

# Zorg voor zingeving

Literatuuronderzoek naar de taak van de huisarts op het gebied van zingeving



A. Nipius  
S2677628  
Faculteit Godgeleerdheid en Religiewetenschappen  
Master geestelijk verzorging, februari 2017

# Zorg voor zingeving

Literatuuronderzoek naar de taak van de huisarts op het gebied van zingeving

Naam:	A. Nipius
Studentnummer:	s2677628
E-mail:	a.nipius@student.rug.nl
Universiteit:	Rijksuniversiteit Groningen
Faculteit:	Godgeleerdheid en Religiewetenschappen
Opleiding:	Master Geestelijke Verzorging
Eerste begeleider:	Dr. A. Visser-Nieraeth
Tweedebegeleider:	Dr. J.K. Muthert
Inleverdatum:	23 februari 2017

Illustratie voorzijde uit: A. Kuin. Competenties voor het bieden van spirituele zorg aan patiënten in de palliatieve fase en hun naasten.

## **Voorwoord**

Voor u ligt de scriptie Zorg voor zingeving over of en hoe de huisarts aandacht kan hebben voor zingeving in zijn (of haar) spreekkamer. Aanleiding om me in dit onderwerp te gaan verdiepen waren mijn eerdere werkervaringen met de pilot 'Welzijn op recept' bij de huisarts, een methodiek ontwikkeld door het Trimbos Instituut en informatie over pilots waar een geestelijk verzorger naast de huisarts werkt. Om erachter te komen wat de rol van de geestelijk verzorger kan zijn leek het me relevant om allereerst in kaart te brengen wat de rol van de huisarts is op het gebied van zingeving. Een onderwerp dat me steeds is blijven boeien en dat, als een spannend verhaal, nog moet wachten op de 'goede'? afloop. Ook omdat de wereld van de zorg steeds verandert. Ik ben benieuwd naar de resultaten van verder onderzoek in de praktijk en ook naar de toekomstige positie van de geestelijk verzorger in de eerstelijns zorg.

Ik heb veel geleerd op de weg naar dit eindproduct en daar plezier aan beleefd. Ik wil op de eerste plaats Anja Visser hartelijk bedanken voor haar begeleiding. Voor mij waren haar rust, blijvend optimisme, heldere en kritische blik heel erg tot steun. Ik vond het ook prettig Hanneke Muthert als tweede begeleider te mogen hebben, zij kent de extramurale zorg, haar vragen lieten me beter nadenken over het onderwerp.

Het was een bijzondere periode, die van het scriptie schrijven. Wat weg van de wereld, veel thuis, in een bubbel, maar ook de tijd hebben om me echt te verdiepen. Lieve vriendinnen, familie en studiegenoten, bedankt voor jullie meeleven en waardering, en Lucienne voor het lezen van de scriptie in de beginfase. René, je hebt aardig wat meegekregen van de schrijfstress en het onderwerp, ik zal de komende tijd weer vaker gaan koken!

## Samenvatting

Hoofdvraag van de scriptie was welke rol de huisarts kan hebben op het gebied van aandacht voor zingevingsvragen en spirituele vragen. Dit met het achterliggend doel een bijdrage te leveren aan verheldering van de rol van de huisarts op het gebied van zingeving.

Maatschappelijke ontwikkelingen, zoals de toename van het aantal oude ouderen en chronisch zieken, verandering in de financiering van de gezondheidszorg en een andere opvatting van gezondheid maakten dat de huisarts meer te maken kreeg met zingevingproblemen in zijn spreekkamer.

Aandacht voor zingeving leidt tot het verminderen van depressieve klachten, een verhoogd -spiritueel- welzijn en kwaliteit van leven, minder zorgconsumptie, beter kunnen omgaan met de effecten van trauma en beter omgaan met de ziekte.

De huisarts moet in ieder geval beschikken over basiskennis en vaardigheden op het gebied van zingeving. De basiskennis bestaat uit kennis van zingevingprocessen, situaties die zingevingsvragen oproepen en het kunnen herkennen van zingevingstaal. De basisvaardigheden bestaan uit een open, presente en empathische houding. De arts moet ook in staat zijn zingevingproblematiek, of een crisis in zingeving te signaleren en door te verwijzen.

De vraag is beantwoord met behulp van literatuuronderzoek. Via Smartcat en Google Scholar is gezocht op de termen 'huisarts' en 'zingeving' of 'huisarts' en 'spiritualiteit'. Via de database van PubMed op 'spirituality' en 'general practitioner'. Daarnaast heb ik gebruikt gemaakt van de literatuurlijsten uit de in 2016 verschenen bundel 'Zingeving in Zorg', recent verschenen scripties uit de onderzoeksprogramma's van de Universiteit voor Humanistiek en de faculteit Godsdienstwetenschappen van Universiteit Utrecht over de samenwerking van geestelijk verzorgers en huisartsen.

De kernwaarden van de huisarts geven een belangrijke aanwijzing voor wat de rol van de huisarts moet zijn. De kernwaarde 'persoonsgericht' onderbouwt dat de huisarts aandacht moet hebben voor hoe de patiënt omgaat

met de gevolgen van ziekte. Ook een tweede kernwaarde: het uitgaan van een holistische, integrale blik op de patiënt, leidt tot het geven van aandacht aan zingeving en spiritualiteit. De eerste competentie van de huisarts luidt bovendien dat deze de levensbeschouwelijke achtergrond betreft bij de interpretatie van de klacht. Dit om bij de behandeling rekening te kunnen houden met de beschikbare krachtbronnen, de klacht beter te kunnen begrijpen en omdat het niet betrekken kan leiden tot verergering van de klacht of tot andere klachten.

Vooraf in de palliatieve zorg is er specifiek aandacht voor spiritualiteit. Het ABC-model uit de palliatieve zorg is een model dat gebruikt kan worden voor andere situaties die tot zingevingsproblematiek leiden.

Er zijn ook belemmeringen voor aandacht voor zingeving. Het oplossen gerichte model in consultvoering, de beperkte tijd per consult en een gebrek aan vaardigheden maken dat huisartsen weinig aandacht lijken te geven aan zingeving.

Ik beveel aan om praktijkonderzoek te doen, om consulten van huisarts en praktijkondersteuners te observeren om te zien of deze via literatuuronderzoek gevonden antwoorden al of niet bevestigd kunnen worden. Daarnaast zou onderzoek naar de inhoud van de opleiding op het gebied van zingeving input kunnen geven voor goede scholing. Last but not least beveel ik aan de geestelijk verzorger een plaats te geven in de ondersteuning van huisartsen bij dit onderwerp.

## Inhoudsopgave

1	Inleiding.....	9
1.1	De noodzaak voor aandacht voor zingeving in de huisartspraktijk.....	9
1.2	Wat wordt verstaan onder zingeving? .....	9
1.3	Maatschappelijke ontwikkelingen.....	13
1.4	Verschuivingen van tweede naar eerstelijns .....	15
1.5	Veranderde manier van denken over gezondheid .....	15
1.6	Vraagstelling.....	18
1.7	Leeswijzer .....	19
1.8	Onderzoeksmethode.....	19
2	Zingevingvragen in de huisartspraktijk .....	21
2.1	Zingeving bij de patiënt van de huisarts.....	21
2.2	Wat levert aandacht voor zingeving op?.....	23
2.3	Zingeving: taak van de huisarts .....	27
2.3.1	Wat vinden patiënten?.....	28
2.3.2	Kernwaarden huisartsgeneeskunde.....	29
2.3.3	Levensbeschouwelijke competentie van de huisarts .....	31
2.3.4	Zingeving in richtlijnen en standpunten.....	32
2.3.5	Geldend zorgmodel .....	33
2.3.6	Concept positieve gezondheid .....	34
2.3.7	Zingeving in vakbladen .....	34
2.3.8	Zingeving binnen de opleiding .....	35
3	Aandacht voor zingeving, welke manier past bij de huisarts? .....	37
3.1	Palliatieve zorg .....	37
3.1.1	Spirituele zorg in de palliatieve zorg volgens het ABC-model .....	38
3.2	Vormen van zorg voor zingeving.....	42
3.2.1	Aandacht - Luisteren .....	42
3.2.2	Aandacht - Verkennen.....	45
3.2.3	Aandacht - Signaleren .....	47
3.2.4	Begeleiden - In kaart brengen .....	48
3.3	Over welke competenties moet de huisarts beschikken?.....	50

3.3.1	Zelfinzicht: bewust zijn van de eigen spiritualiteit en aandacht voor zelfzorg.....	53
3.3.2	Grondhouding .....	54
3.3.3	Signaleren.....	55
3.3.4	Afstemmen en verwijzen.....	56
3.3.5	Zorg bieden .....	56
4	Belemmerende en bevorderende factoren voor spirituele zorg .....	59
4.1	Eigen houding ten opzichte van spiritualiteit/zingeving .....	59
4.2	Gebrek aan kennis en vaardigheden .....	62
4.3	Onderdeel van de rol van de huisarts? .....	66
4.4	Tijd.....	66
4.5	Op oplossen gerichte houding .....	67
4.6	Wat vinden patiënten?.....	68
4.7	Opvattingen over gezondheid en gezondheids-/zorgmodel .....	69
4.8	Financiering.....	72
4.9	Organisatie huisartsenzorg .....	72
4.10	Conclusie: Wat is haalbaar? .....	73
5	Conclusies en aanbevelingen .....	77
5.1	Beperkingen van het onderzoek .....	79
5.2	Aanbevelingen.....	80
	Bibliografie .....	82
	Bijlage Overzichtslijst competenties palliatieve spirituele zorg .....	92

## Figuren

1.	Spinnenweb Huber. <a href="http://www.ipositivehealth.com">www.ipositivehealth.com</a>	17
2.	De positie van spiritualiteit. <a href="http://www.oncoline.nl/spirituele-zorg">http://www.oncoline.nl/spirituele-zorg</a>	44

## Tabellen

1.	Vormen van spirituele zorg In Richtlijn spirituele zorg in palliatieve zorg (IKNL, 2010).	39
2.	Vergelijking tussen auteurs over competenties. Vetgedrukt overeenkomsten tussen de drie bronnen.	53





## 1 Inleiding

### 1.1 De noodzaak voor aandacht voor zingeving in de huisartspraktijk

Tot voor kort was aandacht voor zingeving primair de taak van geestelijk verzorgers die in tweedelijns zorginstellingen werkten en hielden andere zorgverleners zich hier veel minder prominent mee bezig. De laatste jaren vindt er echter een verschuiving plaats. Er ontstaan vaker situaties waarin er problemen/worstelingen zijn met het proces van zingeving. Door transformaties in de organisatie en financiering van de zorg komt dit vaker voor binnen de eerste lijn.<sup>1</sup> Maatschappelijk krijgt het begrip zingeving in relatie tot gezondheid een belangrijker plaats. Als gevolg van deze ontwikkelingen worden ook andere zorgverleners geacht oog te hebben voor problemen rond zingeving en werken geestelijk verzorgers vaker binnen een extramurale en eerstelijns setting.<sup>2</sup>

De toename van zingevingproblematiek binnen de eerstelijnszorg is ook waar te nemen binnen de patiëntenpopulatie van de huisarts. Onderwerp van deze scriptie is te onderzoeken welke rol de huisarts kan hebben op het gebied van aandacht en zorg voor zingevingvragen.<sup>3</sup> Ik beschrijf eerst wat verstaan wordt onder zingeving en zingevingproblemen voordat ik inga op een aantal maatschappelijke ontwikkelingen die leiden tot situaties waarin het omgaan met zingevingproblemen zich meer dan voorheen voordoet.

### 1.2 Wat wordt verstaan onder zingeving?

Omdat het begrip zingeving zo centraal staat in de onderzoeksvraag vraagt het om nadere definiëring. Goed omschrijven van zingeving is ook van belang omdat er veel aanverwante begrippen bestaan, zoals 'levensvragen' en 'existentiële

---

<sup>1</sup> Eerstelijns zorg is zonder verwijzing toegankelijk, tweedelijns zorg is zorg die na verwijzing kan worden geconsulteerd, <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/eerstelijnszorg>.

<sup>2</sup> W. Reijmerink, 'Inleiding en verantwoording,' in *Zingeving in zorg. De mens centraal*, red. L. Wijgengangs, T. Ras, W. Reijmerink, (2016), 11 en E. Prinse, B. Cox, 'Present dankzij vrijwilligers. Ouderenzorg en extramurale geestelijke verzorging,' *TGV* 17(2014), 50.

<sup>3</sup> Waar 'hij' of 'zijn' staat, kan ook 'zij' of 'haar' gelezen worden.

vragen'. Ook het begrip spiritualiteit komt in de literatuur en spraakgebruik over zingeving regelmatig voor. Ik geef hier een uiteenzetting van de definities en de toepassing van de begrippen in deze scriptie.

Als theoretisch kader voor dit onderzoek is de invulling die Van der Lans aan zingeving geeft behulpzaam.<sup>4</sup> Van der Lans beschrijft dat het ervaren van zin is opgebouwd uit 1) een vitaal lust- of geluksgevoel, 2) een gevoel van doelgerichtheid en 3) het geven van betekenis als resultaat van herkennen en begrijpen. In het alledaagse taalgebruik komt zin bijvoorbeeld voor als: 'ik heb zin in die groente... een avondje uit', en andere nastrevenswaardige behoeften die een bepaalde lust vervullen. Maar ook als een doel niet vervuld kan worden in: 'Heeft dit nog wel zin?' Deze zinvraag wordt gesteld als er een contrast is tussen de werkelijkheid en het ideaal dat men voor ogen heeft, ofwel als het doel niet bereikt kan worden en evaluatie van de situatie negatief uitpakt.

Om zin te kunnen beleven moet een confrontatie met een nieuwe situatie, volgens Van der Lans, twee processen in gang zetten: oriënteren en evalueren. De oriënterende taak heeft betrekking op het herkennen, het cognitief kunnen plaatsen van de nieuw ontstane situatie. Past het in het wereldbeeld dat ik heb? Past de nieuwe situatie, informatie bij mijn beeld van de werkelijkheid? Als het antwoord daarop bevestigend is geeft dit een gevoel van controle en vertrouwdheid, dit past bij het derde deel van de beschrijving van zinervaring.

De evaluerende taak stelt de vraag: 'Kan ik het aan? Past dit bij mij?' Vragen die verwijzen naar het zelfbeeld, de na te streven waarden en de doelen die we stellen in ons leven. Als iets past bij deze levensdoelen ervaren we het als waardevol, als zinvol, dit verwijst naar het tweede deel van zinervaring: doelgerichtheid. Als we iets de moeite waard vinden kunnen we ons daarbij betrokken voelen, ons er voor inzetten.

De term 'zingeving' heeft betrekking op het actief doorlopen van de beide processen van oriëntatie en evaluatie. Als deze goed verlopen is er sprake van het ervaren van zinvolheid, welbevinden en betrokkenheid. Dit geluksgevoel komt terug in het eerste deel van de definitie.

---

<sup>4</sup> J. van der Lans, 'Zingeving en zingevingsfuncties van religie bij stress,' in: J. van der Lans, *Religie ervaren* (Tilburg 2006), 77.

Het kan ook zo zijn dat deze taken niet goed verlopen en zingeving in de nieuwe situatie problematisch wordt. Maar ook als de drie elementen van zinervaring onvoldoende aanwezig zijn ontstaan er gevoelens van zinloosheid. Zo kan bij iemand die een chronische longaandoening heeft ontwikkeld, zijn mobiliteit zodanig afnemen dat hij niet meer kan doen wat hij nastreeft. Dit veroorzaakt stress en zet aan tot het zoeken naar een alternatief. Men gaat opnieuw nadenken over levensdoel, centrale waarden en identiteit. Levensbeschouwing kan fungeren als een krachtbron bij heroriëntatie. Deze heroriëntatie en evaluatie kunnen dan leiden tot een nieuw perspectief, een nieuwe zinbeleving, maar ook tot een crisis in de zingeving. Als iemand zich bijvoorbeeld niet kan neerleggen bij het feit dat hij een levensbedreigende ziekte heeft en zich blijft vasthouden aan het gezonde zelfbeeld. Een dergelijke crisis kan zich psychisch en somatisch uiten.<sup>5</sup>

Meestal is zinbeleving impliciet en speelt op deze twee niveaus: een alledaags en een existentieel niveau. Het onderscheid zit in de mate van bewuste reflectie. Een zinvraag op het existentiële niveau wordt pas gesteld, als zich stagnatie voordoet in het alledaagse proces van zingeving, dan is doordenking nodig.<sup>6</sup> Die doordenking vindt plaats in confrontatie met een - ernstige - ziekte.

Een term die ik in dat verband nog wil toelichten is die van de existentiële vragen: Wat zijn dat voor vragen? In de kwaliteitsstandaard voor de geestelijk verzorger verwijst existentieel naar: 'de ervaring van het bestaan als zodanig, in zijn alledaagsheid en met zijn ervaringen van verschrikking en verwondering en alles daartussen'.<sup>7</sup> Het bestaan als zodanig omvat de gebeurtenissen in een mensenleven tussen en met de ervaringen van geboorte en dood. Existentiële vragen zijn dan: waarom overkomt mij dit? Hoe moet ik verder leven? Dit zijn ook oriënterende en evaluerende vragen die in grenssituaties worden gesteld en waarbij een levensbeschouwing steun kan bieden.<sup>8</sup>

Ziekte vormt een situatie waarin zingeving kan stagneren, dit is afhankelijk van de mate waarin de ziekte zelfbeeld, levensdoel en waarden

---

<sup>5</sup> J. van der Lans, 84.

<sup>6</sup> Ibidem, 80.

<sup>7</sup> Beroepsstandaard geestelijk verzorger, 9.

<sup>8</sup> J. van der Lans, 83.

aantast. Als de zingevingsprocessen oriënteren en evalueren niet slagen, ontstaat er zingevingsproblematiek. Er kan zelfs een identiteitscrisis ontstaan, die - als deze langer voortduurt - in een depressie kan uitmonden.

Een begrip dat dikwijls met zingeving verbonden wordt is spiritualiteit. Spiritualiteit wordt binnen de context van de gezondheidszorg op verschillende manieren gedefinieerd. Binnen de palliatieve zorg heeft spiritualiteit expliciet een plaats.<sup>9</sup> In de palliatieve zorg luidt de definitie: 'Spiritualiteit is het levensbeschouwelijk functioneren van de mens, waartoe ook de vragen van zinervaring en zingeving gerekend worden'.<sup>10</sup> De term 'spirituality' komt in Amerikaanse onderzoeksliteratuur vaak voor. De definitie overeengekomen op een Consensus Conferentie met deelnemers uit alle sectoren van de Amerikaanse gezondheidszorg luidt:

'Spirituality is the aspect of humanity that refers to the way individuals seek and express meaning and purpose and the way they experience their connectedness to the moment, to self, to others and to the significant or sacred.'<sup>11</sup>

In beide definities van spiritualiteit komen de termen zinervaring en zingeving voor. In de Amerikaanse definitie wordt het element van doelgerichtheid expliciet genoemd. Deze geeft ook een plaats aan het ervaren van verbinding met anderen en het transcendente. In de Nederlandse definitie wordt de term verbinding niet gebruikt en de verbinding met het transcendente uitgedrukt in het neutraler klinkende 'levensbeschouwelijk functioneren'.

Verbondenheid kan een bron van zingeving zijn. Het ervaren van verbondenheid als onderdeel van spiritualiteit speelt een belangrijke rol in de zorg. Verbondenheid kan zich voordoen in de relatie patiënt -zorgverlener, maar de patiënt kan ook verbondenheid beleven met anderen, het zieke zelf en met krachtbronnen als de natuur, kunst of levensbeschouwing.

Carlo Leget geeft in een nascholing over spiritualiteit in de huisartsenpraktijk aan dat de lading daarvan ook gedekt kan worden door de

---

<sup>9</sup> C. Leget, 'Hedendaagse uitingen van zingeving,' in *Zingeving in zorg. De mens centraal*, red. L. Wijggangs, T. Ras, W. Reijmerink (2016), 26.

<sup>10</sup> Palliatieve zorg: Richtlijnen voor de praktijk. *Richtlijn spirituele zorg*. IKNL (2010) [www.pallialine.nl/spirituele-zorg](http://www.pallialine.nl/spirituele-zorg), 4.

<sup>11</sup> C. Puchalski e.a., 'Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the consensus conference,' *Journal of palliative medicine* 12(2009), 887.

termen zingeving, existentiële vragen, levensvragen, bestaansvragen, oervragen en trage vragen.<sup>12</sup> Dit komt niet overeen met de definities die ik gebruik voor beide begrippen, maar geeft iets aan over de begripsverwarring die heerst over de terminologie.

Voor deze scriptie neem ik de definitie van zingeving als uitgangspunt en gebruik ik de term spiritualiteit uit de definitie van de Consensus Conferentie als ik Angelsaksische literatuur gebruik. De definitie van spiritualiteit zoals gebruikt in de richtlijn spirituele zorg gebruik ik vooral in hoofdstuk drie over vormen van aandacht voor zingeving. In de tekst licht ik, wanneer dit verwarring kan opleveren, toe om welke term het gaat.

### **1.3 Maatschappelijke ontwikkelingen**

Een zichtbare ontwikkeling is de grote demografische verschuiving door de toename van het aantal ouderen, als gevolg van verbeterde gezondheid en medische mogelijkheden. De gemiddelde mens wordt steeds ouder en heeft daardoor meer dan voorheen te maken met verlieservaringen. Niet alleen de partner en leeftijdsgenoten sterven, een 95-jarige kan ook meemaken dat haar kinderen overlijden.

Het adagium “ouderdom komt met gebreken” blijft ondanks de toegenomen medische mogelijkheden geldig. Vanaf 75 jaar neemt de gezondheidswaarde exponentieel af. De gemiddelde leeftijdsverwachting neemt echter toe. Dit betekent dat de oudere mens langer leeft met chronische aandoeningen, zoals pijnklachten en bewegingsbeperkingen.

Een toename van het aantal ouderen betekent eveneens een toename van mensen met kanker en andere levensbedreigende aandoeningen. Soms leiden deze aandoeningen tot genezing en vergen dan een intensieve begeleiding door de duur en intensiteit van de behandeling, ook op het gebied van zingeving.

---

<sup>12</sup> C. Leget, Training Spiritualiteit voor huisartsen, Accredidact

Levensbedreigende aandoeningen leiden tot het inzetten van palliatieve zorg, waarvan aandacht voor de spirituele dimensie deel uitmaakt.<sup>13</sup>

Verlies van gezondheid heeft een scala aan andere verliezen tot gevolg. Oude ouderen hebben te maken met zich opstapelende verlieservaringen en kunnen daarom in sociaal isolement terecht komen. Ziekte kan beperkingen opleveren en daarmee verlies van autonomie.<sup>14</sup> Zowel meerdere verlieservaringen als chronisch ziek zijn, kunnen problemen met zingeving veroorzaken. Een chronische ziekte kan het zelfbeeld ingrijpend veranderen en als iemands centrale waarde het samenleven met naasten is, dan zorgt verlies van geliefde anderen voor een worsteling met zingeving. Beperkingen in mobiliteit leiden vaak tot een kleiner sociaal netwerk en isolement.<sup>15</sup>

Ook omgekeerd kunnen gevoelens van eenzaamheid tot gezondheidsproblemen leiden. Filosoof Anja Machielse heeft als expertise eenzaamheid en isolement bij ouderen.<sup>16</sup> Zij stelt dat eenzaamheidsproblematiek meestal over zingeving gaat. Ouderen stellen zich de vraag hoe zij met fysieke beperkingen en een klein netwerk een zinvol leven kunnen leiden. Zij komen met hun gezondheidsklachten en daaraan gerelateerde eenzaamheid bij de huisarts. Onder huisartsen is een tendens waarneembaar eenzaamheid als een stoornis te zien en deze met medicatie te bestrijden, terwijl een gesprek over rouw en verlies, en hoe te komen tot hernieuwde zingeving meer goed kan doen.<sup>17</sup>

Zorgvragers zien zich eveneens geconfronteerd met de nieuwe vragen die toegenomen medische mogelijkheden oproepen.<sup>18</sup> Medisch- technologische ontwikkelingen zoals op het gebied van bevolkingsonderzoek, preventief zelfonderzoek en prenatale diagnostiek confronteren de mens in een vroeger stadium van het leven met levensvragen, bijvoorbeeld rond voort- of stopzetten van behandeling.

---

<sup>13</sup> J. Schuurmans, C. Veldhoven, 'Het belang van de geestelijk verzorger of zingevingconsulent in de eerste lijn,' *TGV* 14(2011), 46.

<sup>14</sup> *Ibidem*

<sup>15</sup> *Ibidem*

<sup>16</sup> <http://www.uvh.nl/actueel/oktober-2015/bijzonder-hoogleraar-anja-machielse-aandacht-voor-sociale-verbanden-is-cruciaal-voor-goed-ouderenbeleid>

<sup>17</sup> E. Nyst, 'Dokter, ik ben zo eenzaam,' *Medisch Contact* 27-28 (2016), 51.

<sup>18</sup> W. Reijmerink, 'Inleiding en verantwoording,' 11.

