

# Zingeving in het contact tussen huisarts en patiënt

Aangeboden aan:

Dr. J.Z.T. Pieper

Dr. N.M. Hijweege

**Departement religiewetenschap en theologie**

**Universiteit Utrecht**

André Kloosterman

3456439

Oktober 2012

## Inhoud

1.	Inleiding .....	4
1.1	Vraagstelling .....	6
1.2	Doelstelling .....	6
1.3	Methode van onderzoek .....	6
1.4	Hoofdstuk indeling .....	8
2.	Zingeving en zingevingsvragen .....	9
2.1	Zingeving .....	9
2.2	Zingevingsvragen .....	13
2.2.1	Zingevingsvragen vanuit de existentiële psychologie .....	13
2.2.2	Zingevingsvragen vanuit de cognitieve psychologie .....	15
2.2.3	Hoe worden zingevingsvragen herkend? .....	19
2.3	Conclusie en consequenties voor het onderzoek .....	20
3	Contact tussen huisarts en patiënt .....	23
3.1	Het medisch consult .....	23
3.2	Ziektemodellen .....	25
3.3	Spiritualiteit in het contact tussen huisarts en patiënt .....	27
3.5	Conclusie en consequenties voor het onderzoek .....	33
4.	Empirisch onderzoek .....	36
4.1	Constructie interviewschema .....	36
4.1.1	Werksituatie van de huisarts .....	37
4.1.2	De persoon van de huisarts .....	38
4.1.3	Waarnemen van zingevingsvragen .....	38
4.1.4	Omgaan met zingevingsvragen .....	41
4.1.5	Afsluiting .....	42
4.2	Uitvoering van het onderzoek .....	42
4.3	Analyse van de gegevens .....	43
4.4	Resultaten van het onderzoek .....	48
4.4.1	Werksituatie huisarts .....	48
4.4.2	De persoon van de huisarts .....	49
4.4.3	Waarnemen van zingevingsvragen .....	50
4.4.4	Omgaan met zingevingsvragen .....	54
4.4.5	Evaluatie van de mogelijkheden .....	58
5.	Conclusie, discussie en aanbevelingen .....	62
5.1	Conclusie .....	62
5.1.1	Werksituatie en persoon van de huisarts .....	62
5.1.2	Welke zingevingsvragen nemen huisartsen waar? .....	63
5.1.3	Hoe gaan ze met deze zingevingsvragen om? .....	69

5.1.4 Hoe evalueren zij hun mogelijkheden op dit gebied.....	74
5.2.1 Reflectie op het onderzoek .....	77
5.2.2 Reflectie op de onderzoeksresultaten .....	77
5.2.3 Verbeterpunten voor een volgend onderzoek.....	80
5.3 Aanbevelingen.....	81
Literatuur.....	86
Bijlage I Interviewschema voor het onderzoek ‘zingevingsvragen in het contact tussen arts en patiënt’ .....	88
Bijlage II Interviewschema uit de scriptie ‘Wordt geestelijke verzorging onderdeel van de eerste lijn?’ .....	91
Bijlage III Voorbeeld analyse .....	92
Waarnemen.....	92
Definitie .....	92
Relatie zingevingsvragen en geloof/levensbeschouwing.....	92
Herkennen.....	92
Zingevingsvragen uit het gebied leven.....	92
Zingevingsvragen uit het gebied dood .....	92
Zingevingsvragen uit het gebied heelheid .....	92
D krijgt geen vragen naar aanleiding van mooie gebeurtenissen in het leven. Hij krijgt wel indirecte signalen. D zegt hierover:.....	92
Zingevingsvragen uit het gebied gebrokenheid .....	92
Omgaan .....	92
Belang van omgaan .....	92
Omgaan wat .....	93
Omgaan hoe .....	93
Samenwerking.....	93
Samenwerking met GV.....	93
Belemmerende patiënt factoren.....	93
Belemmerende contextuele factoren .....	94
Faciliterende arts factoren .....	94
Faciliterende contextuele factoren .....	94
Samenwerking evaluatie .....	94
Opleidingsbehoefte .....	94

## 1. Inleiding

In Nederland is geestelijke verzorging geborgd in de *Kwaliteitswet Zorginstellingen* die op 1 april 1996 in werking is getreden. In artikel 3 staat verwoord:

*“Voor zover het betreft zorgverlening die verblijf van de patiënt of cliënt in de instelling gedurende ten minste het etmaal met zich brengt, draagt de zorgaanbieder er tevens zorg voor dat in de instelling geestelijke verzorging beschikbaar is, die zoveel mogelijk aansluit bij de godsdienst of levensovertuiging van de patiënten of cliënten.”<sup>1</sup>.*

Hiermee is geestelijke verzorging één van de basisvoorwaarden van kwalitatief goede zorgverlening geworden. Hierbij moet aangetekend worden dat het hier gaat om instellingen. Bij instellingen moeten we denken aan psychiatrische ziekenhuizen, revalidatiecentra, verpleeg- en verzorgingshuizen en algemene ziekenhuizen<sup>2</sup>.

Buiten dat geestelijke verzorging een recht is, wordt het volgens de Vereniging van Geestelijk Verzorgeren in Zorginstellingen (VGVZ) ook gezien als noodzaak. Het huidige zorgconcept is dat van een totale en geïntegreerde zorg. Bij dit zorgconcept gaat het niet alleen om medisch-technisch en verpleegkundig handelen, maar is er ook aandacht voor het psychische, sociale en spirituele domein. Aandacht voor het laatste domein wordt binnen een instelling mogelijk gemaakt door geestelijk verzorgers. Deze geestelijk verzorgers werken temidden van andere diensten en afdelingen van de instelling<sup>3</sup>.

Als het bij het zorgconcept niet alleen maar om medisch-technisch handelen gaat, maar er ook aandacht dient te zijn voor het psychische, sociale en spirituele domein, dan roept dit de vraag op of dit alleen geldt voor een verblijf in een zorginstelling. Hoeft er geen aandacht meer te zijn voor het psychische, sociale en spirituele domein van een patiënt die het ziekenhuis verlaat om verder thuis te herstellen? Hoe zit het met de chronisch zieke of terminale patiënt die weer naar huis gaat? Hoe is dit voor de patiënt die alleen maar door de huisarts wordt behandeld?

---

<sup>1</sup> VGVZ, *Beroepsstandaard*, p 8, te downloaden op: [www.vgvz.nl](http://www.vgvz.nl) (12 juli 2012)

<sup>2</sup> [www.vgvz.nl](http://www.vgvz.nl) (11 september 2012)

<sup>3</sup> [www.vgvz.nl](http://www.vgvz.nl) (12 juli 2012)

In de kwaliteitswet staat vermeld dat de instelling geestelijke verzorging moet bieden die zoveel mogelijk aansluit bij de godsdienst of levensovertuiging van de patiënt of cliënt<sup>4</sup>. Dit betekent voor geestelijk verzorgers dat zij in de instelling algemene en specifieke geestelijke verzorging bieden. Met specifieke geestelijke verzorging wordt bedoeld op de denominatie van de patiënt afgestemd.

Een voorbeeld: een geestelijk verzorger met een zending vanuit de Protestantse Kerk Nederland (PKN) heeft hetzelfde levensbeschouwelijk referentiekader als een patiënt die ook bij deze kerk is aangesloten. Tijdens een gesprek kan uit dit gedeelde referentiekader gezocht worden naar wat steun of troost biedt.

Bij algemene geestelijke verzorging spreekt dezelfde geestelijk verzorger met een 'ietsist' over wat het voor deze patiënt betekent om in het ziekenhuis te liggen. Zij hebben geen gedeeld referentiekader en daarom zullen zij samen moeten zoeken naar de verschillende mogelijkheden voor steun en troost die er zijn. Maar waar kan deze patiënt terecht voor geestelijke verzorging als deze persoon niet meer in het ziekenhuis ligt? Is er voor deze patiënt ook extramurale geestelijke verzorging aanwezig?

De kwaliteitswet heeft bij mij vragen opgeroepen over extramurale geestelijke verzorging in de volle breedte. De hierboven genoemde vragen gelden voor patiënten of ze nu niet meer ziek zijn, herstellende zijn, chronisch ziek zijn of in de palliatieve fase zijn. Ze gelden ook ongeacht of ze buiten de instelling wel of niet behandeld worden en ongeacht door wie ze (fysiotherapeut, huisarts, psycholoog enz.) behandeld worden. Naar aanleiding van de presentatie van de onderzoeksresultaten van het vooronderzoek 'Zingeving in het contact tussen arts en patiënt' is mijn aandacht zich gaan richten op de huisarts.

In de periode 2006/2007 is er gestart met een vooronderzoek 'Zingeving in het contact tussen arts en patiënt'. In dit vooronderzoek stond de vraag centraal: Op welke manier gaan medisch specialisten om met zingevingaspecten van ziekte en hospitalisatie en hoe evalueren zij hun mogelijkheden op dit gebied? Doel van dat onderzoek was om te komen tot verbetering van de kwaliteit van zorgverlening, met als bijzonder aandachtspunt het verbeteren van de contacten tussen het medisch personeel en de dienst geestelijke verzorging.

Bij de presentatie van de onderzoeksresultaten kwamen bij mij verschillende vragen op. Hoe zit dit eigenlijk met huisartsen? Hoe gaan zij om met zingevingsvragen bij ziekte? Maar ook, hoe gaan zij om

---

<sup>4</sup> Beroepsstandaard, p 8

met zingevingsvragen bij overlijden, echtscheiding, verlies van een baan enzovoort. Hoe evalueren zij hun mogelijkheden op dit gebied?

Hierbij kwam nog een andere gedachte op. Op basis van de kwaliteitswet is geestelijke verzorging tot een basisvoorwaarde van kwalitatief goede zorgverlening binnen instellingen geworden, uitgevoerd door geestelijk verzorgers. Is er voor 'huisartspatiënten' toereikende geestelijke verzorging beschikbaar? Binnen de huisartsenpraktijk zijn, voor zo ver mij bekend, geen geestelijk verzorgers werkzaam. Is de huisarts zelf in staat geestelijke verzorging te verlenen? Zijn er contacten met vrijgevestigde geestelijk verzorgers? Zijn er contacten met andere beroepsgroepen? Al deze vragen hebben uiteindelijk geleid tot dit onderzoek.

## 1.1 Vraagstelling

Om te onderzoeken hoe huisartsen met zingevingsvragen omgaan heb ik de volgende vraag centraal gesteld: 'Op welke manier gaan huisartsen om met zingevingsvragen in het contact met patiënten en hoe evalueren zij hun mogelijkheden op dit gebied?' Om deze vraag te kunnen beantwoorden heb ik de volgende deelvragen geformuleerd:

1. Welke zingevingsvragen nemen huisartsen waar?
2. Hoe gaan ze met deze zingevingsvragen om?
3. Hoe evalueren huisartsen hun mogelijkheden op dit gebied?

Met de laatste vraag wordt beoogd de belemmerende en faciliterende factoren in het waarnemen van en het omgaan met zingevingsvragen in kaart te brengen.

## 1.2 Doelstelling

De doelstelling van dit onderzoek is om een bijdrage te leveren aan de verbetering van de kwaliteit van het zorgaanbod vanuit de eerstelijnszorg<sup>5</sup>. Dit wordt gedaan door vanuit dit onderzoek tot aanbevelingen te komen voor het handelen in de eerstelijnszorg met betrekking tot zingevingsvragen. Dit kan leiden tot verbetering van de kwaliteit van het zorgaanbod vanuit de eerstelijnszorg. Tevens zou dit onderzoek contacten tussen professionals werkzaam in de eerstelijnszorg en geestelijk verzorgers kunnen bevorderen.

## 1.3 Methode van onderzoek

Aangezien er nauwelijks onderzoek is gedaan naar de vraag 'Op welke manier gaan huisartsen om met zingevingsvragen in het contact met patiënten en hoe evalueren zij hun mogelijkheden op dit

---

<sup>5</sup> Bij eerstelijnszorg gaat het om het eerste aanspreekpunt voor mensen die zorg nodig hebben. Zorgverleners in de eerstelijnszorg zijn bijvoorbeeld de huisarts, de tandarts enzovoort.

gebied?' kies ik voor een kwalitatief onderzoek. De belangrijkste reden om voor dit type onderzoek te kiezen is, dat het verzamelen van gegevens open en flexibel is. Dit geeft zo veel mogelijk ruimte voor onvoorziene informatie<sup>6</sup>.

Voor het verzamelen van kwalitatieve gegevens kunnen diverse methoden worden gebruikt, zoals participerende observatie, het laten schrijven van rapporten, het open interview enzovoort<sup>7</sup>. Voor dit onderzoek zal de methode van een half gestructureerd interview worden gebruikt. Half gestructureerd, omdat het enerzijds de ruimte biedt aan het verzamelen van onvoorziene informatie en anderzijds wordt gevraagd naar onderwerpen die vanuit de literatuur relevant worden geacht. De interviews worden afgenomen bij vier huisartsen. De interviews worden volledig opgenomen en uitgetypt. Daarna worden de verzamelde gegevens verwerkt. Eerst worden de gegevens per geïnterviewde geanalyseerd, vervolgens worden de gegevens geïnterpreteerd en tenslotte worden de interpretaties van de vier artsen vergeleken en wordt de onderzoeksvraag beantwoord.

In het eerder genoemde kwalitatieve onderzoek is aan 15 medisch specialisten van het Universitair Medisch Centrum Utrecht gevraagd op welke manier zij omgaan met zingevingsaspecten van ziekte en hospitalisatie en hoe zij hun mogelijkheden evalueren op dit gebied<sup>8</sup>. De uitkomsten van dit vooronderzoek zijn in 2008 gepubliceerd in het Tijdschrift voor Geestelijke Verzorging<sup>9</sup>. Na de afronding van het vooronderzoek is besloten om het onderzoek voort te zetten met een kwantitatief vragenlijstonderzoek. In dit onderzoek wordt onderzocht in hoeverre het waarnemen van en omgaan met zingevingsvragen van de patiënt door de medisch specialist bepaald wordt door de gebeurtenis (aard van de ziekte), de persoon (motivatie en zingevingsbronnen van de specialist) en de context (het universitair medisch centrum). Dit kwantitatieve onderzoek wordt momenteel nog uitgewerkt.

Bovengenoemde onderzoeken verschillen in enige mate van het huidige onderzoek. Ten eerste verschilt de werksituatie van een medisch specialist met die van een huisarts. De medische specialist is, zoals al in de functiebenaming aangegeven, een specialist en de huisarts is een generalist. Ten tweede gaat het om medisch specialisten in een universitair ziekenhuis, die patiënten behandelen die elders uitbehandeld zijn. In het huidige onderzoek zal gekeken worden naar patiënten met somatische en/of psychische klachten die de huisarts bezoeken. Het gaat dan om minder ernstig

---

<sup>6</sup> Smaling, Adri en Hijmans, Ellen, *Kwalitatief onderzoek en levensbeschouwing*, Amsterdam: Boom, 1997, p 13

<sup>7</sup> Smaling, p 13

<sup>8</sup> Hijweege, N.M. en Pieper, J.Z.T., *Zingeving in het contact tussen arts en patiënt*, 2006, p 3

<sup>9</sup> Hijweege, N., Pieper, J., *Zingeving in het contact tussen arts en patiënt*, *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 11, 2008, 28-35

zieke patiënten die door de huisarts behandeld kunnen worden of die doorverwezen moeten worden. De vragenlijst van het kwalitatieve onderzoek is met een paar aanpassingen bruikbaar gemaakt voor het huidige onderzoek.

Het huidige onderzoek zal gehouden worden onder vier huisartsen van vier verschillende gezondheidscentra in Almere. In geen van de gezondheidscentra is een geestelijk verzorger aanwezig. Het is niet bekend of er wordt samengewerkt met vrijgevestigde geestelijk verzorgers.

## **1.4 Hoofdstuk indeling**

De hoofdstuk indeling verloopt als volgt. Hoofdstuk 1 is de inleiding. In hoofdstuk twee behandel ik het begrip zingeingsvragen. In dit hoofdstuk behandel ik wat zingeingsvragen zijn, hoe ze ontstaan, in welke gebieden ze zijn in te delen en hoe ze herkend kunnen worden. In hoofdstuk drie behandel ik zingeingsvragen in het contact tussen huisarts en patiënt. Dit doe ik door te beschrijven hoe het contact tussen de huisarts en de patiënt verloopt tijdens het consult. Vervolgens kijk ik naar drie verschillende ziektemodellen, omdat het ziektemodel dat de arts hanteert, antwoord geeft op vragen als wanneer iemand gezond of ziek is, waardoor iemand ziek is geworden en waar aandacht aan geschonken moet worden als we iemand willen genezen enzovoort. Het ziektemodel is daardoor belangrijk voor het herkennen van en het omgaan met zingeingsvragen. Ik sluit af met het geven van een overzicht over welke taak huisartsen voor zichzelf zien als het gaat over zingeingsvragen en welke belemmerende en faciliterende factoren zij ervaren in het omgaan met zingeingsvragen. Hoofdstuk vier gaat over het empirische onderzoek. In dit hoofdstuk komen aan de orde het interviewschema, de uitvoering van het onderzoek, de analyse van de gegevens en de resultaten van het onderzoek. Hoofdstuk 5 bestaat uit de conclusie, discussie en aanbevelingen.



## 2. Zingeving en zingevingsvragen

De eerste deelvraag van dit onderzoek luidt: Welke zingevingsvragen nemen huisartsen waar? Om deze vraag te kunnen beantwoorden is het van belang om te weten wat zingevingsvragen zijn. Ook is het van belang om te weten hoe zingevingsvragen te herkennen zijn. Wat is het onderscheid zingevingsvragen van 'gewone' vragen?

In dit hoofdstuk zal daarom eerst besproken worden wat zingeving is. Vervolgens zal behandeld worden wat zingevingsvragen zijn, hoe ze ontstaan, hoe ze zijn in te delen en hoe ze te herkennen zijn. In de conclusie wordt beschreven wat dit betekent voor het huidige onderzoek.

### 2.1 Zingeving

Om te kunnen bespreken wat zingevingsvragen zijn, zal eerst verduidelijkt moeten worden wat 'zingeving' is. Vanuit het perspectief van de existentiële psychologie zal zingeving beschreven worden aan de hand van Frankl. Voor de existentiële psychologie is gekozen, omdat hier betekenis geven heel centraal staat en dit in het licht van dit onderzoek het beste aansluit bij zingevingsvragen. Daarna zal zingeving beschreven worden vanuit het perspectief van de cognitieve psychologie. Dat wordt gedaan aan de hand van Van der Lans en Van Zanten. Voor de cognitieve psychologie is gekozen, omdat dit de dominante stroming in de eerstelijnszorg is.

Frankl<sup>10</sup> is de grondlegger van de logotherapie. Hij ontwikkelde de logotherapie als reactie op de psychoanalyse van Freud en de individuele psychologie van Adler<sup>11</sup>. De logotherapie richt zich op de betekenis van het menselijk bestaan en op het streven van de mens om betekenis te geven aan het bestaan. Frankl spreekt in dit verband over wil-tot-betekenis en zet deze 'wil' tegenover de 'wil-tot-lust' van Freud en de 'wil-tot-macht' van Adler<sup>12</sup>.

