE model*

Van de drie genoemde modellen heb ik gekozen om het HOPE model te gebruiken om voor te leggen aan Nederlandse huisartsen in het tweede deel van deze scriptie. De redenen voor deze keuze zijn de volgende. Het HOPE model is ontwikkeld door dr. Anandarajah en dr. Hight. Beide auteurs zijn huisarts en tevens *assistant professor* Huisartsgeneeskunde aan de Brown University School in Providence, Verenigde Staten. Voor alle drie beschreven methodes geldt dat ze gericht zijn op het in kaart brengen van geïnstitutionaliseerde religie en de religieuze praktijk. De HOPE methode benadert zingeving in de meest brede zin van het woord en verder is dit het enige model dat ontwikkeld is voor een routine consult.<sup>78</sup> Ook wordt door het gebruik van deze methode op duidelijke wijze de verbinding gelegd tussen zingeving en het effect van zingeving op het zorgproces. Dit aspect komt ook terug in de SPIRIT methode, zij het in de context van terminale ziekte.<sup>79</sup>

### *3.2 Welke methodes zijn er ontwikkeld in Nederland?*

Er zijn in de literatuur geen concrete voorbeelden te vinden van Nederlandse methodes om zingeving te implementeren in het contact tussen (huis)arts en patiënt. Er is wel onderzoek gedaan naar de rol van zingeving in het contact tussen de medisch specialist en de patiënt.<sup>80</sup> Ook is er aandacht besteed aan zingeving in het contact tussen de verpleegkundige en de patiënt. Het blijkt dat het krijgen van scholing op het gebied van zingeving verpleegkundigen meer competent maakt in het verlenen van zorg voor zingevingsproblematiek en het adequaat verwijzen naar geestelijk verzorgers.<sup>81</sup> In het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) is de Richtlijn Levensbeschouwelijke Nood ontwikkeld om de competenties van verpleegkundigen op het gebied van zingeving te vergroten.<sup>82</sup> Het doel van deze richtlijn is dat verpleegkundigen leren om problemen op het terrein van levensbeschouwing beter te signaleren. Hierbij wordt ernaar gestreefd dat de verpleegkundigen zelf beter in staat zijn om zorg voor zingeving te bieden.

Voor het verlenen van hulp op het gebied van zingeving in een palliatieve setting is de Richtlijn Spirituele Zorg ontwikkeld door de Agora werkgroep 'richtlijn spirituele zorg' in 2008.<sup>83</sup> Deze richtlijn is één van de weinige, landelijk gedragen documenten waarin expliciet staat beschreven wat er in Nederland verstaan wordt onder zorg op zingevingsniveau. De

---

<sup>78</sup> Anandarajah, 2001

<sup>79</sup> Maugans, 1996

<sup>80</sup> Hijweege en Pieper, 2008

<sup>81</sup> Leeuwen van R., Towards nursing competencies in spiritual care, Groningen, 2008.

<sup>82</sup> Hellema F.G. en Spelt A., Eindrapportage richtlijn Levensbeschouwelijke Nood UMCG, november 2002

<sup>83</sup> Richtlijn Spirituele Zorg, 2008



richtlijn spreekt artsen en verpleegkundigen aan op de zingevingsdimensie van zorg en laat zien welke rol de arts en verpleegkundige kunnen spelen op het gebied van zingeving.<sup>84</sup>

Uit de voorbeelden die hierboven genoemd worden die ontwikkeld zijn om aandacht voor zingeving in de gezondheidszorg te vergroten is er geen 'assessment' ontstaan die de huisarts kan gebruiken in het contact met de patiënt. Verder zijn er geen Nederlandse vertalingen van Amerikaanse methodes voor het vergroten van de aandacht voor zingeving in het contact tussen arts en patiënt.

In Nederland wordt er door geestelijk verzorgers en pastores wel gebruik gemaakt van methodes om zingeving in kaart te brengen. Bouwer beschrijft in zijn bijdrage aan het *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging* het 7x7 model van George Fitchett.<sup>85</sup> Het 7x7 model van Fitchett<sup>86</sup> wordt in de vertaling van Bouwer weergegeven in tabel 2. Door onderzoek van het prof. dr. G. A. Lindeboom Instituut te Ede naar kwaliteit van zorg voor zingeving in de palliatieve sector<sup>87</sup> zijn de zeven thema's van Fichetts model opnieuw geformuleerd en aangepast aan een Nederlandse situatie. Deze interpretatie staat in de laatste kolom van tabel 2. Het onderzoek van het prof. dr. G. A. Lindeboominstituut laat zien dat de letterlijke vertaling van Amerikaanse methodes niet zonder meer geschikt is voor de Nederlandse context. Bouwer geeft ook aan dat de inhoud en concepten van Amerikaanse modellen voor zingeving afgestemd moeten worden op de situatie in Nederland.<sup>88</sup>

---

<sup>84</sup> Richtlijn Spirituele Zorg, 2008

<sup>85</sup> Bouwer J., Levensbeschouwelijke diagnostiek als instrument voor dagelijks onderzoek, in: Doolaard, J., *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*, Kampen, 2006, 773-797.

<sup>86</sup> Fitchett G., *Assessing spiritual needs: a guide for caregivers*, Augsburg, 1993.

<sup>87</sup> Jochemsen H., Klaasse-Carpentier M., Cusveller B.S., et al., *Levensvragen in de stervensfase: Kwaliteit van spirituele zorg in de terminale palliatieve zorg vanuit patiëntenperspectief*, Wetenschappelijk rapport nr. 16, Prof. dr. G.A. Lindeboom Instituut, Ede, 2002.

<sup>88</sup> Bouwer, in *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*, 2006

Tabel 2. Het 7x7 model van Fitchett.<sup>89</sup>

<b>Holistische dimensies</b>	<b>Geestelijke dimensies</b>	<b>Formulering Lindeboom Instituut</b>
<i>Medisch</i>	<i>Geloof en betekenis</i>	<i>Geloof, levensbeschouwing,</i>
<i>Psychologisch</i>	<i>Roeping en gevolgen</i>	<i>zingeving</i>
<i>Gezinssysteem</i>	<i>Ervaring en emoties</i>	<i>Levensdoel, levensbalans</i>
<i>Psychosociaal</i>	<i>Moed en groei</i>	<i>Ervaring en emotie</i>
<i>Etnisch en cultureel</i>	<i>Ritueel en praktijk</i>	<i>Moed, hoop en groei</i>
<i>Maatschappelijk</i>	<i>Gemeenschap</i>	<i>Rituelen en gebruiken</i>
<i>Geestelijk</i>	<i>Gezag en leiding</i>	<i>Relaties en sociale verbanden</i>
		<i>Oriëntatie en leidraad<sup>90</sup></i>

### 3.3 Conclusie

In Amerika zijn verschillende modellen ontwikkeld die kunnen resulteren in het vergroten van de aandacht voor zingeving in het contact tussen arts en patiënt. Van de drie meest genoemde modellen in de literatuur, lijkt het HOPE model<sup>91</sup> het meest relevant voor de Nederlandse huisarts, omdat het model een brede opvatting van zingeving hanteert, ontwikkeld is voor een routine consult en een duidelijke verbinding maakt tussen zingeving en het effect van zingeving op het zorgproces. Zoals Bouwer al liet zien, is het van belang de inhoud en concepten van Amerikaanse modellen voor zingeving af te stemmen op de Nederlandse context. Als het HOPE model geschikt is voor de Nederlandse huisarts, is het belangrijk om rekening te houden met de vertaling van het model voor Nederlandse patiënten.

Implementatie van modellen voor zingeving in het consult van de arts draagt bij aan het begrip van de arts voor de patiënt.<sup>92</sup> Sinclair stelt dat het gebruik van een 'spiritual assessment' door artsen een beter inzicht geeft in de patiënt en kan leiden tot een meer holistische benadering van de patiënt.<sup>93</sup> De studie van Ellis en Campbell toont wel aan dat patiënten veel waarde hechten aan de manier waarop de arts vragen over zingeving stelt.<sup>94</sup> De ontwikkeling

<sup>89</sup> Fitchett, 1993.

<sup>90</sup> Jochemsen, 2002

<sup>91</sup> Anandarajah, 2001

<sup>92</sup> Puchalski C.M., Romer A.L., Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully, *Journal of Palliative Medicine*, 2000, 3, 129-137.

<sup>93</sup> Sinclair, 2009

<sup>94</sup> Ellis M.R., Campbell J.D., Concordant spiritual orientations as a factor in physician-patient spiritual discussions: a qualitative study, *Journal of Religion and Health*, 2005, 44, 39-53.

van de 'assessments' heeft tevens geleid tot aanbevelingen voor het medisch onderwijs. King beschrijft dat het opnemen van onderwijs over het afnemen van een 'spiritual history' aanbevelenswaardig is voor medische studenten.<sup>95</sup>

Er zijn ook kritische noten te plaatsen met betrekking tot het gebruik van 'spiritual assessments'. Een gemiddeld huisartsenconsult duurt tien minuten, dus veel tijd om te besteden aan zingeving is er niet. Een 'assessment' moet daarom niet te uitgebreid zijn. In de studie van Steihauser komt naar voren dat slechts een vraag voldoende is om het gesprek over zingeving met de palliatieve patiënt aan te gaan: 'Are you at peace?'.<sup>96</sup> Een Nederlands equivalent van deze vraag zou een uitkomst zijn voor artsen die aangeven te weinig tijd te hebben om aandacht te schenken aan zingeving. Maar is de arts wel voldoende toegerust om het gesprek over zingeving met de patiënt aan te kunnen gaan?