## 1.4 Verschuivingen van tweede naar eerstelijns

De toenemende aanwezigheid van problemen met zingeving binnen de eerstelijns heeft ook te maken met de verschuiving van de zorg van de tweedelijns naar de eerstelijns. Zingeving is belangrijk in wat voorheen de tweede lijn was, omdat daar mensen met ernstiger gezondheidsproblemen behandeld worden. De ernst van de problematiek heeft gevolgen voor de mate waarin mensen worstelen met zingeving. Een deel van de tweedelijnszorg kan opgepakt worden in de eerstelijns. Deze substitutieoperatie is ingegeven door de hoge kosten van behandeling in de tweede lijn. De zorg die meer in de eerstelijns kan plaatsvinden is bijvoorbeeld ondersteuning bij chronische ziekten.<sup>19</sup> Dit betekent goedkopere zorg maar ook een zwaardere belasting van de huisarts.<sup>20</sup>

Een tweede vorm van verschuiving van zorg van tweede naar eerstelijns die moet leiden tot kostenbesparing is ambulantisering. Patiënten die eerder in een instelling werden opgenomen, worden thuis behandeld en vallen daardoor onder de verantwoordelijkheid van de huisarts. Denk aan chronisch-psychiatrische patiënten. Voor patiënten die verpleegd en verzorgd worden in een 24-uurs instelling, is de organisatie verplicht geestelijk verzorging aan te bieden. De geestelijk verzorger wordt in de thuissituatie niet standaard gefinancierd. Laterveer signaleert dat de huidige generatie 80+'ers nergens terecht kan met zingevingsvragen.<sup>21</sup> De huisarts is één van de zorgverleners die zorg in de thuissituatie levert.

## 1.5 Veranderde manier van denken over gezondheid

Naast deze maatschappelijke en medische ontwikkelingen die de huisarts meer dan voorheen confronteren met vragen op het gebied van zingeving, is er ook

---

<sup>19</sup> Ruimte voor substitutie, verschuivingen van tweedelijns- naar eerstelijnszorg, Nivel (Utrecht 2013)16.

<sup>20</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2015/08/31/kamerbrief-over-substitutie-van-zorg-van-de-tweede-naar-de-eerste-lijn>

<sup>21</sup> M. Laterveer, 'De toekomst van de gezondheidszorg is: waarde-volle zorg,' in *Zingeving in zorg. De mens centraal*, red.L. Wijgergangs, T. Ras, W. Reijmerink (2016), 57.

een veranderde manier van denken over gezondheid, waarin zingeving een belangrijk element is. Machteld Huber formuleerde haar concept van 'positieve gezondheid' als 'het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven'.<sup>22</sup> Dit concept werd door deskundigen geformuleerd op een internationale expert conferentie.<sup>23</sup> Dit als reactie op de definitie van de WHO (World Health Organization) die te ambitieus en te statisch werd bevonden.<sup>24</sup> Hierbij streeft men naar totale gezondheid, terwijl het in de nieuwe definitie vooral gaat om het aanpassingsvermogen dat leven met gezondheidsbeperkingen mogelijk maakt. Haar concept pas bij de definitie van zingeving zoals geformuleerd door Van der Lans. Oriënteren en evalueren zijn actieve processen waarmee iemand zich aanpast aan de nieuwe situatie.

Als antwoord op de vraag waaraan mensen gezondheid aflezen en om het concept meetbaar te maken, stelde zij zes dimensies vast, waarvan de spirituele/existentiële dimensie er één is.<sup>25</sup> Zij inventariseerde onder 140 stakeholders (zorgverleners - artsen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, chronische patiënten, beleidsmakers, verzekeraars, volksgezondheid professionals, burgers en onderzoekers met verschillende achtergronden) welke indicatoren iets zeggen over gezondheid. In een kwantitatieve survey onder 1938 vertegenwoordigers van dezelfde stakeholdersgroepen werd gevraagd of respondenten het eens waren met deze indicatoren. Op basis van bestaande classificaties werden de dimensies benoemd, in consensus bijeenkomsten werd men het eens over de categorieën. Tot slot stelde zij de vraag of de gezondheidsindicatoren het nieuw gezondheidsconcept representeerden.

De spirituele/existentiële dimensie bestaat uit de indicatoren: zingeving, het nastreven van doelen en idealen, toekomstperspectief hebben en kunnen accepteren. Zo is aandacht voor zingeving onderdeel van het

---

<sup>22</sup> M. Huber, B. Garssen, 'Relaties tussen zingeving, gezondheid en welbevinden,' in *Zingeving in zorg. De mens centraal*, red. L. Wijgergangs, T. Ras, W. Reijmerink (2016), 17.

<sup>23</sup> M. Huber e. a., 'Towards a 'patient-centered' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study,' *BMJ Open*, 2.

<sup>24</sup> <https://nl.wikipedia.org/wiki/Gezondheid> 'gezondheid is een toestand van volledig fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden en niet louter het ontbreken van ziekte of gebrek'.

<sup>25</sup> M. Huber e. a., 'Towards a 'patient-centered' operationalisation of the new dynamic concept,' 10.



gezondheidsconcept van de huidige zorgverlener, waaronder de huisarts.<sup>26</sup> De zorgverleners die Huber in haar onderzoek raadpleegde waren artsen, verpleegkundigen en fysiotherapeuten.

Van de door haar genoemde dimensies bleken patiënten alle zes even belangrijk te vinden en artsen vooral belang te hechten aan de dimensie lichaamsfunctie. Artsen hechtten nauwelijks waarde aan de spirituele dimensie en de dimensie sociaal maatschappelijk functioneren.<sup>27</sup> Echter, in een geneeskunde waarin de patiënt centraal staat en er sprake is van shared decision making en informed consent wordt van de arts gevraagd dat hij aandacht heeft voor alle dimensies van gezondheid, voor de gehele mens.<sup>28</sup> Daarom werken sommige huisartspraktijken al met het spinnenwebdiagram van Huber (zie Figuur 1). Patiënten kunnen daarop aangeven hoe zij hun gezondheid op de zes dimensies ervaren en waar zij iets zouden willen verbeteren.<sup>29</sup> Dit kan op een ander terrein liggen dan het medische.

## PIJLERS VOOR POSITIEVE GEZONDHEID



Figuur 1. Spinnenweb Huber, [www.lpositivehealth.com](http://www.lpositivehealth.com).

<sup>26</sup> M. Huber, B. Garssen, 'Relaties tussen zingeving, gezondheid en welbevinden,' 18.

<sup>27</sup> J. Visser, 'Interview Machteld Huber: Het vermogen om zelf de regie te voeren,' *Medisch Contact* 69 (2014).

<sup>28</sup> M. Huber e.a., 'Towards a 'patient-centered' operationalisation of the new dynamic concept,' 10.

<sup>29</sup> M. Huber, H.P. Jung, 'Persoonsgerichte zorg is gebaat bij kennis van ziekte én van gezondheid,' *Bijblijven* 8 (2015), 4.

Een andere verbinding van de spirituele dimensie met gezondheid is zichtbaar in de toename van alternatieve vormen van zingeving via de leefstijl. Er is veel aandacht voor gezonde voeding en een gezond lichaam. Leget plaatst dit tegenover de afname van religie, die traditioneel ervaren werd als bron van zingeving.<sup>30</sup>

Door bovengenoemde ontwikkelingen krijgt de huisarts op zijn spreekuur meer dan voorheen te maken met problemen op het gebied van zingeving. Ik ben van mening dat daardoor aandacht voor zingeving door de huisarts noodzakelijk is. Op dit moment is echter niet duidelijk beschreven welke rol en taken (en welke bijbehorende competenties) de huisarts op dit gebied vervult of zou moeten vervullen.

Doelstelling van deze literatuurstudie is om een bijdrage te leveren aan verheldering van de rol van de huisarts op het gebied van zingeving en de daarvoor benodigde competenties.

## **1.6 Vraagstelling**

Om duidelijkheid te krijgen over de rol van de huisarts heb ik de volgende vraag centraal gesteld: Welke rol kan de huisarts hebben op het gebied van aandacht en zorg voor zingevingvragen en spirituele vragen?

Om die vraag te kunnen beantwoorden heb ik de volgende deelvragen geformuleerd:

- Welke vragen over zingeving spelen in de huidige huisartsenpraktijk?
- Wat levert aandacht voor zingeving op?
- Is aandacht voor zingeving een taak van de huisarts?
- Aandacht voor zingeving kan op verschillende manieren worden geboden, welke past bij de huisarts? En wat is wenselijk?
- Hoe reageert de huisarts op zingevingvragen? Welke belemmeringen ervaart hij hierbij? Is het reageren op zingevingvragen door de huisarts

---

<sup>30</sup> C. Leget, 'Hedendaagse uitingen van zingeving,' 26.

afhankelijk van de eigen levensbeschouwing, opleiding of andere persoonlijke factoren?

- Welke zorgcompetenties zijn nodig?
- Wat is haalbaar gezien de huidige praktijk? Wat heeft de huisarts nodig om dat te bereiken?

## **1.7 Leeswijzer**

In deze inleiding gaf ik aan welke ontwikkelingen de noodzaak voor aandacht voor zingeving in de huisartsenpraktijk groter maken en ging ik in op de basisbegrippen zingeving en spiritualiteit. Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden ga ik in het tweede hoofdstuk in op welke rol zingeving speelt bij de patiënt van de huisarts, wat het effect is van aandacht voor zingeving en in hoeverre aandacht voor zingeving past bij de rol van de huisarts. Het derde hoofdstuk geeft een overzicht van hoe zorg voor zingeving kan worden geboden, en welke daarvan passen bij de huisarts; welke competenties zijn daarvoor nodig? In het vierde hoofdstuk ga ik in op de haalbaarheid van aandacht voor zingeving bij de huisarts door in te gaan op de belemmeringen die hij ervaart. Ik sluit af met conclusies en aanbevelingen.

## **1.8 Onderzoeksmethode**

Om literatuur te vinden voor de scriptie heb ik op verschillende manieren gezocht. Via Smartcat en Google Scholar op de termen 'huisarts' en 'zingeving' of 'huisarts' en 'spiritualiteit'. Via de database van PubMed op 'spirituality' en 'general practitioner'. Ik heb dankbaar gebruik gemaakt van de in 2016 verschenen bundel Zingeving in Zorg. Naast de inleidende essays van bekende publicisten uit het Nederlandse taalgebied heb ik gebruikt gemaakt van de literatuurlijsten bij de artikelen en interviews. Ook de recent verschenen scripties uit het onderzoeksprogramma van de Universiteit voor Humanistiek naar

mogelijkheden voor geestelijk verzorgers in de eerstelijnszorg heb ik geraadpleegd voor literatuur. Bij de faculteit Godsdienstwetenschappen van de Universiteit Utrecht studeerde een aantal studenten af op de samenwerking met geestelijk verzorgers of zingeving bij de huisarts, ook daar heb ik de literatuurlijst bekeken op bruikbare artikelen. Ik heb deze geselecteerd op de termen 'huisarts', 'zingeving' en/of 'spiritualiteit'. Die laatste term moest gedefinieerd zijn volgens één van de twee definities uit paragraaf 1.2.

Ik heb twee modellen uit de zorg, die zingeving en spiritualiteit expliciet een plaats geven, onderzocht en gebruikt in de scriptie. Het nieuwe gezondheidsconcept van Huber noemt zingeving als dimensie van gezondheid en het biopsychosociaal-spirituele model van Sulmasy benoemt spiritualiteit als onderdeel van de mens waarop de zorg gericht moet zijn.

Het ABC-model uit de palliatieve zorg geeft een indeling van vormen van zorg voor zingeving. Dit model, dat sommige huisartsen al bekend is, heb ik als uitgangspunt genomen om te onderzoeken welke vormen van aandacht voor zingeving bruikbaar zijn voor de huisarts.

## **2 Zingevingsvragen in de huisartspraktijk**

In dit hoofdstuk leg ik het verband tussen zingeving en het belang daarvan in de huisartsenpraktijk. Zoals beargumenteerd vergroten een aantal maatschappelijke ontwikkelingen de noodzaak voor aandacht voor zingeving in de eerstelijnszorg. Waarom is het van belang dat juist de huisarts aandacht heeft voor zingeving? Eén reden is dat patiënten die worstelen met zingeving als gevolg van ziekte of anderszins zijn spreekuur bezoeken. Ik ga in op hoe deze problematiek zich aan hem voordoet. Belangrijke waarde binnen de huisartsengeneeskunde is dat zij functioneert op basis van evidence-based resultaten. Wat zijn de resultaten van onderzoek dat gedaan is naar aandacht voor zingeving? Tenslotte onderbouw ik dat aandacht voor zingeving past bij de huisartsenzorg gezien haar kernwaarden, richtlijnen en de actuele discussies erover in de vakbladen.

### **2.1 Zingeving bij de patiënt van de huisarts**

Ziekte kan een crisis in zingeving teweeg brengen, en andersom kan een crisis in zingeving zich zowel psychisch als somatisch uiten.<sup>31</sup> Ziekte stelt de mens voor uitdagingen. Het kan hem beperken in het uitoefenen van dagelijkse bezigheden en in het contact met anderen. De ziekte kan psychisch of somatisch zijn. Vaak gaat het om een tijdelijke situatie; na herstel gaat men weer net zo verder als voor de ziekte. Maar de ziekte kan ook chronisch zijn en blijvende beperkingen opleveren, of levensbedreigend zijn. Of dit tot een zingevingscrisis leidt, is volgens Van der Lans afhankelijk van een al of niet succesvol verlopen proces van oriëntatie en evaluatie.<sup>32</sup>

In de Richtlijn palliatieve zorg wordt een crisis in zingeving beschreven als een confrontatie met het levenseinde die zo heftig is, dat een patiënt angst- of paniekaanvallen krijgt of verschijnselen van depressiviteit laat zien. Kenmerkend

---

<sup>31</sup> J. van der Lans, 'Zingeving en zingevingfuncties van religie bij stress,' 84.

<sup>32</sup> Ibidem, 77.

voor een dergelijk proces is dat de patiënt naast angst en paniek, gevoelens ervaart van machteloosheid en zinloosheid.<sup>33</sup>

Maar vragen over zingeving spelen niet alleen bij een levensbedreigende ziekte of in de terminale fase. Zo geeft huisarts Van de Laar in een interview aan dat vragen over zingeving voorkomen bij alle grote veranderingen in het leven zoals bij de puberteit, kinderen krijgen en ernstig ziek zijn.<sup>34</sup>

In een onderzoek van Ellis, onder dertien Amerikaanse huisartsen in de Verenigde Staten, werd de context waarin huisartsen zich richten op problemen op het gebied van spiritualiteit, beschreven.<sup>35</sup> Welke situaties, welke taal geven aanleiding om vragen te stellen? Spiritualiteit heeft hier de betekenis van zingeving als een proces dat op gang komt door de confrontatie met ziekte en waarin mensen verbinding - of het gebrek daaraan - met het hogere ervaren. Deze beide elementen uit de definitie zijn herkenbaar in de vragen die de artsen stelden: "Heeft u recent stress of veranderingen ervaren in uw leven?" en "Is uw geloof belangrijk voor u geweest?"

De huisartsen werden geïnterviewd over welke ziekten en stressoren spirituele gesprekken opleveren, dat was onder andere in het geval van: chronische ziekten, hartfalen, psychiatrische ziekten, depressies en angsten, zwangerschap of miskraam en spanningsvolle situaties zoals ziekte in de familie.<sup>36</sup> Ook symptomen waarvoor geen verklaring is (pijn, slapeloosheid), verlies van een lichamelijke functie of een ziekte die het zelfbeeld aantast, kunnen gevolgen hebben voor het ervaren van zinvolheid.<sup>37</sup> Patiënten slagen er dan niet in om te begrijpen wat hen overkomt en dit een plaats te geven binnen hun wereld- of zelfbeeld.<sup>38</sup> Ellis noemt nog: opname op de intensive care, de diagnose van terminale ziekte, behandelingsfouten en onvrede over vooruitgang in de behandeling, als aanleidingen om vragen te stellen over zingeving. Voor de

---

<sup>33</sup> Palliatieve zorg: Richtlijnen voor de praktijk. *Richtlijn spirituele zorg*, 8.

<sup>34</sup> J. van de Streek, 'Artsen worstelen met zingevingvragen. Spiritualiteit in de medische praktijk,' *Mednet* 4(2011), 20.

<sup>35</sup> M. Ellis e.a., 'What do family physicians think about spirituality in clinical practice?' *The journal of family practice* 51(2002), 249.

<sup>36</sup> Hier wordt 'spiritual' geïnterpreteerd als in de definitie van de Consensusconferentie. M. Vermandere e.a., 'Spirituality in general practice,' *British Journal of general Practice* (2011), 750.

<sup>37</sup> M. Ellis e.a., 'What do family physicians think about spirituality in clinical practice?', 252.

<sup>38</sup> J. van der Lans, 'Zingeving en zingevingfuncties van religie bij stress,' 84.

Nederlandse context zullen de stressoren die zingevingvragen oproepen niet anders zijn, maar is religie waarschijnlijk niet de voornaamste hulpbron om deze het hoofd te bieden.

In de inleiding staat onder het kopje maatschappelijk ontwikkelingen beschreven welke ontwikkelingen (eenzaamheid, opeenstapeling van verliezen, multi-morbiditeit) problemen kunnen opleveren met zingeving.

## 2.2 Wat levert aandacht voor zingeving op?

Sinds de opkomst van de evidence-based medicine is dit een vaak gestelde vraag in de geneeskunde. Deze geneeskunde op basis van bewijs is gericht op een optimale behandelwijze door individuele klinische expertise te combineren met de resultaten van extern wetenschappelijk onderzoek.<sup>39</sup> De Richtlijnen in de huisartsenzorg zijn gebaseerd op evidence-based medicine.

De effecten van aandacht voor zingeving zijn moeilijker te onderzoeken dan de effecten van een bepaald medicijn op het bestrijden van ziekte. Er zijn echter verschillende onderzoeken gedaan waaruit blijkt dat aandacht voor zingeving een positief effect heeft. Zo is er een positief verband tussen het inzetten van therapievormen als reminiscentie en 'life review' bij ouderen met het verminderen van depressieve klachten.<sup>40</sup> Reminiscentie en 'life review' zijn therapievormen waarbij het ophalen van herinneringen centraal staat.

Herinneringen aan wat in het verleden een krachtbron was, kunnen ook in het heden een functie hebben ten overstaan van moeilijke gebeurtenissen. Door herinneringen op te halen of te herleven is het mogelijk om continuïteit en samenhang te ervaren.<sup>41</sup> Dit houdt verband met de definitie van zingeving van Van der Lans. In het bijzonder de evaluerende taak wordt ermee aangesproken: 'Past wat mij nu overkomt bij mijn levensverhaal?' De effecten hiervan zijn onderzocht door een meta-analyse toe te passen op specifiek deze interventies

---

<sup>39</sup> D. Sackett e.a., 'Evidence-based medicine: what it is, and what it isn't, *BMJ* (1996) 71-72.

<sup>40</sup> E. Bohlmeijer, F. Smit, P. Cuijpers, 'Effects of reminiscence and life review on late-life depression: a meta-analysis,' *International journal of geriatric psychiatry* 18(2003), 1088.

<sup>41</sup> E. Bohlmeijer, L. Mies en G. Westerhof, *De betekenis van levensverhalen, Theoretische beschouwingen en toepassingen in onderzoek en praktijk* (Houten 2006), 31.

bij deze doelgroep. De beide interventies hebben een positieve invloed op geestelijke gezondheid en zinervaring, de depressie vermindert na de therapie. De effect grootte was 0,84, een statistisch groot effect. Het effect is daarmee vergelijkbaar met de effecten van antidepressiva en psychische behandelingen.<sup>42</sup>

Het Verwey-Jonker instituut onderzocht het verband tussen aandacht voor zingeving bij ouderen en het effect daarvan op welzijn en zorgconsumptie. Het onderzochte project is van Motto in Rotterdam, waar geschoolde vrijwilligers op bezoek gaan en praten met ouderen die behoefte hebben aan een klankbord over levensvragen. Het contact is gericht op aandacht geven en luisteren.<sup>43</sup> Dit ruimte geven aan het verhaal zet de oriënterende en evaluerende processen uit de definitie van Van der Lans in gang. De aandacht voor zingeving had effect op de kwaliteit van leven en de zelfredzaamheid, dit had een verhoogd welzijn en minder zorgconsumptie tot gevolg. Dat liet zich becijferen in een verminderd bezoek aan de huisarts, maatschappelijk werk, minder thuiszorg, minder GGZ ondersteuning en langer thuis wonen.<sup>44</sup> Het onderzoek werd uitgevoerd volgens een maatschappelijke rendementsanalyse, wat inhoudt dat de verwachte maatschappelijke effecten zijn afgezet tegen de kosten. Deze zijn weer vergeleken met een situatie waarin het project, huisbezoeken bij ouderen, niet werd uitgevoerd.

De uitkomsten van een groot longitudinaal onderzoek onder meer dan duizend ouderen waren dat een sterke zingeving tot resultaat heeft dat ouderen beter kunnen omgaan met de effecten van trauma opgedaan tijdens het leven. Het onderzoek werd uitgevoerd in de Verenigde Staten, de interviews werden gehouden in 2002-2003 en 2005.<sup>45</sup> Het meest invloedrijke element van zingeving was het ervaren van een sterke doelgerichtheid. Dit element vormt ook onderdeel van de definitie van Van der Lans. Met deze wetenschap kunnen

---

<sup>42</sup> E. Bohlmeijer, F. Smit, P. Cuijpers, 'Effects of reminiscence and life review on late-life depression,' 1088.

<sup>43</sup> Gezien en gehoord, Maatschappelijk rendement van project Motto: zingeving en levensvragen bij ouderen, Verwey-Jonkerinstituut, (2013), 13.

<sup>44</sup> [http://www.verwey-jonker.nl/over-ons/pers2/2013/ruim\\_40\\_procent\\_rendement\\_door\\_project\\_motto](http://www.verwey-jonker.nl/over-ons/pers2/2013/ruim_40_procent_rendement_door_project_motto)

<sup>45</sup> N= 1478(2002-2003),N=1092(2005)



interventies ontworpen worden die ouderen helpen omgaan met traumatische gebeurtenissen.<sup>46</sup>

Een door de psychiater William Breitbart ontworpen therapie, de 'meaning-centered group therapy', verbetert de kwaliteit van leven en het welbevinden van kankerpatiënten.<sup>47</sup>

Deze therapie is een mix van psychologische en spirituele interventies en richt zich onder andere op het belang van keuzes in houding tegenover de ziekte en het zich kunnen verbinden met het leven.<sup>48</sup> In een onderzoek onder 253 poliklinische patiënten van het Memorial Sloan-Kettering Cancer Center uit New York, met gevorderde en terminale kanker, bleek de groep die de therapie had ondergaan veel beter te scoren op kwaliteit van leven en welbevinden dan de controlegroep.<sup>49</sup> Ze werden vergeleken op hun mate van spiritueel welbevinden en kwaliteit van leven en vermindering van depressie en hopeloosheid. Beide groepen ondergingen een therapie van acht sessies en werden voor, na en twee maanden na het einde van de therapie bevraagd op hun mate van spiritueel welbevinden en kwaliteit van leven. Deze test leverde een sterk bewijs voor de effectiviteit van 'meaning-centered group therapy' als behandeling voor psychische en existentiële nood. Dit onderzoek is recent herhaald in Nederland met ook nu positieve effecten van de therapie.<sup>50</sup> Deze bestaat eruit nieuwe manieren van zingeving te vinden en in te gaan op hulpbronnen die daarbij ingezet kunnen worden.

De meeste onderzoeken naar de effecten van aandacht voor zingeving zijn gedaan onder ouderen en mensen met een levensbedreigende ziekte. Er is echter ook onderzoek naar welke hulpbronnen mensen met chronische ziekten

---

<sup>46</sup> N. Krause, 'Valuating the stress-buffering function of meaning of life among older people,' *Journal of aging and health* 19(2007), 792.

<sup>47</sup> L. Thomas, E. Meier, S. Irwin, 'Meaning-Centered Psychotherapy: A Form of Psychotherapy for Patients With Cancer,' *Current Psychiatry Reports* 16 (2014), 488.

<sup>48</sup> W. Breitbart, 'Creating your soul in every moment: Meaning, creativity and attitude,' *Palliative and supportive Care* 13(2015), 1139.

Spiritueel is hier: bewust zijn van en gebruiken van bronnen van betekenis.

<sup>49</sup> W. Breitbart e.a., 'Meaning-Centered Group Psychotherapy: An Effective Intervention for Improving Psychological Well-Being in Patients With Advanced Cancer,' *Journal of clinical oncology* 33, 749.

<sup>50</sup> N. van der Spek e.a., 'Meaning making in cancer survivors: a focus group study,' *PLoS ONE* 8(2013), 1.

gebruiken om met hun ziekte om te gaan. Zo is er een Duits onderzoek onder 213 patiënten met MS die allen onder de 65 zijn, waarin hen gevraagd werd wat hun hulpbronnen zijn. Antwoorden werden onderverdeeld in categorieën geloof (10%), familie (22%), andere bronnen van zin (16%) en geen antwoord (53%).<sup>51</sup> Zij konden hun ziekte beter herwaarderden als zij deelnamen in religieuze of existentiële praktijken, en copingstrategieën als bewust leven en een positieve houding hanteerden.

In een meta-analyse werd onderzocht of religie/spiritualiteit (R/S) leidt tot verhoogde fysieke gezondheid.<sup>52</sup> De testen die opgenomen werden in de analyse hadden betrekking op 32.000 kankerpatiënten. R/S werd geoperationaliseerd in affectieve, gedrags- en cognitieve dimensies. De affectieve dimensie is de subjectieve gevoelsbeleving van R/S, de gedragsdimensie heeft betrekking op religieuze en spirituele praktijken om stress te hanteren, de cognitieve heeft betrekking op geloof in causale attributies aan religie en religieus fatalisme. Vooral de affectieve dimensie bleek een sterk verband te hebben met fysieke gezondheid. Weinig studies onderzochten echter objectieve indicatoren zoals terugkeer van de ziekte, de meesten gingen uit van zelfrapportage door patiënten. Spiritualiteit wordt hier gedefinieerd als het hebben van een verbinding met een bron groter dan het zelf. R/S hebben hier betekenis als bron van zingeving.