De logotherapie rust op drie concepten. Het eerste concept is keuzevrijheid. Volgens de logotherapie zijn mensen geen willoze slachtoffers van de omstandigheden, maar hebben zij keuzevrijheid. Mensen hebben de vrijheid binnen de gegeven mogelijkheden, zelf vorm te geven aan het eigen leven.<sup>13</sup>

Het tweede concept is wil-tot-betekenis. Hiermee doelt de logotherapie op het streven van de mens naar het geven van betekenis aan zijn/haar bestaan. Mensen zijn vrij om doelen te verwezenlijken.

---

<sup>10</sup> Frankl, Viktor E., *De zin van het bestaan: een inleiding tot de logotherapie*, Rotterdam: Uitgeversmaatschappij Ad Donker BV, 1995

<sup>11</sup> <http://logotherapy.univie.ac.at/e/logotherapy.html>, 5 juli 2012

<sup>12</sup> Frankl, p123

<sup>13</sup> <http://logotherapy.univie.ac.at/e/logotherapy.html>, 5 juli 2012

De wil-tot-betekenis is volgens de logotherapie de primaire drijfveer van mensen. Als een mens niet tot invulling van de wil-tot-betekenis in het persoonlijke leven komt, dan ervaart men zinloosheid en leegte<sup>14</sup>.

Het derde concept is betekenis in het leven. Volgens de logotherapie is er geen universele betekenis in het leven. Mensen moeten het beste in zichzelf en in de wereld voort brengen. Wat dit beste is bepalen mensen zelf op basis van de situatie waarin ze zich bevinden en de persoon die ze zijn<sup>15</sup>.

Zoals blijkt uit het tweede concept streeft de mens naar het geven van betekenis aan zijn/haar bestaan. Deze betekenis aan zijn/haar bestaan is een primaire behoefte. Wat Frankl hiermee bedoelt is, dat ieder individu streeft naar een levenstaak. Het gaat hierbij om taken of doelen die door het individu als zinvol worden gezien en die in de toekomst moeten worden verwezenlijkt. Deze levenstaak is voor de mens zo belangrijk dat deze er voor wil leven en sterven.

Zoals blijkt uit het derde concept gaat het, bij de betekenis in het leven, niet om een op iedereen toepasbare betekenis. Er is volgens Frankl niet één universele betekenis, maar ieder mens heeft een unieke betekenis. Hiermee bedoelt hij dat ieder mens een eigen roeping, levenstaak of opdracht heeft te vervullen. In het vervolg zal ik in dit verband spreken over levenstaak. Zoals gezegd is de levenstaak volgens Frankl voor ieder mens uniek. Ieder mens is volgens hem ook uniek in het uitvoeren van die levenstaak, want de uitvoering van de levenstaak is afhankelijk van de mogelijkheden die een mens heeft om de taak te vervullen<sup>16</sup>.

Volgens Frankl ontstaat het geven van betekenis aan het leven door de confrontatie met het bestaan. Hiermee bedoelt Frankl dat de mens elke situatie in het leven een betekenis wil geven. Het is niet de situatie die betekenis geeft aan het leven, maar de mens die betekenis toekent aan de situatie. Volgens Frankl legt de mens op deze manier als het ware verantwoording af van diens levenstaak<sup>17</sup>. Frankl geeft hiervan een voorbeeld uit zijn eigen leven. Tijdens zijn verblijf in het concentratiekamp wordt het manuscript van zijn eerste boek door de Duitsers ingenomen<sup>18</sup>. Hij is hier zo kapot van dat hij zich afvraagt 'heeft mijn leven nog zin?' Als hij later zijn kleren moet afstaan en daarvoor in de plaats versleten lommen van een ander krijgt, dan vindt hij in de zak van zijn

---

<sup>14</sup> <http://logotherapy.univie.ac.at/e/logotherapy.html>, 5 juli 2012

<sup>15</sup> <http://logotherapy.univie.ac.at/e/logotherapy.html>, 23 juli 2012

<sup>16</sup> Frankl, p136

<sup>17</sup> Frankl, p136-137

<sup>18</sup> Het gaat hier om de eerste versie van het boek waarvan de Engelse vertaling in 1955 werd uitgegeven door Alfred A. Knopf, New York, onder de titel *The Doctor and the soul: An introduction to Logotherapy*.

'nieuwe' jas een bladzijde uit een Hebreeuws gebedenboek. Hij interpreteert deze vondst als een uitdaging om zijn denkbeelden te beleven in plaats van op papier te zetten<sup>19</sup>.

De betekenis van het leven moet volgens Frankl ontdekt worden. Dit kan volgens hem op drie manieren. Ten eerste door het stellen van een daad. Hiermee bedoelt Frankl dat wij een prestatie leveren of succesvol zijn<sup>20</sup>. Als tweede manier zegt Frankl dat de levensbetekenis te ontdekken valt door een bepaalde waarde te ondergaan. Bijvoorbeeld het ervaren van de liefde. Door liefde kan een mens doordringen in het innerlijk van een ander mens. Hierdoor leer je iemand echt kennen. Door het liefhebben van een ander mens, kun je die ander in staat stellen om potentiële mogelijkheden te verwezenlijken door de ander bewust te maken van wat die persoon kan zijn en kan worden. De laatste mogelijkheid om de zin van het leven te ontdekken is door middel van lijden. In deze situatie is het belangrijk dat iemand zich de betekenis van dat lijden realiseert. Dit biedt namelijk de mogelijkheid tot het aanvaarden van lijden. Het biedt zelfs de mogelijkheid tot een positieve ervaring. Het bovenstaande voorbeeld over het kwijtraken van het manuscript laat zien wat Frankl met een positieve ervaring bedoelt<sup>21</sup>.

Van der Lans<sup>22</sup> opent vanuit de cognitieve psychologie een ander perspectief op zingeving. Zingeving is volgens Van der Lans een complexe psychische toestand die uit de volgende drie elementen is opgebouwd:

1. Zingeving zorgt voor herkenning en een gevoel van vertrouwdheid en geeft daardoor een besef van controle. Deze controle is het resultaat van herkennen en begrijpen. Het gaat hierbij niet alleen om het herkennen van de wereld om ons heen, maar ook om onze binnenwereld zoals dromen, fantasieën, stemmingen en ongewone lichaamsbelevingen. Zingeving geeft het gevoel onderdeel te zijn van een groter geheel. Niet alleen in relatie tot de medemens, maar ook in relatie tot de materiële omgeving.
2. Iets is voor ons zinvol zolang het te maken heeft met wat wij voor ons zelf als levensproject zien. Het levensproject is het antwoord op de vraag: Wat maakt voor u het leven de moeite waard? Situaties die aansluiten bij het levensproject worden als het meest zinvol beleefd.
3. Zingeving heeft met een vitaal lust- of geluksgevoel te maken. Als wij aan onze activiteiten zin kunnen geven, dan geeft dit een vitale vreugde in wat we doen. Dit is belangrijk, want als wij deze vreugde niet meer ervaren, dan wordt het leven een last<sup>23</sup>.

---

<sup>19</sup> Frankl, p138-143

<sup>20</sup> Frankl, p138

<sup>21</sup> Frankl, p138-143

<sup>22</sup> Lans van der, Jan, *Zingeving en levensbeschouwing een psychologische begripsverkenning*, in: Eijkman, F. (red), *Weer zin leren*, Best: Uitgeverij Damon BV, 1992, p 7-19

Van der Lans ziet zingeving als het resultaat van een aantal psychische processen waarin twee taken worden uitgevoerd met betrekking tot een voor het individu relevante situatie, namelijk: een oriënterende (begrijp ik het?, heb ik er een verklaring voor?) en een evaluerende (wat is de waarde?, kan ik het aan?). Als deze taken probleemloos verlopen, wordt de situatie als zinvol ervaren. De taken verlopen probleemloos wanneer het individu de situatie begrijpt en deze aan kan. Wanneer de uitvoering van de oriënterende en evaluerende taken problemen geeft, ontstaan zingevingsvragen. Hier wordt in de volgende paragraaf verder op in gegaan.

Op basis van het voorafgaande komt Van der Lans tot de volgende definitie van zingeving: *'Zingeving verwijst naar het complex van cognitieve en evaluatieve processen, die bij het individu plaatsvinden bij diens interactie met de omgeving en die resulteren in motivationele betrokkenheid en psychisch welbevinden'*<sup>24</sup>.

De elementen die Van der Lans noemt, komen ook terug bij Van Zanten<sup>25</sup>. Zij ziet in het woord 'zin' drie verschillende betekenissen, namelijk 'ik heb zin in', 'het heeft zin dat' en 'ik geef zin aan'<sup>26</sup>.

Met 'ik heb zin in' wordt een lustgevoel weergegeven<sup>27</sup>. Dit komt overeen met het derde punt van Van der Lans. Hierin zegt hij namelijk dat het vreugde geeft (in wat we doen) wanneer wij zin aan onze activiteiten kunnen geven.

Met 'het heeft zin dat', wordt betekenis uitgedrukt. Bijvoorbeeld: het heeft zin dat ik opruim, anders wordt het een rommel<sup>28</sup>. Dit komt overeen met het eerste punt van Van der Lans. Doordat er zin wordt gegeven aan het opruimen van de rommel ontstaat er herkennen en begrip over waarom iets wordt gedaan. Dit geeft een gevoel van controle.

Met 'ik geef zin aan', wordt een bedoeling, doel of bestemming uitgedrukt. Het heeft zin, omdat we hopen een doel te bereiken dat we voor ogen hebben<sup>29</sup>. Bijvoorbeeld: Stel dat mijn doel huisarts worden is. Ik heb geen zin om te studeren, maar de studie is nodig om huisarts te worden. Studeren heeft dus zin om mijn doel te bereiken. Dit komt overeen met het tweede punt van Van der Lans, waarin hij zegt dat iets voor ons zinvol is zolang het te maken heeft met wat wij als ons levensproject (=doel) zien.

Deze drie verschillende betekenissen van het woord zin vormen de bril waardoor wij naar de wereld

---

<sup>23</sup> Lans, p 9

<sup>24</sup> Lans, p 12

<sup>25</sup> Zanten van-van Hattum, M.. *Leren omgaan met zingevingsvragen*, Baarn: Ambo 1994

<sup>26</sup> Zanten, p 20

<sup>27</sup> Zanten, p 20

<sup>28</sup> Zanten, p 20

<sup>29</sup> Zanten, p 20

kijken. Deze bril bepaalt, hoe ik zin heb *in* mijn leven, zin geef *aan* mijn leven en wat ik ervaar als de zin *van* mijn leven.

Zingeving is voor Frankl het streven van de mens naar het geven van betekenis aan het bestaan (wil-tot-betekenis). Bij de betekenis van het bestaan gaat het om een persoonlijke roeping, levenstaak of opdracht die iemand heeft te vervullen. Mensen hebben volgens Frankl de keuzevrijheid om deze persoonlijke roeping, levenstaak of opdracht zelf vorm te geven. Zingeving ontstaat volgens Frankl in confrontatie met het bestaan en is gericht op de levenstaak van de individuele mens, het is iets dat ontdekt moet worden. Dit kan door het stellen van een daad. Het ondergaan van een bepaalde waarde (liefde) en door geconfronteerd te worden met lijden. Voor Van der Lans is zingeving een complex van psychische processen waarin een oriënterende en een evaluerende taak wordt uitgevoerd met betrekking tot een voor het individu relevante situatie.

Zingeving is volgens de existentiële en cognitieve psychologie belangrijk, omdat het leidt tot motivationele betrokkenheid en psychisch welbevinden. Bij motivationele betrokkenheid doelen beide op het antwoord op de vraag: Wat maakt het leven de moeite waard. Bij psychisch welbevinden doelen beide op een vitale vreugde in wat wij doen. Van der Lans noemt daarnaast nog dat zingeving een gevoel van controle geeft en daardoor bijdraagt aan psychisch welbevinden.

## 2.2 Zingevingsvragen

In de vorige paragraaf is beschreven hoe er vanuit de existentiële en de cognitieve psychologie over zingeving wordt gedacht. In deze paragraaf zal stil worden gestaan bij zingevingsvragen. Dit doe ik door te beschrijven wat vanuit de existentiële (Frankl, Yalom) en de cognitieve psychologie (van Zanten, van der Lans) zingevingsvragen zijn en hoe ze ontstaan en in welke gebieden ze zijn onder te verdelen.

### 2.2.1 Zingevingsvragen vanuit de existentiële psychologie

Volgens Frankl kan de wil-tot-betekenis, oftewel zingeving, gefrustreerd worden waardoor zingevingsvragen ontstaan. Hij heeft het dan over 'existentiële frustratie'. De term 'existentieel' kan volgens hem op drie verschillende manieren worden gebruikt. Ten eerste met betrekking tot het bestaan zelf, dat wil zeggen tot de specifieke menselijke wijze van bestaan. Ten tweede als de betekenis of de zin van het bestaan. Ten derde als het streven naar zingeving. Op al deze drie manieren kan de zingeving gefrustreerd worden en kunnen zingevingsvragen ontstaan<sup>30</sup>.

Wanneer existentiële frustratie ontstaat bij het streven naar zingeving (manier 3) kan een neurose ontstaan. Frankl noemt dit 'noögenische neurosen'. Hij spreekt over noögenische neurosen, omdat

---

<sup>30</sup> Frankl, p126

ze ontstaan vanuit de geestelijke dimensie van het menselijke bestaan. Ze ontstaan als iemand niet in staat is zin te geven aan het eigen bestaan<sup>31</sup>. Voorbeelden van zingeingsvragen die hierdoor kunnen ontstaan zijn: iemand is niet tevreden met zijn werk en worstelt daardoor met de zin van zijn leven en/of gaat op zoek naar een nieuw perspectief.

De volgende existentiële frustratie die Frankl noemt is wanneer in de betekenis of de zin van het bestaan frustratie opgesloten zit (manier 2). Frankl noemt dit Noö-dynamiek. Hiermee bedoelt hij dat mensen spanning ervaren tussen wat ze hebben bereikt en nog willen bereiken en tussen wat ze zijn en wat ze nog moeten worden. Deze spanning hebben mensen nodig om een waardevol doel te bereiken. Naar aanleiding van deze ervaren frustratie kunnen mensen op zoek gaan naar bronnen van kracht.

De laatste vorm van existentiële frustratie kan ontstaan, omdat in het bestaan zelf frustratie opgesloten zit. Frankl noemt dit existentieel vacuüm. Dit kan ontstaan wanneer mensen niet meer weten wat ze willen en/of moeten kiezen. Men gaat zich dan gedragen zoals anderen zich gedragen of doen wat anderen van hen verlangen. Het gevolg hiervan is dat mensen het leven niet meer ervaren als zinvol, met als gevolg verveling, met als mogelijke gevolgen alcoholisme, verlangen naar geld enzovoort. De wil-tot-betekenis wordt vervangen door de wil-tot-lust (alcohol, geld)<sup>32</sup>. Een voorbeeld van een zingeingsvraag die hierdoor kan ontstaan is: wat is de zin van mijn leven?

Yalom heeft het gedachtengoed van Frankl op het gebied van zingeingsvragen verder aangevuld. Hij richt zich op het ontstaan van zingeingsvragen. Deze vragen ontstaan volgens hem door een confrontatie met het 'gegeven' van de existentie. Bij het 'gegeven' van de existentie gaat het volgens Yalom om vier gebieden. Het eerste gebied is zinloosheid. Volgens Yalom zijn wij mensen, betekenis zoekende wezens die de pech hebben te leven in een wereld die in zichzelf geen betekenis heeft. Eén van onze belangrijkste taken is daarom het vinden van een levensdoel dat het leven de moeite waard maakt. Dit levensdoel is niet iets dat wij zelf scheppen, maar iets dat wij al zoekende ontdekken. Als gevolg van dit zoeken belanden we regelmatig in een crisis. Een crisis met bijvoorbeeld zingeingsvragen als: Waarom leef ik? Met welk doel leef ik? Waarom voel ik mij zo leeg?<sup>33</sup>.

Het tweede gebied is: Isolement. Yalom onderscheidt drie vormen van isolement, namelijk het intrapsychische-, het interpersoonlijke- en het existentiële isolement. Het intrapsychisch isolement verwijst naar een scheiding van jezelf<sup>34</sup>. Mensen met een beginnende dementie kunnen dit ervaren. Zij merken dat ze dement worden en kunnen er niets aan doen. Gevolg is vaak woede, omdat

---

<sup>31</sup> Frankl. P 126-127

<sup>32</sup> Frankl, p 132-135

<sup>33</sup> Irvin Yalom, *Speech, as delivered at the American Psychiatric Association annual meeting in May 2000 at New Orleans*, <http://www.yalom.com/pagemaker.php?nav=lec&subframe=pfister> (25 juni 2012)

<sup>34</sup> Yalom

mensen een gevoel van onbehagen ervaren met als mogelijke zingevingsvraag het verlies van autonomie. Bij een interpersoonlijk isolement wordt eenzaamheid ervaren<sup>35</sup>. Dit kan doordat de partner is overleden, met als mogelijk gevolg dat men op zoek gaat naar een nieuw perspectief of worstelt met levenskwaliteit. Het existentiële isolement verwijst naar een onoverbrugbare kloof tussen een persoon en zijn omgeving, een scheiding tussen jezelf en de wereld. Dit wordt het sterkst ervaren door mensen die sterven. In de confrontatie met de dood, beseft men dat men alleen geboren is en ook alleen zal sterven. Dit is de meest eenzame ervaring van de mens<sup>36</sup>, die kan leiden tot zingevingsvragen als: Is er leven na de dood? Wat is dood? Is er een hemel of hel?

Het derde gebied is de Dood. De dood is een dreiging die ons hele leven lang aanwezig is. De confrontatie met de dood leidt vaak tot een verandering van perspectief. Zaken die voorheen belangrijk waren worden ineens onbelangrijk en andersom<sup>37</sup>. Door de confrontatie met de dood kunnen mensen nieuwe positieve ervaringen opdoen. Relaties krijgen bijvoorbeeld meer diepgang. Mensen gaan bewuster en intensiever leven enzovoort.

Het laatste gebied is vrijheid. Met vrijheid bedoelt Yalom dat wij verantwoordelijk zijn voor onszelf. We moeten zelf ons leven vorm geven. Hier is niet aan te ontkomen. Als iemand gaat beseffen dat hij of zij er alleen voor staat en dat er niemand is die voor je zorgt, kan dit angst tot gevolg hebben<sup>38</sup>.

Een zingevingsvraag die hieruit kan voortkomen is: Is er een diepere werkelijkheid bij wie ik kan aankloppen?

Samengevat kan worden gezegd dat volgens de existentiële psychologie zingevingsvragen ontstaan wanneer de zingeving wordt verstoord. De vragen ontstaan volgens Frankl door existentiële frustratie. Yalom heeft dit aangevuld door het benoemen van vier concerns: zinloosheid, isolement, dood en vrijheid. In de volgende paragraaf zal besproken worden wat de cognitieve psychologie zegt over het ontstaan van zingevingsvragen en wat zingevingsvragen volgens hen zijn.