In Nederland zijn de Richtlijn Levensbeschouwelijke Nood en de Richtlijn Spirituele Zorg voorbeelden van documenten die de aandacht voor zingeving bij artsen en verpleegkundigen kunnen vergroten.<sup>97 98</sup> Echter, een concreet handvat voor (huis)artsen om zingeving te implementeren in het consult met de patiënt ontbreekt. Van de Sande stelt dat hulpverleners niet competent genoeg zijn als het gaat om zingevingvragen.<sup>99</sup> Hij beveelt aan om meer aandacht voor zingeving te implementeren in scholings- en coachingstrajecten van medici.<sup>100</sup> Van Laarhoven doet een aanbeveling om scholing op te zetten om zingeving te integreren in het medisch consult. Uitbreiding en integratie van onderwijs op dit gebied zijn volgens haar noodzakelijk.<sup>101</sup>

Een concrete methode om zingeving te verwerken in het consult tussen huisarts en patiënt is nog niet ontwikkeld. In het volgende hoofdstuk zal aan de hand van interviews onder huisartsen onderzocht worden wat volgens hen de rol is van zingeving in het contact met de patiënt en op welke manier zij aandacht kunnen besteden aan zingeving in het consult. Ook wordt onderzocht welk instrument om aandacht te besteden aan zingeving geschikt is voor huisartsen.

---

<sup>95</sup> King D. E., Implementation and assessment of a spiritual history taking curriculum in the first year of medical school, *Teaching and learning in medicine*, 2004, 16,1, 64-68.

<sup>96</sup> Steihauser K.E., Voils C.I., Clipp E.C. et al., 'Are you at peace'? : one item to probe spiritual concerns at the end of life, *Archives of Internal Medicine*, 2006, 166, 101-105.

<sup>97</sup> Richtlijn Levensbeschouwelijke Nood, 2002

<sup>98</sup> Richtlijn Spirituele Zorg. 2002

<sup>99</sup> Sande van de R., Hasselaar J., Prins J., Smeets W., 'Ik zal de oogst niet zien...' Spirituele zorg voor stervenden in een ziekenhuis: een multidisciplinaire benadering, *Handelingen*, 2008, 5, 13-25.

<sup>100</sup> Sande van de, 2008

<sup>101</sup> Laarhoven H. van, Leget C., De vragen aan het einde, aandacht voor spiritualiteit in de palliatieve fase, *Medisch Contact*, 2007, 46, 1898-1901.

#### **4. Methode van onderzoek**

In dit hoofdstuk geef ik de methode van het empirisch onderzoek weer. Eerst bespreek ik de werkwijze van het onderzoek en daarna de details van het interviewproces.

##### *4.1 Werkwijze*

Het doel van mijn scriptie is het inzichtelijk maken welke rol zingeving speelt in het contact tussen de huisarts en de patiënt en een bijdrage te leveren aan het vergroten van de aandacht en gevoeligheid voor zingeving bij de arts. In de inleiding is de centrale vraagstelling als volgt geformuleerd: Op welke wijze kan de huisarts zingeving meer aandacht geven in het contact met de patiënt en hoe kan dit vertaald worden naar de praktijk? Om deze vraag te onderzoeken heb ik gekozen voor twee individuele semi-gestructureerde interviews en een groepsinterview (focus groep). Een semi-gestructureerd interview is doelgericht en leidt de geïnterviewde langs alle thema's die relevant zijn voor het onderzoek. Ik heb tevens gekozen voor een groepsinterview omdat de huisartsen door herkenning van antwoorden van anderen tot meerdere of andere associaties zouden kunnen komen, dan wanneer zij individueel geïnterviewd worden.

Voor aanvang van het groepsinterview heb ik een *pilot* groepsinterview gehouden onder mede studenten. Tijdens dit interview kwamen een aantal aandachtspunten naar voren. Onder andere het belang van het laten zien van de definitie van zingeving, zoals ik deze hanteer in mijn scriptie, op een schrijfbord. Verder heb ik mijn inleiding op het interview verkort na het proefinterview.

Alle interviews zijn door mijzelf afgenomen. De individuele interviews duurden een uur en het groepsinterview duurde twee uur. De twee individuele interviews zijn afgenomen in maart 2010 en het groepsinterview in mei 2010. Alle geïnterviewden hebben vrijwillig hun deelname verleend, zij kregen geen vergoeding voor hun deelname. Verder konden zij zich ieder moment terug trekken uit het onderzoek en werden zij op de hoogte gesteld dat hun inbreng anoniem weergegeven zou worden. De deelnemers aan de interviews werd de uitgetypte versie van het interview voorgelegd (member check). Aan alle deelnemers van de interviews heb ik gevraagd een lijstje in te vullen met persoonskenmerken voor aanvang van het interview (zie bijlage A).

## 4.2 Het interviewproces

### *Het werven van participanten*

De contacten met de twee huisartsen die ik individueel geïnterviewd heb zijn tot stand gekomen na bemiddeling van mijn meelezer. De keuze voor deze twee artsen is als volgt tot stand gekomen. Het ging om een ervaren huisarts en een jonge huisarts, en voor beide huisartsen was zingeving een onderdeel van hun persoonlijke leven.

Om participanten te werven voor het groepsinterview heb ik een wervende introductie gehouden op een nascholingsdag voor huisartsopleiders in Noord-Nederland. Hieruit zijn zes aanmeldingen voortgekomen en de overige aanmeldingen kwamen tot stand na benadering van medewerkers van de huisartsopleiding van het UMCG. De uiteindelijke deelnemers aan het groepsinterview waren allen medewerkers van de huisartsopleiding van het UMCG, slechts een deelnemer was geen medewerker van de huisartsopleiding.

### *Structuur individuele interviews en groepsinterview*

Het interviewschema (zie bijlage C) bevat een aantal hoofdthema's, 'topics'<sup>102</sup> genoemd, die aansluiten bij de onderzoeksvraag. Deze 'topics' zijn vervolgens weer onderverdeeld in 'subtopics'. De interviews zijn opgenomen met een digitale voice recorder en daarna woordelijk uitgeschreven in verbatims. Deze interviewverslagen vormden de basis voor de analyse. In de verbatims zijn codes aangegeven die betrekking hebben op de 'topics' en de 'subtopics'. Deze thematische ordening maakte een verkorte weergave van de interviews mogelijk. Ten behoeve van de analyse zijn twee hoofdthema's benoemd:

*T1: Ervaringen met zingeving*

*T2: Implementeren van zingeving in het consult*

Verder heb ik de volgende subthema's meegenomen in de analyse:

*T1b Welke rol speelt zingeving in het huisartsenconsult?*

*T1c Is het de taak van de huisarts om aandacht te besteden aan zingeving?*

*T2b Op welke manier zou de huisarts aandacht kunnen besteden aan zingeving?*

*T2c Is het HOPE<sup>103</sup> model geschikt om zingeving te bespreken in het consult?*

---

<sup>102</sup> Maso I., Smaling A., Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie, Amsterdam, 2004, 123.

<sup>103</sup> Anandarajah G., 2001

De definitie van zingeving die ik hanteer in deze scriptie heb ik de huisartsen voor aanvang van het interview voorgelegd. Bij het groepsinterview heb ik deze definitie op een bord geschreven in de interviewruimte. Bij het subtopic T2c heb ik gekozen om de huisartsen het HOPE model voor te leggen omdat de HOPE methode zingeving benadert in de meest brede zin van het woord en het HOPE model is ontwikkeld is voor een routine consult door huisartsen.<sup>104</sup> Ook wordt door het gebruik van het HOPE model op duidelijke wijze de verbinding gelegd tussen zingeving en het effect van zingeving op het zorgproces.

---

<sup>104</sup> Anandarajah G., 2001

## 5. Resultaten

In dit hoofdstuk geef ik de resultaten weer van de interviews. Vooraf is alle deelnemers gevraagd een lijstje in te vullen met persoonskenmerken. De uitkomsten van dit lijstje worden weergegeven in een tabel (zie bijlage B). Hieronder volgen eerst de resultaten van de individuele interviews, daarna van het groepsinterview en tot slot de samenvatting van de individuele interviews en het groepsinterview. De geciteerde passages heb ik letterlijk weergegeven, maar 'eh' heb ik weggelaten en grammaticaal niet goed lopende zinnen heb ik dusdanig aangepast dat de zinnen kloppen. De huisartsen die participeerden in een individueel interview worden respectievelijk aangeduid met huisarts 1 I en huisarts 2 I. De huisartsen uit het groepsinterview worden aangeduid met H 1, 2, 3, 4, 5, 6 en 7.

### 5.1 Individuele interviews

#### *Thema 1: Ervaringen met zingeving*

##### *Welke rol speelt het zingeving in het huisartsenconsult?*

Volgens huisarts 1 I komt zingeving over het algemeen niet ter sprake in het routine consult.