Uit het bovenstaande blijkt dat therapieën die gebruik maken van de processen van zingeving zoals beschreven door Van der Lans leiden tot het beter kunnen omgaan met de gevolgen van ziekte en verbetering van de kwaliteit van leven en zelfredzaamheid. Opvallend is dat de onderzoeken zich focussen op ouderen en mensen met een levensbedreigende ziekte en niet zozeer op andere leeftijdsgroepen en ingrijpende 'life-events'.

Naast deze veelbelovende uitkomsten van onderzoeken over zingeving is er een roep om meer onderzoek naar de effecten van specifiek spirituele zorg op

---

<sup>51</sup> A. Wirth, A. Büssing, 'Utilized resources of hope, orientation and inspiration in life of persons with Multiple Sclerosis and their association with life satisfaction, adaptive coping strategies and spirituality,' *Journal of religion and health* 55(2016), 1359.

<sup>52</sup> H. Jim e.a., 'Religion, spirituality, and physical health in cancer patients: a meta-analysis,' *Cancer* (2015), 3763.

gezondheid. De uitkomsten van een internationale online enquête onder een breed scala aan zorgverleners in de palliatieve zorg, waaronder artsen, verpleegkundigen en geestelijk verzorgers gaven aan dat er behoefte is aan meer onderzoek naar de effecten van spirituele zorg.<sup>53</sup> Dit onderzoek werd gehouden in 2012 onder 971 zorgverleners uit 87 landen in opdracht van de EAPC Spiritual Care Taskforce. De prioriteiten voor toekomstig onderzoek luiden a) het evalueren van instrumenten om spirituele nood te kunnen onderkennen, b) het ontwikkelen van gespreksmodellen en c) een evaluatie van de effecten van het verlenen van spirituele zorg.

Ook in de recente publicatie van ZonMw is een aanbeveling opgenomen om door onderzoek meer inzicht te krijgen in het belang en de invloed van zingeving voor gezondheid.<sup>54</sup>

### **2.3 Zingeving: taak van de huisarts**

Heeft aandacht voor zingeving of spiritualiteit een plaats binnen de huisartsengeneeskunde? Nadat beschreven is dat een worsteling of een crisis in zingeving door ziekte of andere stressoren zich voordoet in de spreekkamer en dat aandacht hiervoor positieve effecten kan hebben, beantwoord ik in deze paragraaf de vraag of aandacht voor zingeving onderdeel is van de taak van de huisarts. Dit onderzoek ik door weer te geven wat vanuit patiëntenperspectief belangrijk is, door te kijken naar kernwaarden van de geneeskunde, de competenties van de huisarts, het nu geldende zorgmodel en gezondheidsmodel, het voorkomen van de term in Richtlijnen en Standpunten, en de actuele discussie over spiritualiteit en zingeving in de vakbladen en te kijken naar het curriculum van de huisartsenopleiding.

---

<sup>53</sup> L. Selman e.a., 'Research Priorities in Spiritual Care: An International Survey of Palliative Care Researchers and Clinicians', *Journal of pain and symptom management* 48 (2014), 518.

<sup>54</sup> W. Reijmerink, 'Conclusie,' in *Zingeving in zorg. De mens centraal*, red. L. Wijgangers, T. Ras, W. Reijmerink (2016), 125.

### 2.3.1 Wat vinden patiënten?

Aan leden van het Zorgpanel van Patiëntenfederatie NPCF (Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie) werden vragen voorgelegd over zingeving in de zorg. Voor aandacht voor zingeving werd de volgende definitie gebruikt: “Een zorgverlener die aandacht heeft voor zingeving kijkt niet alleen naar het medische deel. Deze zorgverlener heeft ook aandacht voor u als mens. Bijvoorbeeld voor de gevolgen van uw ziekte/aandoening op uw leven, hoe u om kan gaan met uw ziekte/aandoening. Hij kan dit zelf met u bespreken, maar hij kan u ook doorverwijzen naar een andere hulpverlener. Bijvoorbeeld een maatschappelijk werker of geestelijk verzorger”.<sup>55</sup> Deze definitie van zingeving vanuit patiëntenperspectief komt overeen met de zingevingdefinitie van Van der Lans. Zinervaring ontstaat als resultante van cognitieve processen als oriënteren en evalueren.

Het overgrote deel, 82% van de deelnemers aan het onderzoek, vindt dat zorgverleners bij kunnen dragen aan zingeving. De vraag naar de manier waarop, gesteld als open vraag, werd als volgt beantwoord: 26% noemde luisteren naar de patiënt, 21% noemde de patiënt als geheel beschouwen en niet alleen als zijn ziekte, 18% gaf aan dat aandacht voor de patiënt belangrijk is. Van de patiënten die ervaring hadden met aandacht voor zingeving gaf 66% aan dat de zorgverlener aandacht had voor het leren omgaan met de ziekte, dat deze aandacht had voor onzekerheid en angst, en voor het verwerken van het hebben van de ziekte. De vragenlijst werd in oktober en november 2015 ingevuld door 4714 mensen, 85% van hen had een chronische ziekte.

Als we voor ‘zorgverlener’ ‘huisarts’ lezen, zijn de uitgangspunten in de definitie dat aandacht voor zingeving door de huisarts betekent dat deze aandacht heeft voor de gehele mens, voor wat de ziekte betekent in het leven en voor hoe de patiënt omgaat met de gevolgen van de ziekte. Eén van de kernwaarden in de huisartsengeneeskunde is dan ook integrale zorg,

---

<sup>55</sup> C. van Harte, C. van Haastert, ‘Rapport meldactie “Zingeving in de zorg”,’ in *Zingeving in zorg. De mens centraal*, red. L. Wijgengangs, T. Ras, W. Reijmerink (2016), 139.

omschreven als aandacht voor de hele mens die worstelt met ziekte of psychisch ongemak.<sup>56</sup>

### 2.3.2 Kernwaarden huisartsgeneeskunde

Huisartsen bevestigen dat zij aandacht hebben voor de hele mens. Binnen dit holistische perspectief past naast de biomedische benadering ook de aandacht voor psychische en sociale aspecten en aandacht voor zingeving of spirituele zorg. Deze integrale zorg, in de zin van holistisch, komt terug in de kernwaarden van de huisartsgeneeskunde die in 1959 werden omschreven als 'continue, integrale en persoonlijke zorg'.<sup>57</sup> In de jaren vijftig was de inhoud van het begrip integraal dat huisartsenzorg niet uitsluitend geneeskundige zorg moest zijn, noch dat alleen de huisarts deze zorg gaf. In de zorg moest de huisarts ook andere aspecten van het mens-zijn betrekken en deze kon daarom niet alleen beperkt blijven tot het biomedische aspect. Integrale zorg betekende ook zorgen in samenwerking met anderen zoals psychiater en geestelijk verzorger.<sup>58</sup>

In het NHG(Nederlands Huisartsen Genootschap)-Standpunt Kernwaarden Huisartsgeneeskunde van 2011 zijn de kernwaarden geherformuleerd als: 'generalistische, persoonsgerichte en continue zorg'.<sup>59</sup> In de Toekomstvisie Huisartsenzorg komt de term integraal weer terug in: 'De kernwaarden zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Hierdoor is huisartsenzorg integrale zorg: de zorg voor de patiënt in zijn gehele context en leefomgeving'. Beide betekenissen gaan uit van een holistisch mensbeeld.

Generalistisch betekent dat de huisarts open staat voor alle mogelijke klachten, problemen en vragen over ziekte en gezondheid van alle mensen van jong tot oud. Generalistisch wordt betrokken op de werkwijze die ook holistisch wordt genoemd, de huisarts werkt aan 'onderdelen met aandacht voor het

---

<sup>56</sup> J. Schuurmans, C. Veldhoven, 'Het belang van de geestelijk verzorger in de eerste lijn,' 48.

<sup>57</sup> G. van der Werf, J. Zaat, 'De geboorte van een ideologie: Woudschoten en de huisartsgeneeskunde,' *Huisarts en wetenschap* 44 (2001), 284.

<sup>58</sup> A. Querido, *Inleiding tot een integrale geneeskunde*(1973).

<sup>59</sup> Toekomstvisie Huisartsenzorg Modernisering naar menselijke maat, huisartsenzorg in 2022 (Utrecht 2012) 27. en NHG-Standpunt Kernwaarden huisartsgeneeskunde (2011).

geheel'.<sup>60</sup> Zo kijkt hij naar psychische en sociale klachten die verborgen kunnen zijn achter somatische klachten.

Expliciet beschreven bij de zorg voor ouderen is dat de huisarts in staat moet zijn om de patiënt te ondersteunen bij het kunnen omgaan met zijn ziekte, en in het geval van een levensbedreigende ziekte moet kunnen ondersteunen bij het ervaren van kwaliteit van leven.<sup>61</sup> Aandacht voor zingeving wordt niet expliciet vermeld bij deze kernwaarde, maar bovenstaande uitleg verwijst naar mijn mening wel naar het zin kunnen geven aan de ziekte.

Continue wil zeggen dat de huisarts de constante factor is voor de patiënt, zowel tijdens de ziekte als de totale levensloop. De huisarts is zich zeer bewust van de waarde van de persoonlijke en vaak langdurige relatie met de patiënt. De patiënt heeft hierdoor meer vertrouwen en de huisarts kent het levens- en ziekteverhaal en kan deze in samenhang met de nieuwe klacht zien. Vooral ouderen, patiënten met een chronische ziekte en ernstig zieke patiënten waarderen deze continuïteit.<sup>62</sup> De waarde continuïteit wordt ook vertaald naar de spilfunctie die de huisarts heeft in de afstemming van de zorgverleners die bij de patiënt betrokken zijn.<sup>63</sup> Dat continuïteit zelfs gezondheidswinst als effect heeft werd aangetoond door Maarsingh die vond dat oudere patiënten die weinig tot geen wisselingen hadden in hun huisarts langer leefden.<sup>64</sup> De relatie die ontstaat door herhaalde contacten geeft vertrouwen, dit is een belangrijke voorwaarde voor gesprekken over zingeving. De continuïteit staat echter onder druk doordat huisartsen meer dan voorheen parttime werken en extra managementtaken hebben waardoor er minder tijd overblijft voor patiëntencontact.<sup>65</sup>

Persoonsgericht wil zeggen dat de huisarts rekening houdt met persoonsspecifieke kenmerken, de medische voorgeschiedenis en de manier waarop de patiënt met ziekte omgaat. Het omgaan met de ziekte verwijst naar

---

<sup>60</sup> NHG-Standpunt Kernwaarden Huisartsengeneeskunde, 6.

<sup>61</sup> NHG-Standpunt Kernwaarden Huisartsengeneeskunde, 10.

<sup>62</sup> Ibidem, 15.

<sup>63</sup> Ibidem, 15.

<sup>64</sup> O. Maarsingh e.a., 'Continuity in primary care and association with survival in older people: a 17-year prospective cohort study,' *British Journal of general practice* 66(2016), 531.

<sup>65</sup> D. Runhaar, 'Ambacht van huisarts gaat verloren,' *Medisch Contact* 20 (2015), 961.

de processen oriëntatie en evaluatie uit de definitie van zingeving.

Persoonsgerichte zorg in de palliatieve fase houdt ook rekening met de spirituele zorgbehoefte van de patiënt. In het NHG standpunt staat dit omschreven als 'de huisarts houdt rekening met somatische, psychische, sociale en spirituele zorgbehoeften van de patiënt'.<sup>66</sup> Dit is de enige plaats in het Kernwaarden Standpunt waar spiritueel als aparte dimensie, naast de somatische, psychische en sociale genoemd wordt. Het lijkt er daarmee op dat de inhoud van de begrippen holistisch en integraal, de spirituele dimensie uitsluit.

### 2.3.3 *Levensbeschouwelijke competentie van de huisarts*

Waar de kernwaarden het fundament vormen voor het handelen van de huisarts, geven competenties aan welke vaardigheden, kennis en ervaring de huisarts moet bezitten. In het competentieprofiel van de huisarts staat als eerste competentie genoemd: '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>67</sup> De huisarts wordt verondersteld om aan het eind van zijn opleiding te voldoen aan de gevraagde competenties, waaronder aandacht voor de levensbeschouwelijke achtergrond.

Deelnemers aan een expertmeeting noemden als redenen voor het betrekken van de levensbeschouwelijke achtergrond en kennis over wat van betekenis is voor de patiënt, dat dit belangrijk is om a) klachten te kunnen begrijpen (bijvoorbeeld pijn), b) aansluiting te zoeken bij kracht- en hulpbronnen van patiënten en c) dat niet opgepakte zingevingsvragen tot andere klachten of versterking van klachten kunnen leiden.<sup>68</sup> Aandacht geven aan levensbeschouwing is dus belangrijk bij anamnese en behandeling en ter preventie. In het model van Van der Lans wordt levensbeschouwing genoemd als mogelijke bron van (her)oriëntatie in geval van stress, als bron van zingeving.<sup>69</sup> Spiritualiteit in de palliatieve zorg wordt gedefinieerd als het

---

<sup>66</sup> NHG-Standpunt Huisarts en palliatieve zorg, 'Fijn dat u er bent dokter...' (Utrecht 2009), 14.

<sup>67</sup> Competentieprofiel van de huisarts, NHG (2005), 13.

<sup>68</sup> A. Kuin, Competenties voor het bieden van spirituele zorg aan patiënten in de palliatieve fase en hun naasten Een eerste inventarisatie en aanzet tot discussie(2009), 20.

<sup>69</sup> J. van der Lans, 'Zingeving en zingevingfuncties van religie bij stress,' 83.

levensbeschouwelijk functioneren van de mens, inclusief vragen van zingeving. Spiritualiteit wordt hier breder gezien dan levensbeschouwing. Het begrip levensbeschouwing wordt nog vaak geassocieerd met religie, maar is breder, in de definitie van Ganzevoort: 'Levensbeschouwing is een meer of minder bereflecteerde visie op het zelf, het bestaan en de wereld, al dan niet georiënteerd op een levensbeschouwelijke traditie.'<sup>70</sup>

#### 2.3.4 Zingeving in richtlijnen en standpunten

Om te weten te komen wat huisartsen vinden dat hun rol is op het gebied van zingeving, heb ik de websites van de beroepsverenigingen voor huisartsen en artsen bekeken op de termen 'spiritualiteit' en 'zingeving'.<sup>71</sup> De term 'spiritualiteit' komt alleen voor als onderdeel van de palliatieve zorg. De term 'zingeving' komt voor in standpunten en richtlijnen over handelen bij hartfalen, GGZ in de huisartsenzorg, huisartsgeneeskunde voor ouderen, de behandeling van patiënten met chronisch vermoeidheidssyndroom en in de multidisciplinaire richtlijn depressie. In de richtlijn hartfalen staat dat bij overdracht vanuit het ziekenhuis door de huisarts met de patiënt afspraken gemaakt worden over zingevingsvragen. Bij GGZ in de huisartsenzorg staat er in het standpunt dat voor zingevingsproblematiek een doorverwijzing naar de geestelijk verzorger op zijn plaats kan zijn.<sup>72</sup> Bij de zorg voor ouderen gaat het over samenhangende zorg waarin de huisarts een spilfunctie heeft, zingevingszorg wordt daarbij onderscheiden van medische zorg.<sup>73</sup> Bij chronische vermoeidheid gaat het om therapieën die invloed hebben op het omgaan met de ziekte ter voorkoming van zingevingsproblematiek.<sup>74</sup>

In het competentieprofiel van de praktijkondersteuner GGZ staat dat deze 'ethische en zingevingsvraagstukken met collega's en patiënten' bespreekt.<sup>75</sup> De praktijkondersteuner behandelt lichte psychische klachten, soms op doorverwijzing van de huisarts, ook kunnen patiënten zich zelfstandig aanmelden.

---

<sup>70</sup> R. Ganzevoort, *De wijsheid op straat. Levensbeschouwing en hermeneutische communicatie van professionals in een plurale context* (Zwolle 2007), 9.

<sup>71</sup> [www.lhv.nl](http://www.lhv.nl), [www.nhv.org](http://www.nhv.org), [www.knmg.nl](http://www.knmg.nl) (van deze laatste is ook de LHV lid)

<sup>72</sup> NHG/LNV-Standpunt Geestelijke gezondheidszorg in de huisartsenzorg (2015), 15.

<sup>73</sup> NHG-Standpunt Huisartsgeneeskunde voor ouderen, 'Er komt steeds meer bij' (2007), 38.

<sup>74</sup> Richtlijn voor diagnose, behandeling en beoordeling van patiënten met CVS, CBO (2013), 39.

<sup>75</sup> Competentieprofiel POH-GGZ,LHV (2014)12.



Op basis van het bovenstaande is de rol van de huisarts is in ieder geval dat hij zingevingsproblematiek kan signaleren en er aandacht voor heeft als onderdeel van de totale zorg.

### 2.3.5 Geldend zorgmodel

Ook het geldende zorgmodel geeft inzicht in het al of niet geïntegreerd zijn van de spirituele/zingevingsdimensie in de huisartsenzorg. Het biomedische zorgmodel dat vooral kijkt naar de fysieke oorzaken van ziekte doet tot in de zeventiger jaren opgang. Toen introduceerde Engel zijn biopsychosociale model waarin het aandacht geven aan de psychische dimensie van ziekte en de sociale omgeving van de zieke van belang werden geacht in de zorg.<sup>76</sup> Deze opvatting is terug te vinden in de kernwaarde persoonsgericht, en heeft nu vooral betrekking op het leef- en werkkring van de patiënt.<sup>77</sup> De zingevingsprocessen evalueren en oriënteren zijn ook psychische processen. Aandacht voor zingeving hoort daarmee thuis in het biopsychosociaal model.

Sulmasy, professor in geneeskunde en ethiek, pleit nu op basis van onderzoek voor een biopsychosociaal-spiritueel model, vooral bij mensen die te maken krijgen met een levensbedreigende ziekte.<sup>78</sup> Sulmasy zegt dat in eerdere modellen de patiënt niet als een persoon gezien wordt. Hij doelt daarmee vooral op het biomedische model. Hij zegt dat het reduceren van mensen tot een genetisch pakket geen oog heeft voor lijden en dood als onderdeel van de 'condition humaine'. Hij definieert spiritualiteit als de relatie die ieder mens heeft met het transcendente. Sommigen drukken dit uit in religie, anderen in hun relatie met natuur, muziek, kunst, en vrienden en familie. Spiritualiteit is in zijn optiek vooral 'in relatie staan'. Hij vertaalt dit ook naar de fysieke dimensie: ziekte is een verbreken van de juiste relaties (zo is diabetes een verstoring in de juiste relaties tussen glucose en insuline).<sup>79</sup> Dit model met deze definitie van spiritualiteit vinden we niet terug in de Nederlandse huisartsenzorg.

---

<sup>76</sup> G. L. Engel, 'The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine,' *Science* 196(1977), 129.

<sup>77</sup> Toekomstvisie NHG-Standpunt Kernwaarden Huisartsgeneeskunde (2011) 12.

<sup>78</sup> D. Sulmasy, 'A biopsychosocial-Spiritual model for the care of patients at the end of life,' *The Gerontologist* 42(2002), 25.

<sup>79</sup> <http://mens-en-gezondheid.infonu.nl/ziekten/12670-diabetes-en-dementie.html>

### 2.3.6 Concept positieve gezondheid

Waar het zorgmodel zich richt op welke context van de patiënt meegenomen moet worden bij de interpretatie van de klacht gaat de definitie van gezondheid over wat gezondheid nu eigenlijk is. Artsen beloven in hun eed gezondheid te bevorderen; de definitie vormt daarmee een richtpunt voor hun handelen. Huber definieerde gezondheid als 'het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren'. Een geneeskunde waarin patiënten meer regie hebben komt overeen met een geneeskunde waarin shared-decision making belangrijker wordt.<sup>80</sup>

Eén van de dimensies waaraan gezondheid is af te lezen is zingeving en patiënten vinden deze dimensie belangrijk. Huber gaat er vanuit dat een geneeskunde waarin de patiënt centraal staat, van de arts verlangt dat deze kijkt naar de totale gezondheid. Oftewel dat de arts in de spreekkamer vraagt naar zingeving, welbevinden, motivatie en sociale contacten naast het lichamelijke aspect.

Het nieuwe gezondheidsconcept geeft meer aandacht voor een integrale benadering van gezondheid waartoe de fysieke, psychosociale en spirituele dimensies en de interactie daartussen behoren.<sup>81</sup> Kritiek van patiënten op het oude gezondheidsbegrip, is de eendimensionale oriëntatie op de ziekte. Haar concept is niet alleen een pleidooi om breder naar het begrip gezondheid te kijken, maar ook om meer zelfredzaamheid en veerkracht bij patiënten te ontwikkelen. Zingeving is deel van een actief proces waarbij patiënten zoeken naar hulp- en krachtbronnen om met de ziekte om te gaan. Het concept vraagt van huisartsen dat zij ook aandacht hebben voor de rol van zingeving, in hoeverre kan iemand zich aanpassen aan de gevolgen van de ziekte?

### 2.3.7 Zingeving in vakbladen

Zingeving komt een aantal keren voor in artikelen in jaargang 2016 van *Medisch Contact*. De schrijver noemt werk zingevend, en dat het niet hebben van

---

<sup>80</sup> J. Visser, 'Interview Machteld Huber: Het vermogen om zelf de regie te voeren,' *Medisch Contact* 69 (2014).

<sup>81</sup> 'Inleiding en verantwoording,' in *Zingeving in zorg. De mens centraal*, red.L. Wijgergangs,T. Ras,W. Reijmerink (2016), 11.

werk - in relatie tot vluchtelingen die niet mogen werken - kan leiden tot stress, depressie en andere gezondheidsproblemen.<sup>82</sup> De huisarts moet deze mogelijk ziekmakende factor meenemen in zijn inschatting van de klacht en eventueel doorverwijzen naar sociaal werk. Dit is een mooi voorbeeld van het meenemen van de sociale context van de patiënt voor het kunnen inschatten van de klacht. Een ander artikel is van de hand van Els van Wijngaarden die onderzoek deed naar Voltooid Leven.<sup>83</sup> Zij geeft aan dat er meer aandacht moet zijn voor eenzaamheid, zingeving en spirituele zorg. De huisartsen die reageren op haar artikel beamen dit, maar geven niet aan of zij vinden dat dit al of niet een taak van de huisarts is.<sup>84</sup> In het vakblad Huisarts en Wetenschap was er in 2016 slechts één artikel over zingeving, dat handelde over het omgaan met hoop in de palliatieve zorg.<sup>85</sup> ZonMw stimuleert gezondheidsonderzoek en zorginnovatie en publiceerde medio 2016 een signalement om hiermee het debat over zingevingsvraagstukken te stimuleren.<sup>86</sup> Afgaand op het kleine aantal publicaties lijkt zingeving geen actueel thema binnen de huisartsenzorg.

### 2.3.8 Zingeving binnen de opleiding

Hoe heeft zingeving een plaats in de opleiding van de huisarts? De naamgeving van de vakken verwijst vooral naar de biomedische kant van het beroep. Bij het vak ouderengeneeskunde van de huisartsenopleiding in Leiden staan echter als collegetitels vermeld: 'Changed perspective on suffering and death', 'Stress, coping and life goals', 'Changing the paradigm: from diagnosis to what really matters for older people' en 'Social Relations and loneliness at old age'.<sup>87</sup> Deze verwijzen naar wat de ziekte betekent, hoe de patiënt er mee omgaat, naar sociale factoren, maar ook naar hoe de arts omgaat met het

---

<sup>82</sup> L. Wigersma, J. Penders, 'Medicijn dat werkt,' *Medisch Contact* 49 (2016).

<sup>83</sup> E. van Wijngaarden, 'Voltooid leven vraagt ander antwoord dan dood,' *Medisch Contact* 25 (2016).

<sup>84</sup> Reacties artikel E. van Wijngaarden, 'Voltooid leven vraagt ander antwoord dan dood,' *Medisch Contact* 25 (2016).

<sup>85</sup> E. Olsman, D. Willems, C. Leget, 'Omgaan met hoop in de palliatieve zorg,' *Huisarts en Wetenschap*, 59 (2016) 14-16.

<sup>86</sup> Zingeving in Zorg, de mens centraal (2016).

<sup>87</sup> <https://www.lumc.nl/onderwijs/master-vitality-and-ageing/>

paradigma van de diagnose. Hierover meer in de paragraaf 4.5 'Op oplossen gerichte houding'.

De driejarige huisartsenopleiding in Groningen bestaat vooral uit praktijkleren. In het derde jaar staan als collegeonderwerpen vermeld: palliatieve zorg, chronische ziekten, somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten. Dit zijn juist de thema's waarover gepubliceerd is in verband met zingeving in de huisartsenpraktijk. Ook van de onderwerpen rouw en euthanasie zou men kunnen verwachten dat zingeving hierbij onderwerp van gesprek is.<sup>88</sup> Zingeving als term heeft geen plaats binnen de opleiding, maar is waarschijnlijk wel gerelateerd aan de betreffende ziekte of levensfase.