### **2.2.2 Zingevingsvragen vanuit de cognitieve psychologie**

Van Zanten maakt een onderscheid tussen 'vraag-vragen' en zingevingsvragen. 'Vraag-vragen zijn volgens haar vragen die als vraag bedoeld zijn. Bijvoorbeeld vragen om informatie zoals 'Is er vanavond bezoeker?' of vragen om een verklaring: 'Hoe komt het dat mijn benen verlamd zijn?' Zo kunnen 'vraag-vragen' gesteld worden die vragen om uitleg, een oplossing, toestemming of om hulp. Naast deze vragen zijn er zingevingsvragen. Dit zijn vragen waarbij gezocht wordt naar de diepere betekenis van iets. Er zijn niet altijd antwoorden op deze vragen. Het kan gaan om noodkreten,

---

<sup>35</sup> Yalom

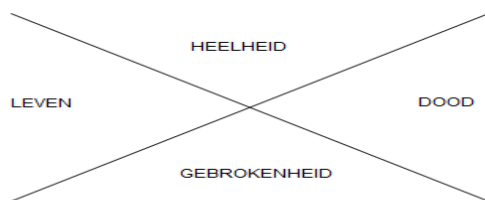
<sup>36</sup> Yalom

<sup>37</sup> Yalom

<sup>38</sup> Yalom

uitingen van zorg of uitingen van vreugde. Zingevingsvragen zijn vragen als: Wie ben ik, waar kom ik vandaan, waar leef ik voor, wat is mijn taak in dit leven, waar ben ik naar onderweg en hoe moet ik omgaan met zaken als dood, lijden, schuld en met dat wat er voor mij al was en dat wat er na mij nog zal zijn<sup>39</sup>.

Volgens Van Zanten hangen zingevingsvragen samen met een viertal gebieden, namelijk leven, dood, heelheid en gebrokenheid. Op het kruispunt van de vier gebieden kunnen zingevingsvragen ontstaan. Zie het onderstaande schema<sup>40</sup>:



Bij zingevingsvragen aangaande het Leven is er een onderscheid te maken tussen verleden, heden en toekomst. Aangaande het verleden gaat het om vragen naar de oorsprong. Dit kunnen vragen zijn als: 'Wie ben ik?' en 'Is het goed dat ik er ben?' enzovoort<sup>41</sup>. Bij zingevingsvragen aangaande het heden, gaat het om vragen betreffende het hier en nu. Dit kunnen vragen zijn als: 'Bij wie hoor ik?' en vragen naar de orde en de regelmaat in het leven en de vraag of het leven voorspelbaar of willekeurig is enzovoort. Mensen hebben behoefte aan structuur en zoeken naar een evenwichtige verdeling. Het gaat om een evenwichtige verdeling tussen arm en rijk, voorspoed en tegenspoed, tussen werk en beloning. Als het evenwicht zoek is en bijvoorbeeld tegenspoed steeds dezelfde mensen treft, dan ervaren wij dat als niet eerlijk en wordt gezocht naar een verklaring zoals 'eigen schuld' of 'het is de wil van God', zodat het te verdragen is<sup>42</sup>.

Bij vragen betreffende de toekomst, gaat het om richting of een doel dat in de toekomst ligt. Dit helpt om teleurstellingen te overwinnen en tegenslagen te verwerken. Bijvoorbeeld een ernstig zieke oma die het huwelijk van haar kleindochter wil meemaken, zal misschien nog blijven leven tot de betreffende huwelijksdag, maar zal waarschijnlijk daarna snel sterven. Als doelen zijn gehaald, kunnen mensen meestal rustig sterven. Als doelen onhaalbaar blijken of wegvallen, kan daarmee ook de zin van het leven wegvallen<sup>43</sup>.

---

<sup>39</sup> Zanten, p 19-21

<sup>40</sup> Zanten, p 21

<sup>41</sup> Zanten, p 21-22

<sup>42</sup> Zanten, p 22

<sup>43</sup> Zanten, p 22



Bij zingevingsvragen aangaande de Dood gaat het om vragen als: 'Wat is dood?' en 'Hoe dood ben je dan?' De dood roept vaak angst op, maar wordt soms ook als een oplossing voor alle problemen gezien. Het roept vragen op als: 'Is er leven na de dood?' 'Is er een hemel of hel?' 'Is er sprake van reïncarnatie?' enzovoort. De dood roept ook vragen op naar de zin van het leven. Bijvoorbeeld: Wat is de zin van het leven van een baby als die toch snel sterft? Maar ook: Stel dat ik nu dood ga, is mijn leven dan zinvol geweest?<sup>44</sup>

Bij zingevingsvragen aangaande Gebrokenheid gaat het om vragen naar de oorzaak en de zin van gebrokenheid. Schuld wordt vaak gezien als oorzaak van het lijden. Dit heeft te maken met het beeld dat wij hebben van hoe de wereld eruit hoort te zien. Als dit beeld in duigen valt, dan kan dat een schuldgevoel oproepen. Dit schuldgevoel is onder te verdelen in twee verschillende soorten, reële schuld en existentiële schuld. Bij reële schuld gaat het om situaties waarin je iemand bedrogen, gekwetst, misleid of opzettelijk pijn hebt gedaan. Je bent dan schuldig en het is van belang om het weer goed te maken, door de omvang van de schuld vast te stellen en hiervoor genoegdoening te geven. Dit kan door het aanbieden van excuses, het betalen van een geldbedrag enzovoort. Bij existentiële schuld gaat het om situaties waar je niets aan kunt doen, maar door je betrokkenheid voel je je wel schuldig. Bijvoorbeeld als iemand zich voor de trein gooit en om het leven komt. Hier kun je als machinist niets aan doen, maar je kunt je er wel schuldig over voelen. Het kan ook gaan om falen waar je niets aan kunt doen. Bijvoorbeeld: Je hebt twee kinderen waar er één van in het ziekenhuis ligt. Je kunt niet op twee plaatsen tegelijk zijn en dit kan een schuldgevoel geven. Een belangrijke vraag bij existentiële schuld is: Heb ik er schuld aan of ging het buiten mij om?<sup>45</sup>

Gebrokenheid roept tevens zingevingsvragen op naar de zin van de gebrokenheid. Gebrokenheid lijkt draaglijker wanneer we de zin ervan kunnen inzien of er zin aan kunnen geven. Of dit laatste lukt, is afhankelijk van de persoon in kwestie<sup>46</sup>.

Bij zingevingsvragen aangaande Heelheid gaat het om zingevingsvragen die ontstaan als je je bewust bent van je eigen kleinheid, beperktheid of eindigheid zonder dat het angst oproept. Ze kunnen ontstaan bij overweldigende gebeurtenissen zoals de geboorte van een kind, het zien van een schilderij, het horen van muziek of als je kijkt naar de natuur. Tijdens dit soort ervaringen kunnen er vragen ontstaan als: 'Waar was ik toen ik er nog niet was?' en 'Waar ben ik als ik niet meer hier ben?'

<sup>47</sup>

Samengevat kan worden gezegd dat volgens Van Zanten zingevingsvragen vragen zijn waarmee iemand zoekt naar de diepere betekenis van iets. Deze vragen ontstaan volgens haar op het

---

<sup>44</sup> Zanten, p 23-24

<sup>45</sup> Zanten, p 25-26

<sup>46</sup> Zanten, p 26

<sup>47</sup> Zanten, p 27-28

kruispunt van Leven, Dood, Heelheid en Gebrokenheid. De zingevingsvragen zijn onder te verdelen in de gebieden Leven, Dood, Heelheid en Gebrokenheid.

Volgens Van der Lans zijn mensen zich niet bewust van zingeving. Zingevingsvragen ontstaan volgens hem wanneer de onbewuste zingeving stagneert. Zoals eerder besproken gebeurt dit wanneer de uitvoering van de oriënterende en evaluerende taken problematisch verloopt of wanneer er problemen ontstaan bij het uitvoeren van de oriënterende en evaluerende taken. Er zijn volgens Van der Lans drie soorten omstandigheden waarin zingeving kan stagneren en mensen zingevingsvragen gaan stellen. De eerste omstandigheid is wanneer mensen het gevoel hebben dat iets niet langer door kan gaan en er verandering nodig is. Ze kunnen dan zingevingsvragen gaan stellen als: 'Heeft dit werk nog wel zin?', 'Heeft het nog wel zin om met deze relatie door te gaan?' enzovoort. Deze vragen ontstaan pas als het gevoel van 'zo kan het niet langer doorgaan' gepaard gaat met het gevoel dat het ten koste gaat van ons 'zelf' met zijn idealen en waarden<sup>48</sup>.

De tweede omstandigheid is een gevoel van leegte. Alles kan op rolletjes lopen en toch kan er een besef komen dat diepere behoeften onbevredigd blijven. Er kan een gevoel ontstaan van 'is dit alles?'. Of iets wel of niet zinvol is, wordt bepaald door het wel of niet passend zijn in het ideaalbeeld dat we over ons 'zelf' ontwikkeld hebben. Dit ideaalbeeld is het antwoord op de vraag: 'Wat maakt voor mij het leven de moeite waard?' Het antwoord op deze vraag geeft aan wat de centrale waarde van de persoon in kwestie is<sup>49</sup>. Omstandigheden die de centrale waarde bevestigen, worden als zinvol gezien. Omstandigheden die ten koste gaan van de centrale waarde kunnen leiden tot een gevoel van leegte<sup>50</sup>.

De derde omstandigheid is wanneer mensen door een catastrofale levenservaring (ziekte, kind overlijdt) worden getroffen. Hieruit kunnen zingevingsvragen ontstaan als: 'Waarom gebeurt mij dit?'; 'Hoe moet het verder?'<sup>51</sup>

Samengevat kan worden gezegd dat zingevingsvragen volgens Van der Lans vragen zijn die ontstaan wanneer het onbewuste proces van zingeving stagneert. Zingevingsvragen ontstaan volgens hem als mensen het gevoel hebben dat 'het zo niet langer kan doorgaan', een gevoel van leegte hebben of doordat mensen door een catastrofale levenservaring worden getroffen.

Kijkend naar zowel de existentiële als de cognitieve psychologie kan gezegd worden dat zingevingsvragen volgens beide stromingen ontstaan wanneer de zingeving stagneert.

Zingevingsvragen zijn de vragen die ontstaan naar aanleiding van de stagnatie. De stagnatie kan door

---

<sup>48</sup> Lans, p 8-9

<sup>49</sup> Lans, p 8-9

<sup>50</sup> Lans, p 9

<sup>51</sup> Lans, p 8-9

positieve (bijvoorbeeld: geboorte van een kind) en door negatieve ervaringen (bijvoorbeeld ziekte) ontstaan.

### 2.2.3 Hoe worden zingevingsvragen herkend?

Tot nu toe hebben we ons bezig gehouden met de vragen 'wat zijn zingevingsvragen?' en 'hoe ontstaan zingevingsvragen?' Nu zal ingegaan worden op de vraag: Hoe worden zingevingsvragen herkend? Ook deze vraag wordt vanuit het perspectief van de existentiële en de cognitieve psychologie bekeken. Startend met de laatste.

Volgens Van der Lans wordt het voor mensen steeds moeilijker om zingevingsvragen te formuleren. Doordat onze dagelijkse dingen en bezigheden sociaal bekrachtigd worden, zijn ze voor ons zinvol en hierdoor worden zingevingsvragen niet gesteld. De vrijetijds- en consumptiecultuur weerhouden ons er zelfs van om over de zin van het leven na te denken. Verder speelt secularisering een rol. Volgens Van der Lans zijn in religie zingevingsvragen gethematiseerd. Er zijn woorden voor. Door de toenemende secularisering hebben mensen geen zingevingstaal meer tot hun beschikking. Het gevolg hiervan is dat mensen die om de één of andere reden geen zin meer ervaren in de dagelijkse dingen en bezigheden een gevoel van onbehagen ervaren zonder dat zij hier woorden aan kunnen geven<sup>52</sup>. Dit gevoel van onbehagen zou een signaal kunnen zijn voor zingevingsvragen, maar wordt als zodanig niet herkend. Kortom, Van der Lans vraagt zich af of zingevingsvragen nog wel gesteld worden.

Volgens Van Zanten zijn zingevingsvragen vaak verborgen. Zingevingsvragen kunnen verborgen zitten achter gewone vragen. Dit kan komen doordat mensen zich er (nog) niet bewust van zijn, of omdat iets te moeilijk, te pijnlijk of te teer is om er op een directe manier over te praten. Bijvoorbeeld een vrouw die een abortus heeft laten doen, vraagt aan de gynaecoloog of zij nog kinderen kan krijgen. Dit lijkt een vraag om informatie. Als de gynaecoloog zegt dat het geen probleem is, gaat zij misschien opgelucht naar huis. Maar het kan ook zijn dat achter de vraag of zij nog kinderen kan krijgen een andere vraag zit zoals: Ben ik het nog waard om een moeder te worden nu ik dit kindje heb laten weghalen?

Zingevingsvragen komen niet altijd in een vraagvorm voor. Zingevingsvragen kunnen verborgen zitten in dromen. Bijvoorbeeld een kind dat in het ziekenhuis is opgenomen droomt over een zweefmolen op de kermis. Het kind kan dit als een mooie droom beleven, maar het kan ook zijn dat het bezig is met zijn eigen sterven en vanuit de zweefmolen neerkijkt op de aarde waarvan het afscheid moet nemen. De droom is dan een onbewuste manier om zich van het leven los te maken.

---

<sup>52</sup> Lans, p 17

Zingeingsvragen kunnen ook verborgen zitten in wanen. Bijvoorbeeld een vrouw die haar zoon is verloren wordt psychotisch en denkt dat ze Maria is. Maria die net als haar ook haar zoon verloren is. Dit kan voor iemand de enige manier zijn om met het verdriet om te gaan.

Zingeingsvragen kunnen ook verborgen zitten in lichamelijke klachten. Iemand met rugklachten zonder medische oorzaak, kan bijvoorbeeld onbewust aangeven dat het leven hem te zwaar is.

Zingeingsvragen kunnen verder verborgen zitten in losse opmerkingen. Een oude man kijkend naar een vijver kan zeggen dat er meer bladeren in de vijver liggen dan andere jaren. Het kan zijn dat hij een praatje wil maken over het weer of de vijver, maar het kan ook een bespiegeling zijn over de dood. De mensen zijn dan net als de bladeren in de vijver. Ze groeien en bloeien en vallen af.

Als laatste noemt Van Zanten dat zingeingsvragen verborgen kunnen zitten in noodkreten.

Bijvoorbeeld: Wat moet ik met mijn demente moeder? Het is niet een vraag naar een oplossing. Het drukt een gevoel van verdriet en wanhoop uit<sup>53</sup>.

Frankl schrijft niets over het herkennen van zingeingsvragen. Frankl betoogt dat het existentiële vacuüm kan leiden tot verveling, met als mogelijk gevolg alcoholisme of verlangen naar geld. Hier wordt verondersteld dat de zingeingsvraag verborgen zit achter het gedrag van de mens. Zijn ideeën lijken dan ook het meest overeen te komen met de idee van Van Zanten dat zingeingsvragen verborgen zijn.

Kijkend naar Van der Lans en Van Zanten, dan kunnen mensen volgens de eerste steeds moeilijker zingeingsvragen formuleren en zijn zingeingsvragen volgens de tweede verborgen. Dit laatste lijkt tevens overeen te komen met de idee van Frankl.

### **2.3 Conclusie en consequenties voor het onderzoek**

In dit hoofdstuk heb ik stilgestaan bij de vragen: 'Wat is zingeving?', 'Wat zijn zingeingsvragen?', 'Hoe ontstaan zingeingsvragen?', 'In welke gebieden zijn zingeingsvragen onder te verdelen?' en 'Hoe kunnen zingeingsvragen worden herkend?' Wat betekent dit voor het huidige onderzoek?

Zingeving is een basisfunctie van de mens. In de kern is het betekenis geven aan. Voor de existentiële psychologie is het betekenis geven aan het leven. Het geven van betekenis richt zich op de levenstaak van mensen. Voor de cognitieve psychologie is het betekenis geven aan de situatie waarmee het individu wordt geconfronteerd.

Wanneer zingeving stagneert, kunnen zingeingsvragen ontstaan. De zingeving kan stagneren volgens Frankl door existentiële frustratie. Yalom heeft de existentiële frustratie met betrekking tot

---

<sup>53</sup> Zanten, p 28-30

het bestaan verder uit gewerkt. Hij zegt dat zingeving kan stagneren door een confrontatie met het 'gegeven' van de existentie zoals zinloosheid, isolement, dood en vrijheid.

Volgens Van der Lans kunnen zingevingsvragen ontstaan doordat mensen een gevoel hebben dat er iets moet veranderen, of vanwege een gevoel van leegte, of omdat mensen worden getroffen door een catastrofale levenservaring (ziekte, overlijden kind enzovoort). Volgens Van Zanten ontstaan zingevingsvragen op het kruispunt van leven en dood, heelheid en gebrokenheid. Hierbij kan het gaan om mooie en verdrietige ervaringen.

De literatuur rond zingeving maakt inzichtelijk dat bij patienten die de huisarts bezoeken zingevingsvragen kunnen spelen. Of het nu is vanwege existentiële frustratie, een mooie ervaring zoals een zwangerschap of een zorgelijke ervaring zoals ziekte. Dit betekent ook dat zingevingsvragen in het contact tussen huisarts en patiënt aan de orde kunnen zijn.

Door de diverse hierboven besproken auteurs worden gebieden of situaties genoemd waar zingevingsvragen kunnen ontstaan. Voor het interviewschema gebruik ik de indeling in de gebieden zoals Van Zanten dat gebruikt, namelijk Leven, Dood, Heelheid en Gebrokenheid.

Onder het gebied Leven in de categorie toekomst vallen de drie verschillende soorten van existentiële frustratie (betreffende het bestaan, in de betekenis of de zin van het bestaan en in het bestaan zelf) zoals door Frankl benoemt, de gebieden zinloosheid, isolement (interpersoonlijk) dat Yalom benoemt en de omstandigheden 'dat er iets moet veranderen' en 'een gevoel van leegte' zoals door Van der Lans benoemd. In alle gevallen gaat het, in de basis, om het formuleren van een doel dat zin/richting geeft aan het leven. Dit sluit aan bij wat Van Zanten zegt bij het gebied Leven bij het onderdeel toekomst. Bij het onderdeel toekomst gaat het volgens Van Zanten om zingevingsvragen die richting of doel aan het leven moeten geven.

Het gebied vrijheid dat Yalom benoemt, sluit naar mijn mening aan bij het gebied Leven in de categorie heden. Volgens Van Zanten gaat het in deze categorie onder andere om vragen of het leven voorspelbaar of willekeurig is. Hier past Yalom met het gebied vrijheid naar mijn mening bij, omdat het in dit gebied erom gaat dat wij zelf aan ons leven vorm moeten geven, dat er niemand is die voor ons zorgt. Dit maakt het leven min of meer willekeurig.