Huisarts 1 I formuleert een aantal situaties waarin zingeving wel ter sprake komt :

- Bij kennismakingsgesprekken met nieuwe patiënten
- Tijdens consulten in de zwangerschap, ook na de geboorte, met name met ouders die een kind hebben met aangeboren afwijkingen
- Bij situaties rondom leven en dood (ook bij abortus en euthanasie), niet noodzakelijk bij zaken die de patiënt zelf aangaan maar ook bij patiënten wiens familie of naasten hiermee te maken krijgen
- Bij slechtnieuws gesprekken
- Bij ernstige (op lange of korte termijn levensbedreigende) ziekte of angst voor levensbedreigende ziekte

Volgens huisarts 2 I wordt zingeving onvermijdelijk geraakt wanneer iemand ziek wordt. Ze geeft echter wel aan dat het afhankelijk is van het ziektebeeld of zingeving aan de orde komt tijdens een consult. Het komt met name ter sprake bij:

- Bij patiënten met een chronische ziekte
- Bij patiënten met psychosomatische aandoeningen
- Bij patiënten met somatisch onvoldoende verklaarde klachten
- Bij palliatieve begeleiding en/of stervensbegeleiding

De drie vragen die over het algemeen gesteld worden aan de huisarts met betrekking tot zingeving zijn volgens huisarts 2 I: Waarom is dit mij overkomen? Wie ben ik? Geloof u zelf?

*Is het de taak van de huisarts om aandacht te besteden aan zingeving?*

Voor huisarts 1 I zijn huisarts en zingeving twee begrippen die onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Er zijn collega's van huisarts 1 I die zingevingsvragen van patiënten echter uit de weg gaan. Factoren die hierbij meespelen volgens huisarts 1 I zijn:

- De confrontatie met de (eigen) zin van het leven uit de weg willen gaan
- Zingeving is gewoon geen onderwerp van aandacht, men werkt alleen met somatische klachten en is in het eigen leven ook niet bezig met zingeving
- Tijdgebrek
- Gebrek aan ervaring met dit soort onderwerpen
- Gebrek aan training in medische opleidingen

Dit laatste punt is volgens huisarts 1 I ook een factor die meespeelt in het beleid met betrekking tot zingeving. Als je over zingeving gesproken hebt, hoe ga je dan verder met de patiënt? Wat doe je als huisarts?

Huisarts 2 I is van mening dat het spreken over zingeving behoort tot de taken van de huisarts:

'Ik denk dat voor elke dokter zingeving een rol zal spelen, bewust of onbewust, ze krijgen ermee te maken, vroeg of laat, linksom of rechtsom. Dus de zingevingsvraag wordt geraakt, for sure.'

Volgens huisarts 2 I besteden sommige huisartsen echter geen aandacht aan zingeving, uit angst, onbekendheid met het onderwerp en het ontbreken van een methode om het onderwerp te hanteren:

'Het moet niet te diep binnen komen bij je eigen levensvragen. Bijvoorbeeld de vraag: wat betekent dat voor mij? Of: zou mijn leven ook zomaar kunnen eindigen? Als je alles wat je meemaakt te diep laat binnenkomen, zonder dat je daar een methode voor hebt, dan kan het heel beangstigend zijn en ook confronterend. Wat er ook vaak toe leidt bij collega's dat er weerstand zal ontstaan.'



## *Thema 2: Implementeren van zingeving in het consult*

*Op welke manier zou de huisarts aandacht kunnen besteden aan zingeving in het contact met de patiënt?*

Dit was een vraag waar huisarts 1 I niet lang over na hoefde te denken. Resoluut bracht deze huisarts de volgende punten naar voren:

- Respect voor de patiënt uitstralen als arts
- De patiënt het gevoel geven dat er ruimte is om zingeving bespreekbaar te maken
- Expliciteren dat je de persoon die tegenover je zit als mens waardeert

Huisarts 1 I gaf ook aan dat een anamneselijst voor zingeving welkom zou zijn:

‘Nou, ik denk als ze ook zo’n soort lijstje voor depressie hebben, dat ze ook een dergelijk lijstje gewoon in hun kop kunnen hebben als er iemand komt waarbij zingeving toch binnen de hulpvraag ligt.’

Huisarts 2 I geeft aan dat er behoefte is aan een handzame vragenlijst en tevens een instrument waardoor je als huisarts goed in staat bent om door te verwijzen.

‘Ik denk zelf dat een paar handzame vragen heel prettig zouden zijn waarmee je een snel overzicht kan hebben, waar deze patiënt staat en waar hij behoefte aan heeft. En dat je ook vervolgens dat weer over kan dragen aan de desbetreffende die daar ook weer expertise in heeft. Ik zou zelf dan als wens daarin hebben dat naast zo’n vragenlijst over zingeving, er ook een soort van netwerkoverzicht zou zijn van wie wat doet.’

*Is het HOPE model <sup>105</sup>een geschikt model om zingeving te bespreken in het huisartsenconsult?*

Huisarts 1 I had de volgende algemene opmerkingen over het model:

- De onderdelen H, O en P zijn geschikt om te bevragen tijdens het consult
- De E is niet geschikt om in een consult te bespreken, hiervoor is een apart consult geheel gewijd aan de E beter, anders komt het onderwerp niet tot zijn recht.
- De H: vrede en verbintenis zijn te vage termen
- De P: persoonlijke spiritualiteit is een te moeilijk begrip
- Probeer in dit model aan te sluiten bij de taal van je patiënten

---

<sup>105</sup> Anandarajah G., 2001

Over het algemeen leek huisarts 1 I tevreden over het model:

‘Je moet als huisarts voor verschillende problemen, verschillende pijlen op je boog hebben en dit kan een van de pijlen zijn die je op je boog hebt om te benutten in een situatie die daarvoor geëigend is. Nou, en als dit aan de orde is, zou je aan dit instrument, mits simpel geformuleerd, iets kunnen hebben om dat te onderzoeken. Inhoudelijk moet het aangepast worden op de woordenschat van de patiënt, maar dat geldt voor alles.’

Huisarts 1 I gaf enkele mogelijkheden om het model te concretiseren:

- H: Bij het thema ‘liefde’ zou huisarts 1 I vragen: Wat betekent liefde voor jou? Wat betekenen je relaties voor jou? Bij het thema ‘kracht’, vond huisarts 1 het vooral belangrijk om de nadruk leggen op de eigen kracht van de patiënt door te vragen: Wat heb je al zelf bereikt?
- O: Hierbij zou huisarts 1 I alleen vragen: Ben je aangesloten bij een kerk?
- P: Bij de P zou huisarts 1 I vragen: Zijn er bepaalde dingen uit een kerkdienst of een ritueel dat jou helpt om met bepaalde dingen om te gaan? Die je ontspanning geven of je helpen om jezelf in een bepaalde situatie staande te houden of je evenwicht te vinden?

Verder wilde de huisarts 1 I graag vertellen hoe belangrijk ze het vond om tevens een dergelijk model te ontwikkelen voor het beleid van de huisarts met betrekking tot zingeving:

‘Als je zingeving exploreert en je weet hoe het voor mensen werkt, vind ik het slecht als je het daarbij laat. Dus daarvoor zou ook een instrument ontwikkeld kunnen worden.’

Huisarts 2 I doet een aanbeveling aangaande de introductie van het model onder huisartsen. Ze vindt het een goede zaak om concrete voorbeelden uit de praktijk te geven, bij elke letter van het HOPE model om het model inzichtelijk te maken. Bij de letter H vindt huisarts 2 I het thema ‘vergeving’ ook noodzakelijk om te bevragen in de context van stervensbegeleiding, omdat ze van mening is dat wanneer dit thema niet afgerond is voor de patiënt het sterven wordt bemoeilijkt.

Verder vindt huisarts 2 I het een goed en geschikt hulpmiddel:

‘Ja hoor, ik denk dat zo’n HOPE model prettig is. Huisartsen willen iets kort, overzichtelijk en het is helemaal prettig als er handzame vragen bij zitten, zeker bij spiritualiteit en zingeving. Dat is een moeilijker onderwerp dan een lage rugpijn, dus als je dan een aantal suggesties doet in de vorm van vragen denk ik dat mensen dat als prettig zullen ervaren.’

Concrete vragen die volgens huisarts 2 I bij de letters van het HOPE model zouden passen zijn:

- H: Wat betekent deze ziekte voor jou? Heb je een inspiratiebron waar je kracht uit put?
- O: Heb je een geloofsovertuiging?
- P: Waar haal je de zin van het leven uit?
- E: Hoe kijk je aan tegen (je eigen) sterven en de dood?

## 5.2 Groepsinterview

### *Thema 1: Ervaringen met zingeving*

#### *T1b Welke rol speelt zingeving in het huisartsenconsult?*

Verschillende huisartsen gaven aan dat zingeving een rol kan spelen in het consult, maar dat het zeer afhankelijk is van welke problematiek er speelt. Gelijk werd duidelijk dat de definitie van zingeving voor de huisartsen niet zo eenduidig was. Men gaf aan dat zingeving voor de huisarts zelf belangrijk is in zijn werk maar ook voor de patiënt. Enkele huisartsen vroegen zich af of zingeving iets is, wat de huisarts aan de patiënt moet geven. Een huisarts gaf aan dat zingeving voor hem meer betekenisgeving was, en hij vroeg zijn patiënten soms: wat betekenen de klachten op dit moment in je leven?

De vraag of zingeving een rol speelt in het consult is afhankelijk van de sociaal- culturele context waarin je werkt, benadrukte een van de huisartsen. Hij merkte op dat een onderwerp als zingeving vaak terug komt in gesprekken met patiënten, wanneer de patiënten populatie van de praktijk religieus is. Hierdoor vroegen enkele huisartsen zich af of zingeving iets is, wat alleen voor patiënten met een expliciete levensovertuiging speelt.