---

<sup>88</sup> Curriculum derde leerjaar huisartsenopleiding, <http://www.huisartsopleidinggroningen.nl/jaar-3>

### **3 Aandacht voor zingeving, welke manier past bij de huisarts?**

Op basis van het vorige hoofdstuk kan voorzichtig geconcludeerd worden dat zingeving behoort tot de taak van de huisarts. Op welke manier kan hij aandacht aan zingeving geven? Binnen de Richtlijnen en opleiding is geen specifiek op zingeving gericht model aanwezig. Binnen de palliatieve zorg is er echter wel een model ontwikkeld voor het verlenen van spirituele zorg. Palliatieve zorg is een vast onderdeel van de huisartsenopleiding. Is dit model bruikbaar in de huisartsenpraktijk voor andere vormen van zorg dan de palliatieve? Welke vormen van ondersteuning bij zingeving die in dit ABC-model worden genoemd passen bij de huisarts? Welke competenties horen bij deze vormen van aandacht voor zingeving?

#### **3.1 Palliatieve zorg**

De benadering van palliatieve zorg is een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven geven, als de ziekte ongeneeslijk is. Er is aandacht voor alle problemen: lichamelijk, psychisch, sociaal en spiritueel, en deze worden geïntegreerd benaderd.<sup>89</sup> Specifiek voor deze zorg is dat de huisarts een andere handelwijze dan de oplossende moet kiezen, want genezing is niet het doel van de behandeling.

Het aantal palliatieve patiënten in een huisartsenpraktijk lag in 2015 tussen de dertien en twintig per jaar.<sup>90</sup> De toename van het aantal ouderen met een levensbedreigende chronische ziekte zal ertoe leiden dat er in de toekomst meer palliatieve zorg door huisartsen geleverd gaat worden.<sup>91</sup>

Speciaal vermeld in het NHG Standpunt staat dat palliatieve zorg een groot beroep doet op de vaardigheden van huisartsen en dat deze al bij het

---

<sup>89</sup> [http://www.palliatievezorg.nl/page\\_867.html](http://www.palliatievezorg.nl/page_867.html).

<sup>90</sup> <http://www.raedelij.nl/actueel/op-weg-naar-kwaliteitsverbetering-palliatieve-zorg-eerste-lijn>.

<sup>91</sup> NHG-Standpunt Huisarts en palliatieve zorg, 'Fijn dat u er bent dokter...' (Utrecht 2009), 6.

begin van hun carrière sterk verschillen, wat terug te voeren is op verschillen in de opleidingen.<sup>92</sup> Hoe competent de huisarts in palliatieve zorg is heeft ook te maken met zijn ervaring ermee.

De vaardigheden die nodig zijn op het gebied van palliatieve zorg zijn medisch-technische handelingen, communicatieve vaardigheden en dossiervoering. In een zorgplan, waar alle betrokken zorgverleners toegang toe hebben, worden alle behoeften van de patiënt, waaronder de spirituele, geïnterpreteerd.

De zorg bij een levensbedreigende ziekte is vaak complex, en er zijn meerdere zorgverleners bij betrokken. Daarom worden naast huisarts en wijkverpleegkundige steeds vaker casemanagers ingezet.<sup>93</sup>

### *3.1.1 Spirituele zorg in de palliatieve zorg volgens het ABC-model*

In de palliatieve zorg is binnen de Richtlijn spirituele zorg, het ABC-model ontwikkeld door de Agorawerkgroep.<sup>94</sup> Hiermee kan beoordeeld worden welke vorm van spirituele ondersteuning ingezet moet worden al naar gelang de ernst van de zingevingproblematiek en de rollen van de zorgprofessionals.

---

<sup>92</sup> Ibidem, 8.

<sup>93</sup> Speciaal opgeleide zorgverleners.

<sup>94</sup> Agora is het landelijk ondersteuningspunt voor palliatieve zorg.

Tabel 1. Vormen van spirituele zorg In Richtlijn spirituele zorg in palliatieve zorg (IKNL, 2010).

	<b>ABC-model</b>	Arts en verpleegkundige	Medisch maatschappelijk werker, psycholoog	Geestelijk verzorger
	Primaire focus, ingang en referentiekader	Somatisch	Psychosociaal	Spiritueel
A	Aandacht (altijd)	Luisteren, ondersteunen, onderkennen, verkennen	Luisteren, ondersteunen, onderkennen, verkennen	Luisteren, ondersteunen, onderkennen, verkennen, duiden
B	Begeleiding (op verzoek van patiënt)	Zoektocht volgen, doorverwijzen, in kaart brengen	Zoektocht volgen, doorverwijzen, in kaart brengen	Zoektocht volgen doorverwijzen, in kaart brengen, interpreteren en wegen
C	Crisisinterventie(indien aangewezen)	Signaleren, doorverwijzen	Onderkennen, begeleiden, behandelen, doorverwijzen	Onderkennen, begeleiden, soms: behandelen, door- verwijzen, interpreteren en wegen

De zingevingsproblematiek wordt veroorzaakt door de levensbedreigende ziekte.

Voor de helderheid: een palliatieve patiënt is iemand met een levensbedreigende ziekte, niet alleen iemand die zich in de laatste fase van de ziekte bevindt, een terminale patiënt. De situatie van de chronisch zieke is vergelijkbaar met die van de palliatieve patiënt, in dat een chronische ziekte meestal niet overgaat en voorgoed een andere perspectief op de toekomst

biedt.<sup>95</sup> De aangeboden zorg is bij chronische ziekte ook meestal niet gericht op genezen, maar op een zo goed mogelijke kwaliteit van leven. Het model is daarom volgens mij ook toepasbaar bij zingevingproblemen van chronisch zieken, maar ook in situaties in de huisartsenzorg waar het proces van zingeving niet vanzelf gaat als gevolg van ziekte of een 'life-event'. Hierbij zijn ook gradaties aan te brengen in de ernst van de verstoring in zingeving die bijvoorbeeld het overlijden van een naaste met zich meebrengt.

Het model geeft een indicatie voor de vorm van ondersteuning die gewenst is, de inhoud van de ondersteuning zal afgestemd moeten worden op wat de specifieke situatie vraagt. Zo is bij hartfalen aandacht voor de onzekerheid over het toekomstperspectief gevraagd, en bij kanker aandacht voor de kwaliteit van leven met chemobehandeling.

De indeling in de Richtlijn gaat uit van het samenwerken in een multidisciplinair team. De zorgverleners die betrokken zijn bij de spirituele ondersteuning zijn de arts, verpleegkundige, medisch maatschappelijk werker, psycholoog en geestelijk verzorger. De zorgverleners zijn onderverdeeld naar hun primaire focus. De arts en verpleegkundige staan beiden onder de somatische invalshoek. Het lijkt hier niet te gaan om de huisarts, maar de arts die werkzaam is binnen een klinische setting, omdat de arts hier samen met de verpleegkundige wordt genoemd en met andere disciplines die niet aanwezig zijn in de eerstelijnszorg.

In de huisartsenzorg is er ook sprake van multidisciplinaire palliatieve zorg. Zo werkt de huisarts vaak samen met specialisten en thuiszorg rondom een palliatieve patiënt. En er zijn PaTz (Palliatieve Thuiszorg) teams in opkomst. Dit zijn groepen waarin huisartsen en wijkverpleegkundigen uit een regio zich verenigen om hun samenwerking en tegelijkertijd hun deskundigheid te bevorderen.<sup>96</sup>

De arts binnen een klinische setting is veel meer dan de huisarts een specialist en verwijst voor andere zorgtaken naar andere zorgverleners. Binnen

---

<sup>95</sup> R. van Leeuwen, C. Leget, M. Vosselman, *Zingeving in zorg en welzijn* (Amsterdam: Boom, 2016), 52.

<sup>96</sup> [www.patz.nu](http://www.patz.nu).



de huisartsenpraktijk is er wel sprake van differentiatie in taken, maar de huisarts blijft generalist en regievoerder. Geen van beiden, medisch specialist en huisarts, heeft de rol van deskundige bij het ondersteunen van zingevingsprocessen of spiritualiteit.

In het model wordt de spirituele ondersteuning die nodig is, afgestemd op de ernst van de situatie. Er wordt vanuit gegaan dat in de normale zorg altijd sprake is van een behoefte aan alledaagse aandacht (A). Begeleiding is gevraagd als er een worsteling is in de confrontatie met het levenseinde (B). Deze worsteling is een zoektocht waarin geprobeerd wordt het hoofd te bieden aan de werkelijkheid van de naderende dood. Dit is een normaal proces van zingeving. Als de worsteling langer dan een paar weken duurt of als er andere signalen worden waargenomen, zoals een chronisch slecht humeur, angst of wanhoop, dan is er sprake van een crisis in zingeving (B) en moet er doorverwezen worden naar geestelijk verzorger, psycholoog, psychiater of maatschappelijk werker.<sup>97</sup>

De basisrol die de arts in de spirituele zorg in dit model heeft bestaat uit het geven van aandacht door te luisteren, ondersteunen, onderkennen en verkennen. In de begeleiding bestaat zijn taak uit het volgen van de zoektocht, doorverwijzen en in kaart brengen. De arts heeft geen rol bij een crisisinterventie maar moet in staat zijn een crisis te signaleren en door te verwijzen naar een specialist op het gebied van zingeving.

De ondersteuningsvormen onder A. en B. zijn voor iedere discipline gelijk. Allen hebben luisteren, ondersteunen, onderkennen, verkennen, zoektocht volgen, doorverwijzen en in kaart brengen in hun takenpakket. De geestelijk verzorger heeft als aparte taken daarnaast nog: duiden, interpreteren en wegen. Zoals in de Richtlijn aangegeven, is de primaire ingang voor het luisteren voor de specialist de somatische. De vraag is wel of er disciplinespecifiek luisteren, ondersteunen en onderkennen bestaat. Van Leeuwen roept op tot onderzoek naar wat de inhoud van zingevingsbekwaamheid moet zijn, zowel generiek als disciplinespecifiek.<sup>98</sup> De huisarts zou als generalist in ieder geval naast de

---

<sup>97</sup> Palliatieve zorg: Richtlijnen voor de praktijk. *Richtlijn spirituele zorg*, 16.

<sup>98</sup> R. van Leeuwen, 'Zorg voor zingeving: basisbekwaamheid vereist,' in *Zingeving in zorg. De mens centraal*, red. L. Wijggangs, T. Ras, W. Reijmerink (2016), 43.

somatische, ook de psychosociale focus moeten hebben in het luisteren naar zingeving.

### **3.2 Vormen van zorg voor zingeving**

Zorg voor zingeving kan op verschillende manieren worden geboden.<sup>99</sup> Ik bespreek hier enkele vormen van spirituele zorg zoals die in het ABC-model worden beschreven, uitgebreider. De vormen zijn ondergebracht onder Aandacht, Begeleiding en Crisisinterventie. Daarnaast bespreek ik nog een aantal andere vormen van zorg voor zingeving die passen onder deze hoofdingeling.

#### *3.2.1 Aandacht - Luisteren*

De Agorawerkgroep beschrijft in de 'Richtlijn spirituele zorg' dat zowel oor hebben voor verschillende betekenislagen als een latende modus van handelen tot de basisuitrusting horen van iedere goede zorgverlener.<sup>100</sup> In beide vormen is luisteren belangrijk. Het aandacht hebben voor de verschillende lagen in de taal die de patiënt gebruikt is belangrijk, omdat zingevingvragen voor de patiënt zelf vaak nog niet helder zijn en door hem niet altijd goed verwoord kunnen worden. Een latende modus, in tegenstelling tot een op oplossen gerichte houding, laat ruimte voor het eigen zoekproces van de patiënt.

Deze beide manieren vinden we terug bij de Duitse theoloog Erhard Weiher.<sup>101</sup> De latende modus noemt hij medemenselijke begeleiding. Deze modus bestaat uit een houding van empathisch present zijn, om daarmee in zichzelf ruimte te kunnen maken om de ander tegemoet te treden zodat er een basis voor vertrouwen gecreëerd kan worden. Wat er dan in de ontmoeting kan ontstaan noemt hij "Begegnungsspiritualität". De medemenselijke begeleiding is verwant aan de presentiemethode. Dit is een wijze van handelen die de nadruk legt op luisterend aanwezig zijn, trouw zijn en eerder te 'laten' dan te 'doen'.

---

<sup>99</sup> Palliatieve zorg: Richtlijnen voor de praktijk. *Richtlijn spirituele zorg*, 13.

<sup>100</sup> Ibidem, 5.

<sup>101</sup> E. Weiher, *Das Geheimnis des Lebens berühren, Spiritualität bei Krankheit, Sterben, Tod* (derde druk; Stuttgart: Kohlhammer, 2011), 89.

Daarmee wordt geprobeerd de krachten in de patiënt zelf te mobiliseren. Het luisteren is een actief luisteren dat gericht is op het vormen van een relatie.

De praktijk van de presentiebenadering is afgeleid van het werk van buurtpastores die meeleven met de armste bevolkingsgroepen. Baart heeft bestudeerd wat deze pastores feitelijk deden en welke betekenis dit had voor de buurtbewoners.<sup>102</sup> Meer inzicht in de methode ontstaat als je kijkt naar de vraag waarop de presentiebenadering een antwoord moet bieden: “Telt het voor jou dat dit hier bij/aan mij, almaar weer zo gaat, pijn doet, stoppen moet?” Het is een vraag om erkenning. Het gaat niet om een relatie waarin het doel leidend is, maar om de aangeboden relatie zelf.<sup>103</sup> Om echt present te kunnen zijn is het ook nodig jezelf vrij te maken van eigen visie en voorkeuren, om daardoor ontvankelijk te kunnen zijn voor het anders-zijn van de ander.

Onbevooroordeelde aandacht maakt dat de zorgverlener wat hij hoort niet verkeerd interpreteert en dat de patiënt zich veilig voelt. Dit kan de ander helpen bij zijn zoektocht, zijn proces van zingeving, omdat de oplossing van de patiënt zelf komt.

Het luisteren in lagen noemt Weiher symbolische communicatie. Deze laagdrempelige mogelijkheid van spirituele ondersteuning gaat er vanuit dat in alledaagse taal de spirituele kern doorklinkt. Via de lagen van de feiten, emoties en identiteit kan men de laag van de spiritualiteit bereiken. De spirituele laag is verbonden met wat mensen ten diepste beweegt en wat zin geeft aan hun leven. Dit refereert aan het element van doelgerichtheid dat maakt dat mensen zin ervaren uit de definitie van Van der Lans.<sup>104</sup> Nadat een nieuwe situatie is geëvalueerd als passend bij de eigen identiteit of het levensdoel ervaren we deze als zinvol. In de Richtlijn spirituele zorg wordt opgemerkt dat spirituele vragen vaak niet gesteld worden, ook omdat ze heel persoonlijk zijn. Daarom is het van belang om met de patiënt in gesprek te gaan en te beseffen dat onder de woorden diepere betekenislagen schuil gaan.<sup>105</sup> Het leren luisteren naar die diepere betekenislaag maakt de zorgverlener gevoeliger voor spiritualiteit. De

---

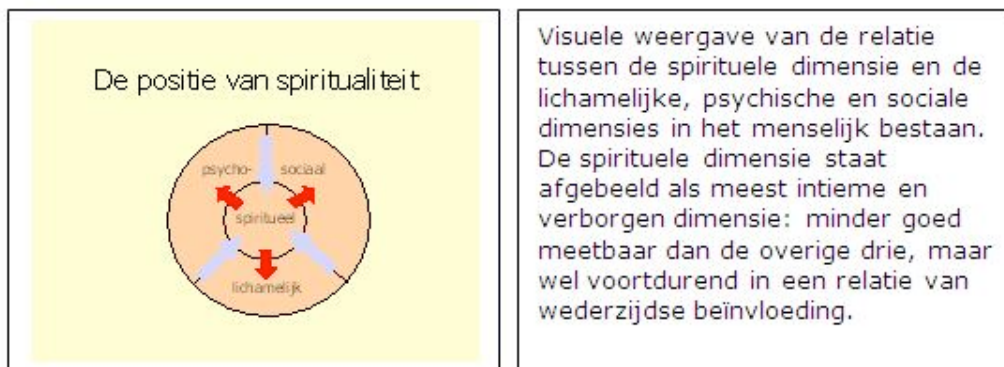
<sup>102</sup> [http://www.presentie.nl/presentie\\_filosofie](http://www.presentie.nl/presentie_filosofie)

<sup>103</sup> A. Baart, *Een theorie van de presentie* (derde druk; Utrecht 2004), 651-664.

<sup>104</sup> J. van der Lans, ‘Zingeving en zingevingsfuncties van religie bij stress,’ 84.

<sup>105</sup> Palliatieve zorg: Richtlijnen voor de praktijk. *Richtlijn spirituele zorg*, 5.

parallel met de latende modus is dat de zorgverlener de patiënt hiermee kan ondersteunen in zijn zoekproces.



Figuur 2. De positie van spiritualiteit. <http://www.oncoline.nl/spirituele-zorg>

Het vierlagen model van Weiher maakt gebruik van de vier dimensies uit de palliatieve zorg (zie figuur 2). De lichamelijke dimensie kan gelijkgesteld worden aan de feitelijke, zichtbare dimensie. Signalen uit die dimensie zijn verbonden met de psychosociale en de spirituele dimensie. We luisteren dan van buiten naar binnen. Een voorbeeld van het vierlagen model wordt gegeven in een training aan verpleegkundigen.<sup>106</sup> Op de opmerking: 'Kijk dit zijn mijn kleinkinderen' kunnen vragen gesteld worden op de feitenlaag: 'Hoe heten ze, hoe oud zijn ze?', de gevoelslaag: 'U klinkt verdrietig' (blij, boos, teleurgesteld, trots), de identiteitslaag: 'Geniet u ervan oma te zijn?' en de spirituele laag: 'Zijn uw kleinkinderen belangrijk voor u?' De meeste patiënten hebben een verlegenheid om rechtstreeks over hun spiritualiteit te spreken. Op deze manier kan deze via alledaagse taal benaderd worden.<sup>107</sup>

Binnen de palliatieve zorg is aandacht voor alle vier de lagen van belang. Uitspraken die betrekking hebben op de fysieke laag, kunnen iets aangeven over lichamelijk ongemak. Uitspraken op de psychische laag, over gedachten en emoties, zeggen iets over de heftigheid van rouw of verdriet. Op sociaal gebied kunnen vragen of problemen liggen die voor de behandeling van belang zijn. De spirituele dimensie kan wijzen op krachtbronnen die ondersteunen. Door op

<sup>106</sup> A. Kuin, *Zingeving, spiritualiteit en verpleegkundige zorg*, <http://docplayer.nl/16733160-Zingeving-spiritualiteit-en-verpleegkundige-zorg.html>

<sup>107</sup> E. Weiher, 133.

deze manier te luisteren en vragen te stellen kan er ruimte ontstaan om te benoemen welke zin- en krachtbronnen er zijn.

Het geven van aandacht krijgt vorm door het luisteren in lagen en de houding van presentie. Ook het stellen van open vragen, benoemen en parafraseren wat gezegd is en vervolgens ruimte geven aan het verhaal zijn communicatievormen die hier op zijn plaats zijn. Tenslotte is het met de patiënt stil staan bij de diagnose of bij de pijn een vorm van aandacht die erkenning geeft aan wat de patiënt overkomt.<sup>108</sup>

Naast de manieren waarop aandacht gegeven kan worden volgens het ABC-model zijn er nog andere benaderingen door de huisarts mogelijk. Eén daarvan is de narratieve methode. De 'narrative-based medicine' van arts Rita Charon gaat uit van deze benadering.<sup>109</sup> Zij postuleert dat de arts het verhaal moet beluisteren om de betekenis van de ziekte voor de patiënt te begrijpen. Dit beluisteren heeft als functie dat de patiënt het levensverhaal kan reconstrueren, en zichzelf daarmee een hernieuwde identiteit kan geven.<sup>110</sup> Waar het luisteren volgens het vierlagen model een actieve rol geeft aan de luisteraar, is deze hier eerder getuige van de reconstructie van het levensverhaal.

Vooraf deze laatste manier van luisteren zal de huisarts, gewend als deze is aan een gestructureerd gespreksmodel, niet makkelijk afdaan.<sup>111</sup> Het vierlagen model zal beter bij hem passen, gezien de gestructureerde aanpak van het doktersgesprek. De houding van presentie is belangrijk voor iedere zorgverlener. In het volgende hoofdstuk bespreek ik welke belemmeringen deze daarbij ervaart.

### 3.2.2 Aandacht - Verkennen

Naast luisteren kan aandacht voor zingeving de vorm aannemen van een spirituele verkenning door de patiënt er direct naar te vragen. Een verkenning kan dan dienen als triage instrument om een beeld te krijgen of er behoefte is aan een verdergaande spirituele ondersteuning en doorverwijzing. De

---

<sup>108</sup> Palliatieve zorg: Richtlijnen voor de praktijk. *Richtlijn spirituele zorg*, 5.

<sup>109</sup> R. Charon, *Narrative medicine. Honouring the stories of illness* (Oxford, 2006).

<sup>110</sup> S. Rimmon-Kenan, 'The story of 'I': Illness and Narrative Identity,' *Narrative*, 10 (2002), 10.

<sup>111</sup> R. van Leeuwen, C. Leget, M. Vosselman, *Zingeving in zorg en welzijn*, 47.

Agorawerkgroep gebruikt een vertaling van het instrument dat wordt gebruikt in het Mount Vernon Cancer Center om de behoefte te verkennen.<sup>112</sup> Daarin worden de volgende drie vragen gesteld:

- Wat houdt u in het bijzonder bezig op dit moment?
- Waar had u steun aan in eerdere situaties? (Familie? Levensbeschouwing? Muziek?)
- Wie zou u graag bij u willen hebben?

Een vraag die ook gesteld zou kunnen worden om snel een beeld te krijgen of verdere spirituele ondersteuning nodig is, is: “Are you at peace?” ofwel “Voelt u zich gerust met uw situatie?”.<sup>113</sup> Bovenstaande vragen refereren aan het proces van zingeving, maar ook aan mogelijke spirituele hulpbronnen. De antwoorden op deze vragen geven een beeld van het al of niet succesvol verlopen van het zingevingsproces. Van welke hulpbronnen maken mensen gebruik als ze zich geconfronteerd zien met een ernstige ziekte? Welke zorg staat voorop, wat maakt dat zinervaring ontbreekt? Welke opvatting of levensbeschouwing helpt bij de taken van (her)oriëntatie en evaluatie? Ervaart iemand verbinding met een levensbeschouwing, natuur of muziek en helpt dat op dit moment?

Een andere manier om de gezondheid van patiënten op het gebied van zingeving te verkennen is met behulp van het spinnenweb van Huber (zie pagina 17). Op het spinnenweb kunnen patiënten inzichtelijk maken hoe zij ‘scoren’ op de verschillende dimensies van positieve gezondheid, waaronder de dimensie zingeving. Dit model kan ook dienen als onderlegger voor een gesprek met zorg- of hulpverlener over gezondheid.<sup>114</sup> Dit kan een huisarts zijn maar ook een sociaal werker, afhankelijk van waar de mens met zijn zingevingsprobleem het eerst binnen komt.

Het lijkt mij dat genoemde vormen van screening gemakkelijk ingepast kunnen worden in de gestandaardiseerde gespreksmodellen van de huisarts. Zij geven snel informatie.

---

<sup>112</sup> Palliatieve zorg: Richtlijnen voor de praktijk. *Richtlijn spirituele zorg*, 11.

<sup>113</sup> K. Steinhauer e.a., ‘Are you at peace?’ *Arch Intern Med* 166 (2006), 101.

<sup>114</sup> <http://www.ipositivehealth.com/scoringsinstrument-voor-positieve-gezondheid/>

De andere genoemde vormen van aandacht uit het ABC-model: ondersteunen en onderkennen, bespreek ik hier niet. Naar mijn mening zijn het geen duidelijk van luisteren te onderscheiden vormen van aandacht. Actief luisteren, zoals beschreven, ondersteunt en onderkent zingevingproblemen.

### 3.2.3 Aandacht - Signaleren

In het ABC-model ontbreekt mijns inziens het woord signaleren onder aandacht, daarom bespreek ik het op deze plaats voor ik overga naar de vormen van ondersteuning onder B. Signaleren staat vermeld bij crisisinterventie, maar gaat daaraan vooraf. Signaleren is wel aanwezig in de term 'onderkennen', dat zowel erkennen als herkennen betekent. Goed luisteren - bijvoorbeeld volgens het vierlagen model - en kijken, zijn manieren om signalen op te vangen, maar ook kennis over het normale verloop van een spiritueel proces, zoals in de Richtlijn beschreven is voor een levensbedreigende ziekte. Een afwijking van het normale verloop kan aanleiding geven om verder te onderzoeken hoe ernstig de worsteling met zingeving is. Het is belangrijk om tijdig kunnen signaleren hoe ernstig de worsteling met zingeving is, omdat de arts niet bekwaam is in crisisinterventie en geen deskundige op het gebied van zingeving, en zo vroegtijdig mogelijk kan doorverwijzen.

Van Leeuwen beschreef spirituele onderwerpen die de zorgverlener een kader kunnen geven om spirituele behoeften te signaleren.<sup>115</sup> De zingevingsthema's die hij vond bij neurologie-, cardiologie- en oncologiepatiënten waren onder andere: vertrouwen, kracht, confrontatie, perspectief en acceptatie. Hij verrichtte kwalitatief onderzoek met behulp van dertien focusgroepen, bestaande uit patiënten, verpleegkundigen en geestelijk verzorgers in Nederlandse ziekenhuizen. Hij vond dat deze onderwerpen vooral in langduriger zorgrelaties aan de orde kwamen. Het lijkt mij dat dit ook kan opgaan voor de vaak langduriger relatie tussen huisarts en patiënt.