De gebieden Dood en Isolement (intrapsychisch en existentieel) zoals door Yalom genoemd en de omstandigheid 'catastrofale levenservaring' van Van der Lans vallen in de gebieden Dood en Gebrokenheid.

Volgens Van der Lans wordt het door de secularisatie voor mensen steeds moeilijker om zingevingsvragen te formuleren. Hij twijfelt of zingevingsvragen überhaupt nog wel gesteld worden. Van Zanten heeft er een andere kijk op. Volgens Van Zanten zijn zingevingsvragen vaak verborgen.

Verborgen achter gewone vragen, in dromen, wanen, lichamelijke klachten, losse opmerkingen en noodkreten. Frankl lijkt een soortgelijke opvatting te hebben.

Er zal worden gewerkt met een half gestructureerd interviewschema omdat er twijfel is over de herkenbaarheid van zingeingsvragen. In eerste instantie zal de vraag 'open' gesteld worden. Dit biedt ruimte aan de geïnterviewde huisarts voor een spontaan antwoord. Hierna wordt de huisarts 'op weg geholpen' door het voorleggen van mogelijke zingeingsvragen (zie paragraaf 4.1.3).

### 3 Contact tussen huisarts en patiënt

In het vorige hoofdstuk is behandeld wat zingevingsvragen zijn en hoe ze herkend kunnen worden.

Dit wil echter niet zeggen dat huisartsen zingevingsvragen ook bij hun patiënten herkennen. Wellicht letten zij niet eens op zingevingsvragen. Wat doen huisartsen als ze zingevingsvragen bij hun patiënten herkennen? Hoe gaan ze hiermee om? In dit hoofdstuk wordt geprobeerd hier inzicht in te krijgen. Eerst wordt behandeld hoe het contact tussen de huisarts en de patiënt verloopt tijdens het consult. Vervolgens worden er drie verschillende ziektemodellen beschouwd, omdat het ziektemodel wat de arts hanteert antwoord geeft op vragen als wanneer iemand gezond of ziek is, waardoor iemand ziek is geworden en waar aandacht aan geschonken moet worden opdat iemand geneest, enzovoort. Daarna wordt er stil gestaan bij de communicatie over zingevingsvragen tussen arts en patiënt. Tot slot wordt besproken wat dit voor het huidige onderzoek betekent.

#### 3.1 Het medisch consult

In dit onderzoek gaat het om zingeving en zingevingsvragen in het contact tussen huisarts en patiënt.

In deze paragraaf wordt behandeld hoe het contact tussen de huisarts en de patiënt verloopt tijdens het consult.

De medische wetenschap is ontstaan in een tijd waarin patiënten kwamen met acute ziekten waarvan zij herstelden of waaraan zij stierven. In die tijd speelde de medische diagnose een centrale rol in het consult. De taak van de arts was toen om aan de hand van de symptomen te bepalen aan welke ziekte de patiënt leed en hoe deze behandeld kon worden.

Als gevolg van een drietal ontwikkelingen is de inhoud van het consult in de loop van de tijd veranderd. De eerste ontwikkeling die verantwoordelijk is geweest voor de verandering van het consult is de toename van chronische ziekten. Hierdoor is het leven van de patiënt centraal komen te staan in het consult in plaats van het lichaam van de patiënt. Verder is hierdoor zorg en het verlichten van het lijden belangrijker geworden dan herstel van de ziekte. Verder is bij chronisch ziekten de rol van de arts beperkt en veranderd. De chronisch zieke patiënt moet meer zelf doen en van artsen wordt verwacht dat zij als een soort coach gaan functioneren<sup>54</sup>.

Naast de verandering van het consult door de toename van chronisch zieke patiënten heeft ook de beschikbaarheid van medische informatie het consult veranderd. Vroeger waren patiënten voor

---

<sup>54</sup> Brink van den –Muinen, A. , AM van Dulmen, FG Schellevis, JM Bensing (redactie). *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Oog voor communicatie: huisarts-patiënt communicatie in Nederland*, Utrecht: NIVEL, 2004, p 32-33

informatie over ziekte en gezondheid afhankelijk van de arts. Tegenwoordig is informatie ruimschoots verkrijgbaar via de media en op internet. Dit bevordert een gezamenlijke besluitvorming. Dit is natuurlijk afhankelijk van de patiënt. Er zijn ook nu nog patiënten waar dit niet voor opgaat<sup>55</sup>.

De laatste ontwikkeling die er voor heeft gezorgd dat het consult is veranderd, is dat mensen gemiddeld genomen hoger zijn opgeleid. Als gevolg hiervan is er een egalitaire arts-patiënt relatie ontstaan. De grotere beschikbaarheid van medische informatie heeft dit proces mede bevorderd<sup>56</sup>.

Kijkend naar het consult in onze tijd, kan worden gezegd dat door de verschuiving van acute aandoeningen naar chronische aandoeningen, patiënten meer willen weten, maar ook meer moeten weten over hun ziekte en hoe zij daar mee om moeten gaan. Deze patiënten worden ondersteund in hun behoefte naar informatie door een toenemende hoeveelheid en beschikbaarheid van gezondheidsinformatie. Verder is er een tendens naar een meer egalitaire arts-patiënt relatie, maar is er ook een grote diversiteit in behoeften en wensen tussen patiënten en patiëntengroepen<sup>57</sup>. Na deze beschrijving van het consult wil ik nu het medisch consult bekijken vanuit de optiek van de patiënt en de huisarts.

Voor de patiënten spelen tijdens het consult twee vragen. Ten eerste een cognitieve: wat is er met mij aan de hand? Ten tweede een emotionele: Moet ik mij hier zorgen over maken? Word ik serieus genomen?

Vanuit deze twee vragen zijn twee behoeften van patiënten te formuleren. Ten eerste de behoefte om te weten en te begrijpen: Wat is er mis en wat kan er aan gedaan worden? Ten tweede de behoefte om zich gekend en begrepen te voelen. Dit uit zich in de behoefte van patiënten om hun zorgen te uiten, de behoefte gerust gesteld te worden en de behoefte om geaccepteerd en gerespecteerd te worden en niet als simulant te worden aangemerkt.<sup>58</sup> De patiënten verwachten van de huisarts dat deze tegemoet komt aan hun behoeften.

Huisartsen gaan op verschillende manieren op de behoeften in. Op de behoefte om te weten en te begrijpen gaat de arts in met instrumenteel probleem-oplossend gedrag (achterhalen wat de reden voor het bezoek is, het gesprek structureren, informatie uitwisselen). Op de behoefte om gekend en begrepen gevoeld te worden gaat de arts in met affectief ondersteunend gedrag (luisteren, empathie tonen enzovoort). Doel van het instrumentele gedrag is oplossen van het probleem en het versterken van het probleemoplossende vermogen van de patiënt zelf. Doel van het affectieve gedrag is

---

<sup>55</sup> Brink, p 32-33

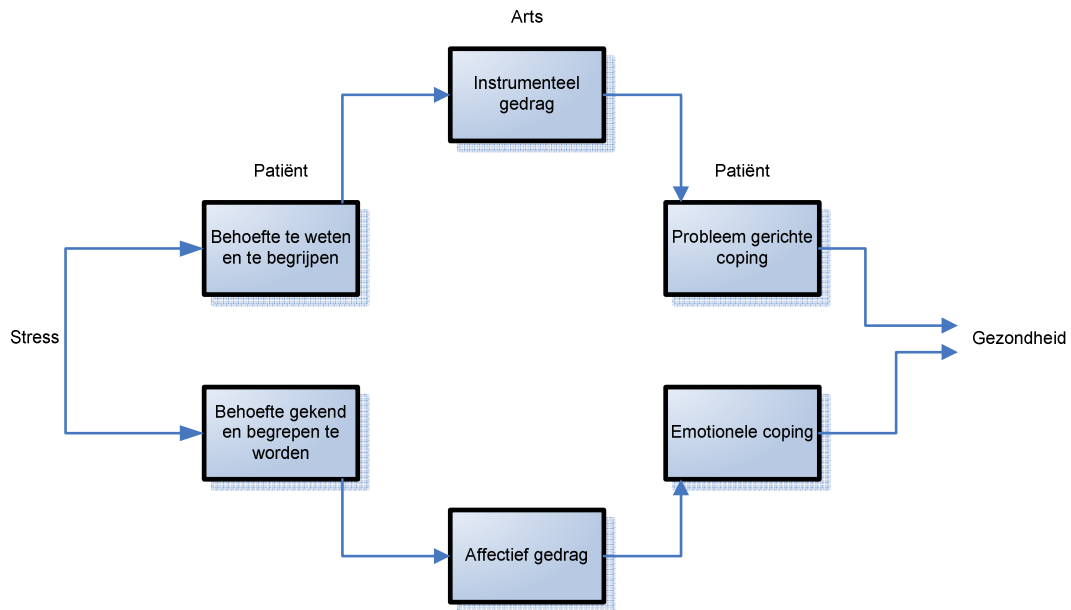
<sup>56</sup> Brink, p35

<sup>57</sup> Brink, p 38

<sup>58</sup> Brink, p 43



emotionele steun bieden en de emotionele mogelijkheden van de patiënt te versterken, die nodig zijn om de situatie of de ziekte een plaats in het leven te geven. In onderstaande figuur wordt dit schematisch weergegeven.<sup>59</sup>



De arts-patiënt communicatie vanuit een stress-coping paradigma<sup>60</sup>

Bij het instrumentele gedrag is het ziektemodel dat door de arts wordt gehanteerd belangrijk. Dit bepaalt namelijk wat wel of niet als ziekte wordt waargenomen. Bij het affectief ondersteunend gedrag is het ziektemodel dat wordt gehanteerd belangrijk, omdat het bepaalt waar aandacht aan geschonken moet worden als we iemand willen ondersteunen. In de volgende paragraaf gaan we daarom kijken naar de verschillende ziektemodellen.

### 3.2 Ziektemodellen

In ziektemodellen worden opvattingen over wat ziekte en gezondheid inhouden verwoord.

Ziektemodellen geven antwoord op vragen als wanneer is iemand gezond, wanneer is iemand ziek, waardoor is iemand ziek geworden, waar moet aandacht aan worden geschonken als we iemand willen genezen enzovoort. De opvattingen aangaande ziekte en gezondheid van een huisarts zijn terug te vinden in het ziektemodel dat hij/zij hanteert. Voor dit onderzoek is het belangrijk om te weten welk ziektemodel de voorkeur heeft van de huisarts.

<sup>59</sup> Brink, p 43-44

<sup>60</sup> Brink, p 44

De medische wetenschap is gestart met het biomedische model. In dit model is het de taak van de arts om op basis van symptomen bij de patiënt te bepalen wat de beste behandeling is. Het gevolg van dit model is: Als de arts geen diagnose kan stellen, is de patiënt niet ziek. Een ziekte zonder diagnose past niet in het biomedisch model. Artsen die vaak met vage klachten en medisch onverklaarbare symptomen te maken kregen hebben daarom het biomedisch model ter discussie gesteld.<sup>61</sup>

Het biomedisch model is ook door een andere ontwikkeling in de westerse landen onder druk komen te staan. In de afgelopen eeuw is er een verschuiving geweest van besmettelijke en overdraagbare aandoeningen naar chronische en degeneratieve ziekten. Hierbij moeten we denken aan: hartkwalen, diabetes, multiple sclerose (MS) enzovoort<sup>62</sup>. Deze verschuiving heeft er voor gezorgd dat de medische wetenschap interesse heeft gekregen in nieuwe vormen van wetenschappelijk bewijsmateriaal over gezondheid. De diagnose dat de patiënt een chronische ziekte heeft, is wezenlijk anders dan wanneer de patiënt een acute ziekte heeft. Als een patiënt de diagnose van een chronische ziekte krijgt, betekent dit dat het leven voor altijd is veranderd. Het kan betekenen dat er een leven van onzekerheid, angst, pijn en geleidelijk verlies van mobiliteit en zelfstandigheid dreigt. Het verlichten van zorg en lijden staat bij deze patiënten centraal in plaats van genezing. Voor de medische wetenschap betekent dit, dat het leven van de patiënt centraal staat in plaats van het lichaam<sup>63</sup>.

Door het tekort schieten van het biomedische model bij patiënten met vage klachten en medisch onverklaarbare symptomen en door de verschuiving van acute ziekten naar chronische en degeneratieve ziekten is de gezondheidszorg aan het veranderen van een strikt biomedisch model naar een bio psychosociaal model<sup>64</sup>. In dit model wordt naast de aandacht voor het biomedische ook aandacht besteed aan de psychologische en sociale aspecten van de klacht<sup>65</sup>.

Sulmasy kwam er echter in zijn werk in de palliatieve zorg achter dat er nog wat ontbreekt aan het bio-psychosociaal model. Geconfronteerd met de eindigheid van het leven concludeert hij dat het spirituele of zingevingsaspect ontbreekt. Volgens Sulmasy raakt ziekte niet alleen het lichaam. De geneeskunde moet daarom verder gaan dan alleen de genezing van het lichaam. De genetische code van de mens mag gekraakt zijn, maar dit betekent volgens Sulmasy niet dat we daardoor begrijpen wie mensen zijn. We weten niet wat lijden en dood betekenen, wat als bron van hoop kan dienen, wat we bedoelen met waardig sterven en wat we kunnen leren van stervende mensen. Mensen zijn

---

<sup>61</sup> Brink, p 32

<sup>62</sup> Brink, p 32

<sup>63</sup> Brink, p 32-33

<sup>64</sup> Brink, p 38

<sup>65</sup> Brink p 44

volgens Sulmasy een mysterie en dit hoort in de zorg meegenomen te worden. Daarom komt hij met het bio-psychosociale-spirituele model<sup>66</sup>.

Met het spirituele verwijst Sulmasy naar de relatie van een persoon met het transcendente en voegt daar aan toe 'wat voor betekenis dat ook maar mag hebben'. Religie kan een uitdrukking geven aan het transcendente, maar dat hoeft niet. Sulmasy geeft wel een paar aanwijzingen zoals dat sterven vragen oproept bij de patiënt over de betekenis van diens leven, lijden en dood. Hij geeft echter geen definitie van het spirituele en laat daarmee de invulling dus vrij<sup>67</sup>.

Aandacht voor het spirituele aspect wordt vooral belangrijk als er niets meer aan de ziekte kan worden gedaan en de ziekte het einde van het leven zal betekenen. Dit is ook de context waarin dit model is ontstaan. Kijkend naar de situatie van chronisch zieke patiënten, is er veel voor te zeggen dat aandacht voor het spirituele aspect ook voor hen belangrijk is. De ziekte betekent niet het einde van het leven, maar er kan ook niets meer aan gedaan worden. In de volgende paragraaf zal ik onder andere stilstaan bij een onderzoek hoe huisartsen met het spirituele aspect omgaan.

### 3.3 Spiritualiteit in het contact tussen huisarts en patiënt

In deze paragraaf bespreek ik achtereenvolgens de mening van de huisarts over het omgaan met spiritualiteit in het contact met hun patiënten en de belemmerende en faciliterende factoren die er volgens de huisartsen zijn in het omgaan met spiritualiteit. Dit wordt gedaan aan de hand van een onderzoek door Vermandere et al<sup>68</sup>. Zij hanteren het begrip spiritualiteit, waar zingevingsvragen een onderdeel van uit maken. In het eerste deel van de door hen gebruikte definitie van spiritualiteit staat: '*Spirituality is the aspect of humanity that refers to the way individuals seek and express meaning and purpose*'<sup>69</sup>. *Seek and express meaning and purpose*' betekent dat zingevingsvragen deel uitmaken van het door Vermandere et al gehanteerde begrip spiritualiteit.

Vervolgens bespreek ik een onderzoek gedaan door Vreugdenhil en Ottevanger<sup>70</sup>. Zij hebben een onderzoek gedaan naar de behoefte aan geestelijke verzorging onder eerstelijns gezondheidswerkers in de deelgemeente Kralingen-Crooswijk te Rotterdam. Dit onderzoek geeft inzicht in welke zingevingsvragen door de geïnterviewde artsen worden waargenomen. Hoe zij hier mee omgaan en dit onderzoek heeft aandacht voor de samenwerking met andere professionals.

---

<sup>66</sup> Sulmasy, Daniel P., *A Biopsychosocial-Spiritual Model for the Care of Patients at the End of Life*, The Gerontologist, Vol.42, Special Issue III, 24-33, 2002

<sup>67</sup> Sulmasy, 25-26

<sup>68</sup> Vermandere, M., Lepeleire de, J., Smeets L., Hannes K., Mechelen van W., Warmenhoven F., Rijswijk van E., Aertgeerts B., *Spirituality in general practice: a qualitative evidence synthesis*, *British Journal of General practice*, November 2011, 749-760

<sup>69</sup> Vermandere, p 750

<sup>70</sup> Vreugdenhil, L., Ottevanger, L. *Wordt geestelijke verzorging onderdeel van de eerstelijns? Onderzoek naar de behoefte aan geestelijke verzorging onder eerstelijns gezondheidswerkers in de deelgemeente Kralingen-Crooswijk te Rotterdam*. Te downloaden: <http://www.vilansprojecten.nl/documents/levensvragen/Rotterdam%20bijlage%202020-%20onderzoek.pdf>

Vermandere et al hebben een literatuurstudie gedaan met als doel een overzicht te geven van hoe huisartsen kijken naar hun taak in zake spirituele zorg en welke belemmerende en faciliterende factoren zij ervaren in het bespreken van spiritualiteit<sup>71</sup>.

Voor dit onderzoek hebben Vermandere et al gebruik gemaakt van kwalitatieve studies geselecteerd uit vijf databases te weten MEDLINE, Web of Science, CINAHL, Embase en ATLA Religion Database. Psychologische en sociologische databases zijn niet meegenomen, omdat informatie uit deze databases volgens de onderzoekers niet zou bijdragen aan het beantwoorden van de onderzoeksvraag. De selectie is verfijnd aan de hand van de volgende criteria:

- Geeft het artikel een antwoord op de vraag: 'Wat zijn belemmerende en/of faciliterende factoren die huisartsen ervaren in het verlenen van spirituele zorg?' en/of met een antwoord op de vraag: Wat is de mening van de huisarts over zijn/haar taak in de spirituele zorg.
- Hanteert het artikel de volgende definitie voor spiritualiteit: *Spirituality is the aspect of humanity that refers to the way individuals seek and express meaning and purpose and the way they experience their connectedness to the moment, to self, to others, to nature, and to the significant or sacred*<sup>72</sup>. Artikelen met een andere definitie zijn afgevallen.
- Studies met daarin de beschrijving van meerdere disciplines (bijv. verpleegkundigen) zijn alleen gebruikt als de mening van de huisarts apart van de andere groepen is beschreven.
- Alleen Engelstalige studies zijn meegenomen.
- Studies zijn ongeacht de setting (huisartspraktijk, hospice enz.) meegenomen.

Het onderzoek is gestart met 605 publicaties. Hiervan zijn er uiteindelijk zeven overgebleven.

Vermandere et al hebben deze artikelen geanalyseerd aan de hand van *what, how, when* en *why*.