Verschillende huisartsen gaven aan dat patiënten de huisarts zelf vaak vragen naar zijn eigen zingeving, door te zeggen: 'dokter bent u gelovig?'. Ook vertelde een van de huisartsen dat patiënten hem vroegen hoe hij in het leven staat, om te kunnen bepalen of het goed zal klikken tussen dokter en patiënt, met name wanneer het levenseinde nadert.

De huisartsen definieerden bepaalde patiënten categorieën waarbij zingeving een rol zou kunnen spelen in het consult:

- Bij patiënten in de laatste levensfase
- Bij chronisch zieke patiënten, onder andere chronisch psychiatrische patiënten
- Bij patiënten in grote crisis
- Bij alles wat mensen belangrijk vinden in hun leven, bijvoorbeeld bij overwerkt zijn

- Bij patiënten met medisch onbegrepen klachten

Bij de laatste categorie gaven de huisartsen aan dat de ziekte een soort van zingeving wordt voor de patiënt. Door ziekte of lijden is er betekenis in het leven van iemand met medisch onbegrepen klachten. Een huisarts verwoordde de rol van zingeving in consulten met deze patiënten als volgt:

‘De kunst is natuurlijk om te kijken waarom de klachten in stand worden gehouden, wat ze betekenen voor het leven van de patiënt, dus je verbreed je de anamnese dusdanig dat deze factoren ook in beeld komen. Je komt toch bij het punt, stel dat de klachten niet meer over gaan, dat je elkaar nodig hebt dus je komt toch bij de draagkracht van de patiënt.’ (H1)

*T1c Is het de taak van de huisarts om aandacht te besteden aan zingeving?*

De huisartsen waren het met elkaar eens dat zingeving ook een onderdeel is van de zorg die zij bieden. Een van de huisartsen verwoordde het als volgt:

‘Toen er nog geen computers waren maar een kaart, was er ook altijd een vakje met levensovertuiging wat je kon invullen over de patiënt. In het dorp waar ik werkte waren er nogal wat varianten, maar ik heb ze allemaal ingevuld en er nogal wat plezier van gehad, als je te maken kreeg met ernstige *events*. Ik vind het heel wezenlijk om te weten als huisarts hoe zeg maar het zingevingsritueel van je patiënten eruit ziet.’ (H5)

Toch spraken de huisartsen niet altijd over zingeving met hun patiënten. Factoren die hierbij een rol speelden waren: gebrek aan tijd, de relevantie van de klacht, de relatie met de patiënt en een bepaalde onbekendheid en ongemakkelijkheid met betrekking tot het onderwerp. Om deze laatste factor te illustreren volgen hier een aantal citaten uit het groepsinterview:

‘Ik denk dat het toch een beetje de schroom is van: o jeetje, waar kom ik toch nu weer in terecht als ik hier op ga doorvragen, komt er heel veel verdriet, ellende, emotie? Ik wil een beetje erlangs schipperen als het ware. En ook voor haar: maak ik haar teveel overstuur als ik er te lang bij stil sta?’ (H3)

‘Ja, het is mijn terrein niet. Ik ben een simpele dokter en daar wil ik het graag bij houden. Nee ik zou het zelf niet snel aankaarten denk ik. Het is toch de pretentie die je te weeg lijkt te brengen als je het onderwerp aansnijdt: alsof je misschien iets te bieden zou hebben. Forget it.’ (H3)

'Ik denk dat je ook je rol moet beseffen, ik ben huisarts en geen pastoor. Al dan niet of patiënten het zelf aankaarten, je moet kijken of die rol jou ligt en of de patiënt je ook wel die rol toedicht. Sommige patiënten hebben absoluut geen zin om over zingeving te spreken.' (H4)

De meeste huisartsen vonden dat zij een actieve rol hadden in het uitvragen van problemen op het gebied van zingeving. Een huisarts gaf aan dat hij vroeg naar zingeving wanneer hij een machteloos gevoel had ten opzichte van de patiënt en niet precies de vinger erop kon leggen wat er met de patiënt aan de hand was. Dan stelde hij vragen zoals: wat zijn je drijfveren? Wat vind je belangrijk? Heb je iets of iemand of niets? Hij vond het zijn taak om de patiënt inzicht te geven in problemen op het gebied van zingeving. Een andere huisarts noemde ook de non-verbale aspecten van patiënten een belangrijk signaal om door te vragen. Ook werd benoemd dat patiënten eigenlijk niet vaak zelf een gesprek aankaarten over zingeving.

Alle huisartsen gaven aan dat het hen gaat om de signalering en inventarisatie van de problemen, verder zien zij geen rol weggelegd voor de huisarts op het gebied van zingeving.

'Ik wil het weten voor de context, maar het is niet meer dan een onderdeel van de context. Ik zou dus ook niet zo snel verwijzen naar de dominee of geestelijk verzorger, alleen bij een specifieke vraag van de patiënt.' (H2)

### *Thema 2: Implementeren van zingeving in het consult*

#### *T2b Op welke manier zou de huisarts aandacht kunnen besteden aan zingeving?*

Een huisarts sprak bij deze vraag over het belang van het nabij zijn van zijn patiënten. Hij vond het belangrijk om niet erbij weg lopen, ook wanneer alle andere mensen dat wel doen. Een andere huisarts sloot hierbij aan door te noemen dat hij wel eens een patiënte had geprobeerd te verzoenen met haar bestaan. Hierbij benoemde hij de positieve aspecten van haar leven of bedacht iets wat richting gaf aan de toekomst van de patiënte. Een van de huisartsen vond het heel belangrijk om de vraag stellen: wat wil je als patiënt nu zelf met het probleem waarmee je bij mij komt? Of de simpele vraag: hoe staat u nou in het leven?

'Ik vind het een heel belangrijk gegeven omdat je in het consult, of het nou over een oor gaat of niet, toch ook de vraag te stellen: Wat wil je nu zelf als patiënt met het probleem waarmee je bij me komt? En in hoeverre past dat bij hoe je in het leven staat?' (H5)

'Ik zeg vaak gewoon: hoe staat u nou in het leven? Dan komen er een aantal richtingen uit en dat wordt dan met stip in de kantlijn genoteerd, bijvoorbeeld als de vraag naar euthanasie boven komt dan weet ik dat ik daar wat meer zinnnetjes voor moet gebruiken.' (H5)

Wederom gaf het begrip zingeving bij deze vraag weer onduidelijkheid. Een citaat van een huisarts geeft dit goed weer:

'Ik ervaar het woord als iets wat in mijn vocabulaire niet goed ontwikkeld is. Maar ik vertaal het naar dokterschap, naar empathie, naar betrokkenheid, zo ben ik ermee omgegaan.' (H6)

Verder gaf deze huisarts aan dat hij eigenlijk dertig keer per dag aandacht besteedt aan zingeving, wanneer het op deze manier geïnterpreteerd wordt. Hij gaf echter aan dat het willen weten hoe iemand betekenis aan zijn of haar leven geeft niet dertig keer per dag kan plaatsvinden.

Een aantal huisartsen gaf stellig aan dat ze allemaal voldoende vaardigheden in huis hadden om zingeving te kunnen bespreken wanneer dat nodig is. En dat huisartsen vaak veel met zingeving doen, alleen het anders benoemen:

'Ik denk dat huisartsen soms onbewust bekwaam zijn. Je kan als huisarts er niet onder uit als iemand bijvoorbeeld op het kruispunt van leven en dood staat om te weten wat zijn achtergrond is. Je hoeft niet alles zelf te doen, maar je moet wel zorgen dat het probleem ergens op tafel komt en daar hebben we een aantal uitstekende technieken voor.' (H5)

*T2c Is het HOPE<sup>106</sup> model geschikt om zingeving te bespreken in het consult?*

Alle huisartsen gaven aan geen behoefte te hebben aan een model, specifiek voor zingeving. Als redenen hiervoor gaven ze aan dat ze al completere modellen hanteren waarin zingeving ook een onderdeel is en dat het onnatuurlijk is om vragen over zingeving met een lijstje in de hand te stellen. De volgende citaten illustreren deze redenen:

'Wij hebben hier natuurlijk een driejarige huisartsenopleiding met heel veel communicatieve vaardigheden en volgens mij doen we dit al en hebben we geen lijstje nodig.' (H4)

'Wat mij betreft voegt het niets toe aan wat er al is. Als ik het zo naga dan stel ik die vragen los, het is eigenlijk onnatuurlijk om de vragen op deze volgorde te stellen.' (H2)

---

<sup>106</sup> Anandarajah G., 2001

Inhoudelijk sloot het model niet aan bij de manier waarop huisartsen zingeving interpreteren:

‘Je doet het ook in de mate die relevant is voor ons vak, en dit lijstje is voor een gedeelte buiten de relevantie van ons vak. Het gaat duidelijk over zaken als religie en dat is mijn tak van sport niet.’ (H2)

De O van het HOPE model is volgens een huisarts alleen relevant als je net in een praktijk werkt of parttime werkt. Een andere huisarts geeft aan dat hij eigenlijk nooit vraagt: waar haal je de kracht vandaan om deze ziekte te dragen? Hij zegt gewoon tegen de patiënt dat hij het knap vindt dat deze patiënt het volhoudt. Deze huisarts zou ook nooit naar de geloofsovertuiging vragen van mensen, omdat hij zelf negatieve associaties hiermee heeft. Een van de huisartsen gaf aan dat vragen naar zingeving te abstract is voor veel mensen:

‘Als je vraagt naar kracht- of inspiratiebronnen dan vraag je iets heel abstracts dat de meeste patiënten niet begrijpen. Relatief heel weinig mensen, misschien alleen gelovigen.’(H4)

Een andere huisarts gaf aan dat bij een ziekenhuisbezoek de vragen van het model heel relevant worden:

‘Het komt een enkele keer voor, vooral als ik bij mensen op bezoek ga in het ziekenhuis, dan gaat het soms om een existentieel probleem. De ingang van het gesprek is anders, want dan is er somatisch heel wat aan de hand, en dan worden deze vragen heel belangrijk. Dat je dat voor zo’n patiënt kan verduidelijken, dan vind ik het wel belangrijk om te weten (...) Dan komen deze vragen wel aan bod.’ (H1)

### 5.3 Samenvatting

#### *Individuele interviews*

Beide huisartsen geven aan dat zingeving in sommige consulten een meer prominente plek heeft dan in andere. De consulten waarin zingeving met name een rol speelt zijn consulten met patiënten die ernstig (chronisch) ziek zijn en bij palliatieve en/of stervensbegeleiding. Voor beide huisartsen is zingeving onlosmakelijk verbonden met het beroep huisarts. Het behoort volgens beide ook tot de taak van de huisarts om het gesprek over zingeving aan te gaan. Als redenen waarom collega’s het gesprek over zingeving met de patiënt niet aan zouden gaan formuleren zij: angst voor de confrontatie met eigen zingeving, gebrek aan tijd, onbekendheid met het onderwerp en gebrek aan concrete methodes of training op het gebied van zingeving.

Beide huisartsen vinden het HOPE model geschikt voor een Nederlands huisartsenconsult. Wel geven zij allebei aan dat de formulering van de aandachtspunten van het

HOPE model goed moet aansluiten bij de taal van de patiënt. Zowel huisarts 1 als huisarts 2 geven aan dat het wat hun betreft ook belangrijk is, als je zingeving eenmaal besproken hebt er ook iets mee te doen. Het kan zo zijn dat je het zelf oppakt, maar wat ook heel goed mogelijk is, is dat je doorverwijst als huisarts naar een professional op het gebied van zingeving zoals de geestelijk verzorger.

### *Groepsinterview*

Tijdens het groepsinterview gaven de meeste huisartsen aan dat zingeving een wezenlijk onderdeel is van consulten in de laatste levensfase, bij chronisch zieken, bij patiënten met medisch onbegrepen lichamelijke klachten en bij een grote (levens) crisis zoals overwerkt zijn als patiënt. Zingeving speelt een rol in het consult, afhankelijk van de problematiek die er speelt en of zingeving een belangrijk onderwerp is in de patiënten populatie van je praktijk. Sommige huisartsen in het groepsinterview hadden de ervaring dat het voor patiënten zelf belangrijk was om te weten hoe de huisarts zelf met zingeving omgaat. De meeste huisartsen waren van mening dat praten over zingeving een wezenlijke taak is van de huisarts. Factoren die meespelen bij het wel of niet bespreken van zingeving zijn: gebrek aan tijd, relevantie van de klacht, de relatie met de patiënt en een bepaalde onbekendheid en ongemakkelijkheid ten opzichte van de patiënt met betrekking tot het onderwerp.

Het begrip zingeving bleek tijdens het interview een onduidelijk en complex begrip. De huisartsen gaven aan dat zingeving iets is waar zij zich wel degelijk mee bezig houden, alleen ze noemen het anders. Zingeving vertaalt zich voor huisartsen onder andere in empathie en betrokkenheid op je patiënten. Een huisarts stelde zelf altijd de vraag: "hoe staat u nu in het leven?" om een gesprek over zingeving te starten. Een aantal huisartsen gaf tijdens het interview aan geen behoefte te hebben aan een model of anamneselijstje voor zingeving. Als redenen hiervoor gaven zij aan dat een lijstje met vragen over een onderwerp als zingeving onnatuurlijk zou zijn en dat huisartsen over voldoende vaardigheden beschikken om zingeving bespreekbaar te maken.



## 6. *Discussie*

De centrale vraagstelling van deze scriptie is: op welke wijze kan de huisarts zingeving meer aandacht geven in het contact met de patiënt en hoe kan dit vertaald worden naar de praktijk? De deelvragen zijn verder uitgewerkt in de hoofdstukken twee, drie en vijf. In dit hoofdstuk geef ik thematisch een terugkoppeling naar de centrale vraagstelling aan de hand van de belangrijkste bevindingen uit het literatuuronderzoek en het empirisch onderzoek. Daarmee wil ik inzichtelijk maken welke rol zingeving speelt in het contact tussen de huisarts en de patiënt en hoop ik een bijdrage te leveren aan het vergroten van de aandacht en gevoeligheid voor zingeving bij de arts.

### *Huisartsen over zingeving*

De opvatting van het begrip zingeving bleek niet eenduidig onder de geïnterviewde huisartsen. De huisartsen uit het groepsinterview gaven aan dat zij zingeving vooral zouden opvatten als empathie of goed dokterschap. De huisartsen uit de individuele interviews zijn deze mening ook toegedaan, alleen zagen zij zingeving meer als een aparte dimensie in de zorg voor patiënten. Deze dimensie kan ook apart uitgevraagd of besproken worden door de huisarts. Volgens de individueel geïnterviewde huisartsen speelt zingeving dus een veel grotere rol in een consult. Uit het vertoog van de huisartsen in het groepsinterview bleek tevens dat men zingeving in zekere zin zag als een maakbaar onderdeel van het leven. Zingeving kan door hulpverleners aan iemand worden gegeven, volgens deze huisartsen.

Waar het bij geestelijk verzorgers draait om het bieden van begeleiding en ondersteuning vanuit het perspectief van de patiënt, is zingeving in de opvatting van de huisartsen uit het groepsinterview iets wat de arts kan aanbieden aan de patiënt met een probleem oplossende intentie. De geestelijk verzorger staat juist ten dienste van de zingeving van de patiënt zonder iets op te willen lossen. Dit doet de geestelijk verzorger onder andere door 'present te zijn'. Een kenmerk van de presentiefilosofie is het scheppen van rechtvaardige en liefdevolle menselijke verhoudingen, door er 'te zijn' voor de patiënt. Daarmee onderscheidt de presentiebenadering zich van marktgerichte en op productie georiënteerde zorgverlening. Echter, presentie is niet alleen voorbehouden aan geestelijk verzorgers. Ook andere zorgprofessionals kunnen 'present zijn' in de relatie met de patiënt.

De opvattingen van zingeving die door geestelijk verzorgers gehanteerd worden, impliceren alle een brede opvatting van zingeving in vergelijking met de opvatting van zingeving van de huisartsen uit het groepsinterview. Ik zal drie opvattingen van zingeving die geestelijk verzorgers hanteren hier vergelijken met de opvatting van zingeving van de huisartsen, namelijk de Beroepsstandaard van de VGVZ (Vereniging van Geestelijk Verzorgers in Zorginstellingen), de

opvatting van zingeving van de godsdienstpsycholoog Van der Lans en de richtlijn Spirituele zorg.

In de Beroepsstandaard van de VGVZ wordt de kern van zingeving als volgt omschreven:

Met *zingeving* wordt bedoeld het continue proces waarin ieder mens, in interactie met diens omgeving, betekenis geeft aan zijn of haar leven. Bij het individuele proces van zingeving spelen godsdiensten en levensbeschouwingen een wezenlijke rol. Het zingevingproces speelt zich af op vier niveaus:

1. Op *rationeel* niveau gaat het om het zich eigen maken van waarden, het steeds opnieuw verwoorden van een levensvisie, het vertellen van het levensverhaal of het stellen van zinvragen
2. Op *emotioneel* niveau kan men denken aan het uiten en verwerken van existentiële emoties, zoals angst, vreugde of verdriet
3. Op *gedragsniveau* komt zingeving tot uitdrukking in o.a. de keuzen die men maakt, bij het al of niet verwerklijken van waarden en normen of het uiting geven aan religieuze overtuigingen
4. Op *spiritueel* niveau gaat het om inspiratiebronnen, beelden, symbolen, poëzie, muziek, gebed en ritueel.<sup>107</sup>

Wanneer je de opvatting van zingeving van de VGVZ vergelijkt met die van de huisartsen, zou je kunnen stellen dat de huisartsen aandacht besteden aan de eerste drie niveaus van het zingevingproces. De laatste spirituele of existentiële laag is voor de huisartsen niet aan de orde bij hun opvatting van zingeving. De godsdienstpsycholoog Van der Lans omschrijft zingeving als een 'complex van cognitieve en evaluatieve processen die bij het individu plaatsvinden bij zijn interactie met de omgeving. Deze processen resulteren in motivationele betrokkenheid en psychisch welbevinden'.<sup>108</sup> Zingeving volgens de huisartsen impliceert niet een 'complex van cognitieve en evaluatieve processen'. Deze genoemde processen zijn bijvoorbeeld wel van belang bij het maken van keuzes ten aanzien van medische behandelingen, het omgaan met ziekte (coping) en de verhouding met de arts. De richtlijn Spirituele zorg ziet zingeving als een onderdeel van het levensbeschouwelijk functioneren van de mens of spiritualiteit van de mens.<sup>109</sup> Spiritualiteit (en daarmee zingeving) heeft volgens de Richtlijn Spirituele zorg invloed op het hele bestaan en is een dynamisch begrip. Volgens deze opvatting is zingeving verweven met het hele leven van de patiënt en is het niet slechts een gegeven om de context van de patiënt in beeld te krijgen.