---

<sup>115</sup> R. van Leeuwen e.a., 'Aspects of spirituality concerning illness,' *Scandinavian Journal of Caring Science* 21(2007), 484.

### 3.2.4 Begeleiden - In kaart brengen

Bij het in kaart brengen van de behoefte aan begeleiding is het gesprek diepgaander dan bij het aandacht geven. Om te onderzoeken of de patiënt behoefte heeft aan begeleiding op spiritueel gebied zijn er instrumenten die in de Amerikaanse context worden gebruikt: FICA, SPIRIT en HOPE.<sup>116</sup> In de modellen wordt gevraagd naar iemands persoonlijke spiritualiteit en of deze onderdeel uitmaakt van een bepaalde traditie. Deze vragenlijsten zijn goed toepasbaar in een omgeving waarin de aandacht voor spiritualiteit vanzelfsprekender is, zoals in de Verenigde Staten. Daar is een groot deel van de bevolking religieus en aangesloten bij een kerkgenootschap.<sup>117</sup> In Nederland wordt onderzoek gedaan om het SPIRIT model naar de Nederlandse context aan te passen.<sup>118</sup>

Een model dat in Nederland wel gebruikt wordt om de spirituele situatie van iemand in kaart te brengen en om te ondersteunen is het 'Ars Moriendi' model van Leget. Hij biedt een methodisch model waarin hij spirituele zorg beschrijft als ondersteunen bij het vergroten van de innerlijke ruimte. De innerlijke ruimte beschrijft hij als een gemoedstoestand waarin iemand zich in alle rust en vrijheid kan verhouden tot de emoties die door een situatie worden opgeroepen.<sup>119</sup> Die ruimte is te benaderen via een zoekontwerp op vijf spanningsvelden. De spanningsvelden zijn: vasthouden en loslaten, geloven en weten, herinneren en vergeten, doen en laten en ik en de ander. In tegenstelling tot het middeleeuwse 'Ars Moriendi' model waarop Legets model is geïnspireerd, is het niet zo dat er een keuze moet worden gemaakt tussen beide polen, maar dat er een evenwicht is en dat ambivalentie daarin kan blijven bestaan.<sup>120</sup> In de

---

<sup>116</sup> E. Weiher, 91.

FICA staat voor F=Faith and beliefs, I=Importance of spirituality in the patient's life, Spiritual Community and support, How does the patient wish spiritual issues to be Addressed in his or her care, C. Puchalski (2000); SPIRIT staat voor Spiritual belief system, Personal spirituality, Integration with a spiritual community, Ritualized practices and restrictions, Implications for medical care, Terminal events planning, Maugans (1996).

<sup>117</sup> Palliatieve zorg: Richtlijnen voor de praktijk. *Richtlijn spirituele zorg*, 11.

<sup>118</sup> W. Smeets, 'Screening en verkenning van de spirituele dimensie,' in: W. Smeets red., *Handboek Spiritualiteit in de palliatieve zorg* (Almere 2016), 128.

<sup>119</sup> C. Leget, *Ruimte om te sterven. Een weg voor zieken, naasten en zorgverleners* (4<sup>e</sup> druk; Tiel 2012), 43.

<sup>120</sup> *Ibidem*, 19.



theorie over zingeving van Van der Lans is dit zoeken terug te vinden in de processen van oriënteren en evalueren.<sup>121</sup> Ook daarbij is sprake van een plaatsbepaling en zoeken naar evenwicht dat past bij de unieke persoon. In een training aan huisartsen geeft Leget voorbeeldvragen bij elk spanningsveld om het gesprek op gang te helpen.<sup>122</sup> In de training stelt Leget de betreffende vraag ook aan de huisarts zelf om diens eigen innerlijke ruimte te verkennen. Leget ontwierp het 'Ars Moriendi' model specifiek voor de palliatieve zorg en als luisterraster voor huisartsen, maar het is ook toepasbaar buiten die context.<sup>123</sup> Het toepassen van dit model vereist specifieke kennis en training, maar ook tijd. In het volgende hoofdstuk staat beschreven hoe die factor een belemmering vormt voor de huisarts. Het in kaart brengen volgens dit model lijkt ook wel op het volgen van de zoektocht die de patiënt doormaakt, een andere vorm van begeleiden, die ik hier niet behandel.

Weiher benoemt nog als vorm van spirituele zorg het voltrekken van rituelen en symbolische handelingen.<sup>124</sup> Hij verwijst naar de transcendentie van dagelijkse rituele handelingen, zoals het voorlezen aan een kind voor het naar bed gaat. Dit voor-het-slapen-gaan ritueel kan verwijzen naar de veiligheid en intimiteit van het gezin. Zo zijn er binnen de zorg ook vele dagelijks terugkerende handelingen. In een situatie waarin er niets meer te zeggen en misschien ook niets meer te doen valt, is een met aandacht uitgevoerd lichamelijk onderzoek van grote betekenis voor arts en patiënt. De handelingen verwijzen naar de respectvolle relatie tussen beiden.<sup>125</sup> Verpleeghuisarts Bert Keizer schrijft hierover in zijn column in *Trouw*, de arts kan zo op rituele wijze zijn steunende aanwezigheid vorm geven.<sup>126</sup> De huisarts heeft geen extra kennis nodig om deze handelingen uit te kunnen voeren, maar wel het bewustzijn dat deze in oorsprong medische handelingen kunnen verwijzen naar de relatie tussen arts en patiënt.

---

<sup>121</sup> J. van der Lans, 81.

<sup>122</sup> C. Leget, *Training Spiritualiteit Accredidact voor huisartsen*

<sup>123</sup> C. Leget, *Ruimte om te sterven Een weg voor zieken, naasten en zorgverleners*, 18.

<sup>124</sup> E. Weiher, 121.

<sup>125</sup> Ibidem, 124.

<sup>126</sup> B. Keizer, 'Medische rites,' *Trouw*, 26/5/12

Met de schrijvers van de Richtlijn onderschrijf ik dat het geven van aandacht met een houding van presentie en het kunnen communiceren in lagen tot de basisuitrusting van de huisarts behoren. In artikelen wordt regelmatig aangegeven dat huisartsen geen taal hebben voor zingeving.<sup>127</sup> Dit vierlagen model geeft een handvat om met een eenvoudige gesprekstechniek tot de spirituele kern door te dringen. Aandacht voor zingeving wordt in alle situaties waar sprake is van zingevingsproblematiek gevraagd en geldt voor alle zorgverleners.

De arts moet goed kunnen signaleren en diagnosticeren om te weten of begeleiding of crisisinterventie aan de orde is, en weten naar wie hij kan doorverwijzen. De instrumenten die benoemd zijn bij verkennen en signaleren kunnen daarbij behulpzaam zijn.

De indeling van ondersteuningsvormen in het ABC-model is georiënteerd op multidisciplinaire samenwerking in een ziekenhuissetting. De arts/specialist kan een beroep doen op deskundigen die eigen ingangen hebben tot spiritualiteit. De huisarts werkt in toenemende mate samen, maar heeft geen deskundigen op sociaal of spiritueel gebied in zijn praktijk. Zijn positie als generalist en regievoerder betekent mijns inziens dat hij in ieder geval basiskennis en vaardigheden moet bezitten op het gebied van zingevings- en spirituele problematiek. Dit gaat dan om luisteren op verschillende manieren, en kunnen signaleren. Of de huisarts ook moet kunnen begeleiden blijft een vraag die ik hoop te beantwoorden aan het einde van het volgende hoofdstuk.

### **3.3 Over welke competenties moet de huisarts beschikken?**

Nu geïnventariseerd is op welke manier aandacht aan zingeving gegeven kan worden door de huisarts, wil ik formuleren over welke competenties hij moet beschikken om dit ook daadwerkelijk te kunnen doen. Ter verheldering:

---

<sup>127</sup> C. Anbeek, J. Schuurmans, G. Palmboom, 'Bestaansconsulenten binnen eerstelijns behandelteams,' 146 en M. Vermandere, 753.

een competentie combineert kennis, inzicht, houding en vaardigheidsaspecten om omschreven doelen te bereiken.<sup>128</sup>

Competenties voor het verlenen van spirituele zorg in de palliatieve zorg werden door Kuin geïnventariseerd onder de leden van het Platform Palliatieve Zorg en docenten die scholing over spirituele zorg geven, en door daarnaast relevante literatuur te raadplegen. In de inventarisatie worden als competenties voor zorgprofessionals voor wie de spirituele dimensie niet de primaire focus is, genoemd: zelfinzicht, grondhouding, signaleren, afstemmen en verwijzen, zorg bieden, kwaliteitszorg en deskundigheidsbevordering (zie bijlage 1).<sup>129</sup>

Een andere indeling voor de benodigde basiscompetenties voor dezelfde doelgroep is van Van Leeuwen.<sup>130</sup> Hij noemt persoonlijke, praktische en beleidscompetenties in de spirituele zorg, die volgens hem niet alleen betrekking hebben op palliatieve zorg. De persoonlijke competenties bestaan uit het kunnen luisteren naar het verhaal van de patiënt, het kunnen afstemmen op diens overtuigingen en waarden en het zich bewust zijn van de invloed van de eigen waarden in die communicatie. Deze zijn te vergelijken met de competenties zelfinzicht en grondhouding van Kuin die zich ook richten op het ontwikkelen van een professionele houding. De praktische competenties bestaan eruit dat de zorgverlener de problemen op het gebied van zingeving moet kunnen herkennen en verkennen, ondersteunen en verwijzen. De beleidsmatige competentie is nodig om de visie op zorg voor zingeving naar de praktijk te kunnen vertalen. Voor huisartsen is bijvoorbeeld de vraag belangrijk hoe zij met de grote werkdruk toch aandacht voor zingeving kunnen hebben, om zo goede zorg te kunnen geven. Van Leeuwen zegt dat artsen en verpleegkundigen een essentiële rol vervullen in het bieden van primaire steun, signaleren en verwijzen, ofwel de persoonlijke en praktische competenties.<sup>131</sup> De competenties van Van Leeuwen vertonen grote overeenkomst met de vormen van aandacht voor zingeving uit paragraaf 3.2. Ook hij noemt luisteren, herkennen en doorverwijzen.

---

<sup>128</sup> <http://www.carrieretijger.nl/opleiding/ho/competentiegericht/competentie>.

<sup>129</sup> A. Kuin, Competenties voor het bieden van spirituele zorg aan patiënten in de palliatieve fase en hun naasten. Een eerste inventarisatie en aanzet tot discussie (Bunnik 2009), 27.

<sup>130</sup> R. van Leeuwen, 'Zorg voor zingeving: basisbekwaamheid vereist,' 42.

<sup>131</sup> R. van Leeuwen, 'Zorg voor zingeving: basisbekwaamheid vereist,' 43.

Kuin geeft een aanzet tot differentiatie in competenties voor de verschillende beroepsgroepen en formuleert een visie op welke basiscompetenties verwacht mogen worden.<sup>132</sup> Daarvoor werden de genoemde competenties vergeleken met de beroepsprofielen en experts geraadpleegd.

De competenties zelfinzicht, grondhouding en vooral signaleren, afstemmen en verwijzen worden belangrijk geacht voor de arts.<sup>133</sup> Bij het zelf bieden van spirituele zorg worden kanttekeningen geplaatst, omdat dat overgelaten kan worden aan andere bij de patiënt betrokken disciplines, zoals de verpleegkundige, maatschappelijk werker en de psycholoog, mits zij gespecialiseerd zijn in palliatieve en spirituele zorg.<sup>134</sup> Echter, er wordt door Kuin ook opgemerkt dat patiënten spirituele zorgen juist met hun behandelend arts willen bespreken, wat pleit voor het bieden van spirituele zorg door de arts.<sup>135</sup>

Een recente training in spirituele zorg aan een multidisciplinair team van artsen, verpleegkundigen en andere zorgprofessionals (van verschillende afdelingen in het ziekenhuis die palliatieve patiënten behandelen) richtte zich op het verbeteren van de volgende competenties: herkennen, verwijzen, zelfinzicht en een open houding naar de spiritualiteit van de patiënt.<sup>136</sup> Deze competenties werden gevraagd van alle deelnemende zorgprofessionals en daarom gerekend tot de basiscompetenties. De door deze drie bronnen genoemde competenties zet ik hier naast elkaar. Op dezelfde hoogte staan vergelijkbare competenties.

---

<sup>132</sup> A. Kuin, Competenties voor het bieden van spirituele zorg aan patiënten in de palliatieve fase, 19.

<sup>133</sup> Ibidem, 20.

<sup>134</sup> Ibidem.

<sup>135</sup> Ibidem.

<sup>136</sup> J. van de Geer e.a., 'Training spiritual care in palliative care in teaching hospitals in the Netherlands: A Multicentre Trial,' *JRIPE* 6.1(2016), 5.

Tabel 2. Vergelijking tussen auteurs over competenties. Vetgedrukt overeenkomsten tussen de drie bronnen.

Kuin	Van Leeuwen	Training J. van de Geer
<b>Zelfinzicht</b>	<b>Persoonlijk</b>	<b>Zelfinzicht</b>
<b>Grondhouding</b>	-kunnen luisteren -kunnen afstemmen -eigen waarden	<b>Open houding</b>
<b>Signaleren</b>	<b>Praktisch</b>	<b>Herkennen</b>
<b>Afstemmen/verwijzen</b>	-Herkennen/verkennen -Ondersteunen/verwijzen	<b>Verwijzen</b>
Zorg bieden	Beleids	
Kwaliteitszorg/ deskundigheidsbevordering	-Vertalen visie zingeving	

Verwarrend in de drie verschillende bronnen is dat competenties beschreven worden als vormen van aandacht voor zingeving. Terwijl het bij een competentie gaat om hoe je het doet en niet om wat je doet.

Samenvattend, steeds terugkerende competenties voor de arts zijn: zelfinzicht, grondhouding, signaleren en verwijzen. In de competenties zelfinzicht en grondhouding komt de gevraagde open, onbevooroordeelde en presente houding terug.

### 3.3.1 *Zelfinzicht: bewust zijn van de eigen spiritualiteit en aandacht voor zelfzorg*

Kuin noemt het zich bewust zijn van de eigen waarden, levensbeschouwing en drijfveren als mens en als arts, een belangrijke voorwaarde om open te kunnen communiceren. Dit zelfinzicht kan de blik op de ander beïnvloeden, of blind maken voor de waarden en levensovertuiging van de patiënt. Om open en onbevooroordeeld te kunnen luisteren is het belangrijk het eigen perspectief van dat van de ander te kunnen onderscheiden.<sup>137</sup>

<sup>137</sup> R. van Leeuwen, C. Leget, M. Vosselman, *Zingeving in zorg en welzijn*, 60.

In het Competentieprofiel van de huisarts staat geformuleerd dat de huisarts de invloed van opvattingen en eigen emoties moet kunnen herkennen.<sup>138</sup> In de opleiding is zelfkennis en aandacht voor de invloed van eigen opvattingen op de hulpverleningsrelatie daarmee een belangrijk onderdeel van een communicatief competente huisarts. In het volgende hoofdstuk is beschreven hoe het niet bewust zijn van de eigen spiritualiteit belemmerend kan zijn voor ondersteuning aan patiënten.

Ook bewust zijn van de eigen ervaring met ziekte, eindigheid en lijden is belangrijk om empathisch te kunnen zijn en om eigen grenzen aan te kunnen geven in de zorg. Dit laatste is een onderdeel van zelfzorg. Om gemotiveerd en geïnspireerd te blijven voor het eigen vak is het belangrijk te weten waar die motivatie uit voortkomt, en wat de eigen krachtbronnen zijn.<sup>139</sup>

Dit zelfinzicht op het gebied van waarden, drijfveren en de eigen reactie op ziekte, kan ontwikkeld en onderhouden worden door intervisie, supervisie en zelfreflectie maar ook door de methodiek uit de 'Narrative medicine' (zie p. 27) te gebruiken.<sup>140</sup>

### 3.3.2 Grondhouding

De grondhouding bestaat uit kunnen luisteren, afstemmen en een open houding. Kuin werkt dit uit in 1) het respecteren van de uniciteit en spiritualiteit van de patiënt, 2) een open aandachtige houding voor de beleving van de patiënt 3) present kunnen zijn en als laatste 4) het inzetten van het eigen mens-zijn, dus bijvoorbeeld ook geraakt mogen zijn. Deze competentie bouwt voort op die van zelfinzicht, want open staan voor de beleving van de patiënt kan alleen als er sprake is van zelfinzicht.<sup>141</sup>

In de kernwaarden van de huisarts komt dit terug in persoonsgerichte zorg, waar de unieke mens met zijn levensverhaal centraal staat. Hij verkent het

---

<sup>138</sup> Competentieprofiel en eindtermen van de huisarts, Consilium voor de huisartsopleiding(Utrecht 2009) 158.

<sup>139</sup> A. Kuin, Competenties voor het bieden van spirituele zorg aan patiënten in de palliatieve fase en hun naasten. Een eerste inventarisatie en aanzet tot discussie (2009), 12.

<sup>140</sup> R. Charon, 'Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession and trust,' *Journal of the American medical association* 286 (2001), 1898.

<sup>141</sup> A. Kuin, Competenties voor het bieden van spirituele zorg aan patiënten in de palliatieve fase, 12.

referentiekader van de patiënt om deze bij besluitvorming rond de behandeling te betrekken.<sup>142</sup> In het competentieprofiel staat beschreven dat de huisarts communicatief competent is als deze een sfeer van vertrouwdheid creëert en betrokkenheid toont.<sup>143</sup> Deze houding staat in dienst van de behandelrelatie. In de geneeskundeopleiding is er veel aandacht voor de communicatievaardigheden van de arts. Bijvoorbeeld, in de consultvoering leren huisartsen de Betekenisvraag te stellen voordat zij de patiënt gezien hebben.<sup>144</sup> Deze luidt: 'Wat betekent het voor deze persoon, om met deze klachten, in deze levensfase, binnen deze relaties, bij mij als patiënt te moeten komen? En wat betekent het voor mijn doen en laten als arts?' Deze vertoont grote overeenkomsten met de vraag uit de presentiemethode.

Wat betreft het inzetten van het eigen mens-zijn is er discussie onder huisartsen over het goede evenwicht zien te houden tussen betrokkenheid en distantie.<sup>145</sup>

### 3.3.3 Signaleren

Om te signaleren of er problemen zijn in zingeving of spiritualiteit moeten waarden, levensovertuiging en gebruiken geïnventariseerd worden. Dit wordt door Kuin sterk betrokken op een patiënt in de terminale fase, waar het kennen van de waarden bij voorbeeld belangrijk kan zijn om te weten wat zinvol is in de behandeling.

Zij noemt nog goed kijken naar non-verbaal gedrag en luisterend aandacht hebben voor de betekenislaag in het verhaal, als competenties voor signaleren. Kennis over wat een existentiële crisis is, is van belang om goed te kunnen doorverwijzen.

In het competentieprofiel van de huisarts is geformuleerd dat de huisarts competent moet zijn in het herkennen van angst voor kanker en andere ziekten

---

<sup>142</sup> Competentieprofiel en eindtermen van de huisarts, Consilium voor de huisartsopleiding(Utrecht 2009), 157.

<sup>143</sup> Ibidem, 157.

<sup>144</sup> Collegedictaat Consultvoorbereidend Onderwijs Groningen, De Anamnese: Stel uzelf de Betekenisvraag.

<sup>145</sup> M. Schmitz, 'Intelligent balanceren tussen distantie en betrokkenheid,' *Huisarts en wetenschap* 12 (2001).

en onderkennen wat de (symbolische) betekenis is voor de patiënt.<sup>146</sup> Dit alleen lijkt mij onvoldoende, in paragraaf 3.2.3 staan meer manieren waarop de huisarts kan signaleren.

#### 3.3.4 *Afstemmen en verwijzen*

Voor het afstemmen en verwijzen noemt Kuin dat in het multidisciplinaire team expliciet aan de orde moet komen wie de zorg voor zingeving op zich neemt. Opgemerkt wordt dat de zorg daarvoor het best overgelaten kan worden aan degene met wie de patiënt een vertrouwensrelatie heeft opgebouwd. Dit is in overeenstemming met de aanbeveling uit de Richtlijn waar doorverwezen wordt naar degene met wie de patiënt een betekenisvolle relatie heeft opgebouwd.<sup>147</sup> In de huisartspraktijk zal dit vaak de huisarts zelf zijn, maar het kan ook een praktijkondersteuner zijn met wie een chronisch patiënt veel contact heeft. In de Richtlijn spirituele zorg worden ook andere zorgverleners genoemd zoals de psycholoog, geestelijk verzorger of maatschappelijk werker. Om goed te kunnen doorverwijzen is het belangrijk te weten wat de mogelijkheden van deze zorgverleners zijn, maar ook om te weten waar de eigen grenzen liggen.

#### 3.3.5 *Zorg bieden*

De auteurs zijn het er niet over eens of de arts zelf spirituele zorg moet bieden. Kuin zegt dat de arts het initiatief kan nemen om te praten over pijn, lijden en onmacht, verbonden aan het ziek zijn. Zij heeft het over “het kunnen verwoorden van de vragen die besloten liggen in het verhaal van de patiënt”.<sup>148</sup> Zij zegt ook dat er in gesprekken aandacht moet zijn voor datgene waar in de situatie van de patiënt wel zin aan beleefd wordt of werd, bijvoorbeeld levensbeschouwing. Ook het ondersteunen bij het hervinden van levensdoel en balans door ruimte te maken voor het levensverhaal omschrijft zij als spirituele

---

<sup>146</sup> Competentieprofiel en eindtermen van de huisarts, Consilium voor de huisartsopleiding(Utrecht 2009) 160.

<sup>147</sup> Palliatieve zorg: Richtlijnen voor de praktijk. *Richtlijn spirituele zorg*, 15.

<sup>148</sup> A. Kuin, Competenties voor het bieden van spirituele zorg aan patiënten in de palliatieve fase en hun naasten. Een eerste inventarisatie en aanzet tot discussie(2009), 17.



zorg bieden. Dit kan volgens haar aan andere disciplines overgelaten worden, alleen is de arts meestal de vertrouwenspersoon voor de patiënt.

Van Leeuwen maakt bij begeleiding onderscheid tussen basaal begeleiden door zorgverleners die een andere primaire focus hebben dan de spirituele of zingevingsdimensie en specialistische begeleiding door deskundigen zoals geestelijk verzorgers en psychotherapeuten.<sup>149</sup> Binnen de training van Van de Geer worden de zorgverleners niet opgeleid in het bieden van spirituele zorg. Alle auteurs spreken echter vooral over de arts in een ziekenhuissetting waar andere, op het gebied van ondersteuning bij zingeving deskundiger, professionals betrokken zijn bij de patiënt.

Samenvattend, de huisarts besteedt in ieder geval aandacht aan zingeving en spiritualiteit op de bovengenoemde manieren bijvoorbeeld door actief te luisteren, volgens het vierlagen model en met een presente houding. Zijn grondhouding kenmerkt zich door zelfinzicht en een open, onbevooroordeelde, empathische houding. In begeleiding is er differentiatie, afhankelijk van de intensiteit van de worsteling met zingeving. Deze vraagt soms meer deskundigheid dan van een generalist verwacht kan worden. Een huisarts die veel te maken heeft met palliatieve patiënten zal zich eerder willen bekwamen in bijvoorbeeld begeleiding volgens het 'Ars Moriendi' model.

Daarnaast kan hij zingevingsvragen en spirituele vragen signaleren en doorverwijzen. De huisarts, in de positie van regievoerder, moet bovendien competent zijn in de afstemming tussen de verschillende zorgverleners. Deskundigen waarop de huisarts binnen de eigen praktijk een beroep kan doen als het gaat om ondersteuning en begeleiding bij zingeving, zijn wellicht de praktijkondersteuners Chronische Ziekten en Geestelijke Gezondheidszorg.

De huisarts die spirituele zorg verleent en aandacht heeft voor zingeving beschikt over zelfinzicht, een betrokken grondhouding, en staat open voor patiënten die hun spiritualiteit op verschillende manieren beleven.

---

<sup>149</sup> R. van Leeuwen, 'Zorg voor zingeving: basisbekwaamheid vereist,' 41.



## 4 Belemmerende en bevorderende factoren voor spirituele zorg

In de vorige hoofdstukken is besproken waarom het belangrijk is dat de huisarts aandacht heeft voor zingeving en ook waarom dat, gezien de maatschappelijke ontwikkelingen, steeds belangrijker wordt. Ik heb aangegeven op welke manier de huisarts aandacht kan geven aan zingeving en welke competenties hij daarvoor moet bezitten. In de dagelijkse huisartsenpraktijk is het echter zo dat er nauwelijks aandacht is voor zingeving, zelfs niet in de palliatieve zorg, waarin aandacht voor zingeving en spiritualiteit in de multidisciplinaire benadering en in scholing een belangrijk aandeel heeft.<sup>150</sup>

In ons land is bijna geen onderzoek gedaan naar welke belemmeringen en faciliterende factoren huisartsen ervaren in het aandacht geven aan zingeving of spiritualiteit. De Belgische onderzoeker Vermandere vond zeven onderzoeken uit de Verenigde Staten, Schotland en Australië die hierop ingingen en de Amerikaan Hebert deed onderzoek naar wat patiënten belangrijk vinden in spirituele zorg.<sup>151</sup> Hieruit blijkt dat er belemmerende factoren zijn er in de persoon van de huisarts, de organisatie van huisartsenzorg en opleiding, de patiënt zelf en de acceptatie en integratie van gezondheidsdefinities en modellen waarin spiritualiteit een plaats heeft. Dit overzicht is niet uitputtend, maar geeft wel een beeld van de meest genoemde factoren.