Met *what* doelen Vermandere et al op de antwoorden op de vraag: Wat is de taak van de huisarts in de spirituele zorg? Met *how* doelen zij op de antwoorden op de vraag: Hoe moeten huisartsen spirituele zorg verlenen? Met *when* doelen zij op de antwoorden op de vraag: Wanneer moeten huisartsen spirituele zorg verlenen? Met *why* doelen zij op de antwoorden op de vraag: Waarom moeten huisartsen spirituele zorg verlenen?<sup>73</sup>. In onderstaande tabel staan alle resultaten van het onderzoek.

---

<sup>71</sup> Vermandere, p 750

<sup>72</sup> Vermandere, p 750

<sup>73</sup> Vermandere, p 753

Role of the General Practitioner as a spiritual care giver	What?	How?	When?	Why?
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifying and assessing</li> <li>- Being a facilitator and spiritual beliefs</li> <li>- Providing spiritual care appropriate to patients belief</li> <li>- Not imposing own beliefs and values</li> <li>- Exhibiting a positive caring demeanour that is genuine and non-judgemental</li> <li>- Approaching spiritual discussions with gentleness, reverence, sensitivity and integrity</li> <li>- Being present with the patient</li> <li>- Both structured (such as, a spiritual-assessment tool) and unstructured forms of spiritual assessment</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Listening to the patient</li> <li>- Validating patients spiritual beliefs</li> <li>- Remaining with patients during times of need</li> <li>- Being respectful of patients beliefs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Most important during critical points of clinical care</li> <li>- Patients should take the initiative to start spiritual discussions</li> <li>- In answer to spiritual issues or questions raised by the patient</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Spiritual care is an important aspect of patient care</li> <li>- Scientific evidence linking spirituality and positive health outcomes and values</li> </ul>
<b>Barriers</b>	<b>Physician factors</b>	<b>Patient factors</b>	<b>Contextual factors</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Feeling uncertain initiating spiritual discussions</li> <li>- Fear that patients will misinterpret spiritual discussions as pushing religion</li> <li>- Concern about invasion of patients privacy</li> <li>- Fear of causing discomfort</li> <li>- Struggle with the spiritual language</li> <li>- Thinking that spiritual issues have lower priority than other medical concerns</li> <li>- Belief that spiritual discussions will not influence patients' lives</li> <li>- Lack of physician spiritual awareness</li> <li>- Different belief systems between physician and patient</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patient being the wrong sort of person</li> <li>- Time as a limiting factor</li> <li>- Setting (for example the examination room)</li> <li>- Lack of discussion of the role of spirituality among care providers</li> <li>- Lack of continuity of managed care</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lack of formal training and appropriate strategies</li> </ul>	
<b>Facilitating factors</b>	<b>Physician factors</b>	<b>Patient factors</b>	<b>Contextual factors</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Communicating a willingness to engage in (and have time for) spiritual discussions</li> <li>- Good communication techniques (such as friendly body language)</li> <li>- Assuring patients that spiritual confidences will be received in a non-judgemental fashion</li> <li>- Patient-centred approach</li> <li>- Taking care not to abuse their position</li> <li>- A diplomatic approach when the spiritual beliefs of the physician and patient differ</li> <li>- Physicians being more spiritually inclined</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patient being right sort of person</li> <li>- Patient visiting the physician frequently</li> <li>- High degree of physician-patient cultural concordance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Visiting patients at bedside or at home</li> <li>- Co-workers reinforcing the GP's role as a spiritual care giver</li> </ul>	

Thematic matrix: role of the general practitioner in spiritual care, and barriers and facilitating factors in spiritual care giving  
74

<sup>74</sup> Vermandere, p753

Kijkend naar de vraag ‘Wat is de taak van de huisarts in de spirituele zorg?’ blijkt uit bovengenoemd onderzoek dat de meeste huisartsen het als hun verantwoordelijkheid zien om oog te hebben voor de spirituele behoeften van patiënten. Zij zien zichzelf als ondersteunend en niet in de rol van counselor. De ondersteuning bestaat uit patiënten aanmoedigen om dat wat in het verleden aan spiritualiteit behulpzaam voor hen is geweest, ook nu in te zetten. Hierbij moet genoemd worden dat de huisarts zelf van mening moet zijn dat het gaat om een positieve invloed van spiritualiteit.

Kijkend naar de vraag ‘Hoe de huisartsen spirituele zorg moeten verlenen?’ blijkt dat de ondersteuning van de huisarts bestaat uit luisteren en patiënten bijstaan in moeilijke tijden.

Verschillende huisartsen uit de geanalyseerde studies geven aan dat zij het belangrijk vinden om niet hun eigen geloof en waarden aan de patiënt op te dringen en niet oordelend te zijn<sup>75</sup>.

Uit de analyse van Vermandere et al wordt niet duidelijk waarom huisartsen zichzelf niet zien in de rol van counselor, terwijl ondersteunen, luisteren en bijstaan ook bij de rol van een counselor horen. De indruk die ik krijg uit het onderzoek van Vermandere et al, is dat huisartsen vinden dat zij geen spirituele leraar zijn. Zij zien zichzelf daarom niet in de rol van counselor. Hun taak beperkt zich volgens hen tot medemens zijn.

Kijkend naar de vraag ‘Waarom moeten huisartsen spirituele zorg verlenen?’ blijkt uit bovengenoemd onderzoek dat de huisartsen die regelmatig spiritualiteit aan de orde stellen, dit doen, omdat zij op basis van wetenschappelijk bewijs ervan overtuigd zijn dat spiritualiteit een positieve invloed heeft op de gezondheid. Hierbij komt dat zij spirituele zorg zien als een belangrijk aspect van patiënten zorg. Kijkend naar de vraag ‘Wanneer moeten huisartsen spirituele zorg verlenen?’ blijkt dat de huisartsen het initiatief om over spiritualiteit te praten overlaten aan de patiënt. Het gebeurt echter ook dat huisartsen patiënten aanspreken over spiritualiteit als zich kritieke situaties in de zorg voordoen. Zij gebruiken hiervoor vragen die passend zijn bij de situatie waarin de patiënt zich bevindt. Er worden geen spirituele vragenlijsten gebruikt<sup>76</sup>.

Van de taak van de huisarts ga ik nu naar de belemmerende en faciliterende factoren die huisartsen tegenkomen in hun praktijk. Huisartsen ervaren verschillende barrières bij zichzelf bij het verlenen van spirituele zorg. Zij voelen zich vaak onzeker. Zij vinden het bespreken van spiritualiteit belangrijk, maar zijn onzeker in hoe ze het moeten doen. Verder worstelen ze met de spirituele taal en zijn ze bang dat de patiënt hen verkeerd begrijpt en denkt dat ze een religie willen opdringen. Andere

---

<sup>75</sup> Vermandere, p 752-755

<sup>76</sup> Vermandere, p 752-755

barrières zijn dat de patiënt en de huisarts van mening verschillen over het belang van spiritualiteit of dat spiritualiteit bij de huisarts ontbreekt<sup>77</sup>.

Huisartsen zien ook barrières bij patiënten. Er zijn patiënten die er totaal niet voor openstaan. Verder zijn er contextuele barrières, zo voelen artsen zich vaak onbekwaam door gebrek aan training om met patiënten over spiritualiteit te spreken<sup>78</sup>.

Faciliterend bij de huisarts in het verlenen van spirituele zorg is zorgen voor een niet-oordelende sfeer. Wanneer er sprake is van verschillende geloofsovertuigingen helpt een diplomatieke aanpak.

De spiritualiteit van de huisarts kan een barrière zijn, maar kan ook behulpzaam zijn, omdat huisartsen dan eerder geneigd zijn om spiritualiteit aan de orde te stellen<sup>79</sup>.

Faciliterend bij de patiënt is als de patiënt regelmatig de praktijk bezoekt. Dit kan het verlenen van spirituele zorg gemakkelijker maken. Een faciliterende contextuele factor is het thuis bezoeken van patiënten. Dit kan het verlenen van spirituele zorg gemakkelijker maken, omdat een patiënt zich thuis vaak meer op zijn gemak voelt<sup>80</sup>.

Vreugdenhil en Ottevanger hebben een onderzoek gedaan naar de behoefte aan geestelijke verzorging onder eerstelijns gezondheidswerkers in de deelgemeente Kralingen-Crooswijk te Rotterdam. De centrale vraag in dit onderzoek is: Klopt het dat er behoefte bestaat aan geestelijke verzorging onder de verschillende disciplines van Gezondheidscentrum Lévinas voor de beantwoording van existentiële vragen van (potentiële) cliënten in de deelgemeente Kralingen-Crooswijk? <sup>81</sup>Voor dit onderzoek zijn geïnterviewd: 3 huisartsen, 3 wijkverpleegkundigen, 1 fysiotherapeute, 1 diëtiste, 1 verloskundige, 1 sociaal psychiatrisch verpleegkundige, 1 medewerkster van Zorgbelang en 1 maatschappelijk werker<sup>82</sup>. Hierna wil ik een aantal in het kwalitatieve deel van dit onderzoek voorkomende en voor het huidige onderzoek relevante vragen behandelen. Het gaat om de deelvragen:

1. Wat is de aard van existentiële vragen?
2. Hoe gaan de respondenten om met existentiële vragen die zich in hun praktijk voordoen?
3. Welke professional(s) is volgens u opgeleid voor de behandeling van zingevingvragen?
4. Heeft geestelijke verzorging in de eerstelijns gezondheidszorg volgens u een meerwaarde?
5. Wat is uw visie op samenwerking met een geestelijk verzorger? Wat vindt u belangrijk?

---

<sup>77</sup> Vermandere, p 755-756

<sup>78</sup> Vermandere, p 755-756

<sup>79</sup> Vermandere, p 756-757

<sup>80</sup> Vermandere, p 757

<sup>81</sup> Vreugdenhil, p 5

<sup>82</sup> Vreugdenhil, p 12

6. Hoe vaak denkt u van een geestelijke verzorger gebruik te maken als deze beschikbaar is?<sup>83</sup>

Bij het bespreken van de resultaten van dit onderzoek beperk ik mij tot de antwoorden die door de huisartsen zijn gegeven. Dit doe ik, omdat het huidige onderzoek zich beperkt tot huisartsen.

Gezien de antwoorden die de huisartsen hebben gegeven in het onderzoek van Vreugdenhil en Ottevanger komt deelvraag 1 overeen met de vraag die voorkomt in het huidige onderzoek, namelijk: Welke zingelevingsvragen nemen huisartsen waar? Deelvraag 2 komt overeen met de vraag 'Hoe gaan ze met deze zingelevingsvragen om?' zoals die aan de orde is in het huidige onderzoek.

Op de vraag 'welke zingelevingsvragen worden waargenomen' antwoorden twee huisartsen dat het vooral gaat om vragen over geloofszaken in combinatie met leven, de naderende dood of eindigheid. Eén huisarts antwoordt dat ook 'waarom vragen' na verliesituaties gesteld worden. Bijvoorbeeld: 'Waarom ben ik ziek geworden?' of 'Waarom is mijn kind overleden?' enzovoort<sup>84</sup>.

Op de vraag 'hoe gaan ze met deze zingelevingsvragen om' antwoordt één huisarts dat hij zelf de rouwbegeleiding doet. Als hij ziet dat een iemand blijft 'steken' in de verwerking, dan verwijst hij soms door naar een psycholoog. Een andere huisarts antwoordt dat zij doorverwijst naar een maatschappelijk werker of een psycholoog en het komt voor dat ze een geestelijk verzorger regelt voor mensen in een terminale situatie. De laatste huisarts antwoordt dat ze indien nodig doorverwijst naar een psycholoog of maatschappelijk werk<sup>85</sup>.

Op de vraag 'welke professional is opgeleid voor de behandeling van existentiële vragen' antwoordt de eerste arts dat het bij zijn vak hoort, maar ook bij dat van een psycholoog of een dominee/pastoor. De tweede arts zegt dat alle disciplines in de eerstelijnszorg een signalerende taak hebben en volgens haar zijn de maatschappelijk werker, psycholoog en geestelijk verzorger er voor opgeleid. De derde arts geeft aan dat existentiële vragen misschien bij een dominee, pastoor of psycholoog thuishoren<sup>86</sup>.

Op de vraag 'heeft geestelijke verzorging in de eerstelijns gezondheidszorg volgens u een meerwaarde' antwoordt de eerste arts dat hij het zelf niet echt als een meerwaarde ziet. De andere twee huisartsen vinden dat het meerwaarde heeft, maar wat dan die meerwaarde is, wordt niet duidelijk<sup>87</sup>.

Op de vraag 'wat is uw visie op samenwerking met een geestelijk verzorger' antwoordt één arts dat hij het belangrijk vindt dat de geestelijk verzorger hem consulteert als de geestelijk verzorger problemen constateert. De twee andere artsen geven aan dat zij een goede bereikbaarheid van de

---

<sup>83</sup> Vreugdenhil, p 6

<sup>84</sup> Vreugdenhil, p 24

<sup>85</sup> Vreugdenhil, p 27

<sup>86</sup> Vreugdenhil, p 28

<sup>87</sup> Vreugdenhil, p 29



geestelijk verzorger belangrijk vinden<sup>88</sup>. Het aantal keren dat gebruik gemaakt wordt van geestelijke verzorging als die beschikbaar is in de eerstelijnszorg varieert van niet tot 12 keer per jaar<sup>89</sup>.

### 3.5 Conclusie en consequenties voor het onderzoek

In paragraaf 3.1 is behandeld dat de patiënt met twee behoeften bij de huisarts komt, namelijk de behoefte om te weten en te begrijpen en de behoefte om gekend en begrepen te worden. Op de eerste behoefte gaat de arts in met instrumenteel probleemoplossend gedrag, op de tweede met affectief ondersteunend gedrag. Wat betekenen deze behoeften in het licht van de theorie over zingevingsvragen?

De eerste behoefte om te kennen en te begrijpen sluit aan op de oriënterende taak die mensen volgens Van der Lans uitvoeren om ergens zin aan te geven. Als deze taken probleemloos verlopen, dan geeft dat een gevoel van vertrouwdheid en daardoor een besef van controle. Verlopen ze niet probleemloos dan kan er een zingevingsvraag ontstaan. Bijvoorbeeld iemand moet vaak naar het toilet en urineren is pijnlijk. Dit leidt tot vragen als wat is er mis en wat kan er aan gedaan worden (Behoefte om te weten en te begrijpen). Vervolgens gaat deze persoon naar de huisarts. De urine wordt onderzocht en het blijkt dat de patiënt aan urineweginfectie heeft. De huisarts deelt dit mee aan de patiënt en schrijft een antibioticakuur voor (probleemoplossend gedrag). Op basis hiervan kan gezegd worden dat het ingaan op zingevingsvragen door de huisarts tegemoet zal komen aan de behoefte van de patiënt om gekend en begrepen te worden. De patiënt komt in dit voorbeeld met een vraag die 'oplosbaar' is. Wat nu als dat niet het geval is?

Bij de bespreking van de drie ziektemodellen is behandeld dat als een patiënt gediagnostiseerd wordt als chronisch ziek, dat dan niet meer genezing centraal staat, maar het verlichten van zorg en lijden. Op chronisch zieke patiënten zal de arts reageren met instrumenteel probleemoplossend gedrag (Bijv. pijnbestrijding) en affectief ondersteunend gedrag. Chronisch zieke patiënten krijgen mogelijk te maken met onzekerheid, angst, pijn en geleidelijk verlies van mobiliteit en zelfstandigheid. Dit kan zingevingsvragen tot gevolg hebben. Bijvoorbeeld patiënten kunnen worstelen met hun levenskwaliteit, worstelen met hun gevoel van zekerheid of gebrek aan autonomie of gebrek aan uitpraat partners. Hierdoor kunnen behoeften ontstaan om de zorgen te uiten, om gerust gesteld te worden, om geaccepteerd en gerespecteerd te worden. De arts reageert hierop met affectief ondersteunend gedrag. Maar wat doet de huisarts als hij/zij merkt dat de patiënt moeite heeft met het loslaten van het leven, of met terminaal zieke patiënten die zich afvragen of hun leven zinvol is geweest, of patiënten die zoeken naar de zin van hun leven enzovoort. Is de huisarts zelf in staat om

---

<sup>88</sup> Vreugdenhil, p 31

<sup>89</sup> Vreugdenhil, p 31

patiënten bij deze vragen bij te staan of heeft de huisarts mogelijkheden om de patiënt naar door te verwijzen? In het vervolg van het huidige onderzoek hoop ik hier inzicht in te geven.

Voordat de huisarts kan reageren op zingevingsvragen van de patiënt moet de arts zingevingsvragen bij de patiënt herkennen. Hiervoor is het ziektemodel dat door de huisarts gehanteerd wordt belangrijk. Het ziektemodel is bepalend voor het herkennen van zingevingsvragen. Als de huisarts het biomedische model hanteert, dan is het zeer onwaarschijnlijk dat er zingevingsvragen worden waargenomen. In het geval van het bio psychosociale-spirituele model is de kans groter. In het interviewschema zal in de vragen naar de werksituatie van de huisarts geïnformeerd worden naar het gebruikte gespreksmodel en het gehanteerde ziektemodel.

Bij het bio-psychosociaal-spiritueel model is door Sulmasy geen definitie gegeven van het spirituele. Hij zegt over de spirituele dimensie onder andere dat het gaat over de betekenis van lijden en dood en wat als bron voor hoop kan dienen. Op basis hiervan kan worden gezegd dat zingevingsvragen volgens Sulmasy onderdeel uitmaken van het spirituele. Doordat Sulmasy geen definitie heeft gegeven van het spirituele, is het onduidelijk hoe aan het spirituele domein een invulling kan worden gegeven, met als mogelijke gevolgen dat er een grote diversiteit aan invullingen kan ontstaan of dat er geen invulling wordt gegeven, omdat betrokkenen (arts, verpleegkundige enz.) niet weten wat te doen. Dit onderzoek beoogt inzicht te geven in hoe de geïnterviewde artsen invulling geven aan het spirituele domein.

Het onderzoek van Vermandere et al geeft inzicht in hoe huisartsen in de praktijk invulling geven aan het omgaan met de spirituele dimensie. Het onderzoek geeft inzicht in wat huisartsen als hun taak zien als het gaat om spirituele zorg. Hoe zij vinden dat spirituele zorg verleend moet worden en wanneer en waarom zij die zorg moeten verlenen. Verder geeft het onderzoek inzicht in de belemmerende en faciliterende factoren in het verlenen van spirituele zorg.

Het onderzoek van Vermandere et al heeft naar mijn mening voor het huidige onderzoek één relevante beperking. Deze beperking betreft de indeling van de resultaten. Het is niet altijd duidelijk op welke basis resultaten in een bepaalde categorie zijn ingedeeld. Dit speelt bij de indeling van resultaten in What? en How? en bij het onderscheid dat gemaakt wordt tussen arts, patiënt en contextuele belemmerende en faciliterende factoren. Ik zal dit illustreren met een voorbeeld. In de categorie What? staat: 'Not imposing own beliefs and values' en in de categorie How? staat: 'Being respectful of patients beliefs'. Naar mijn mening gaat het hier om hetzelfde, maar naar mijn mening is het ook verdedigbaar om 'Being respectful of patients beliefs' als taak van de huisarts te zien en 'Not imposing own beliefs and values' als een wijze waarop deze taak wordt uitgevoerd.