De drie bovengenoemde opvattingen van zingeving impliceren duidelijk een breder perspectief op zingeving dan het perspectief op zingeving wat de huisartsen hadden in het groepsinterview. Zingeving in de opvatting van de huisartsen uit het groepsinterview impliceert niet de existentiële of spirituele laag.

---

<sup>107</sup> [www.vgvz.nl](http://www.vgvz.nl)

<sup>108</sup> Lans J.M. van der, Zingeving en zingevingfuncties van religie bij stress, Religie ervaren. Godsdienstpsychologische opstellen, 2006, KSGV Tilburg, 72-108.

<sup>109</sup> Richtlijn Spirituele zorg, 2008

De Amerikaanse internist en Franciscaner broeder Daniel Sulmasy schrijft: 'The primary spiritual act is the expression of empathic concern. If sincere, nothing more may be needed.'<sup>110</sup> Dit sluit wel aan bij de opvatting van zingeving die de huisartsen uit het groepsinterview hanteerden. Toch is het belangrijk dat (huis)artsen zich realiseren dat zingeving voor patiënten ook op existentieel niveau kan spelen en verweven is met het hele leven van de patiënt. Zingeving behelst meer dan empathie. Uit de literatuurstudie van deze scriptie blijkt het belang van het aandacht geven aan zingeving in het consult. Patiënten waarderen deze aandacht en welzijn op het gebied van zingeving heeft een positieve invloed op de lichamelijke en psychische gezondheid. Ook verbetert de aandacht onder andere de arts - patiënt relatie. Het bewustzijn van de huisartsen van de brede opvattingen die er zijn van zingeving is laag te noemen.

#### *Mogelijke verklaring van de verschillen in opvatting van zingeving*

Het is mogelijk dat de opvatting van huisartsen over zingeving door angst of onbekendheid met het onderwerp beïnvloed kan worden. Zoals huisarts 1 I en huisarts 2 I suggereren kan angst voor eigen levensvragen een reden zijn voor huisartsen om niet apart aandacht te besteden aan zingeving in het consult met de patiënt. Mogelijk is er nog een tweede verklaring. Doordat de rol die zingeving kan spelen voor de patiënt in de huisartsopleiding in feite een onbekende speler blijft, zal de huisarts zingeving ook minder snel als aparte dimensie van zorg opvatten. Soms komen in supervisie tijdens de huisartsopleiding zingevingsvragen ter sprake. Door te reflecteren op eigen zingevingsvragen wordt de onbekendheid of angst voor het onderwerp weggenomen en worden huisartsen mogelijk meer sensitief voor zingevingproblematiek bij hun patiënten. Hierdoor kunnen zij sneller deze problematiek herkennen en erkennen. Ook kunnen zij patiënten doorverwijzen naar een geestelijk verzorger.

In opleidingen Geestelijke Verzorging, zoals die aan de Rijksuniversiteit Groningen, is het reflecteren op eigen handelen, denken, voelen en eigen zingeving de kern van het onderwijs. Dit is essentieel omdat de eigen levensbeschouwelijke achtergrond het instrument is van de geestelijk verzorger. Door uitgebreide reflectie op zijn eigen zingeving wordt de geestelijk verzorger ook in staat geacht om tegenoverdracht te signaleren. Dit fenomeen laat zich omschrijven als het projecteren van eigen gevoelens, wensen en ervaringen uit het verleden van de hulpverlener op de patiënt. Hierdoor kan de relatie tussen hulpverlener en patiënt in gevaar komen. Echter wanneer een zorgprofessional gewend is te reflecteren op zijn eigen handelen, denken en voelen kan tegenoverdracht vermeden worden. Dit komt de kwaliteit van de relatie tussen de hulpverlener en de patiënt ten goede.

---

<sup>110</sup>Sulmasy D.P., A biopsychological- spiritual model for the care of patients at the end of life, *Gerontologist*, 2002, 42, 3, 24-33.

Concluderend heeft de zingevingsdimensie volgens de huisartsen uit het groepsinterview een beperkte omvang vergeleken met de opvatting van zingeving door geestelijk verzorgers. De definitie van zingeving die door de huisartsen uit het groepsinterview gehanteerd wordt, impliceert niet dat zingeving ook op spiritueel of existentieel niveau een rol kan spelen voor patiënten. Zingeving in deze opvatting heeft te weinig gewicht om door (huis)artsen als volwaardig onderdeel van de patiëntenzorg gezien te worden. Tijdens het groepsinterview raakte men slechts aan enkele elementen van het complexe begrip zingeving. Empathie is en blijft een essentieel onderdeel van zingeving, maar de opvatting van zingeving van de geestelijk verzorger is veel breder. Een mogelijke verklaring voor de beperkte opvatting van zingeving door huisartsen is de onbekendheid met het onderwerp en de angst voor eigen zingevingsvragen. Door hier aandacht aan te besteden in huisartsopleidingen kan zingeving mogelijk in de praktijk een grotere rol gaan spelen in het contact met de patiënt en zijn huisartsen beter in staat om zingevingsproblemen te signaleren en patiënten eventueel door te verwijzen.

#### *Verschillen met het buitenland*

Omdat er geen Nederlandse literatuur over huisartsen en zingeving bestaat, vergelijk ik hier de resultaten van deze scriptie met de literatuur uit het buitenland. Uit het empirische gedeelte van deze studie bleek dat alle huisartsen aangaven zingeving een wezenlijk onderdeel te vinden van het dokterschap, uitgaande van de opvatting van de huisartsen zelf. Toch bleek dat zingeving vaak niet aan bod kwam tijdens een consult. Dit is ook terug te zien in de literatuur uit de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk over het onderwerp. In deze studies zijn de meest genoemde redenen hiervoor: een gebrek aan tijd, kennis en training.<sup>111 112 113</sup> Dit komt niet geheel overeen met de meest genoemde redenen in mijn studie. Het gebrek aan kennis over zingeving werd in mijn studie meer benoemd met een negatieve connotatie: een bepaalde schroom of angst moet overwonnen worden om het gesprek over zingeving te starten. Verder noemde men de relevantie van de klacht en de relatie tot de patiënt als belangrijke redenen om wel of niet over zingeving te spreken in het consult.

In de Verenigde Staten zijn er verschillende modellen ontwikkeld om zingeving te kunnen implementeren in het consult. De huisartsen in de individuele interviews en in het groepsinterview dachten verschillend over het gebruik van een anamneselijstje voor zingeving. De individueel geïnterviewde huisartsen zagen zeker de meerwaarde van een anamneselijstje

---

<sup>111</sup> Murray, 2003

<sup>112</sup> Ellis, Vinson, Ewigman, 1999

<sup>113</sup> Jones, 1990

volgens het HOPE model, terwijl de huisartsen van het groepsinterview aangaven geen behoefte te hebben aan een anamneselijstje specifiek voor zingeving.

### *Beperkingen*

Een minder sterk punt in mijn onderzoek is de grootte en samenstelling van de groep huisartsen die geparticipeerd heeft. In totaal zijn er negen huisartsen geïnterviewd, waarvan twee individueel. Dit is een relatief kleine groep. Het was mijn intentie om meer participanten te werven. Ook was het mijn intentie om een groep huisartsen te werven met diverse achtergronden. Hierbij hoopte ik op aanmeldingen van huisartsopleiders, reguliere huisartsen en medewerkers van de huisartsopleiding. Het werven van reguliere huisartsen bleek erg lastig. Na het houden van wervende presentatie op een congres voor huisartsopleiders uit Noord-Nederland kreeg ik zes aanmeldingen voor het groepsinterview. Na persoonlijke benadering volgden er zes aanmeldingen van medewerkers van de huisartsopleiding UMCG. Uiteindelijk is er tijdens het groepsinterview slechts een van de huisartsen verschenen die geen medewerker was van de huisartsopleiding.

De huisartsen die participeerden in de individuele interviews hebben in hun dagelijks leven veel affiniteit met zingeving. Mogelijk hebben zij hierdoor een bredere opvatting van zingeving dan de huisartsen uit het groepsinterview. Zingeving kwam vanzelfsprekend aan bod in de consulten van de individueel geïnterviewde huisartsen. Doordat zij bewust met zingeving bezig zijn, hebben zij misschien ook meer behoefte aan een anamnesemodel voor zingeving. Hun uitspraken zijn niet representatief te noemen.

De samenstelling van de groep huisartsen van het groepsinterview is eenzijdig te noemen. Vrijwel alle huisartsen die deelnamen aan het groepsinterview waren medewerker van de huisartsopleiding UMCG en er was slechts een vrouw aanwezig. Door de aanstelling bij de huisartsopleiding zijn deze huisartsen meer bezig met onderwijs en anamnesemodellen dan de gemiddelde huisarts. Zij kijken kritisch naar de ontwikkeling van nieuwe modellen en zijn op de hoogte van het aanbod aan modellen. Dit kan een vertekend beeld geven als het gaat om de vraag in het interview over de behoefte aan een eventuele toepassing van het HOPE model.