### 4.1 Eigen houding ten opzichte van spiritualiteit/zingeving

Vaak wordt de eigen houding van de huisarts ten opzichte van spiritualiteit als mogelijk belemmerend of bevorderend genoemd. Als huisartsen zelf niet spiritueel zijn, of 'er iets mee hebben' richten zij zich niet op spirituele

---

<sup>150</sup> H. van Laarhoven, C. Leget, 'De vragen aan het einde,' *Medisch Contact* 46 (2007), 1901.

<sup>151</sup> M. Vermandere, 'Spirituality in general practice,' *British Journal of general practice* (2011)749-760 en R. Hebert e.a., 'Patient perspectives on spirituality and the patient-physician relationship,' *Journal of general internal medicine* 16, 685-692.

problemen van patiënten.<sup>152</sup> In een onderzoek onder 1144 artsen in de Verenigde Staten, gaven artsen die hoog scoorden op religiositeit, vaker aan dat patiënten religieuze of spirituele thema's inbrachten (36% versus 11%). Zij vonden ook dat religie/spiritualiteit gezondheid beïnvloedt en dan vooral op positieve wijze (82% versus 11%).<sup>153</sup> In Nederlands onderzoek wordt dit bevestigd door de uitkomst dat bij een verzoek om euthanasie vooral protestantse huisartsen religieuze vragen blijken te bespreken (79%).<sup>154</sup>

Pieper onderzocht of het wereldbeeld van de arts in hoge mate bepalend is voor de aandacht die hij aan spiritualiteit of zingeving van de patiënt geeft.<sup>155</sup> Het onderzoek werd uitgevoerd onder 664 medisch specialisten in 2011 en 2012. Het wereldbeeld kan religieus, spiritueel of anders zijn. Hij vond onder andere dat religieuze/spirituele specialisten eerder religieuze/spirituele coping mechanismen bij hun patiënten waarnamen. Hij zag geen verband tussen het wereldbeeld van de arts en het waarnemen van zingevingsvragen. Hij zegt dan ook dat er een groter verschil is tussen zingeving en religie/spiritualiteit, dan waar de bekende definities over spiritualiteit van uitgaan. Daarin is zingeving een onderdeel van spiritualiteit. Hij zegt echter dat spiritualiteit vooral gezien moet worden als levensbeschouwelijke bron voor het beantwoorden van zingevingsvragen en dat niet zingeving maar verbondenheid de kern is van het begrip spiritualiteit.<sup>156</sup>

Pieper vond dat contextfactoren meer impact hebben op het al of niet waarnemen van zingeving, zoals de betreffende ziekte en het stadium in het ziekteproces, tijdsdruk, kennis, opleiding en werkklimaat.<sup>157</sup>

Medisch specialisten en huisartsen in Nederland behoren echter tot de meest gesecculariseerde groep in de samenleving, een spirituele houding is

---

<sup>152</sup> M. Vermandere, 'Spirituality in general practice,' 755.

<sup>153</sup> F. Curlin, S. Sellergren e.a., 'Physicians observations and interpretations of the influence of religion and spirituality on health,' *Archives of internal medicine* 167 (2007), 650.

<sup>154</sup> W. Kuyk, N. de Wit, M. Kuyvenhoven, 'Do doctors pay attention to the religious beliefs of their patients? A survey amongst Dutch GPs,' *Family Practice* 17 (2000), 231.

<sup>155</sup> J. Pieper, N. Hijweege, W. Smeets, 'Attentiveness tot religious/spiritual coping and meaning questions of patients,' *Journal of empirical theology* 29(2016), 80.

<sup>156</sup> J. Pieper, *Thuis in de kosmos. Zingevingsvraagstukken in de participatiesamenleving* (Tilburg 2016), 32.

<sup>157</sup> J. Pieper, N. Hijweege, W. Smeets, 94.

eerder ongewoon.<sup>158</sup> Uit een Nederlands onderzoek onder huisartsen (n=87) bleek dan ook dat aandacht voor geloof niet behoorde tot hun handelingsrepertoire.<sup>159</sup>

Ook komt voor, dat huisartsen zich ongemakkelijk voelen bij het onderwerp, het te persoonlijk vinden. Zij hebben het idee inbreuk te doen op iemands persoonlijk geloof door het onderwerp aan te snijden.<sup>160</sup> De houding richting patiënten in gesprekken over deze thema's moet niet oordelend zijn en de arts moet bereidheid tonen om het gesprek aan te gaan.<sup>161</sup> Hier trekken artsen vergelijkingen met communicatie over seksualiteit en andere gevoelige zaken. Ten aanzien van gesprekken over seksualiteit geeft Rutgers de volgende adviezen: Neem als huisarts de verantwoordelijkheid het onderwerp aan te snijden en benoem het taboe.<sup>162</sup> Er blijkt bij seksualiteit bovendien de angst te zijn dat de patiënt met een lang verhaal komt. Kanttekening die daarbij geplaatst wordt is of dat zo erg is en dat luisteren en het helpen formuleren van de vraag al voldoende zijn.<sup>163</sup> Dit zijn naar mijn mening adviezen en kanttekeningen die ook op kunnen gaan voor gesprekken over zingeving en spiritualiteit. Als de huisarts toont dat er wat hem betreft geen taboe rust op het onderwerp ontstaat er ruimte voor de spiritualiteit en zingeving van de patiënt.

De houding van artsen die zelf ervaring hebben met het omgaan met een levensbedreigende of chronische ziekte leidt vaker tot een verandering in houding naar het hoger waarderen van spiritualiteit. Een aantal artsen uit de bundel 'Zingeving in zorg' getuigt hiervan.<sup>164</sup> Zoals gynaecoloog Moniek de Boer die na een ernstig hartinfarct een coachingspraktijk is begonnen voor zorgprofessionals.<sup>165</sup> Zij omschrijft haar spiritualiteit als het bewustzijn onderdeel te zijn van een groter geheel en daarvoor iets te willen betekenen. Zij zegt dat er in de opleiding meer aandacht moet zijn voor introspectie, om de

---

<sup>158</sup> J. Pieper, N. Hijweege, W. Smeets, 92.

<sup>159</sup> W. Kuyk, 'Do doctors pay attention?', 231.

<sup>160</sup> Ellis e.a., 'What do family physicians think about spirituality in clinical practice?', 253.

<sup>161</sup> Ibidem, 253.

<sup>162</sup> Rutgers: kenniscentrum voor seksualiteit.

<sup>163</sup> I. Pronk, 'Dokter, begin zelf over seks,' *Trouw* 30/5/14.

<sup>164</sup> K. Lombarts en M. de Boer, in *Zingeving in zorg. De mens centraal*, red.L. Wijgergangs, T. Ras, W. Reijmerink, (2016) 66-67, 76-77.

<sup>165</sup> M. de Boer, 'We zijn slechts een rader in een groter geheel,' in *Zingeving in zorg. De mens centraal*, red. L. Wijgergangs, T. Ras, W. Reijmerink (2016), 67.

zingevingskaders van de arts zelf duidelijk in beeld te hebben. Wat motiveert om een goede dokter te willen zijn?<sup>166</sup> Ook Hans Peter Jung, een huisarts die samen met Machteld Huber publiceert, gaf aan dat zijn visie op gezondheid na een ingrijpende persoonlijke ervaring veranderde naar meer mensgericht in plaats van ziektegericht werken.<sup>167</sup>

Dat levenservaring, en daarmee leeftijd, een rol speelt bij het al of niet geven van spirituele zorg, komt ook naar voren uit een onderzoek onder verpleegkundigen. Driekwart van de verpleegkundigen boven de veertig, in tegenstelling tot ruim de helft van de verpleegkundigen onder de veertig jaar, geeft aan dat zij regelmatig luisteren naar vragen en behoeften op spiritueel gebied.<sup>168</sup>

Niet alleen levenservaring maar ook ervaring met patiënten die worstelen met zingeving, kan een bevorderende rol spelen. In een onderzoek onder medisch specialisten onderzocht men specifiek de verschillen in het waarnemen van zingevingsvragen en competentie op het gebied van communicatie over zingeving tussen artsen die werken met patiënten in de palliatieve fase en artsen die dat niet doen.<sup>169</sup> De eerste groep ziet meer signalen voor zingevingsvragen, maar ervaart ook meer tijd om op zinvragen te kunnen ingaan. De achtergelegen veronderstelling is dat het omgaan met palliatieve patiënten sensitiever maakt voor zingeving en competentier in de communicatie erover. Uit bovenstaande onderzoeken blijkt dat het hebben van zelfinzicht en ervaring essentieel zijn voor het aandacht kunnen geven aan zingevingsvraagstukken.

## 4.2 Gebrek aan kennis en vaardigheden

Huisartsen ervaren een gebrek aan kennis en vaardigheden over/op het gebied van zingeving en spiritualiteit. Bij alle in het ABC-model beschreven vormen van

---

<sup>166</sup> M. de Boer, 'We zijn slechts een rader in een groter geheel,' 67.

<sup>167</sup> M. Huber, H.P. Jung, 594.

<sup>168</sup> A. Schep-Akkerman, R. van Leeuwen, 'Spirituele zorg, vanzelfsprekend, maar niet vanzelf,' *Tijdschrift voor verpleegkundigen* 11/12 (2009), 36.

<sup>169</sup> N. Hijweege, J. Pieper en W. Smeets, 'De medisch specialisten en de (h)erkenning van zingevingsvragen,' in *Handboek spiritualiteit in de palliatieve zorg* red.: F. Bakker e.a.. (Almere 2016), 268.

zorg voor zingeving is kennis van zingevingsprocessen, de elementen van zinervaring en een notie van welke bronnen van zingeving er zijn, belangrijk. Met kennis wordt ook bedoeld het kunnen herkennen van zingevingsvragen. Het is voor veel huisartsen niet duidelijk wat bedoeld wordt met zingevingsvragen. Bij palliatieve zorgteams in Nederland speelt bij slechts 8,4% van de consultvragen spirituele problematiek.<sup>170</sup> Spirituele onderwerpen waren: acceptatie van de ziekte, de betekenis van de dood, van waarde zijn voor anderen, betekenisvolle activiteiten en verlies van vertrouwen in God. Deze invulling strookt met de definitie zoals gegeven in de Consensus conferentie; elementen van het zingevingsproces en het zoeken van verbinding met het hogere, zijn er in te herkennen. Het was vooral de consultant van het palliatieve team die de vraag als spiritueel bestempelde in plaats van de zorgverlener. De consultant is een verpleegkundige, huisarts of specialist die specifieke deskundigheid bezit op het gebied van palliatieve zorg. Vragen worden door de zorgverlener zelf niet makkelijk herkend als spiritueel omdat de inhoud van het begrip hem onbekend is, en hij het begrip moeilijk kan onderscheiden van religie.

Artsen zeggen voorts niet te weten welke taal bij zingeving en spiritualiteit hoort.<sup>171</sup> Anbeek schrijft in haar artikel dat er geen taal is voor levensvragen nu de religieuze taal is weggevallen.<sup>172</sup> Zorgverleners zijn over het algemeen niet opgeleid in het gebruik van basismethoden uit de spirituele zorg, zoals de screening en assessment methoden die in het vorige hoofdstuk zijn behandeld.<sup>173</sup> Taal is niet alleen een factor in het herkennen van zingevingsvragen, maar ook in het vervolgens bespreken van existentieel en spiritueel lijden.<sup>174</sup> In de onderzoeken die Vermandere in haar synthese opneemt zeggen artsen een gesprek over spiritualiteit te vermijden uit angst dat patiënten

---

<sup>170</sup> A. Kuin, L. Deliens, L. van Zuylen e.a., 'Spiritual issues in palliative care consultations in the Netherlands,' *Palliative medicine* 20(2006), 585.

<sup>171</sup> M. Vermandere e.a., 'Spirituality in general practice,' 755.

<sup>172</sup> C. Anbeek, G. Palmboom, J. Schuurmans, 'De levensbeschouwelijke professional in transitie,' *Handelingen* 3(2014), 8.

<sup>173</sup> J. van de Geer e.a., 'Training hospital staff on spiritual care in palliative care influences patient-reported outcomes. Results of a quasi-experimental study,' *Palliative Medicine* nov. (2016), 3.

<sup>174</sup> M. Vermandere e.a., 'Spirituality in general practice,' 755.

dit als zendingsdrift interpreteren.<sup>175</sup> Het lijkt erop dat huisartsen spiritualiteit hier opvatten als religie.

Ook geven huisartsen aan dat zij kennis moeten hebben van verschillende wereldvisies.<sup>176</sup> Als daarmee een levensbeschouwelijk kader bedoeld wordt vinden zij zich beperkt bekwaam met betrekking tot de christelijke levensbeschouwing, en onbekwaam als het gaat om andere religies.<sup>177</sup> Om daarin te voorzien staan in de Richtlijn spirituele zorg de kenmerken genoemd van boeddhisme, christendom, hindoeïsme, humanisme, islam, winti en jodendom en wordt de lezer erop attent gemaakt dat de spiritualiteit van veel mensen zich kenmerkt door 'bricolage', het samenvoegen van elementen uit verschillende tradities.<sup>178</sup> Voor inhoudelijke kennis over zingeving grijpen huisartsen vaker terug op eigen levenservaring en intuïtie.<sup>179</sup>

Met kennis wordt ook bedoeld kennis over vaardigheden die nodig zijn om het gesprek over zingeving te kunnen voeren of initiëren. Als communicatietechnieken worden genoemd: aandacht geven aan signaalwoorden, verhelderende vragen stellen, oogcontact maken en lichaamstaal observeren.<sup>180</sup> Jung beschrijft dat werken volgens de bredere visie op gezondheid van Huber voor een huisarts tot gevolg heeft dat er andere gesprekken worden gevoerd in de spreekkamer en dat dit ook meer vraagt van gespreksvaardigheden. Hij moet dan ook de andere dimensies kunnen exploreren.

De voor een gesprek over zingeving benodigde vaardigheden als luisteren, empathie tonen en open vragen stellen worden wel geleerd in de opleiding,

---

<sup>175</sup> Ibidem, 755.

<sup>176</sup> C. Anbeek, G. Palmboom, J. Schuurmans, 'De levensbeschouwelijke professional,' 13.

<sup>177</sup> N. Hijweege, J. Pieper, W. Smeets, 'De medisch specialist en de (h)erkenning van zingevingsvragen,' 254.

<sup>178</sup> Palliatieve zorg: Richtlijnen voor de praktijk. *Richtlijn spirituele zorg*, 21.

<sup>179</sup> N. Hijweege, J. Pieper, W. Smeets, 'De medisch specialist en de (h)erkenning van zingevingsvragen,' 254.

<sup>180</sup> M. Vermandere, 'Spirituality in general practice,' 756.



maar krijgen geen voorrang door de ervaren tijdsdruk.<sup>181</sup> Artsen zeggen daarom, voor het goed ingaan op levensvragen, onvoldoende opgeleid te zijn.<sup>182</sup>

Om levensvragen te bespreken moet de huisarts empathisch kunnen zijn, dit is een kernvaardigheid, die ook al is besproken in paragraaf 3.2.1. Dit houdt in met de patiënt omgaan zoals je zou willen dat hij met jou omgaat, in diens schoenen proberen te gaan staan. Lombarts zegt dat de empathische kwaliteiten van artsen tijdens de opleiding afnemen.<sup>183</sup> Dit gebeurt als reactie op de hectiek van het vak, maar ook omdat zij door de confrontatie met lijden en verdriet als overlevingsstrategie afstand creëren tussen henzelf en de patiënt. Dit beeld wordt bevestigd in een proefschrift van Butalid. Uit de door haar geobserveerde consulten bleek dat huisartsen meer tijd zijn gaan besteden aan het geven van informatie en advies. Doel van het onderzoek was om te kijken of de manier waarop huisartsen communiceren was veranderd na de invoering van evidence-based zorg (NHG standaarden) in de jaren negentig. Ofwel of meer geprotocolleerde zorg invloed heeft op de communicatiestijl. De gespreksstijl blijkt te zijn verschoven van probleem - naar oplossingsgeoriënteerd en ook de uitingen van empathie zijn afgenomen.<sup>184</sup> De aspecten luisteren, uitingen van respect en emotionele ondersteuning werden door patiënten even belangrijk gevonden en waren aanwezig in de gespreksvoering.

Huisarts Schuurmans geeft aan dat huisartsen niet zijn opgeleid voor het ingaan op levensvragen.<sup>185</sup> Hij omschrijft levensvragen als een reactie op het moeten leven met ziekte, verlies of onverwachte gebeurtenissen. Hij beveelt aan in de opleiding meer aandacht te besteden aan basale existentiële thema's rond dood, eindigheid, relaties, vrijheid en verantwoordelijkheid, betekenis of betekenisloosheid.

---

<sup>181</sup> C. Molenaar, 'Hart voor de zorg & zorg voor het hart, samenwerking tussen geestelijk verzorgers en huisartsen', Utrecht UvH, 30. <http://repository.uvh.nl>.

<sup>182</sup> C. Anbeek, J. Schuurmans, G. Palmboom, 'Bestaansconsulenten binnen eerstelijns behandelteams: een verborgen vraag en mogelijkheden voor een nieuw behandel aanbod,' in *De theologie gevierendeeld*, red. S. van Erp, H. Goris (Nijmegen 2013), 144.

<sup>183</sup> K. Lombarts, 'Artsen verbeteren in medemenselijkheid,' in *Zingeving in zorg. De mens centraal*, red. L. Wijgergangs, T. Ras, W. Reijmerink, (2016), 77.

<sup>184</sup> <http://www.ligayabutalid.nl/samenvatting.html>

<sup>185</sup> C. Anbeek, J. Schuurmans, 'Zingevingvragen in de huisartsenpraktijk,' 103.

### 4.3 Onderdeel van de rol van de huisarts?

Een volgende belemmering voor aandacht voor zingeving is dat huisartsen er niet van overtuigd zijn dat dit bij hun rol van huisarts past. Zij vinden dat hun primaire taak ligt bij het aandacht geven aan medische problemen.<sup>186</sup> Zo onderschrijven de meeste huisartsen, als reactie op het nieuwe concept van Huber, vooral de ‘smalle’ biomedische dimensie van gezondheid.<sup>187</sup> Ook huisartsen die spiritualiteit verbinden met religie vinden dat een gesprek over religie niet tot hun rol behoort.<sup>188</sup>

Er zijn ook huisartsen die niet geloven dat aandacht voor zingeving invloed heeft op de ziekte of het leven van de patiënt.<sup>189</sup> Zij zijn er niet van overtuigd dat het belangrijk is in het proces van genezing.

De in het literatuuronderzoek van Vermandere bevroegde artsen (het gaat om 118 artsen uit zeven verschillende onderzoeken, uit de Verenigde Staten, Schotland en Australië) vinden wel dat zij een rol hebben in spirituele zorg. Het overgrote deel van de artsen waarop het literatuuronderzoek is gebaseerd, is religieus. Dit is een bevestiging van het onderzoeksresultaat dat de eigen houding ten opzichte van spiritualiteit effect heeft op het al of niet aandacht daaraan besteden.

### 4.4 Tijd

Een andere belangrijke factor in het al of niet aandacht besteden aan zingeving is de factor tijd. Bijna unaniem vinden artsen dat zij te weinig tijd hebben om zowel medische als zinvragen op te lossen.<sup>190</sup> De formulering van deze zin is veelzeggend: de oriëntatie van de arts is gericht op het oplossen van de klacht. Consulten duren gemiddeld tien minuten, die tijd achten huisartsen te kort voor

---

<sup>186</sup> J. Schuurmans, C. Veldhoven, ‘Het belang van de geestelijk verzorger,’ 46.

<sup>187</sup> M. Huber, H.P. Jung, 59.

<sup>188</sup> M. Vermandere e.a., ‘Spirituality in general practice,’ 752. De gebruikte literatuur komt vooral uit de VS waar de rol van religie veel groter is.

<sup>189</sup> Ibidem, 755.

<sup>190</sup> Ibidem, 756.

het bespreken van het medische probleem én het exploreren van de achterliggende levensvraag. Huisartsen geven aan dat er alleen al voor het signaleren van zingeingsvragen rust en geduld moet zijn; je moet beschouwend of reflecterend kunnen kijken.<sup>191</sup> Uit het vorige hoofdstuk blijkt echter dat er in eerste instantie sprake moet zijn van een open en aandachtige houding, deze houding heeft geen tijdsaspect in zich.

Waarom verwachten huisartsen dat zingeingsvragen meer tijd kosten dan een consult van tien minuten à een kwartier toestaat? In haar scriptie geeft Molenaar aan dat er een vertrouwensband moet ontstaan tussen huisarts en patiënt en dat dit tijd kost.<sup>192</sup> Zij stelt dat ook het zoeken naar antwoorden en het accepteren dat er soms geen antwoorden zijn, tijd kosten. Ook huisarts Hans Peter Jung geeft aan dat tijd een factor is die nodig is om de echte vraag te exploreren.<sup>193</sup>

Het lijkt mij echter dat er in het vaak langduriger contact van patiënt met huisarts al een vertrouwensband ontstaan is, en dat het zoekproces zich over meerdere consulten kan afspelen. Ook de artsen Van Laarhoven en Van de Laar geven aan dat een gesprek over zingeving geen uur hoeft te duren. Als de arts alert is op woorden die een ingang bieden, dan kan de vraag achterhaald worden. Is er meer tijd nodig, dan kan een vervolgspraak gemaakt worden.<sup>194</sup>

#### **4.5 Op oplossen gerichte houding**

Een andere belemmerende factor voor aandacht aan zingeving is de oplossende houding in de manier van werken van de huisarts. Het door de huisarts gehanteerde gespreksmodel richt zich primair op het medische probleem en de oplossing ervan. Binnen tien minuten verheldert hij de vraag, doet lichamenlijk

---

<sup>191</sup> C. Anbeek, G. Palmboom, J. Schuurmans, 'De levensbeschouwelijke professional in transitie,' 11.

<sup>192</sup> C. Molenaar, 'Hart voor de zorg & zorg voor het hart', 17. <http://repository.uvh.nl>

<sup>193</sup> M. Huber, H.P. Jung, 595.

<sup>194</sup> J. van de Streek, 'Artsen worstelen met zingeingsvragen. Spiritualiteit in de medische praktijk,' *Mednet* 4 (2011), 20.

onderzoek en voert het gesprek over diagnose en behandeling.<sup>195</sup> Die oplossingsgerichte manier van werken komt ook naar voren in de evaluatie van een pilot waar zingevingconsulenten naast de huisarts werkten. Huisartsen gaven aan dat zij geen probleemoplossing waarnamen nadat de consulenten gesprekken hadden gevoerd.<sup>196</sup>

Van Leeuwen pleit voor integratie van aandacht voor zingeving in het methodische zorgproces, maar onderkent daarin het gevaar van een instrumentele manier van werken. Hij benadrukt het belang van een houding van presentie boven een probleemoplossende houding.<sup>197</sup> Want zoals Baart aangeeft in zijn presentietheorie: uit probleemoplossende, methodische hulp is de substantie van aandachtige betrokkenheid vervluchtigd.<sup>198</sup>

In tegenstelling tot het bieden van een oplossing, wordt voor zingevende gespreksvoering van de (huis)arts gevraagd dat deze luistert met aandacht, de vraag verheldert van en ruimte biedt voor spirituele vragen. Betrokken aandacht is in zichzelf waardevol. Zoals Sulmasy dit verwoordt: 'The primary spiritual act is the expression of empathic concern. If sincere, nothing more may be needed'.<sup>199</sup>

#### **4.6 Wat vinden patiënten?**

Niet alleen de huisarts bekijkt en interpreteert de klacht allereerst als medisch, ook de patiënt presenteert de klacht vaak als lichamelijk, en vraagt om een medische diagnose.<sup>200</sup> Toch geven patiënten in een Amerikaans onderzoek aan het ook belangrijk te vinden dat er naast de medische diagnose aandacht is voor zingeving, in de vorm van het leren omgaan met en het ondersteunen bij het verwerken van de ziekte, onzekerheid en angst. Patiënten vinden dat aandacht

---

<sup>195</sup> C. Anbeek, G. Palmboom, J. Schuurmans, 'De levensbeschouwelijke professional in transitie,' 11.

<sup>196</sup> Ibidem, 8.

<sup>197</sup> R. van Leeuwen, 'Zorg voor zingeving: basisbekwaamheid vereist,' 42.

<sup>198</sup> [http://www.presentie.nl/presentie\\_filosofie](http://www.presentie.nl/presentie_filosofie)

<sup>199</sup> D. Sulmasy, 'Spiritual issues in the care of dying patients,' *JAMA* 296(2000), 1389.

<sup>200</sup> C. Anbeek, J. Schuurmans, G. Palmboom, 'Bestaansconsulenten binnen eerstelijns behandelteams,' 144.

voor spiritualiteit een integraal onderdeel vormt van medische zorg, want het praten hierover is een manier om de last van de ziekte te verlichten.<sup>201</sup>

Patiëntenfederatie NCPF peilde onder haar zorgpanel (n=5000) of en hoe zorgverleners kunnen bijdragen aan zingeving. Een grote meerderheid (82%) beantwoordde deze vraag positief en gaf aan dat dit kon door te luisteren en aandacht te hebben en door de gehele mens en niet zijn ziekte als uitgangspunt te nemen. Slechts de helft van de patiënten die de afgelopen twee jaar de huisarts bezochten zei dat deze géén aandacht had voor zingeving.<sup>202</sup> Een opmerkelijk positief resultaat.