Met de bovenstaande beperking in het achterhoofd geeft het onderzoek van Vermandere et al inzicht in de opvattingen van huisartsen over hun taak en over de belemmerende en faciliterende factoren die zij ervaren in het verlenen van spirituele zorg, maar is het waarom van de indeling van de resultaten soms onduidelijk. Bij de verwerking van de resultaten van het huidige onderzoek zullen de categorieën what, how, when en why en de categorieën belemmerende en faciliterende factoren met hun onderverdeling in arts, patiënt en contextuele factoren worden gebruikt. Verder wordt gekeken of de resultaten van het huidige onderzoek overeenkomen met resultaten uit het onderzoek van Vermandere et al en waar resultaten verschillen. Dit wordt gedaan ter informatie. Door de beperking betreffende de indeling van de resultaten kan het voorkomen dat resultaten van het huidige onderzoek anders worden ingedeeld dan dat de resultaten van het onderzoek van Vermandere et al zijn ingedeeld.

De resultaten uit het onderzoek van Vreugdenhil en Ottevanger op de vragen 'welke zingevingsvragen worden waargenomen' en 'hoe wordt er met deze zingevingsvragen omgegaan' worden niet verder gebruikt voor het huidige onderzoek. De redenen hiervoor zijn dat het onderzoek van Vreugdenhil en Ottevanger zich beperkt tot maar drie huisartsen in de deelgemeente Kralingen-Crooswijk te Rotterdam. Naar aanleiding van het onderzoek van Vreugdenhil en Ottevanger zal in het huidige onderzoek aan de huisartsen worden gevraagd of zij wel eens doorverwijzen en verder zullen de vragen worden gesteld: Heeft geestelijke verzorging in de eerstelijns gezondheidszorg volgens u een meerwaarde?, Wat is uw visie op samenwerking met een geestelijk verzorger? Wat vindt u belangrijk?, Heeft geestelijke verzorging in de eerstelijns gezondheidszorg volgens u een meerwaarde Hoe vaak denkt u van een geestelijke verzorger gebruik te maken als deze beschikbaar is?

## 4. Empirisch onderzoek

### 4.1 Constructie interviewschema

Zoals in paragraaf 1.3 beschreven is er voor dit onderzoek gekozen voor een kwalitatief onderzoek door middel van een half gestructureerd interview aan de hand van een interviewschema. Voor het samenstellen van het interviewschema is gebruik gemaakt van het interviewschema (bijlage I) van het in paragraaf 1.3 genoemde onderzoek onder medisch specialisten naar het omgaan met zingevingsvragen in hun contact met de patiënt.

Dit interviewschema is beoordeeld op de bruikbaarheid voor dit onderzoek. Als bruikbaarheidscriterium is gehanteerd: Draagt deze vraag bij aan het beantwoorden van de onderzoeksvraag?

Het interviewschema voor dit onderzoek is onderverdeeld in de volgende thema's:

- Werksituatie van de huisarts
- De persoon van de huisarts
- Waarnemen van zingevingsvragen
- Omgaan met zingevingsvragen
- Afsluiting

Deze thema's komen overeen met de thema's zoals die gebruikt zijn in het interviewschema van bijlage I en genoemd worden in het artikel van Hijweege en Pieper<sup>90</sup> omdat ze ook voor dit onderzoek van belang zijn. De thema's 'Werksituatie van de huisarts' en 'De persoon van de huisarts' zijn van belang, omdat de werksituatie en persoon van de huisarts beide invloed kunnen hebben op het herkennen van en het omgaan met zingevingsvragen. Als de werksituatie van de huisarts geen ruimte biedt om aandacht te hebben voor zingevingsvragen (bijv. het biomedische model wordt opgelegd), dan heeft dit invloed op het herkennen en omgaan met zingevingsvragen. De persoon van de huisarts is belangrijk, omdat de huisarts misschien zo gesecculariseerd is dat hij/zij geen zingevingsvragen bij zichzelf herkent en ook geen woorden aan zingevingsvragen kan geven. Met als gevolg dat dezelfde arts ook geen zingevingsvragen bij zijn/haar patiënten herkent. Binnen het thema 'Waarnemen van zingevingsvragen' wordt informatie verzameld voor het kunnen

---

<sup>90</sup> Hijweege & Pieper, Tijdschrift Geestelijke Verzorging, p 29

beantwoorden van de deelvraag: Welke zingevingsvragen nemen huisartsen waar? Binnen het thema 'Omgaan met zingevingsvragen' wordt informatie verzameld voor het kunnen beantwoorden van de deelvragen: 'Hoe gaan ze (huisartsen) met deze zingevingsvragen om?' en 'hoe evalueren zij hun mogelijkheden op dit gebied?'

In dit hoofdstuk zullen de verschillende thema's worden besproken. Per thema worden de vragen opgesomd en wordt het doel van de vragen en het verband met de theorie in de hoofdstukken 2 en 3 besproken.

#### 4.1.1 Werksituatie van de huisarts

Vragen:

1. Kunt u iets vertellen over uw contacten met patiënten?
  - Wanneer heeft u contact met hen?
  - Hoe vaak heeft u contact? Eenmalig of frequent? Wat is frequent?
2. Hoe verlopen de gesprekken met patiënten?
  - Heeft u een bepaalde manier om deze gesprekken te voeren?
  - Heeft u een lijst met uitgangspunten die aan de orde moeten komen? Waar let u op?
  - Welke vaardigheden zijn vereist?
  - Met welke houding gaat u het gesprek in?
3. Kunt u een voorbeeld van een doorsnee gesprek geven?
4. In de literatuur wordt wel gesproken over een biomedisch, een bio psychosociaal en een bio-psychosociaal-spiritueel ziektemodel. Wat vindt u van deze modellen?

Doel van de vragen is inzicht te krijgen in de wijze waarop de huisarts zijn gesprekken voert. Dit maakt duidelijk of de gesprekken volgens een vast stramien verlopen en zo ja welk stramien. Verder geeft het inzicht in welk ziektemodel zij hanteren. Dit sluit aan bij hoofdstuk drie waarin is behandeld dat het ziektemodel bepalend is voor wat wordt gezien als ziekte en gezondheid en daardoor bepalend is voor het herkennen van zingevingsvragen. Het herkennen van zingevingsvragen is voor dit onderzoek van fundamenteel belang, want als de huisartsen geen zingevingsvragen herkennen, dan kunnen zij er ook niet op ingaan. Het ziektemodel is daarnaast van belang, omdat het ook bepaalt waar aandacht aan geschonken moet worden bij het ondersteunen van de patient . Daarmee is het bepalend voor de vraag of de huisarts op de zingevingsvraag ingaat als deze herkent wordt.

#### 4.1.2 De persoon van de huisarts

5. Welke dingen maken u zeer enthousiast?
  - Waar geniet u van?
  - Waar wilt u zich voor inzetten?
6. Wat maakt voor u het leven de moeite waard?
7. Heeft uzelf een bron waaraan u steun ontleent bij het omgaan met leven en dood, heelheid en gebrokenheid zoals die voorkomen in uw eigen leven?
8. In hoeverre hebben voor u levens- en zingevingsvragen met geloof en of levensbeschouwing te maken?
9. Bij welke levensbeschouwelijke stroming voelt u zich het meest thuis?
10. Bent u aangesloten bij een levensbeschouwelijke organisatie? Zo ja, welke?

In hoofdstuk 2 is behandeld dat het volgens Van der Lans door de toenemende secularisatie voor mensen moeilijker wordt om zingevingsvragen bij zichzelf te herkennen en/of woorden te geven aan zingevingsvragen. Volgens hem worden zingevingsvragen in religie gethematiseerd en daardoor zijn er woorden voor, door de secularisering raken mensen die woordenschat kwijt.

Het doel van de vragen is om inzicht te krijgen in de persoonlijke visie en de eigen ervaringen van de huisarts in relatie tot zingeving en zingevingsvragen. Tevens geven de vragen enig inzicht of de huisarts in staat is zingevingsvragen bij zichzelf te herkennen en/of woorden te kunnen geven aan zingevingsvragen. Kijkend naar de theorie van Van der Lans zou het zo kunnen zijn dat een huisarts zo geseclariseerd is dat hij/zij geen zingevingsvragen bij zichzelf herkent en ook geen woorden aan zingevingsvragen kan geven. Dit zou kunnen verklaren waarom dezelfde arts ook geen zingevingsvragen bij zijn/haar patiënten herkent.

#### 4.1.3 Waarnemen van zingevingsvragen

11. Wat zijn volgens u zingevingsvragen?
  - Kunt u een voorbeeld geven?
12. Hoe herkent u zingevingsvragen? **Eerst open laten beantwoorden dan zelf mogelijkheden aanbieden**
  - Zingevingsvragen kunnen verborgen zitten achter gewone vragen, in dromen, wanen, lichamelijke klachten, losse opmerkingen en noodkreten. Herkent u dat? Kent u hier typische voorbeelden van?

- Het kan voor mensen moeilijk tot onmogelijk zijn om zingevingvragen te verwoorden. Het gevolg hiervan is dat mensen een gevoel van onbehagen ervaren, zonder dat zij hier woorden aan kunnen geven. Herkent u dat? Kent u hier typische voorbeelden van?

13. Wat is de aard van de zingevingvragen die u in uw praktijk tegenkomt?

Eerst open laten beantwoorden dan zelf mogelijkheden aanbieden (Leven, dood, heelheid, gebrokenheid? )

a) Leven

- Komt u bij patiënten vragen tegen als: Wie ben ik?, is het goed dat ik er ben? , bij wie hoor ik?, is het leven voorspelbaar of willekeurig?  
Zo ja, kunt u voorbeelden geven?
- Merkt u bij uw patiënten wel eens dat ze worstelen met hun levenskwaliteit, gevoel van zekerheid, gebrek aan autonomie, het zin geven aan hun leven, het op zoek zijn naar een nieuw perspectief, het gebrek aan uitpraat-partners?  
Zo ja, kunt u voorbeelden geven?

b) Dood

- Krijgt u vragen als: Wat is dood? Hoe dood ben je dan? Is er leven na de dood? Is er een hemel of een hel?  
Zo ja, kunt u voorbeelden geven?
- Krijgt u vragen als: Stel dat ik nu dood ga, is mijn leven dan zinvol geweest? Stel dat iemand jong overlijdt, wat is hier de zin van?  
Zo ja, kunt u voorbeelden geven?
- Merkt u bij uw patiënten dat zij moeite hebben met het loslaten van het leven? Moeite hebben met het toegeven dat de ziekte niet te keren is?  
Zo ja, kunt u voorbeelden geven?
- Houden ze zich bezig met de vraag: hoe lang heb ik nog? Of wordt dat vooral verdrongen?  
Zo ja, kunt u voorbeelden geven?
- Merkt u bij chronisch zieke patiënten dat zij moeite met het inboeten aan levenskwaliteit? Kunnen ze overgave en rust ervaren en wat helpt hen daarbij?  
Zo ja, kunt u voorbeelden geven?

c) Gebrokenheid

- Merkt u dat patiënten op zoek gaan naar de oorzaken van hun tegenslag (ziekte, verlies werk/partner enz.)? Vragen ze zich af waarom het juist hen moest overkomen? Geven ze

zichzelf dan de schuld of anderen of wellicht God? Vragen ze: waarom gebeurt dit? Heb ik iets verkeerd gedaan? Waarom laat God dit lijden toe? Welke zin heeft dit? Denkt men wel eens, het is eigenlijk onrechtvaardig?

Zo ja, kunt u voorbeelden geven?

- Merkt u dat patiënten op zoek gaan naar bronnen van kracht? Hoe overleef ik dit? Wie helpt mij? Is er een diepere werkelijkheid, waar ik bij kan aankloppen?

Zo ja, kunt u voorbeelden geven?

- Merkt u bij uw patiënten wel eens dat ze nieuwe positieve ervaringen opdoen als gevolg van hun 'ziekte', bv. relaties krijgen meer diepgang, ze beperken zich tot de kernzaken van het leven, ze genieten van de kleine dingen van het leven, intenser en bewuster gaan leven, zich meer op de natuur richten, meer rekening met zichzelf leren houden, meer verbondenheid met de kosmos ervaren, geloofsverdieping.

Zo ja, kunt u voorbeelden geven?

#### d) Heelheid

- Komt u wel eens zingevingsvragen tegen bij patiënten als zij een mooie gebeurtenis meemaken zoals een geboorte/huwelijk/samenwonen

Zo ja, kunt u voorbeelden geven?

In hoofdstuk twee is behandeld wat zingevingsvragen zijn, hoe ze herkend kunnen worden en in welke gebieden ze zijn onder te verdelen. Op de theorie sluiten de vragen als volgt aan. Vraag 11 geeft inzicht in wat volgens de huisarts zingevingsvragen zijn. Vraag 12 geeft inzicht in hoe zingevingsvragen door de huisarts worden herkend. Deze vraag wordt in eerste instantie open gesteld. Dit biedt ruimte aan de geïnterviewde voor een spontaan antwoord. De informatie uit de theorie over zingevingsvragen zoals die is behandeld in hoofdstuk twee en kort is verwoord in de twee bullets bij deze vraag, wordt gebruikt om de huisarts op weg te helpen als hij/zij de vraag niet kan beantwoorden. Voor deze werkwijze is gekozen omdat er twijfel is over de herkenbaarheid van zingevingsvragen. Vraag 13 geeft inzicht in welke zingevingsvragen worden waargenomen en uit welke gebieden (Leven, Dood, Gebrokenheid, Heelheid) ze ontstaan. Deze vraag wordt in eerste instantie open gesteld. Daarna worden er nog mogelijkheden uit de diverse gebieden die niet spontaan aan de orde zijn gekomen aan de huisarts voorgelegd. Dit gebeurt als volgt. Bij het gebied Leven staan twee bullets met vragen. Stel dat een huisarts heeft verteld dat hij/zij merkt dat patiënten worstelen met het zin geven aan hun leven (Gebied Leven bullet 2), maar geen vragen noemt die bij bullet 1 van dit gebied staan, dan is er één vraag die wordt genoemd bij deze bullet aan de arts voorgelegd. Deze werkwijze is voor alle gebieden gehanteerd. Doel van de vragen binnen dit thema is om antwoord te krijgen op de vraag: Welke zingevingsvragen nemen huisartsen waar?



#### 4.1.4 Omgaan met zingeingsvragen

14. Vindt u het voor de patiënt en/of voor uzelf van belang om op deze zingeingsvragen in te gaan?

Hoe geldt dat voor uw collega's, denkt u?

15. Heeft u voldoende ruimte om op zingeingsvragen in te gaan? Welke mogelijkheden en welke beperkingen zijn er?

Hoe geldt dat voor uw collega's, denkt u?

16. Heeft u voldoende vaardigheden om op deze zingeingsvragen in te gaan? Wat lukt u goed en wat minder goed?

Hoe geldt dat voor uw collega's, denkt u?

17. Soms staat u met lege handen. Voelt u zich capabel om met zulke momenten om te gaan?

Hoe geldt dat voor uw collega's, denkt u?

18. Kunt u eens een voorbeeld geven van een gesprek over zingeingsvragen, waarover u zeer tevreden was?

19. Kunt u eens een voorbeeld geven van een gesprek waarin aan de zingeingsvragen niet voldoende recht is gedaan?

20. Vergt een gesprek over zingeingsvragen een bepaalde houding, insteek, manier van benaderen door de arts?

Op welke manier communiceert u met de patiënt?

Verplaatst u zich daarbij ook in het perspectief van de patiënt? (*Empatisch*: luisteren, aanvaarden, erkennen, laten uitpraten, gewillig oor, toewenden. *Informatief*: uitleg en informatie geven, helder en duidelijk zijn. *Ondersteunen*: hoop geven, troosten, wijzen op lichtpuntjes. *Waarderen*: mijn mening geven over de levensstijl van de patiënt, gedrag voorschrijven, de patiënt de goede richting op sturend.)

21. Heeft u behoefte aan bijscholing op het gebied van zingeingsvragen?

Zo ja, in welke vorm (bv. klinische les, casuïstiek)?

Is er voor andere artsen bijscholing nodig, denkt u?

22. Welke contacten met de andere beroepsgroepen vindt u wenselijk als het gaat om zingeingsvragen?

23. Verwijst u wel eens naar andere beroepsgroepen? Zo ja, in welke gevallen? Wat zijn uw ervaringen?

24. Welke professional(s) is volgens u opgeleid voor de behandeling van zingeingsvragen?

25. Heeft geestelijke verzorging in de eerstelijns gezondheidszorg volgens u een meerwaarde?

26. Wat is uw visie op samenwerking met een geestelijk verzorger? Wat vindt u belangrijk?

27. Hoe vaak denkt u van een geestelijke verzorger gebruik te maken als deze beschikbaar is?

Doel van deze vragen is om antwoord te krijgen op de vragen: Hoe gaan huisartsen met de waargenomen zingevingsvragen om (vragen: 14,18,19,20,22,23) en hoe evalueren zij hun mogelijkheden op dit gebied (15,16,17,21). De laatste vragen (24, 25, 26, 27) zijn bedoeld om inzicht te krijgen in de behoefte aan geestelijke verzorging in de eerstelijnsgezondheidszorg. Deze vier vragen zijn in aangepaste vorm overgenomen van het onderzoek van Vreugdenhil en Ottevanger<sup>91</sup>(zie bijlage 2).

#### 4.1.5 Afsluiting

28. Heeft u een vraag gemist of is er nog iets waarover u nog wel iets wilt zeggen?

29. Wat vond u van dit gesprek?

30. Denkt u dat dit onderzoek zinvolle informatie kan opleveren?

Doel van deze vragen is om als afronding de ruimte te geven aan onvoorziene informatie of informatie die de geïnterviewde nog belangrijk vindt om te delen.

## 4.2 Uitvoering van het onderzoek

Het onderzoek is gehouden in Almere. De geschiedenis van Almere begint in 1968 met de drooglegging van de Zuidelijke IJsselmeerpolders. Drie jaar later besluit de rijksoverheid tot het bouwen van Almere om een bijdrage te leveren aan de oplossing van de ruimteproblematiek in het noordelijk deel van de Randstad. In 1976 krijgen de eerste bewoners de sleutels van hun huis. In 2010 telt de stad ruim 188.000 inwoners. Het is de bedoeling dat de stad in de toekomst groeit naar 350.000 inwoners<sup>92</sup>.

Een grote eerstelijns zorgverlener in Almere is de Zorggroep Almere. Basis van de zorg die zij in Almere bieden zijn de gezondheidscentra. Verdeeld over de stad zijn er in totaal 23. Deze gezondheidscentra zijn te clusteren onder vier stadsdelen, te weten Almere Stad, Almere Haven, Almere Buiten en Almere Poort<sup>93</sup>.