Verder kwamen alle huisartsen uit Noord-Nederland. Door de relatief homogene samenstelling van de bevolking in Noord-Nederland is het zeer waarschijnlijk dat deze huisartsen minder in aanraking komen met patiënten met diverse culturele achtergronden en levensovertuigingen dan huisartsen uit een ander gedeelte van Nederland. Ook dit kan de resultaten beïnvloeden.

In het algemeen zijn een aantal kanttekeningen te plaatsten bij onderzoek naar zingeving. In Nederland is er nog maar beperkt onderzoek gedaan naar de behoeften van patiënten op het gebied van zingeving en alleen bij patiënten in de terminale levensfase.

Bevindingen uit het buitenland zullen niet geheel van toepassing zijn op de Nederlandse gezondheidszorg. Er is ook nog geen onderzoek gedaan naar de ervaringen van Nederlandse huisartsen met zingeving. Om uitspraken te kunnen doen over de Nederlandse huisarts en zingeving zal er meer onderzoek gedaan moeten worden in de toekomst. Bovendien is zingeving een complex onderwerp en misschien geen geschikt onderwerp voor artsen.<sup>114</sup> Doordat artsen specifiek opgeleid zijn om zich te richten op ziekte en gezondheid, bestaat het gevaar dat artsen zingeving zien als een medische interventie. Het bewust bezig zijn met zingeving kan helpen om met een ziekte om te kunnen gaan. Maar het begrip zingeving trivialiseert wanneer zingeving als symptoom bestrijder wordt ingezet. Vandecreek stelt dat er nog veel onderzoek gedaan moet worden naar het spreken van artsen over zingeving met de patiënt, voor men zondermeer de uitspraak kan doen dat artsen de dimensie van zingeving moeten aanraken in hun consulten. Verder wordt in meerdere studies genoemd dat het belangrijk is om kritisch te blijven bij het gebruik van een model voor zingeving.<sup>115 116 117</sup> Zo dient men niet uit het oog te verliezen dat een korte anamnese eigenlijk geen recht doet aan een onderwerp zoals zingeving.

### *Aanbevelingen*

Zingeving bleef gedurende het groepsinterview een niet eenduidig en complex begrip. Is zingeving nu hetzelfde als empathie? Of is het nu meer betekenisgeving? Moet deze betekenis dan aangereikt worden door de hulpverlener aan de patiënt? Om de opvatting van zingeving die huisartsen hanteren nader te onderzoeken, zou in aanvullend onderzoek een geheel focusinterview gewijd kunnen worden. Naast de aanbeveling om onderzoek te doen naar de definitie van zingeving die huisartsen hanteren zou mogelijk toekomstig onderzoek zich verder kunnen richten op de behoefte van de ontwikkeling van een instrument voor zingeving in het consult. Niet alleen specifiek voor de huisarts, maar ook voor de medisch specialist. Ook zou onderzoek gedaan kunnen worden naar het gebruik van een anamnese instrument voor zingeving in het consult. Hierbij kunnen vragen centraal staan als: wat betekent het gebruik van dit instrument voor de patiënt? Hoe is het voor de arts om met een dergelijk instrument te werken? Verder zou daarbij gekeken kunnen worden of huisartsen bij het gebruik van een instrument vaker door verwijzen naar een geestelijk verzorger of naar andere hulpverleners op het gebied van zingeving.

---

<sup>114</sup>Vandecreek L., Should physicians discuss spiritual concerns with patients? *Journal of Religion and Health* 1999, 38, 3, 193-201.

<sup>115</sup>Rumbold B.D., A review of spiritual assessment in health care practice, *The Medical Journal of Australia*, 2007, 186, 10, 60-62.

<sup>116</sup> Leget, C., Rubbens, L., Lissnijder, L., Menten, J., Naar een 'spirituele checklist' in een palliatieve zorgenheid', in: *Nederlands Tijdschrift voor Palliatieve zorg*, 2008, 8,3,93-101.

<sup>117</sup> Lawrence, R.T., Principles to make a spiritual assessment work in your practice, *The Journal of Family Practice*, 2004, 53, 8.

Zoals blijkt uit de literatuurstudie in deze scriptie is het van belang dat (huis)artsen aandacht besteden aan de zingeving van hun patiënten omdat dit de relatie tussen arts en patiënt ten goede komt, het de therapietrouw van patiënten en de effectiviteit van medische interventies vergroot. Het meest belangrijke argument om aandacht te besteden aan zingeving in het consult, is dat welzijn op het gebied van zingeving een positieve invloed heeft op de lichamelijke en psychische gezondheid en het genezingsproces zoals beschreven wordt in hoofdstuk een. Ook blijkt uit de literatuur dat patiënten het waarderen dat hun arts aandacht besteed aan zingeving in het consult.

Uit het groepsinterview bleek dat huisartsen een opvatting over zingeving hadden die de existentiële of spirituele laag van het begrip niet impliceert. Toch is het belangrijk dat huisartsen op de hoogte zijn van de rol die zingeving kan spelen voor hun patiënten. Samenvattend kan deze studie voor huisartsen een aanzet geven tot bewustwording van de manier waarop zingeving kan spelen voor de patiënt. Huisartsen kunnen hierdoor problemen of vragen van hun patiënten op het gebied van zingeving in het consult eerder herkennen en erkennen, en eventueel besluiten om een patiënt door te verwijzen naar een geestelijk verzorger.

### **Literatuurlijst**

Agora werkgroep 'richtlijn spirituele zorg', richtlijn Spirituele Zorg, 2008.

Algemene competenties van de medisch specialist, Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, 2004.

Anandarajah G., Night E., Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool, *American Family Physician*, 2001, 63, 81-88.

Astrow A.B., Sulmasy D. P., Spirituality and the patient-physician relationship, *Journal of the American Medical Association*, 2004, 291, 2884.

Bouwer J., Levensbeschouwelijke diagnostiek als instrument voor dagelijks onderzoek, in: Doolaard, J., *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*, Kampen, 2006, 773-797.

Competentieprofiel van de huisarts, Nederlands Huisartsengenootschap, 2004.

Competenties van de verpleeghuisarts/ sociaal geriater, Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen, Utrecht, oktober 2004.

Crul B.V.M., Medisch domein anders afbakenen, *Medisch Contact*, 2005, 60,1, 15-17.

Curlin F.A., Sellergren S.A., Lantos J.D., Chin M.H., Physicians' observations and interpretations of the influence of religion and spirituality on health, *Archives of Internal Medicine* 2007, 167, 649-54.

D'Souza R., The importance of spirituality in medicine and its application to clinical practice, *The Medical Journal of Australia* 2007, 186, 10, 7-9.

Ehman J.W., Ott B.B., Short T.H. et al., Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill?, *Archives of Internal Medicine*, 1995, 159, 1803-1806.

Ellis M.R., Campbell J.D., Concordant spiritual orientations as a factor in physician-patient spiritual discussions: a qualitative study, *Journal of Religion and Health*, 2005, 44, 39-53.

Ellis M. R., Campbell J. D., Patients' views about discussing spiritual issues with primary care physicians, *Southern Medical Journal*, 2004, 97, 12.

Ellis M.R., Vinson D.C., Ewigman B., Addressing spiritual concerns of patients: family physicians' attitudes and practices, *Journal of Family Practice*, 1999, 48, 105-9.

Fitchett G., *Assessing spiritual needs: a guide for caregivers*, Augsburg, 1993.

Frank J.R., Danoff D., The CanMEDS initiative: implementing an outcomes-based framework of physician competencies, *Medical Teacher*, 2007, 29, 7, 642 - 647.

Hebert R. S., Patient perspectives on spirituality and the patient-physician relationship, *Journal of General Internal Medicine*, 2001, 16, 685-692.

Hellema F.G. en Spelt A., Eindrapportage richtlijn Levensbeschouwelijke Nood UMCG, november 2002