Zoals aangegeven onder paragraaf 3.1 is de houding van de arts tegenover spiritualiteit bepalend voor het al of niet ter sprake komen hiervan. Als de patiënt en huisarts dezelfde culturele achtergrond delen, waaronder de religieuze, dan kan dat het bespreken van spirituele zaken vergemakkelijken.<sup>203</sup> Het is voor de huisarts lastig een gesprek over zingeving te voeren als patiënten duidelijk worstelen met existentiële vragen, maar de schijn ophouden dat ze kunnen omgaan met de situatie.<sup>204</sup> Ook veelvuldig arts-patiënt contact vergemakkelijkt het ter sprake brengen van zingeving en spiritualiteit.<sup>205</sup>

Bovengenoemde factoren zijn op zich, maar ook in onderling verband, van invloed op het feit dat huisartsen al of niet aandacht hebben voor zingeving. Huisartsen die verband zien tussen gezondheid en aandacht voor zingeving besteden daar eerder aandacht aan, nemen er de tijd voor en scholen zich op dit gebied.

#### **4.7 Opvattingen over gezondheid en gezondheids-/zorgmodel**

De heersende opvatting over gezondheid en het gangbare gezondheidsmodel zijn van invloed op de haalbaarheid van aandacht voor zingeving door de huisarts is. Machteld Huber maakt furore met haar nieuwe concept van positieve

---

<sup>201</sup> R. Hebert e.a., 'Patient perspectives on spirituality and the patient-physician relationship,' 689.

<sup>202</sup> C. van Harte, C. van Haastert, 'Rapport meldactie,' 139.

<sup>203</sup> M. Vermandere e.a., 'Spirituality in general practice,' 756.

<sup>204</sup> Ibidem, 755.

<sup>205</sup> Ibidem, 756.

gezondheid, maar roept ook kritiek op. Die kritiek richt zich op het leggen van het voornaamste accent op gedrag als kenmerk van gezondheid en het daarbij veronachtzamen van de ziekte, de ongezondheid.<sup>206</sup> Meer kritiek is er op de van de patiënt gevraagde zelfredzaamheid, deze moet ook in staat zijn om zelf de regie te nemen. Het model van Huber heeft zich nog niet bewezen en werken volgens dit concept is nog lang geen gemeengoed. Een groot aantal zorginstellingen in de Noordelijke Maasvallei heeft echter besloten om binnen vijf jaar vanuit deze benadering te willen werken.<sup>207</sup> Op deze manier ontstaat een praktijk waar ook onderzoek kan plaatsvinden naar de resultaten van het werken met dit concept.

In de huidige geneeskunde ligt de nadruk op shared decision making en patient-centered care.<sup>208</sup> Deze principes geven de patiënt meer zeggenschap in het bepalen van de gewenste behandeling. In de Toekomstvisie Huisartsenzorg staat beschreven dat de Nederlandse huisartsenzorg al redelijk patiëntgericht is, wat tot uiting komt in de kernwaarde persoonsgericht.<sup>209</sup> Een huisartsenzorg die patiëntgericht is zou de veel bredere benadering van gezondheid door patiënten serieus moeten nemen.

Als dit nieuwe concept uitgangspunt wordt, dan moet de huisarts ook aandacht hebben voor zingeving als onderdeel van het concept gezondheid. De zorg voor (positieve) gezondheid hoort echter niet alleen thuis bij de huisarts. Als de patiënt aangeeft dat hij zijn gezondheid wil verbeteren op bijvoorbeeld de dimensie van maatschappelijke participatie dan is een andere professional dan de huisarts daarvoor aangewezen.<sup>210</sup> Dit zou ook kunnen opgaan voor ondersteuning bij zingeving.

Acceptatie en integratie van een biopsychosociaal-spiritueel zorgmodel maakt de aandacht voor spiritualiteit tot onderdeel van de zorg. Dit model is echter alleen opgenomen binnen de palliatieve zorg en wordt lang niet altijd in

---

<sup>206</sup> J. van der Stel, 'Definitie 'gezondheid' aan herziening toe,' *Medisch Contact* 23 (2016).

<sup>207</sup> M. Huber, H.P. Jung, 'Persoongerichte zorg is gebaat bij kennis van ziekte én van gezondheid,' 593.

<sup>208</sup> M. Huber e.a., 'Towards a 'patient-centered' operationalisation of the new dynamic concept of health,' 10.

<sup>209</sup> Toekomstvisie Huisartsenzorg Modernisering naar menselijke maat, 20.

<sup>210</sup> Ibidem, 10.

praktijk gebracht. Om een inschatting te kunnen maken van de kans op integratie van dit model in de huidige zorg vergelijk ik het met het biopsychosociale zorgmodel. Hiervan wordt gezegd dat dit een gangbaar model is en dat de huisarts volgens het biopsychosociale gezondheidsmodel werkt. Is dit ook werkelijk zo? Ter illustratie bekijk ik de zorg voor chronische patiënten.<sup>211</sup>

Chronisch zieke patiënten ervaren psychosociale problemen in het omgaan met de ziekte. Dit pleit voor het biopsychosociale zorgmodel, waarin er aandacht is voor de omgeving en de emotionele gevolgen van de ziekte voor de patiënt. Van Dijk interviewde dertig stakeholders (chronisch zieke patiënten, eerstelijns zorgverleners, beleidsmakers, gezondheidsinspectie, verzekeraars, onderwijsinstututen en onderzoekers) over hun visie op de actuele stand van de biopsychosociale zorg en welke drempels zij ervoeren bij de implementatie daarvan in de zorg voor chronische patiënten. Zij vonden allen dat een biopsychosociale benadering onlosmakelijk hoort bij een eerstelijns zorgprofessional, zij vonden echter dat deze in de huidige zorg voor chronisch zieken slecht is geïntegreerd.<sup>212</sup> In de Richtlijnen zijn de interventies bij chronische ziekten namelijk alleen beschreven in biomedische termen.

Daarnaast zien zorgverleners een hindernis in het kunnen beoordelen van de ernst van psychosociale problematiek. Zij zien dat psychosociale problematiek hoort bij het normale omgaan met een chronische ziekte, maar wanneer is het ermee omgaan ziekmakend en vraagt het expliciet aandacht?

Het werken volgens dit model moet volgens opleiders geleerd worden door zorgprofessionals gevoelig te maken voor het herkennen van psychosociale problemen.<sup>213</sup> Zorgverleners vragen daarbij om instrumenten voor signalering, diagnose en keuze van interventies. Als de mate van integratie van het biopsychosociale zorgmodel een parallel vormt voor de kans op integratie van het biopsychosociale-spirituele zorgmodel dan zijn bovenstaande problemen wellicht illustratief voor de te nemen hindernissen.

---

<sup>211</sup> A. van Dijk-deVries, e.a., 'The ideal of biopsychosocial chronic care: how to make it real? A qualitative study among Dutch stakeholders,' *BMC Family Practice* 13(2012)1-8.

<sup>212</sup> Ibidem, 1.

<sup>213</sup> Ibidem, 3.

## 4.8 Financiering

In de context van de huisartsenzorg speelt ook de financiering mee. Op basis van de argumenten onder paragraaf 4.4 is er geen eensluidende conclusie mogelijk over of aandacht voor zingeving de huisarts meer tijd kost. Omdat dit vaak als argument gebruikt wordt, net zoals bij de hierboven beschreven psychosociale zorg, is de vraag relevant of het consult langer kan duren dan tien minuten. Het inkomen van de huisarts is afhankelijk van het aantal consulten, dit geeft een prikkel tot meer consulten, maar niet tot langere consulten. De NZA (Nederlandse Zorg Autoriteit) legt echter de beperking in tijd van tien minuten niet op.<sup>214</sup> Zij geeft een vergoeding voor een consult van maximaal twintig minuten of voor een dubbel consult.

Financiering van de ondersteuning van chronische patiënten vindt plaats via een zogenaamd DBC (Diagnose Behandel Combinatie) binnen ketenzorg. Dit is ingevoerd om samenwerking rondom een patiënt te bevorderen en om te bezuinigen.<sup>215</sup> In deze DBC's zijn alleen evidence-based behandelingen opgenomen. Psychosociale ondersteuning vormt geen onderdeel van deze behandelcombinaties.<sup>216</sup> Het opnemen van psychosociale ondersteuning in de ketenzorg kan aandacht voor zingeving door huisartsen motiveren.

## 4.9 Organisatie huisartsenzorg

De toename van het aantal chronisch zieken en ouderen, de hogere werkdruk en het huisartsentekort zorgden begin van de 21<sup>ste</sup> eeuw voor de invoering van de praktijkondersteuner (POH) voor chronisch zieken in de huisartsenpraktijk. Er zijn POH's op het gebied van COPD, CVRM (cardiovasculaire aandoeningen) en diabetes en sinds 2007 voor psychische problematiek (POH-GGZ) en

---

<sup>214</sup>

[https://www.nza.nl/1048076/1048181/Factsheet\\_Hoe\\_controleer\\_ik\\_de\\_rekening\\_van\\_de\\_huisarts.pdf](https://www.nza.nl/1048076/1048181/Factsheet_Hoe_controleer_ik_de_rekening_van_de_huisarts.pdf)

<sup>215</sup> <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/Twaalf-vragen-over-functionele-bekostiging.htm>

<sup>216</sup> Van Dijk-de Vries, 'The ideal of biopsychosocial chronic care,' 5.



ouderenzorg.<sup>217</sup> Veel van de controles die eerder door de huisarts gedaan werden, behoren nu tot de taak van de praktijkondersteuner.<sup>218</sup>

De huisarts ziet de chronische en/of oudere patiënt vaak nauwelijks meer. Hij besteedt relatief meer tijd aan overleg en management, en minder aan consulten.<sup>219</sup> In hoofdstuk twee is beschreven dat bovengenoemde groepen patiënten te maken hebben met zingevingsproblemen. Deze komen door de toenemende taakdifferentiatie binnen de huisartsenpraktijk veel minder bij de huisarts zelf terecht. De vertrouwensband met de eigen huisarts wordt daardoor minder sterk. Dat dit ook effect heeft voor het kostenaspect van de huisartsenzorg wordt geïllustreerd door de opmerking van huisarts Runhaar: “We zijn zo goedkoop omdat patiënten ons vertrouwen”.<sup>220</sup> De eigen huisarts kan door de vertrouwensband effectief geruststellen, wat leidt tot minder verwijzingen. Bovendien kan de gespecialiseerde praktijkondersteuner symptomen op een ander gebied missen, wat mogelijk leidt tot meer zorg in een later stadium. Huisartsen geven aan dat het huidige stelsel van differentiatie en specialisatie een holistische en interdisciplinaire manier van werken in de weg staat.

#### **4.10 Conclusie: Wat is haalbaar?**

Om een afweging te kunnen maken van de belemmerende en de bevorderende factoren volgt hier een analyse van de onderwerpen in de volgorde waarin ik ze in de vorige paragrafen heb behandeld.

In de onderzoeken die uitgaan van een brede invulling van het begrip spiritualiteit blijkt het toch meestal te gaan om spiritueel als religieus. Er blijkt samenhang te zijn tussen het aandacht geven aan spirituele vragen en eigen religiositeit. Pieper vindt dat verband ook, maar vindt geen samenhang in eigen spiritualiteit/religiositeit en aandacht voor zingeving. Pieper vond juist dat de

---

<sup>217</sup> <https://www.nvo.nl/nvo-in-t-kort/werkvelden/ggz/de-praktijkondersteuner-ggz-poh-ggz.aspx>

<sup>218</sup> Meta-analyse, Introductie praktijkondersteuning op HBO-niveau in de huisartspraktijk in Nederland, Nivel (2003), 23.

<sup>219</sup> D. Runhaar, ‘Ambacht van huisarts gaat verloren,’ *Medisch Contact* (2015), 960-961.

<sup>220</sup> *Ibidem*, 960-961.

context, in tegenstelling tot persoonlijke factoren, meer van invloed was op het al of niet aandacht geven aan zingeving. Dat spiritualiteit in Nederland breder ingevuld wordt dan als religieus blijkt onder meer uit de reacties van artsen die zelf een ingrijpende ervaring hadden met ziekte of dood. Na de ervaring staan zij anders in hun vak, waarbij zij een holistisch opvatting van het vak hebben.

Ongemak om over spiritualiteit te praten heeft ook te maken met de opvatting van spiritueel als religieus, het is dan een onderwerp dat vergelijkbaar is met seksualiteit, het wordt als te persoonlijk beoordeeld. Het gaat dan om religie als subjectieve beleving. Vragen naar tot welke gezindte iemand behoort, vindt de huisarts niet lastig om te stellen, maar wel of de patiënt steun ondervindt van zijn geloof bij het omgaan met de ziekte.

Levenservaring en ervaring in het werken met patiënten met existentiële vragen maken dat zorgverleners meer aandacht geven aan zingeving. Dit gegeven hangt samen met het ervaren gebrek aan kennis en vaardigheden. Aandacht voor zingeving kan geleerd worden en ook een spirituele houding kan in de opleiding aandacht krijgen, bijvoorbeeld door de eigen motivatie voor het vak te onderzoeken.

Er is gebrek aan kennis over het proces van zingeving en de taal waarin patiënten dit ter sprake brengen. Ook genoemd wordt het ontbreken van kennis van wereldvisies, als inspiratiebron voor zingeving.

Huisartsen krijgen gedurende hun hele opleiding les in communicatietechnieken, maar een empathische houding wordt door huisartsen lastig gevonden. Een empathische houding lijkt te sneuvelen onder tijdsdruk, een op oplossen gerichte werkwijze en het creëren van een beroepsmatige distantie.

Te weinig tijd ervaren voor het aandacht kunnen geven aan zingeving blijkt samen te hangen met persoonlijke factoren, zoals welk belang de arts er aan hecht maar ook met omgevingsfactoren zoals de organisatie van de huisartsenzorg. De artsen die zeggen te weinig tijd te hebben lijken aandacht voor zingeving niet te verbinden met de klacht waarmee de patiënt op het spreekuur komt, maar als iets extra's dat ook aandacht behoeft. Artsen lijken te vinden dat voor het goed kunnen benaderen van zingevingsvragen een andere

basishouding vereist is, één die niet gehaast lijkt maar geduldig. Het al of niet ervaren van genoeg tijd voor aandacht voor zingeving lijkt meer te maken te hebben met de opvatting over het belang van zingeving, het zien van zingeving als onderdeel van ziekte, en het ervaren van een gebrek aan kennis aan vaardigheden, dan met het werkelijke tijdsbeslag van het consult. Als er meer tijd nodig is staat het de huisarts vrij om een langer consult te houden, een vervolgspraak te maken of door te verwijzen.

De oplossende houding lijkt een reëel obstakel, voor een gesprek over zingeving wordt een andere modus gevraagd, namelijk één van presentie, waarin het antwoord eerder van de patiënt komt.

Patiënten vinden aandacht voor zingeving belangrijk, en zien in de helft van alle bezoeken, dat de huisarts hier aandacht aan besteed. De patiënt presenteert zijn klacht echter vaak als puur medisch van aard.

De evidence-based huisartsengeneeskunde geeft weinig ruimte aan interventies die moeilijk te onderzoeken zijn op output. Deze huisartsengeneeskunde wordt zichtbaar in de vertechnologisering van het vak door behandelwijzen zoveel mogelijk te beschrijven in protocollen en ketenzorg, en in de op oplossen gerichte houding. Er is echter ook sprake van een ander geluid, in de positieve gezondheidsbeweging, vanuit de palliatieve zorg en vanuit huisartsen zelf die generalist willen blijven met een holistische blik.

Acceptatie en integratie van het model van positieve gezondheid in de huisartsenpraktijk brengt zingeving, spiritualiteit en een holistische kijk op gezondheid meer prominent op de agenda. De ontwikkelingen zijn hoopvol: patiënten ondersteunen het concept van positieve gezondheid en er zijn huisartsen en overheden die met dit model aan het werk zijn.

Het biopsychosociaal-spiritueel zorgmodel is echter nauwelijks geïntegreerd in de huisartsenzorg. Als de integratie net zo verloopt als met het biopsychosociale zorgmodel het geval is, dan is er weinig reden tot optimisme dat dit model gemeengoed wordt in de zorg.

De financiering van de huisartsenzorg geeft geen stimulans voor het aandacht besteden aan zingeving. Als term is zingeving niet opgenomen in Richtlijnen en DBC's en huisartsen krijgen eerder een prikkel voor een kort dan

een lang consult. Maar misschien is het betrekken van de factor financiering als belemmerend of bevorderend voor het besteden van aandacht aan zingeving wel oneigenlijk. Er zijn meer elementen van huisartsenzorg te benoemen die niet gecijferd worden, maar wel deel uitmaken van goede zorg, bijvoorbeeld het achterhalen van 'de vraag achter de vraag'.

De huidige organisatie van de huisartsenzorg maakt dat bepaalde groepen patiënten die met zingevingsproblemen kampen minder gezien worden door de huisarts, omdat zij terecht komen bij de praktijkondersteuners.

Het lijkt mij dat het ideaalmodel zoals beschreven in hoofdstuk drie deels haalbaar is. De huisarts is gewend methodisch te werken. Een methodische werkwijze, zoals die waarvoor het ABC-model handvatten geeft, kan hij inpassen in de wijze waarop hij consult voert. Ook signaleren en doorverwijzen en afstemmen zijn voor de huisarts gangbare werkwijzen. Daarnaast wordt de huisarts gedurende de opleiding getraind in communicatietechnieken. Expliciete aandacht voor zingeving in relatie met ziekte, en dus kennis over zingevingsprocessen en zingevingstaal, zie ik niet veel terug in het debat in medische tijdschriften of in praktijkdocumenten en opleiding. De discussie zoals geëntameerd door ZonMw en de aanhangers van het positieve gezondheidsconcept lijken zingeving als thema meer op de agenda te plaatsen.

## 5 Conclusies en aanbevelingen

Doel van de scriptie was dat de beantwoording van de onderzoeksvraag een bijdrage zou leveren aan de verheldering van de rol en competenties van de huisarts op het gebied van zingeving. Mijn antwoord op de vraag of en welke rol de huisarts heeft luidt dat het tot de rol van de huisarts behoort om aandacht te hebben voor zingeving en voor spiritualiteit als bron voor zingeving. Aandacht voor zingevingsvragen hoort bij de huisarts omdat zingevingsvragen zijn verbonden met ziekte. Als de gevolgen van ziekte leiden tot een heroriënteren op wereld-, en zelfbeeld of het bijstellen van doelen en motivatie kan deze zoektocht of worsteling zelfstandig door gemaakt worden. Echter, aandacht voor deze worsteling en eventueel begeleiding erbij kunnen de patiënt helpen de gevolgen van de ziekte te verwerken en verder te gaan. Onverwerkte zingevingsvragen kunnen op hun beurt leiden tot ziekte, daarom moet de huisarts in staat zijn dit te diagnosticeren.

Maatschappelijke ontwikkelingen en veranderingen in de organisatie van de gezondheidszorg hebben tot gevolg dat de huisarts meer dan in het begin van de jaren nul, geconfronteerd wordt met patiënten die worstelen met zingeving. Zo is er een toename van ouderen en chronische patiënten in de praktijk. Dit maakt aandacht voor zingeving door de huisarts onontkoombaar. De huisartsenpraktijk delegeert een aantal taken aan praktijkondersteuners, ook van hen is aandacht voor zingeving gevraagd. Uit de onderzoeken die ik in deze scriptie heb aangehaald blijkt bovendien dat aandacht voor zingeving loont. De genoemde interventies leiden tot een betere gezondheid en welzijn, niet alleen op medisch gebied.

Daarnaast geven de kernwaarden en competenties van de huisarts onderbouwing voor het geven van aandacht aan zingeving door de huisarts. De kernwaarde persoonsgerichte zorg richt zich op hoe deze unieke patiënt met de ziekte omgaat, integrale zorg richt zich op alle dimensies van gezondheid, waaronder zingeving. Samen met de competentie die beschrijft dat de arts de levensbeschouwelijke achtergrond moet betrekken bij de interpretatie van de

klacht, vormt dit een solide verantwoording voor aandacht voor zingeving door de huisarts.

Het concept van positieve gezondheid kent steeds meer aanhangers en geeft zingeving, als onderdeel van gezondheid, een prominente plaats. Ook patiënten vinden het belangrijk dat de huisarts aandacht besteedt aan wat de ziekte betekent en maken dit kenbaar via hun belangenorganisaties.

Om dit te kunnen doen moet hij in ieder geval beschikken over basiskennis en vaardigheden op het gebied van zingeving. De basiskennis bestaat uit kennis van zingevingsprocessen, situaties die zingevingsvragen oproepen en het kunnen herkennen van zingevingstaal. De basisvaardigheden bestaan uit een open, presente en empathische houding. Deze houding wordt verworven door zelfreflectie op waarden, maar ook door inzicht in hoe de huisarts zelf omgaat met existentiële vragen. De arts moet ook in staat zijn zingevingsproblematiek, of een crisis in zingeving te signaleren en door te verwijzen.

Hierbij ervaart de huisarts echter ook vaak belemmeringen. Het oplossen gerichte model in consultvoering, de beperkte tijd per consult en een gebrek aan vaardigheden vormen belemmeringen voor aandacht voor zingeving. Ook de financiering en organisatie van de huisartsenzorg en de nadruk op de biomedische dimensie door artsen geven weinig ruimte aan zingeving in de spreekkamer.

Desalniettemin legt de verzekeraar geen consulttijd van tien minuten op en zijn er artsen die dit hebben los gelaten. Dit doen ze omdat ze hun holistische blik willen behouden en deze als essentieel voor hun vak ervaren.<sup>221</sup>

Huisartsen worden uitgebreid opgeleid in communicatietechnieken en -houding, waaronder een aantal die belangrijk zijn voor het aandacht geven aan zingeving, zoals empathie. Een uitbreiding in gespreksmethoden gericht op zingeving sluit mijns inziens aan op de bestaande opleiding.

Geestelijk verzorgers kunnen een rol hebben in het opleiden van artsen in basale kennis en vaardigheden op het gebied van zingeving en spiritualiteit.

---

<sup>221</sup> E. Seuren, 'Huisarts oude stijl keer terug,' *De Limburger* 19 april (2016) en M. Huber, H.P. Jung, 'Persoonsgerichte zorg is gebaat bij kennis van ziekte én van gezondheid,' *Bijblijven* 8 (2015) 1-9, 4.

Oudere, ervaren huisartsen kunnen iets van hun zelfinzicht en ervaring op het gebied van zingeving en spiritualiteit meegeven aan de artsen in opleiding. De financiering van praktijkondersteuners biedt wellicht mogelijkheden voor een zingevingsdeskundige in de huisartsenpraktijk.

### **5.1 Beperkingen van het onderzoek**

Het gebruik van de term spiritualiteit in relatie tot zingeving leverde interpretatieproblemen op. De reden om toch voor beide termen te kiezen is tweeledig. In de Richtlijn spirituele zorg in de palliatieve zorg is het meest volledig uitgewerkt wat het belang van aandacht voor zingeving en spiritualiteit is en wordt een aanzet gegeven voor een rolverdeling daarin onder zorgverleners. De inhoud van het begrip spiritualiteit in de Richtlijn omvat de processen van zingeving. Ten tweede omvat ook de definitie van spiritualiteit in de Angelsaksische literatuur het proces van zingeving en leek daarom geschikt, er is in dat taalgebied bovendien veel over geschreven. Waar spiritualiteit minder verbonden was met processen van zingeving heb ik dit in de tekst expliciet gemaakt. Toch is dit niet helemaal gelukt, omdat in de gebruikte onderzoeken en teksten niet altijd expliciet (gemaakt) werd hoe spiritualiteit opgevat moest worden. Het begrip spiritualiteit heeft in de seculiere Nederlandse samenleving altijd toelichting nodig. Pieper zegt in zijn oratie dat spiritualiteit vooral gezien moet worden als levensbeschouwelijke bron voor het beantwoorden van zingevingsvragen en stelt voor zingeving los te koppelen van het begrip en verbondenheid als kern van het begrip spiritualiteit te zien.<sup>222</sup>

In Standpunten en Richtlijnen en ook in vakliteratuur komt de term zingeving niet vaak voor. Dit lijkt daarmee geen gebruikelijke term in de huisartsengeneeskunde. Misschien hadden andere zoektermen als 'coping' of 'omgaan met' meer resultaten en andere argumenten opgeleverd. In copingprocessen ontbreken echter de elementen van zingeving, doelgerichtheid en het ervaren van een vitaal lust- of geluksgevoel. Deze zoektermen bieden daarom geen goed alternatief voor de term zingeving.

---

<sup>222</sup> J. Pieper, *Thuis in de kosmos. Zingevingsvraagstukken in de participatiesamenleving* (Tilburg 2016), 32.

Ik had beperkt toegang tot de inhoud van de huisartsenopleiding. Mijn analyse van de opleiding heeft zich beperkt tot de informatie die publiek toegankelijk is via websites. In literatuur, collegedictaten en intervisieverslagen was wellicht meer informatie te vinden over wat geleerd wordt over zingeving. Daarmee had mijn weging over de haalbaarheid van aandacht voor zingeving anders kunnen zijn.

Om een antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag heb ik literatuuronderzoek gedaan. Er zijn echter weinig praktijken onderzocht op aandacht voor zingeving. Een conclusie gebaseerd op praktijk observaties kan andere resultaten opleveren.