In een gezondheidscentrum zijn diverse hulpverleners voor verschillende soorten zorg werkzaam. Van huisarts tot wijkverpleegkundige en van jeugdverpleegkundige tot apotheker. Naast de standaard zorg die zorggroep Almere verleent, verhuren zij ruimtes aan zelfstandige hulpverleners<sup>94</sup>.

---

<sup>91</sup> Vreugdenhil, p 6

<sup>92</sup> [www.almere.nl](http://www.almere.nl), 25 juni 2012

<sup>93</sup> [www.zorggroep-almere.nl](http://www.zorggroep-almere.nl). 25 juni 2012

<sup>94</sup> [www.zorggroep-almere.nl](http://www.zorggroep-almere.nl). 25 juni 2012

Alle hulpverleners werken volgens de principes van Planetree. Grondlegger van het Planetree concept is de Amerikaanse Angelica Therriot. De aanleiding voor het maken van dit concept was een slechte ervaring die zij had in een ziekenhuis. Kern van het concept is dat naast de medische, verpleegkundige en lichamelijke verzorging het welzijn en welbevinden van de cliënt centraal staan<sup>95</sup>.

De huisartsen zijn als volgt benaderd. Als eerste heb ik mijn eigen huisarts benaderd en geïnterviewd. Vervolgens heb ik haar manager telefonisch benaderd met de vraag of hij zijn medewerking wilde verlenen aan het onderzoek. Naar aanleiding van dat gesprek heb ik een e-mail gestuurd met daarin uitleg over het onderzoek en het verzoek of hij wilde mee werken aan het onderzoek door uit nog drie verschillende zorgcentra een huisarts aan te leveren. Deze mail is doorgestuurd naar de managers van drie verschillende zorgcentra. Zij hebben binnen hun team het verzoek voorgelegd en vervolgens heeft per team een huisarts toegezegd te willen meewerken.

In de periode van eind februari tot begin april hebben de interviews plaatsgevonden. Drie interviews zijn gehouden in het kantoor van de huisarts in het zorgcentrum en één interview is in het huis van de arts gehouden. Van elk interview is een geluidsopname gemaakt. De duur van de geluidsopnames varieert van 45 tot 65 minuten. Aan de hand van deze geluidsopnames is er een letterlijke weergave van het interview gemaakt. Dit heeft geresulteerd in een document van 13 tot 14 pagina's per huisarts.

### 4.3 Analyse van de gegevens

De analyse van de gegevens is als volgt uitgevoerd. Het interview is opgedeeld in passages met daarin informatie over eenzelfde onderwerp. De letterlijke weergave van elke passage is voorzien van labels. Bijvoorbeeld: In één van de passages staat de volgende weergave:

A: ja, ja uhm. Hoe herkent u zingevingsvragen?

C: Nou je hoort het mensen soms zeggen. Het doet er niet meer toe. Dus dan kun je dat oppakken.

A: ja.

C: je kunt het vragen. In de periode van ziekte. Heb je behoefte aan meer spirituele begeleiding, want ik ben geen dominee, geen pastoor

A: nee

C: ben ik echt helemaal niet. En sommige mensen hebben dat zelf al geregeld. Sommige mensen willen dat niet. Dus dan leg je het open en eh eh nou bij mensen in nood kun je dat wel horen. Kun je ook verder uitleg bij vragen.

A: ja.

---

<sup>95</sup> www.zorggroep-almere.nl. 25 juni 2012

C: dat kun je doen maar dan moet je mensen wel ietsje beter kennen. Vind ik.

A: ja.

C: Dan moet je. Dat kan ik nooit bij een eerste keer vragen of zo. Dan denk ik van kom nog maar eens terug. Denk er eens over na, dan kijken we wel verder.

Bovenstaand gedeelte is als volgt gelabeld:

Zingeingsvragen herken je doordat mensen zeggen het doet er niet meer toe

A: ja, ja uhm. Hoe herkent u zingeingsvragen?

C: Nou je hoort het mensen soms zeggen. Het doet er niet meer toe. Dus dan kun je dat oppakken.

A: ja.

Zingeingsvragen herken je door bij ziekte te vragen of er behoefte is aan spirituele begeleiding

C: je kunt het vragen. In de periode van ziekte. Heb je behoefte aan meer spirituele begeleiding,

Niet bekwaam voor spirituele begeleiding

want ik ben geen dominee, geen pastoor

A: nee

C: ben ik echt helemaal niet.

Mensen regelen spirituele begeleiding zelf of willen het niet

C: En sommige mensen hebben dat zelf al geregeld. Sommige mensen willen dat niet. Dus dan leg je het open en eh eh nou bij mensen in nood kun je dat wel horen. Kun je ook verder uitleg bij vragen.

A: ja.

Om zingeving te bespreken moet je mensen kennen

C: dat kun je doen maar dan moet je mensen wel ietsje beter kennen. Vind ik.

A: ja.

C: Dan moet je. Dat kan ik nooit bij een eerste keer vragen of zo. Dan denk ik van kom nog maar eens terug. Denk er eens over na, dan kijken we wel verder.

Na het labelen van de vier interviews zijn de labels geclusterd. In eerste instantie zijn als hoofdclusters werksituatie huisarts, persoon huisarts, waarnemen van en omgaan met zingeingsvragen gebruikt. Vervolgens is per label gekeken bij welk hoofdcluster het label hoort. Vervolgens is er per hoofdcluster gekeken of er binnen deze hoofdclusters nog subclusters te maken

waren. Hierbij is gebruik gemaakt van de indeling zoals die is gebruikt in de tabellen in het artikel van Vermandere et al <sup>96</sup>. Dit heeft geleid tot de volgende standaard indeling van het interviewmateriaal:

### **Werksituatie huisarts**

Contact met de patiënt: In dit subcluster staat de informatie die de huisartsen A en B hebben gegeven over het contact dat zij hebben met de patiënt.

Samenstelling wijk: In dit subcluster staat de informatie die arts B heeft gegeven over hoe de sociale cohesie in haar werkgebied is.

Tijdsduur consult: In dit subcluster staat de informatie die arts C heeft gegeven over de verschillende tijdsduren die een consult kan hebben.

Computerprogramma: In dit subcluster staat de informatie die arts C heeft gegeven over het computerprogramma dat door de huisartsen wordt gebruikt.

Initiatief contact: In dit subcluster staat de informatie die arts D heeft gegeven over wie het initiatief neemt tot het contact tussen arts en patiënt.

### **Persoon huisarts**

Drijfveren: In dit subcluster staat de informatie die de huisartsen hebben gegeven over wat hen motiveert in het leven.

Levensbeschouwing: In dit subcluster staat de informatie die de huisartsen hebben gegeven over hun levensbeschouwelijke geschiedenis en waar zij nu levensbeschouwelijk gezien staan.

Ziektemodel: In dit subcluster staat de informatie die de huisartsen hebben gegeven over welke ziektemodel zij hanteren. In het interviewschema wordt hiernaar gevraagd bij het thema 'Werksituatie van de huisarts'. Dit is gedaan, omdat mijn verwachting was dat de werksituatie bepalend zou zijn voor het ziektemodel dat de huisarts hanteert. Na het bestuderen van de antwoorden die de artsen hebben gegeven heb ik besloten om het ziektemodel te verplaatsen naar het thema 'De persoon van de huisarts', omdat uit de antwoorden blijkt dat de keuze voor een bepaald ziektemodel een persoonlijke keuze is en niet een keuze die door de werksituatie wordt bepaald.

### **Waarnemen**

Definitie: In dit subcluster staat de informatie die de huisartsen hebben gegeven op de vraag: Wat zijn zingevingsvragen volgens u?

Relatie zingevingsvragen en geloof/levensbeschouwing: In dit subcluster staat de informatie die de huisartsen hebben gegeven over of er wel of geen relatie is tussen zingevingsvragen en

---

<sup>96</sup> Vermandere, p753

geloof/levensbeschouwing. Met andere woorden zijn zingevingsvragen verbonden met geloof of levensbeschouwing of zijn ze niet met elkaar verbonden.

Herkennen: In dit subcluster staat de informatie die de huisartsen hebben gegeven op de vraag: Hoe herkent u zingevingsvragen?

Zingevingsvragen uit het gebied leven<sup>97</sup>: In dit subcluster staan de zingevingsvragen die de huisartsen hebben genoemd en die onder het gebied Leven vallen.

Zingevingsvragen uit het gebied dood: In dit subcluster staan de zingevingsvragen die de huisartsen hebben genoemd en die onder het gebied Dood vallen.

Zingevingsvragen uit het gebied heelheid: In dit subcluster staan de zingevingsvragen die de huisartsen hebben genoemd en die onder het gebied Heelheid vallen.

Zingevingsvragen uit het gebied gebrokenheid: In dit subcluster staan de zingevingsvragen die de huisartsen hebben genoemd en die onder het gebied Gebrokenheid vallen.

## **Omgaan**

Belang van omgaan: In dit subcluster staat de informatie die de huisartsen hebben gegeven die antwoord geeft op de vraag: Waarom het voor huisartsen belangrijk is om spirituele zorg te verlenen?

Omgaan wat: In dit subcluster staat de informatie die de huisartsen hebben gegeven die antwoord geeft op de vraag: Wat volgens de huisartsen hun taak is in het spirituele zorg verlenen?

Omgaan hoe: In dit subcluster staat de informatie die de huisartsen hebben gegeven die antwoord geeft op de vraag: Hoe de huisartsen spirituele zorg verlenen?

Samenwerking: In dit subcluster staat informatie over met wie huisartsen samenwerken en wie volgens hen specialist(en) zijn op het gebied van zingevingsvragen

Samenwerking met GV: In dit subcluster staat de informatie die de huisartsen hebben gegeven over een eventuele samenwerking met een geestelijk verzorger in de eerste lijn

Belemmerende arts factoren: In dit subcluster staat de informatie die de huisartsen hebben gegeven over wat factoren bij de arts zijn die de omgang met zingevingsvragen belemmeren

Belemmerende patiënt factoren: In dit subcluster staat de informatie die de huisartsen hebben gegeven over wat factoren bij de patiënt zijn die de omgang met zingevingsvragen belemmeren.

Belemmerende contextuele factoren: In dit subcluster staat de informatie die de huisartsen hebben gegeven over wat contextuele factoren zijn die de omgang met zingevingsvragen belemmeren. Het

---

<sup>97</sup> Bij het indelen van de door de huisartsen genoemde zingevingsvragen in de gebieden Leven, Dood, Heelheid en Gebrokenheid is als volgt te werk gegaan. Er is gekeken of de door de huisarts genoemde zingevingsvraag ook voorkomt of overeenkomt met een voorbeeld zingevingsvraag genoemd in het interviewschema. De zingevingsvraag genoemd door de huisarts is vervolgens in hetzelfde gebied ingedeeld als de voorbeeldvraag waarmee zij overeenkwam.

gaat om omgevingsfactoren zoals wetgeving, regels opgelegd door zorgverzekeraars enzovoort. Deze factoren zijn niet tot nauwelijks door de arts en/of patiënt te beïnvloeden, maar bepalen wel hoe er wordt omgegaan met zingevingsvragen.

Faciliterende arts factoren: In dit subcluster staat de informatie die de huisartsen hebben gegeven over wat factoren bij de arts zijn die de omgang met zingevingsvragen faciliteren.

Faciliterende patiënt factoren: In dit subcluster staat de informatie die de huisartsen hebben gegeven over wat factoren bij de patiënt zijn die de omgang met zingevingsvragen faciliteren.

Faciliterende contextuele factoren: In dit subcluster staat de informatie die de huisartsen hebben gegeven over wat contextuele factoren (omgevingsfactoren) zijn die de omgang met zingevingsvragen faciliteren.

Samenwerking evaluatie: In dit subcluster staat de informatie die de huisartsen hebben gegeven over hoe zij de samenwerking met anderen op het gebied van zingevingsvragen evalueren.

Opleidingsbehoefte: In dit subcluster staat de informatie die de huisartsen hebben gegeven over waar hun opleidingsbehoefte op het gebied van zingevingsvragen ligt.

Elk hierboven genoemd subcluster bevat per arts één of meerdere labels zoals te zien is in het hier volgende voorbeeld:

Herkennen: Zingevingsvragen kun je verwachten in ernstige situaties

Herkennen: Een levenscrisis vraagt om de bakens te verzetten

Herkennen: Zingevingsvragen zijn verborgen

Herkennen: Patiënt geeft aan dat religie een rol speelt in klachtenpatroon

Na het hierboven beschreven proces van labelen en clusteren is er per arts een analyse gemaakt aan de hand van de subclusters. Dit heeft geresulteerd in een document van 4 à 5 pagina's per huisarts<sup>98</sup>. Tenslotte zijn de analyses per arts samengevoegd tot een totaalbeeld voor elk cluster met de daarbij behorende subclusters. In de volgende paragraaf worden de resultaten besproken.

Om de anonimiteit van de deelnemende huisartsen te waarborgen heb ik er voor gekozen om de letterlijke weergave van de interviews met en zonder labels, de documenten met alleen de labels en de daaruit voortkomende analyses per huisarts niet toe te voegen<sup>99</sup>. Deze documenten kunnen op verzoek ingezien worden.

---

<sup>98</sup> In bijlage III is één analyse ter informatie toegevoegd. In deze analyse ontbreken de hoofdclusters werksituatie huisarts en persoon huisarts. Deze hoofdclusters ontbreken om de anonimiteit van de deelnemende huisarts te waarborgen.

<sup>99</sup> Zie voetnoot 86

## 4.4 Resultaten van het onderzoek

In deze paragraaf worden de resultaten van het onderzoek weergegeven. Als inleiding staat in paragraaf 4.4.1 een beschrijving van de werksituatie van de huisartsen. Voor deze beschrijving is gebruik gemaakt van de informatie uit de subclusters 'Contact met de patiënt, samenstelling wijk, tijdsduur consult, computerprogramma, en initiatief contact'. In paragraaf 4.4.2 staat een beschrijving van de huisartsen als persoon. Voor deze beschrijving is gebruikt gemaakt van de informatie uit de subclusters 'Ziektemodel, Drijfveren en Levensbeschouwing'. De werksituatie en de persoon van de huisarts worden beschreven, aangezien beide invloed kunnen hebben op het herkennen van en omgang met zingevingsvragen. Zo bepaalt het ziektemodel dat de huisarts gebruikt of er aandacht wordt besteed aan de detectie van eventuele zingevingsvragen.

Na de beschrijving van de werksituatie en de persoon van de huisarts worden de deelvragen zoals die geformuleerd zijn in paragraaf 1.1 beantwoord.

In paragraaf 4.4.3 wordt besproken welke zingevingsvragen huisartsen waarnemen aan de hand van de informatie uit de subclusters 'Definitie, Relatie zingevingsvragen en geloof/levensbeschouwing, Herkennen, Zingevingsvragen uit het gebied leven, Zingevingsvragen uit het gebied dood, Zingevingsvragen uit het gebied heelheid en Zingevingsvragen uit het gebied gebrokenheid. Vervolgens wordt in paragraaf 4.4.4. besproken hoe zij met deze zingevingsvragen omgaan aan de hand van de informatie uit de subclusters 'Belang van omgaan, Omgaan wat, Omgaan hoe, Samenwerking en Samenwerking met GV'. Tot slot wordt in paragraaf 4.4.5. besproken hoe de huisartsen hun mogelijkheden evalueren op het gebied van omgaan met zingevingsvragen aan de hand van de informatie uit de subclusters 'Belemmerende arts factoren, Belemmerende patiënt factoren, Belemmerende contextuele factoren, Faciliterende arts factoren, Faciliterende patiënt factoren, Faciliterende contextuele factoren, Samenwerking evaluatie en Opleidingsbehoefte'.

### 4.4.1 Werksituatie huisarts

In deze paragraaf staat een beschrijving van de werksituatie van de deelnemende huisartsen. Ik start met een algemene beschrijving en vervolg met een paar specifieke beschrijvingen aan de hand van de informatie die door de huisartsen is gegeven.

De vier deelnemende artsen komen uit vier verschillende gezondheidscentra uit het cluster Almere Stad. Zij werken respectievelijk in De Boog, Het Noorderdok, De Notekraker en Opmaat. De Boog richt zich op de inwoners van de Kruidenwijk. Het Noorderdok op de inwoners van de Noorderplassen. De Notekraker op de inwoners van Muziekwijk Noord en Opmaat op de inwoners van Muziekwijk Zuid.



Drie van de vier huisartsen werken al geruime tijd (rond de 20 jaren) in hun praktijk en één arts werkt sinds een aantal jaren in het zorgcentrum. Ook de wijk rond het zorgcentrum waar de laatst genoemde arts werkt, bestaat nog niet zo lang en is nog volop in ontwikkeling.

Door de vier huisartsen is verschillende informatie over hun werksituatie gegeven. Hierna beschrijf ik per arts wat over de werksituatie is verteld. Huisarts A vertelt dat zij probeert om een relatie met haar patiënten op te bouwen. Naarmate zij patiënten vaker ziet is het contact beter.

Huisarts B vertelt dat zij al bijna 20 jaar in het gezondheidscentrum werkzaam is en dat zij daardoor de meeste patiënten goed kent. Dit vindt zij belangrijk. Het valt B op dat er in de wijk waar zij werkzaam is geen sociale banden zijn. Dit zorgt volgens haar voor ontheemde mensen.

Huisarts C vertelt over de tijdsduur van de consulten. Het standaard consult duurt 10 minuten. Daarnaast is er nog een consult van 5 minuten voor de kleine klachten en is er de mogelijkheid tot het aanvragen van een dubbel consult. Afhankelijk van de klacht heeft de arts dus tussen de 5 en de 20 minuten tijd. Verder vertelt huisarts C dat er wordt gewerkt met het systeem SOEP<sup>100</sup>. Dit systeem bestaat uit klacht, onderzoek, diagnose en het werkplan.

Huisarts D vertelt dat het initiatief tot contact bij de patiënt ligt. Bij ernstig zieke patiënten neemt hij zelf ook het initiatief tot contact en het komt ook wel eens voor dat hij contact opneemt met een patiënt op verzoek van de apotheker of een medisch specialist.

Het is niet duidelijk of de hierboven gemelde informatie voor alle vier de artsen geldt. In een vervolgonderzoek zou dit nader uitgezocht kunnen worden.

#### **4.4.2 De persoon van de huisarts**

In deze paragraaf worden de drijfveren en de levensbeschouwing van de huisartsen besproken. Ik sluit af met de door de artsen gehanteerde ziektemodellen.

##### *Drijfveren:*

De drijfveren voor het leven lopen bij de vier artsen uiteen. De drijfveren voor A zijn bewogenheid en bevlogenheid met mensen en haar gezin. Voor B zijn de drijfveren werk en gezin. Voor C zijn de drijfveren omgaan met mensen, het werk en genieten van het leven. Voor D zijn de drijfveren het werk, opleiden van mensen en spiritualiteit (mediteren, mindfulness).

---

<sup>100</sup> <http://www.nivel.nl/huisarts-informatie-systemen>, 7 augustus 2012. SOEP staat voor (Subjectief, Objectief, Evaluatie en Plan) bij het rapporteren in het patiëntdossier. (S = wat de patient zelf aangeeft, O = wat de dokter zelf kan constateren / meten / zien, E = eigenlijk de uiteindelijke diagnose, en P = wat er nu gaat gebeuren om de klachten aan te pakken (medicijnen, behandeling, doorverwijzing etc.).