- Hijweege N., Pieper J.Z.T., Zingeving in het contact tussen arts en patiënt, Tijdschrift voor Geestelijke Verzorging, 2008, 11,48, 28-35.
- Jochemsen, H., 'Behoort aandacht voor spiritualiteit tot de medische zorg?', in: Zinervaring in de Zorg, over de betekenis van spiritualiteit in de gezondheidszorg, 2005, 10-20.
- Jochemsen H., Klaasse-Carpentier M., Cusveller B.S., et al., Levensvragen in de stervensfase: Kwaliteit van spirituele zorg in de terminale palliatieve zorg vanuit patiëntenperspectief, Wetenschappelijk rapport nr. 16, Prof. dr. G.A. Lindeboom Instituut, Ede, 2002.
- Jones A.W., A survey of general practitioners' attitudes to the involvement of clergy in patient care. British Journal of General Practice, 1990, 40, 280-3.
- Jonquiere, R., Voor wie heeft het lijden zin? De patient, het lijden en de dokter, Huisarts & Wetenschap, 2003, 46, 8, 426.
- King D. E., Implementation and assessment of a spiritual history taking curriculum in the first year of medical school, Teaching and learning in medicine, 2004, 16,1, 64-68.
- Koenig H.G., Spiritual assessment in medical practice, American Family Physician, jan 1, 2001.
- Kristeller J.L., Zumbun C.S., Schilling R.F., 'I would if I could': how oncologists and oncology nurses address spiritual distress in cancer patients, Psychooncology, 1999, 8, 451-458
- Kuin A., Competenties voor het bieden van spirituele zorg aan patiënten in de palliatieve fase en hun naasten: een eerste inventarisatie en aanzet tot discussie, Agora, maart 2009.
- Kuin A., Deliens L., van Zuylen L et al, Spiritual issues in palliative care consultations in the Netherlands, Palliative Medicine, 2006, 20, 585-92.
- Laarhoven H. van, Leget C., De vragen aan het einde, aandacht voor spiritualiteit in de palliatieve fase, Medisch Contact, 2007, 46, 1898-1901.
- Lans J.M. van der, Zingeving en zingevingsfuncties van religie bij stress, Religie ervaren. Godsdienstpsychologische opstellen, 2006, KSGV Tilburg, 72-108.
- Lawrence, R.T., Principles to make a spiritual assessment work in your practice, The Journal of Family Practice, 2004, 53, 8.
- Leeuwen van R., Towards nursing competencies in spiritual care, Groningen, 2008.
- Leget, C., Rubbens, L., Lissnijder, L., Menten, J., Naar een 'spirituele checklist' in een palliatieve zorggeving', in: Nederlands Tijdschrift voor Palliatieve zorg, 2008, 8,3,93-101.
- Lo B., Ruston D., Kates L.W. et al, Discussing religious and spiritual issues at the end of life: a practical guide for physicians, Journal of the American Medical Association, 2002, 287, 6, 749-754.
- Luckhaupt S.E., Yi M.S., Mueller C.V., Beliefs of primary care residents regarding spirituality and religion in clinical encounters with patients: a study at a midwestern U.S. teaching institution, Academic Medicine, 2005, 80, 6, 560-570.
- Maclean Ch. D., Susi B, Phifer N. et al, Patient preference for physician discussion and practice of spirituality, Journal of General Internal Medicine, 2003, 18, 38-43.

- Maugans T.A., The SPIRITual history, *Archives of Family Medicine*, 1996, 5, 11-6.
- Maugans T.A., Wadland W.C., Religion and family medicine: a survey of physicians and patients, *Journal of Family Practice*, 1991, 32, 210-213.
- Maso I., Smaling A., *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*, Amsterdam, 2004.
- McGord G., Gilchrist V.J., Grossman S.D. et al, Discussing spirituality with patients: a rational and ethical approach, *Annals of Family Medicine*, 2004, 2,4,356-361.
- Meij van der W, Spirituele zorg in de medische setting: wenselijkheid en praktische (on)mogelijkheden, *Tijdschrift voor Geneeskunde en Ethiek*, 2005, 15, 85-88.
- Meijer M., Kuiper A.J., Verhagen E.H., de Graeff A., Psychosociale basiszorg bij kanker: leveren van de juiste zorg op het juiste moment, *Medisch Contact*, 2006, 61, 25, 1032-1035.
- Monroe M. H., Bynum D., Susi B. et al, Primary care physician preferences regarding spiritual behavior in medical practice, *Archives of Internal Medicine*, 2003, volume 163, 2751-2756.
- Murray S.A., Kendall M., Boyd K. et al, General practitioners and their possible role in providing spiritual care: a qualitative study, *British Journal of General Practice*, 2003, 53, 957-959.
- Olson M.M., Kay Sandor M., Sierpina V.S. et al, Mind, body and spirit: family physicians' beliefs, attitudes, and practices regarding the integration of patient spirituality into medical care, *Journal of Religion and Health*, 2006, vol. 45. No. 2, 234-247.
- Osse B.H.P., Vernooij-Dassen M., Schadé E., Grol R., The problems experienced by patients with cancer and their needs for palliative care, *Support Care*, 2005, 13, 722-732.
- Post S.G., Puchalski C.M., Larson D.B., Physicians and patient spirituality: professional boundaries, competency, and ethics, *Annals of Internal Medicine*, 2000, 132, 7, 578-583
- Puchalski C.M., *A time for listening and caring*, Oxford University Press, 2006.
- Puchalski C.M., Larson D.B., Developing curricula in spirituality and medicine, *Academic Medicine*, 1998, 73, 970-974.
- Puchalski C.M., Romer A.L., Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully, *Journal of Palliative Medicine*, 2000, 3, 129-137.
- Rumbold B.D., A review of spiritual assessment in health care practice, *The Medical Journal of Australia*, 2007, 186, 10, 60-62.
- Sande van de R., Hasselaar J., Prins J., Smeets W., 'Ik zal de oogst niet zien...' Spirituele zorg voor stervenden in een ziekenhuis: een multidisciplinaire benadering, *Handelingen*, 2008, 5, 13-25.
- Scheele F, Van Luijk, S. Vaart in de Innovatie van de Vervolgopleidingen(In VIVO): van terugkijken naar vooruitzien, *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs*, 2008, 27, 6, 267-271.
- Sinclair J., Is it appropriate for doctors to take a spiritual history?, *European Journal of Palliative Care*, 2009, 16, 4, 174-177.

Staps T., Yang W., Hijmans E., Existentiële crisis bij kanker: onderzoeksbevindingen en aanbevelingen voor verpleegkundigen, *Oncologica*, 2007, 12-15.

Steinhauser K.E., Voils C.I., Clipp E.C. et al., 'Are you at peace'? : one item to probe spiritual concerns at the end of life, *Archives of Internal Medicine*, 2006, 166, 101-105.

Sulmasy D.P., A biopsychological- spiritual model for the care of patients at the end of life, *Gerontologist*, 2002, 42, 3, 24-33.

Sulmasy D. P., Spiritual issues in the care of dying patients, *Journal of the American Medical Association*, 2006, 296,1385-1392.

Report I: Learning Objectives for Medical School Education: Guidelines for Medical Schools. Washington, DC: Association of American Medical Colleges; 1998.

Vandecreek L. Should physicians discuss spiritual concerns with patients? *Journal of Religion and Health* 1999, 38, 3, 193-201.

Weaver A.J., Koenig H.G., Religion, spirituality, and their relevance to medicine; an update, *American Family Physician*, 2006, 73, 8, 1336-7.

Weiher E., Mehr als begleiten, ein neues Profil für die Seelsorge im Raum von Medizin und Pflege, Mainz, 1999.

Zock, T.H., Niet van deze wereld? Geestelijke verzorging en zingeving vanuit godsdienstpsychologisch perspectief, oratie Rijksuniversiteit Groningen, 13 maart 2007

Sites:

[http://www.jaapvanderstel.nl/Artikelen\\_en\\_stukken\\_files/Spiritualiteit.%20religie.%20geestelijke%20gezondheid\\_2005.pdf](http://www.jaapvanderstel.nl/Artikelen_en_stukken_files/Spiritualiteit.%20religie.%20geestelijke%20gezondheid_2005.pdf)

<http://www.vgvz.nl>

<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>,

<http://www.rug.nl/umcg/informatievoor/studenten/geneeskundegids2009-2010/curriculum/curriculumg2010/Bekwaamheden.pdf>



**Bijlage B Tabel persoonskenmerken geïnterviewde huisartsen**

<i>Huisarts</i>	<i>Geslacht, leeftijds-categorie</i>	<i>Jaren erva-ring</i>	<i>Werk-ver-band in %</i>	<i>Praktijk-grootte in aantal patiënten</i>	<i>Soort praktijk</i>	<i>Werkt u alleen of samen?</i>	<i>Expliciete levens-overtuiging?; zo ja, gelovig/religieus?</i>	<i>Aangesloten bij instituut?; welke levens-overtuiging?</i>
1I	V, 60-70	38	70	1700	Stad	Samen	Ja; ja	Ja; Protestants Christelijk
2I	V, 30-40	1	60	2200	Stad	Samen	Ja; ja	Ja; Boeddhistisch georiënteerd
1	M, 50-60	31	80	2400	Stad	Samen	Nee; nee	Nee; nee
2	M, 30-40	8	50	n.i.*	Versted.	Samen	Ja; ja	Ja; Katholiek
3	M, 60-70	38	20	2700	Dorp	Samen	Nee; nee	Nee; nee
4	V, 50-60	30	20	2300	Stad	Samen	Nee; nee	Nee; nee
5	M, 60-70	40	20	3500	Versted.	Samen	Nee; nee	Nee; nee
6	M, 60-70	32	40	3500	Versted.	Samen	Nee; nee	Nee; nee
7	M, 60-70	34	60	2200	Stad	Samen	Nee; nee	Nee; nee

\*n.i.= niet ingevuld





**Het HOPE<sup>119</sup> model**

HOPE            H: sources of hope, strength, comfort, meaning, peace, love en connection  
                   O: the role of organized religion for the patient  
                   P: personal spirituality and practice  
                   E: effects on medical care en end-of-life-decisions

HOPE            H: bronnen van hoop, kracht, troost, betekenis, vrede, liefde en verbintenis  
                   O: de rol van georganiseerde religie voor de patiënt  
                   P: persoonlijke spiritualiteit en praktijk  
                   E: effecten op de medische zorg en beslissingen rond leven en dood

Motivatie keuze voor HOPE model:

De HOPE methode benadert zingeving in de meest brede zin van het woord, en is ontwikkeld voor een routine consult. Ook wordt door het gebruik van deze methode op duidelijke wijze de verbinding gelegd tussen zingeving en het effect van zingeving op het zorgproces.

**Afsluiting**

Zijn er nog meer zaken die u aan de orde zou willen stellen voordat we het interview afronden?

---



---



---



---



---



---

<sup>119</sup> Anandarajah G., Night E., Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool, American Family Physician, 2001, 63, 81-88.