## **5.2 Aanbevelingen**

Er is in Nederland nauwelijks onderzoek gedaan naar zingeving in de huisartsenpraktijk. Het zou interessant zijn om te observeren of en hoe de huisarts aandacht heeft voor zingeving in zijn praktijk. Veel patiënten die worstelen met zingeving als gevolg van hun ziekte komen bij de praktijkondersteuners somatiek en GGZ. Ik zou willen voorstellen ook bij hen de consulten te onderzoeken om te zien of zij aandacht hebben voor zingeving en spiritualiteit.

Een onderzoek naar wat in de basisopleiding geneeskunde en huisartsenopleiding wordt geleerd aan gespreksvaardigheden en houding gericht op de beschreven competenties en vormen van aandacht voor zingeving zal een duidelijker beeld opleveren van de leemte in kennis en vaardigheden van de huisarts op dit gebied. De inhoud van initiële opleidingen en nascholing op het gebied van zingeving kan hiermee beter worden vorm gegeven.

Er zijn verschillende pilots geweest waar de geestelijk verzorger naast de huisarts werkte. Deze hebben nog niet geleid tot structurele inzet van de geestelijk verzorger. Het werd de huisarts onvoldoende duidelijk wat de geestelijk verzorger kon toevoegen en er was een gebrek aan



(vervolg)financiering voor de inzet van geestelijk verzorgers.<sup>223</sup> Aanne­me vóór de pilot was dat huisartsen geen tijd noch vaardigheden hadden op het gebied van zingeving. Met mijn conclusie dat aandacht voor zingeving een taak is van de huisarts kan de geestelijk verzorger eerder een taak hebben als opleider en expert in de huisartsenpraktijk. Dit kan in de vorm van intervisie en casuïstiekbespreking en op basis van consultatie in gevallen waar de huisarts een gebrek aan vaardigheden en kennis bij zichzelf signaleert.

---

<sup>223</sup> A. Stael, 'Een steen in de rivier verleggen. Geestelijk verzorgers in de eerste lijn,' *TGV* 79 (2015), 41 en C. Anbeek, 'De levensbeschouwelijk professional in transitie,' *Handelingen* 3 (2014), 8.

## Bibliografie

### *Boeken en artikelen*

- Anbeek, C., J. Schuurmans. 'Zingevingvragen in de huisartsenpraktijk'.  
*Humanistiek* 42 (2010) 99-104.
- Anbeek, C., G. Palmboom, J. Schuurmans. 'De levensbeschouwelijke professional in transitie'. *Handelingen* 3 (2014): 5-19.
- Anbeek, C., J. Schuurmans, G. Palmboom. 'Bestaansconsulenten binnen eerstelijns behandelteams.' In *De theologie gevierendeeld*. Red. S. van Erp, H. Goris. Nijmegen, 2013: 137-159.
- Baart, A. *Een theorie van de presentie*. derde druk. Utrecht: Boom Lemma, 2004.
- Boer, M. de. 'We zijn slechts een rader in een groter geheel.' In *Zingeving in zorg. De mens centraal*. Red. L. Wijgergangs, T. Ras, W. Reijmerink. 2016: 66-67.
- Bohlmeijer, E., L. Mies en G. Westerhof. *De betekenis van levensverhalen, Theoretische beschouwingen en toepassingen in onderzoek en praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2006.
- Bohlmeijer, E., F. Smit, P. Cuijpers. 'Effects of reminiscence and life review on late-life depression: a meta-analysis'. *International journal of geriatric psychiatry* 18 (2003): 1088-1094. doi:10.1002/gps.1018.
- Breitbart, W. 'Creating your soul in every moment: Meaning, creativity and attitude'. *Palliative and supportive Care* 13 (2015): 1139-1140. doi: 10.1017/S1478951515001133
- Breitbart W., B. Rosenfeld, H. Pessin, A. Applebaum, J. Kulikowski en W. Lichtenthal. 'Meaning-Centered Group Psychotherapy: An Effective Intervention for Improving Psychological Well-Being in Patients With Advanced Cancer'. *Journal of clinical oncology* 33 (2015): 749-754. doi:10.1200/JCO.2014.57.2198.
- Charon R. 'Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession and trust.' *Journal of the American medical association* 286 (2001): 1897-1902.

- — —. *Narrative medicine. Honouring the stories of illness*. Oxford, 2006.
- Curlin F., S. Sellergren, J. Lantos en M. Chin. 'Physicians observations and interpretations of the influence of religion and spirituality on health'. *Archives of internal medicine* 167 (2007): 649-654.
- Dijk-de Vries, A. van, A. Moser, V. Mertens, J. van der Linden, T. van der Weijden en J. van Eijk. 'The ideal of biopsychosocial chronic care: how to make it real? A qualitative study among Dutch stakeholders'. *BMC Family Practice* 13 (2012):1-8. <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/13/14>.
- Ellis, M., J. Campbell, A. Detwiler- Bredenbach en D. Hubbard. 'What do family physicians think about spirituality in clinical practice?'. *The journal of family practice* 51 (2002): 249-254.
- Engel, G. L. 'The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine'. *Science* 196 (1977): 129-136.
- Ganzevoort, R. *De wijsheid op straat. Levensbeschouwing en hermeneutische communicatie van professionals in een plurale context*. Zwolle, 2007.
- Geer J. van de, e.a., 'Training hospital staff on spiritual care in palliative care influences patient-reported outcomes. Results of a quasi-experimental study', *Palliative Medicine* nov (2016): 1-11. doi: 10.1177/0269216316676648.
- Geer J. van de, H. Zock, C. Leget, N. Veeger, J. Prins, M. Groot en K. Vissers. 'Training spiritual care in palliative care in teaching hospitals in the Netherlands: A Multicentre Trial'. *JRIPE*, 6.1 (2016): 1-15.
- Gezien en gehoord, Maatschappelijk rendement van project Motto: zingeving en levensvragen bij ouderen, Verwey-Jonkerinstituut (2013).
- Harte C. van, C. van Haastert. 'Rapport meldactie "Zingeving in de zorg".' In *Zingeving in zorg. De mens centraal*. Red. L. Wijgergangs, T. Ras, W. Reijmerink. 2016: 131-149.

- Hebert R., M. Jenckes, D. Ford, D. O'Connor en L. Cooper. 'Patient perspectives on spirituality and the patient-physician relationship'. *Journal of general internal medicine* 16 (2001): 685-692.
- Hijweege, N., J. Pieper en W. Smeets. 'De medisch specialisten en de (h)erkenning van zingeingsvragen.' In *Handboek spiritualiteit in de palliatieve zorg*. Red. W. Smeets. Almere: Parthenon, 2016: 251-269.
- Huber, M., B. Garssen. 'Relaties tussen zingeving, gezondheid en welbevinden.' In *Zingeving in zorg. De mens centraal*. Red. L. Wijgergangs, T. Ras, W. Reijmerink. 2016: 17-21.
- Huber, M., H.P. Jung. 'Persoonsgerichte zorg is gebaat bij kennis van ziekte én van gezondheid.' *Bijblijven* 8 (2015): 1-9. doi:10.1007/s12414-015-0072-7.
- Huber M., M. van Vliet, M. Giezenberg, B. Winkens, Y. Heerkens, P. Dagnelie en J. Knottnerus. 'Towards a 'patient-centered' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study.' *BMJ Open* 5 (2016): 1-11. doi: 10.1136/bmj-open-2015-010091.
- Jim H., J. Pustejovsky, C. Park, S. Danhauer, A. Sherman, G. Fitchett, T. Merluzzi, A. Munoz, L. George, M. Snyder, en J. Salsman. 'Religion, spirituality, and physical health in cancer patients: a meta-analysis.' *Cancer* (2015): 3760-3768. doi: 10.1002/cncr.29353,.
- Jochemsen H., M. Klaasse. *Levensvragen in de stervensfase. De kwaliteit van de spirituele zorg in de terminale palliatieve fase vanuit patiëntenperspectief*. Rapport Prof. G.A. Lindeboom Instituut Ede: 2002.
- Keizer B. 'Medische rites.' *Trouw*, 26 mei (2012).
- Krause, N. 'Valuating the stress-buffering function of meaning of life among older people.' *Journal of aging and health* 19 (2007): 792-812.
- 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*. 2009.

- — —. *Zingeving, spiritualiteit en verpleegkundige zorg*,  
<http://docplayer.nl/16733160-Zingeving-spiritualiteit-en-verpleegkundige-zorg.html>
- Kuin, A., L. Deliëns, L. van Zuylen, A. Courtens, M. Vernooij-Dassen, B. van der Linden en G. van der Wal. 'Spiritual issues in palliative care consultations in the Netherlands.' *Palliative medicine* 20 (2006), 585-592. doi: 10.1177/0269216306071059.
- Kuyk W., N. de Wit, M. Kuyvenhoven. 'Do doctors pay attention to the religious beliefs of their patients? A survey amongst Dutch GPs.' *Family Practice* 17 (2000): 230-232.
- Laarhoven H. van, C. Leget. 'De vragen aan het einde.' *Medisch Contact* 46 (2007): 1898-1901.
- Lans, J. van der. 'Zingeving en zingevingfuncties van religie bij stress.' *Religie ervaren*. Red. J. van der Lans. Tilburg: KSGV, 2006:72-127.
- Laterveer, M. 'De toekomst van de gezondheidszorg is: waarde-volle zorg.' In *Zingeving in zorg. De mens centraal*. Red. L. Wijgergangs, T. Ras, W. Reijmerink. 2016: 56-57.
- Leeuwen R. van. 'Zorg voor zingeving: basisbekwaamheid vereist'. *Zingeving in zorg. De mens centraal*. Red. L. Wijgergangs, T. Ras, W. Reijmerink. 2016, 40-45.
- Leeuwen, R. van, C. Leget, M. Vosselman. *Zingeving in zorg en welzijn*. Amsterdam: Boom, 2016.
- Leeuwen, R. van., L. Tiesinga, H. Jochemasen en D. Post. 'Aspects of spirituality concerning illness.' *Scandinavian Journal of Caring Science* 21 (2007): 482-489.
- Leget C. *Ruimte om te sterven. Een weg voor zieken, naasten en zorgverleners*. 4<sup>e</sup> druk. Tiel: Lannoo, 2012.
- Leget, C. 'Hedendaagse uitingen van zingeving.' In *Zingeving in zorg. De mens centraal*. Red. L. Wijgergangs, T. Ras, W. Reijmerink. 2016: 25-29.

- Lombarts K. 'Artsen verbeteren in medemenselijkheid.' *Zingeving in zorg. De mens centraal*. Red. L. Wijgergangs, T. Ras, W. Reijmerink. 2016: 76-77.
- Maarsingh O., Y. Henry, P. van de Ven en D. Deeg. 'Continuity in primary care and association with survival in older people: a 17-year prospective cohort study.' *British Journal of general practice* 66 (2016): 531-539. doi: 10.3399/bjgp16X686101
- Molenaar, C. 'Hart voor de zorg & zorg voor het hart, samenwerking tussen geestelijk verzorgers en huisartsen.' Masterscriptie. Universiteit voor Humanistiek. 2015. <http://repository.uvh.nl>
- Nyst, E. 'Dokter, ik ben zo eenzaam.' *Medisch Contact* 27-28 (2016): 50-52.
- Olsman E., D. Willems, C. Leget. 'Omgaan met hoop in de palliatieve zorg.' *Huisarts en Wetenschap* 59 (2016): 14-16.
- Pieper J. *Thuis in de kosmos. Zingevingsvraagstukken in de participatiesamenleving*. Tilburg, 2016.
- Pieper J., N. Hijweege, W. Smeets. 'Attentiveness tot religious/spiritual coping and meaning questions of patients.' *Journal of empirical theology* 29 (2016): 78-100. doi: 10.1163/15709256-12341336.
- Prinse, E., B. Cox. 'Present dankzij vrijwilligers. Ouderenzorg en extramurale geestelijke verzorging.' *TGV* 17 (2014):50-54.
- Pronk, I. 'Dokter, begin zelf over seks.' *Trouw* 30 mei (2014).
- Puchalski C. e.a. 'Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the consensus conference.' *Journal of palliative medicine* 12 (2009): 885-902. doi: 10.1089/jpm.2009.0142.
- Querido, A. *Inleiding tot een integrale geneeskunde*. 1973.
- Reijmerink W. 'Conclusie.' In *Zingeving in zorg. De mens centraal*. Red. L. Wijgergangs, T. Ras, W. Reijmerink. 2016: 125.
- Reijmerink, W. 'Inleiding en verantwoording.' In *Zingeving in zorg. De mens centraal*. Red. L. Wijgergangs, T. Ras, W. Reijmerink. 2016: 11-13.

- Rimmon-Kenan S. 'The story of 'I': Illness and Narrative Identity.' *Narrative* 10 (2002): 9-27.
- Runhaar D. 'Ambacht van huisarts gaat verloren.' *Medisch Contact* 20 (2015): 960-961.
- Sackett D., W. Rosenberg, J. Gray, R. Haynes. 'Evidence-based medicine: what it is, and what it isn't.' *BMJ* (1996) 71-72.
- Schep-Akkerman, A., R. van Leeuwen. 'Spirituele zorg, vanzelfsprekend, maar niet vanzelf.' *Tijdschrift voor verpleegkundigen* 11/12 (2009): 34-39.
- Schmitz M. 'Intelligent balanceren tussen distantie en betrokkenheid.' *Huisarts en wetenschap* 12 (2001): 555-558.
- Schuurmans, J., C. Veldhoven. 'Het belang van de geestelijk verzorger of zingevingsconsulent in de eerste lijn.' *TGV* 14 (2011): 45-48.
- Selman L., T. Young, M. Vermandere en I. Stirling. 'Research Priorities in Spiritual Care: An International Survey of Palliative Care Researchers and Clinicians.' *Journal of pain and symptom management* 48 (2014): 518-531. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2013.10.020.
- Seuren E. 'Huisarts oude stijl keer terug.' *De Limburger* 19 april (2016).
- Smeets W. 'Screening en verkenning van de spirituele dimensie.' In *Handboek Spiritualiteit in de palliatieve zorg*. Red. W. Smeets. Almere: Parthenon, 2016: 128-131.
- Spek, N. van der, J. Vos, C. van Uden-Kraan, W. Breitbart, R. Tollenaar, P. Cuijpers en I. Verdonck-de Leeuw. 'Meaning making in cancer survivors: a focus group study.' *PloS ONE* 8 (2013): 1-6. doi: 10.1371/journal.pone.0076089.
- Stael A., 'Een steen in de rivier verleggen. Geestelijk verzorgers in de eerste lijn.' *TGV* 79 (2015): 38-42.
- Steinhauser, K., C. Voils en E. Clipp. 'Are you at peace?' *Arch Intern Med* 166 (2006): 101-105.

- Stel, J. van der. 'Definitie 'gezondheid' aan herziening toe.' *Medisch Contact* 23 (2016).
- Streek, J. van de. 'Artsen worstelen met zingevingvragen. Spiritualiteit in de medische praktijk.' *Mednet* 4 (2011): 18-21.
- Sulmasy, D. 'A biopsychosocial-Spiritual model for the care of patients at the end of life.' *The Gerontologist* 42 (2002): 24-33.
- Thomas, L., E. Meier, S. Irwin. 'Meaning-Centered Psychotherapy: A Form of Psychotherapy for Patients With Cancer.' *Current Psychiatry Reports* 16 (2014). doi: 10.1007/s11920-014-0488-2.
- Vermandere M. e.a. 'Spirituality in general practice.' *British Journal of general Practice* (2011): 749-760. doi:10.3399/bjgp11X606663.
- Visser J. 'Interview Machteld Huber: Het vermogen om zelf de regie te voeren.' *Medisch Contact* 69 (2014).
- Werf, G. van der, J. Zaat. 'De geboorte van een ideologie: Woudschoten en de huisartsgeneeskunde.' *Huisarts en wetenschap* 44 (2001)281-289.
- Weier E. *Das Geheimnis des Lebens berühren, Spiritualität bei Krankheit, Sterben, Tod*. derde druk; Stuttgart: Kohlhammer, 2011.
- Wigersma L., J. Penders. 'Medicijn dat werkt.' *Medisch Contact* 49 (2016).
- Wijngaarden E. van. 'Voltooid leven vraagt ander antwoord dan dood.' *Medisch Contact* 25 (2016).
- Wirth A., A. Büsing. 'Utilized resources of hope, orientation and inspiration in life of persons with Multiple Sclerosis and their association with life satisfaction, adaptive coping strategies and spirituality.' *Journal of religion and health* 55 (2015) 1359-1380. doi: 10.1007/s10943-015-0089-3.

### **Praktijkdocumenten**

Algemene inleiding richtlijnen palliatieve zorg. Landelijke richtlijn, Versie: 2.0. IKNL. 2010.



Beroepsstandaard geestelijk verzorger. VGVZ. 2015.

Collegedictaat Consult voorbereidend Onderwijs Groningen. De Anamnese: Stel uzelf de Betekenisvraag. 2010.

Competentieprofiel en eindtermen van de huisarts, Consilium voor de huisartsopleiding. Utrecht, 2009.

Competentieprofiel POH-GGZ. LHV. 2014.

Competentieprofiel van de huisarts. NHG. 2005.

Leget, C. Training Spiritualiteit voor huisartsen. Accredidact.

Meta-analyse, Introductie praktijkondersteuning op HBO-niveau in de huisartspraktijk in Nederland. Nivel. 2003.

NHG/LNV-Standpunt Geestelijke gezondheidszorg in de huisartsenzorg. 2015.

NHG-Standpunt Huisarts en palliatieve zorg, 'Fijn dat u er bent dokter...'. NHG. Utrecht, 2009.

NHG-Standpunt Huisartsgeneeskunde voor ouderen, 'Er komt steeds meer bij.' NHG. 2007.

NHG-Standpunt Kernwaarden Huisartsgeneeskunde. NHG. 2011.

Richtlijn voor diagnose, behandeling en beoordeling van patiënten met CVS. CBO. 2013.

Ruimte voor substitutie, verschuivingen van tweedelijns- naar eerstelijnszorg. Nivel. Utrecht. 2013.

Toekomstvisie Huisartsenzorg Modernisering naar menselijke maat, huisartsenzorg in 2022. Utrecht, 2012.

### **Websites**

Butalid, L. 'Introductie.' [www.ligayabutalid.nl/samenvatting.html](http://www.ligayabutalid.nl/samenvatting.html), geraadpleegd 28 oktober 2016.

- Croonen, H. 'Twaalf vragen over medische bekostiging.' [www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/Twaalf-vragen-over-functionele-bekostiging.htm](http://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/Twaalf-vragen-over-functionele-bekostiging.htm), geraadpleegd 23 november 2016.
- Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde.'Jaar 3.' [www.huisartsopleidinggroningen.nl/jaar-3](http://www.huisartsopleidinggroningen.nl/jaar-3), geraadpleegd 30 oktober 2016.
- InfoNu!. 'Diabetes en dementia.' [mens-en-gezondheid.infonu.nl/ziekten/12670-diabetes-en-dementie.html](http://mens-en-gezondheid.infonu.nl/ziekten/12670-diabetes-en-dementie.html).
- Institute for positive health. 'Scoringsinstrument.' [www.ipositivehealth.com/scoringsinstrument-voor-positieve-gezondheid/](http://www.ipositivehealth.com/scoringsinstrument-voor-positieve-gezondheid/), geraadpleegd 13 oktober 2016.
- Integraal Kankercentrum Nederland. 'Richtlijn: algemene inleiding palliatieve zorg(2.0).' [www.iknl.nl/docs/default-source/Palliatieve-zorg-in-de-ziekenhuizen/algemene-inleiding-richtlijnen-palliatieve-zorg.pdf](http://www.iknl.nl/docs/default-source/Palliatieve-zorg-in-de-ziekenhuizen/algemene-inleiding-richtlijnen-palliatieve-zorg.pdf), geraadpleegd 24 november 2016.
- Langeveld, I. 'Competentie.' [www.carrieretijger.nl/opleiding/ho/competentieverricht/competentie](http://www.carrieretijger.nl/opleiding/ho/competentieverricht/competentie), geraadpleegd 20 oktober 2016.
- Leids Universitair Medisch Centrum. 'Master vitality and ageing.' [www.lumc.nl/onderwijs/master-vitality-and-ageing/](http://www.lumc.nl/onderwijs/master-vitality-and-ageing/), geraadpleegd 6 december 2016.
- Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen. 'Praktijkondersteuner huisarts,' [www.nvo.nl/nvo-in-t-kort/werkvelden/ggz/de-praktijkondersteuner-ggz-poh-ggz.aspx](http://www.nvo.nl/nvo-in-t-kort/werkvelden/ggz/de-praktijkondersteuner-ggz-poh-ggz.aspx), geraadpleegd 16 november 2016.
- Nederlandse Zorgautoriteit. Factsheet 'De rekening van de huisarts.' [www.nza.nl/1048076/1048181/Factsheet Hoe controleer ik de rekening van de huisarts.pdf](http://www.nza.nl/1048076/1048181/Factsheet_Hoe_controleer_ik_de_rekening_van_de_huisarts.pdf), geraadpleegd 23 november 2016.

Pallialine. 'Spirituele zorg.' [www.pallialine.nl/spirituele -zorg](http://www.pallialine.nl/spirituele-zorg), geraadpleegd 14 oktober 2016.

Palliatieve thuiszorg. 'Home.' [www.patz.nu](http://www.patz.nu), geraadpleegd 6 december 2016.

Palliatieve zorg. 'Definitie WHO 2002.' [www.palliatievezorg.nl/page\\_867.html](http://www.palliatievezorg.nl/page_867.html), geraadpleegd 23 november 2016.

Presentie. 'Filosofie.' <http://www.presentie.nl/wat-is-presentie/filosofie>, geraadpleegd 30 september 2016.

Raedelijn. 'Op weg naar kwaliteitsverbetering palliatieve zorg eerste lijn.' [www.raedelijn.nl/actueel/op-weg-naar-kwaliteitsverbetering-palliatieve-zorg-eerste-lijn](http://www.raedelijn.nl/actueel/op-weg-naar-kwaliteitsverbetering-palliatieve-zorg-eerste-lijn).

Rijksoverheid. 'Eerstelijnszorg,' [www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/eerstelijnszorg](http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/eerstelijnszorg), geraadpleegd 30 oktober 2016.

Rijksoverheid. 'Kamerbrief over substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn.' <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2015/08/31/kamerbrief-over-substitutie-van-zorg-van-de-tweede-naar-de-eerste-lijn>, geraadpleegd 30 oktober 2016.

Universiteit voor Humanistiek. 'Bijzonder hoogleraar Anja Machielse: aandacht voor sociale verbanden is cruciaal voor goed ouderenbeleid.' [www.uvh.nl/actueel/oktober-2015/bijzonder-hoogleraar-anja-machielse-aandacht-voor-sociale-verbanden-is-cruciaal-voor-goed-ouderenbeleid](http://www.uvh.nl/actueel/oktober-2015/bijzonder-hoogleraar-anja-machielse-aandacht-voor-sociale-verbanden-is-cruciaal-voor-goed-ouderenbeleid), geraadpleegd 30 oktober 2016.

Verwey-Jonker Instituut. 'Ruim 40 procent rendement door project Motto.' [http://www.verwey-jonker.nl/over-ons/pers/2013/ruim\\_40\\_procent\\_rendement\\_door\\_project\\_motto](http://www.verwey-jonker.nl/over-ons/pers/2013/ruim_40_procent_rendement_door_project_motto), geraadpleegd 15 oktober 2016.

Wikipedia. 'Gezondheid.' [nl.wikipedia.org/wiki/Gezondheid](http://nl.wikipedia.org/wiki/Gezondheid), geraadpleegd 13 oktober 2016.

## **Bijlage Overzichtslijst competenties palliatieve spirituele zorg<sup>224</sup>**

### **1. Zelfinzicht**

- Bewust zijn van de eigen spiritualiteit
- Aandacht hebben voor zelfzorg

### **2. Grondhouding**

- Besef hebben van en respect hebben voor de spiritualiteit van de patiënt
- In staat zijn tot open respectvolle communicatie
- De kunst verstaan present te zijn
- Je eigen menszijn inzetten

### **3. Signaleren**

- Inventariseren van waarden, levensbeschouwing en gebruiken
- Bewust zijn van de wisselwerking tussen het spirituele welzijn en het lichamelijke en psychosociale welzijn
- Herkennen van zingevingsvragen en levensvragen
- Herkennen van een existentiële crisis

### **4. Afstemmen en verwijzen**

- Afstemmen binnen het multidisciplinaire team
- Vastleggen van spirituele zorgbehoefte(n)
- Tijdig inschakelen van een geestelijk verzorger
- Afstemmen op de respons van de patiënt/naaste

### **5. Zorg bieden**

- Bespreekbaar maken van en ruimte bieden voor het omgaan met levensvragen
- Ondersteuning bieden bij het ervaren van zin en betekenis in de huidige situatie
- Ondersteuning bieden bij het (her)vinden van een levensdoel en levensbalans
- Ondersteuning bieden bij een doodswens of euthanasieverzoek

---

<sup>224</sup> A. Kuin, Competenties voor het bieden van spirituele zorg aan patiënten in de palliatieve fase en hun naasten. Een eerste inventarisatie en aanzet tot discussie(2009).

- In gesprek gaan over geloof en levensbeschouwing
- Gelegenheid creëren voor de invulling van wensen en spirituele gebruiken van de patiënt

#### **6. Kwaliteitszorg en deskundigheidsbevordering**

- Bijdrage leveren aan de kwaliteit van spirituele zorg
- Bijdrage leveren aan deskundigheidsbevordering met betrekking tot spirituele zorg