Een aantal drijfveren komen dus bij meerdere artsen voor. De drijfveer 'mensen' en de drijfveer 'gezin' worden genoemd door huisarts A en B. De drijfveer 'werk' wordt genoemd door de huisartsen B, C en D.

#### *Levensbeschouwing:*

Alle vier artsen zijn christelijk opgevoed, hun wortels liggen in de christelijke traditie. Twee artsen (A en D) zijn nog steeds verbonden met de christelijke traditie. De ene met de Protestantse traditie, de ander is verbonden aan een oecumenische kerkgemeenschap. Huisarts B beschouwt zich als spiritueel zoekend en huisarts C vindt de zingevingbronnen in zichzelf en in de kunst.

#### *Ziektemodel:*

Drie van de vier artsen vinden dat je naar de totale mens moet kijken. Twee van de drie hanteren daarbij het bio-psychosociaal-spiritueel ziektemodel (A en D). Een andere arts (C) hanteert het bio-psychosociaal ziektemodel. Hierbij geven de artsen wel aan dat het gehanteerde ziektemodel afhankelijk is van de hulpvraag van de patiënt. Arts D zegt hierover: *Ik ben zelf heel generalistisch, dus ik probeer zelf er zoveel mogelijk bij te betrekken. Als iemand voor een zere teen komt, dan ga je er niet direct spiritualiteit bij halen. Maar ik vind wel dat je de mens in z'n totaliteit moet zien. Ook het spirituele er bij moet betrekken* (parafrase<sup>101</sup>).

De vierde arts hanteert het psychosomatische ziektemodel. Het meenemen van het psychologische deel is afhankelijk van de hulpvraag van de patiënt. Zij zegt hierover: *Mensen zijn qua lichamelijke klachten en psychische gesteldheid gekoppeld. Dat kun je niet los zien van elkaar. Bijvoorbeeld mensen komen met moeheidsklachten en die vragen bijvoorbeeld: Mag ik een bloedonderzoek? Dan krijgen ze ook bijna altijd een vragenlijst mee van hoe het psychisch gaat. Dat is een vier dimensionale klachtenlijst waarin gescreend wordt op vier soorten klachten: Angstklachten, depressieve klachten, lichamelijke stressklachten en psychische stressklachten. Dus dan kijk je, hoe ver is iemand psychisch belast wat een rol kan spelen bij deze klacht waarmee hij komt* (parafrase).

#### **4.4.3 Waarnemen van zingevingsvragen**

In deze paragraaf zal eerst worden behandeld wat zingevingsvragen volgens de huisartsen zijn en wat de relatie volgens hen is tussen zingevingsvragen en geloof/levensbeschouwing. Vervolgens behandel ik hoe de huisartsen zingevingsvragen herkennen en welke zingevingsvragen zij waarnemen. Bij dit laatste maak ik een onderscheid tussen Zingevingsvragen uit het gebied leven, dood, heelheid en gebrokenheid.

---

<sup>101</sup> In de parafrase is geprobeerd zo goed mogelijk te verwoorden wat de arts heeft gezegd. Hierbij zijn de zinnen zodanig aangepast dat onnodige herhalingen en onderbrekingen zijn weggelaten.

### *Zingeingsvragen volgens de huisartsen*

Voor drie van de vier huisartsen gaat het bij zingeingsvragen over vragen naar de zin van het leven. Het gaat hierbij niet om de vraag wat de zin van het leven in het algemeen is, maar om wat de zin van het leven voor iemand persoonlijk is. Bij huisarts A gaat het bij zingeingsvragen om de vragen naar de oorzaak van de ziekte

### *De relatie tussen zingeingsvragen en geloof/levensbeschouwing*

Voor drie van de vier artsen hoeven zingeingsvragen geen relatie met geloof/ levensbeschouwing te hebben. Arts A zegt hierover: *Je moet in je huisartspraktijk de taal van de mensen spreken die je tegenover je hebt. Dus voor mezelf geldt dat zingeingsvragen heel dicht bij spiritualiteit en religie liggen. Maar voor degene die tegenover me zit, kan dat heel anders zijn* (parafrase). Arts C zegt hierover: *Of zingeingsvragen een relatie met geloof/levensbeschouwing hebben moet blijken in de loop van de tijd. Het hoeft niet* (parafrase). Arts D zegt hierover: *Als je gelooft dat er meer is tussen hemel en aarde, dan heeft het gewoon met elkaar te maken. Ik: Voor u persoonlijk is dat met elkaar verbonden? Arts D: Ja.* (parafrase). De vraag over de relatie tussen zingeingsvragen en geloof/ levensbeschouwing is bij arts B niet aan de orde gekomen in het interview. Voor huisarts A en D persoonlijk hebben zingeingsvragen een relatie met geloof/levensbeschouwing.

### *Herkennen*

Alle vier de huisartsen zeggen dat zingeingsvragen kunnen worden waargenomen als mensen geconfronteerd worden met moeilijke situaties in hun leven. Als moeilijke situaties worden gezien: ziekte (A), wanneer je aan het einde van je leven staat (B), wanneer er nood is (C). Huisarts C noemt als voorbeelden een partner die ziek wordt of overlijdt, invaliditeit, chronische beperkingen, verstoorde kind-ouderrelaties (het kind doet niet wat de ouders willen), scheiding en het overlijden van een kind. Arts D zegt hierover: *Ja, hoe herken je dat? In principe in min of meer ernstige situaties, lichamelijke ziekte, een ernstige depressie of een burn-out of zo. Ja, dan zijn ze voor mij zo evident aanwezig. Dan is er niet een bepaald symptoom of zo waar ik dan op vaar, dan ga ik automatisch op die zingeingstoer* (parafrase).

Drie van de vier artsen vertellen verder dat zij zingeingsvragen herkennen, omdat de patiënt er over begint. Dit kan doordat de patiënt zegt dat het er niet meer toe doet of doordat de patiënt een grap maakt over de zin van het leven, of omdat de patiënt vertelt dat religie een bepaalde rol speelt in het klachtenpatroon.

In de contacten die de huisartsen met patiënten hebben, nemen zij onderverdeeld in de gebieden leven, dood, heelheid en gebrokenheid<sup>102</sup>, de volgende zingevingsvragen waar:

### *Leven*

- Depressieve mensen zien de zin van het leven niet meer in. Dit wordt door drie huisartsen (A, B en C) genoemd.
- Mensen die eruit willen stappen in verband met: psychische ziekte, depressiviteit, gebrek aan eigenwaarde of ernstige angstklachten. Zij zien de zin van hun leven niet meer in (A).
- Mensen met een burn-out vragen zich af waar ze het allemaal voor doen (B)
- Vragen over de zin van het leven (A)
- Patiënten vragen om euthanasie, omdat zij de zin van hun leven niet meer inzien (C)
- Oude mensen die vereenzamen, vragen zich af wat de zin is van hun leven (D)
- Mensen zeggen: 'het doet er niet meer toe. Het is klaar' (C)
- Chronische zieken worstelen ermee dat ze moeten inboeten aan levenskwaliteit of ze zijn gefrustreerd over de achteruitgang van de kwaliteit van hun leven. (A en B)
- Ouderen hebben moeite met inboeten aan levenskwaliteit (C)
- Dementerende mensen hebben moeite met inboeten aan levenskwaliteit (D)
- Door werkeloosheid ontstaan zingevingsvragen over de identiteit (D).

De eerste zeven waarnemingen zijn onder te brengen in een zin geven aan het leven en/of worstelen met levenskwaliteit. De laatste waarneming valt onder de vragen 'wie ben ik?' en 'is het goed dat ik er ben?'.

### *Dood*

- Positieve ervaringen als gevolg van ziekte<sup>103</sup>. Dit wordt door alle vier huisartsen geconstateerd. Huisarts A ziet het als een positieve ervaring als mensen als gevolg van hun ziekte hun leven anders gaan inrichten. Huisarts B ziet zesdezingevingsverhalen door bijna doodervaringen als positieve ervaringen. Huisarts C vertelt dat mensen hun gezondheid meer gaan waarderen. Huisarts D heeft geen toelichting op de positieve ervaringen gegeven.
- Jonge mensen die gaan sterven hebben moeite met het loslaten van het leven (A en D)

---

<sup>102</sup> De benaming van de gebieden is overgenomen van de benamingen zoals Van Zanten die hanteert. Het kan echter voorkomen dat de resultaten niet goed aansluiten bij de theorie van Van Zanten over een bepaald gebied. De reden hiervoor is dat de theorie van de andere auteurs die behandeld zijn in hoofdstuk 2 met onderbouwing (zie pagina 16) onder een bepaald gebied zijn toegevoegd. Bijvoorbeeld: Yalom's gebied zinloosheid is in het gebied Leven ingedeeld. De eerste zeven resultaten die genoemd zijn in het gebied Leven sluiten goed aan bij de theorie van Yalom en zijn daarom in het gebied Leven geplaatst.

<sup>103</sup> Dat ziekte kan leiden tot positieve ervaringen sluit aan bij wat Yalom in paragraaf 2.2.1 zegt, dat mensen nieuwe positieve ervaringen kunnen opdoen door de confrontatie met de dood.

- Oude mensen die gaan sterven hebben moeite met het loslaten van het leven (D)
- Mensen die bang zijn om te sterven (B en C)
- Bij mensen die gaan sterven wordt de vraag besproken: Geloof u in een leven na de dood? Dit wordt door twee huisartsen genoemd (B en D)
- Bij een euthanasieverklaring wordt door de huisarts gevraagd of de patiënt gelooft in een leven na de dood (B)

Alle artsen constateren dat patiënten positieve ervaringen opdoen als gevolg van hun ziekte.

Verder worden in dit gebied 'moeite met loslaten van het leven' door de artsen A en D waargenomen en 'moeite met inboeten van levenskwaliteit' wordt door alle vier artsen waargenomen. De vraag: Is er leven na de dood?, wordt door de huisartsen niet genoemd als vraag die patiënten stellen. Het is wel een vraag die door twee van de huisartsen wordt gesteld aan patiënten (B en D). Door geen van de artsen wordt genoemd dat patiënten de vraag stellen of hun leven zinvol is geweest als ze op korte termijn gaan sterven en ook de vraag 'hoe lang heb ik nog?' wordt niet genoemd.

#### *Gebrokenheid*

- Vragen over de oorzaak van de ziekte (A, B)
- Wat is de zin van mijn ziek zijn? (A)
- Waar komt het lijden vandaan? (D)
- Waarom moet mij dit overkomen? (D)
- Mensen die geen kinderen kunnen krijgen willen hier betekenis aan geven (A)
- Depressieve mensen die weer terugvallen in een depressie vragen zich af: hoe kan het nou dat de depressie weer is teruggekomen? (A)
- Patiënten die boos zijn vanwege hun ziek zijn (C)
- Mensen die ernstig ziek zijn worstelen soms met onopgeloste conflicten (bijv. kinderen die niet meer komen)(D)

Drie van de vier artsen vertellen dat patiënten op zoek gaan naar de oorzaken van hun tegenslag (bullet 2 t/m 7). Twee van de vier artsen vertellen over emoties die zij constateren als gevolg van de ziekte (bullet 8 en 9). Geen van de artsen merkt dat patiënten op zoek gaan naar bronnen van kracht.

#### *Heelheid*

- Geboorte brengt de vraag: Wat is echt belangrijk voor mij? Deze vraag wordt alleen waargenomen door huisarts A.

#### 4.4.4 Omgaan met zingevingsvragen

In deze paragraaf worden de onderzoeksresultaten weergegeven die horen bij de deelvraag: Hoe gaan ze (de huisartsen) met deze zingevingsvragen om? Eerst wordt besproken waarom de huisartsen het belangrijk vinden om met zingevingsvragen om te gaan. Daarna wat volgens hen hun rol is en hoe zij die uitvoeren. Deze paragraaf wordt afgesloten met het behandelen van de samenwerking tussen huisartsen en andere beroepsgroepen op het gebied van zingevingsvragen en met het beschrijven van de visie van de huisarts op de geestelijk verzorger in de eerstelijnszorg.

##### *Belang*

De geïnterviewde huisartsen noemen diverse redenen waarom zij het belangrijk vinden om met zingevingsvragen om te gaan. Huisarts A benoemt de volgende redenen waarom zij het belangrijk vindt om met zingevingsvragen om te gaan:

- Zingevingsvragen houden mensen bewust of onbewust bezig
- Zingevingsvragen bieden mensen de kans om hun levenswijze te veranderen.
- Persoonlijke nieuwsgierigheid naar wat mensen beweegt
- De hoop dat het mensen helpt om vredig te overlijden

Huisarts B vindt het van belang om te screenen of zingevingsvragen het functioneren van de patiënt belemmeren. Zij zegt hier het volgende over: *Zoals ik dat doe met mensen die gaan overlijden.*

*Omdat ik wil weten, krijgen ze straks last van angstklachten of wat staat mij straks te wachten op de laatste momenten wat mogelijk met zingevingsvragen te maken zou kunnen hebben* (parafrase).

Huisarts C vindt het van belang, omdat mensen kracht uit religie kunnen putten en huisarts D vindt het belangrijk, omdat zingevingsvragen ook andere aspecten van iemands leven kunnen beïnvloeden. Hij zegt hierover: *Mensen kunnen gaan drinken uit, noem het maar zondebesef of zo. En dan kun je wel denken ik ben niet gelovig dus ik vraag dat niet, maar dat is wel belangrijk voor het totaal plaatje* (parafrase).

Huisartsen vinden aandacht voor zingeving en zingevingsvragen van belang, omdat ze invloed hebben op het welzijn van de patiënten. Dit kan in negatieve zin zijn (iemand kan gaan drinken als gevolg van schuldgevoelens), maar ook in positieve zin (iemand kan er kracht uit putten). Verder is het volgens arts B van belang voor de huisarts om op zingevingsvragen in te gaan om inzicht te krijgen in wat in de loop van het ziekteproces mogelijk nog kan gaan spelen.

##### *Wat zien de huisartsen als hun taak?*

Alle vier de artsen zien het identificeren en onderzoeken van de hulpvraag van de patiënt als hun taak. Dit doen zij min of meer aan de hand van een standaard gespreksmodel. Arts A beschrijft dit gespreksmodel als volgt: *Eerst willen we altijd weten waarom komt iemand bij mij. En als we dat*

*helder hebben, dan toetsen we dat altijd even. Dan weet je ook dat we in de rest van het consult in ieder geval op dezelfde lijn zitten. Dan stellen we wat vragen. Dan doen we meestal nog even een kort onderzoek. En dan leggen we alles samen en maken we samen een plan (parafrase).*

Niet alle artsen volgen precies het hiervoor beschreven model. In de grote lijnen kan worden gezegd dat achterhaald wordt wat de hulpvraag is, vervolgens wordt de hulpvraag onderzocht en tenslotte wordt de hulpvraag door de huisarts behandeld of doorverwezen.

Uit de informatie van de artsen A en B blijkt dat zij bij het identificeren en onderzoeken van de hulpvraag vooral psychosomatisch gericht zijn. Of dit ook voor de artsen C en D geldt, is uit de beschikbare informatie niet op te maken.

Alle vier de artsen noemen daarnaast het beschikbaar zijn voor en het bijstaan van de patiënt in moeilijke situaties als hun taak. Verder worden nog de volgende taken genoemd: Niet de eigen mening opdringen (Arts A en B)<sup>104</sup> en het begeleiden en ondersteunen van patiënten in het omgaan met zingevingsvragen (Arts A en D).

De artsen B en C zien het niet als de taak van de arts om op zingevingsvragen in te gaan. Volgens arts B is de huisarts niet de aangewezen persoon voor diepe gesprekken over zingeving. Een arts beperkt zich volgens haar tot screenen. Arts C vertelt dat zij geen gesprekken over zingevingsvragen aangaat<sup>105</sup>.

De belangrijkste taken die door alle vier huisartsen worden genoemd zijn het 'identificeren en onderzoeken van de hulpvraag' en het 'bijstaan van de patiënt in moeilijke situaties'. Daarnaast worden genoemd niet de eigen mening opdringen en doorverwijzen naar andere hulpverleners. Over het begeleiden en ondersteunen van patiënten in het omgaan met zingevingsvragen zijn de meningen verdeeld. Twee vinden dit wel de taak van de huisarts en twee vinden het niet de taak van de huisarts.

### *Hoe?*

Luisteren wordt door alle vier de huisartsen als antwoord gegeven op de vraag hoe zij vorm geven aan hun taken bij het omgaan met zingevingsvragen. Verder zeggen alle vier de huisartsen dat zij zelf naar zingevingsvragen vragen als zij zien dat de patiënt zich in een moeilijke situatie bevindt. Arts A

---

<sup>104</sup> Dit resultaat komt overeen met het resultaat 'not imposing own beliefs and values' bij Vermandere et al. Dit resultaat is bij Vermandere ingedeeld in de categorie 'wat zien de huisartsen als hun taak' en daarom is 'Niet de eigen mening opdringen' ook in deze categorie ingedeeld, terwijl er wat voor te zeggen is om dit resultaat in de categorie 'Hoe?' in te delen.

<sup>105</sup> Door deze uitspraken lijkt het of de huisartsen B en C het niet als hun taak zien om met zingevingsvragen om te gaan, terwijl zij hierna vertellen hoe zij vorm geven aan hun taken bij het omgaan met zingevingsvragen. Het is daarom niet duidelijk wat zij precies met hun uitspraken hier bedoelen.

en D vertellen hierover dat het lastig is om de zingevingsvragen boven water te krijgen.

Zingevingsvragen zijn volgens arts A verborgen en kunnen niet rechtstreeks worden benaderd.

Hiermee bedoelt arts A het volgende: Voor haar is een belangrijke zingevingsvraag: Hoe komt het dat ik ziek ben? Het antwoord op deze vraag wordt door artsen gezocht door de patiënt te vragen: Wat denkt u zelf? De reactie van de patiënt is vaak: Jij bent toch arts. De arts is daardoor genoodzaakt andere vragen te stellen om te achterhalen hoe de patiënt er zelf over denkt.

Ook huisarts D vindt dat het lastig is om de zingevingsvragen boven water te krijgen. Het is volgens hem zoeken, omdat zingevingsvragen niet direct duidelijk zijn. Het is niet direct duidelijk wat er bij de patiënt speelt.

Drie van de vier huisartsen vertellen dat zij doorverwijzen naar andere hulpverleners (A,C,D). Door twee huisartsen (A,D) wordt vragenstellen genoemd. Volgens A moeten zingevingsvragen voortkomen uit doorvragen over de hulpvraag van de patiënt. Dit vragenstellen moet met de nodige voorzichtigheid worden gedaan.

Verder wordt nog genoemd door arts A: Meeleven en begeleiden. Door arts B: Openstaan, vriendelijkheid, bewogenheid. Door arts C: weerwoord geven. Door arts D: Aandacht, respect hebben voor de overtuiging van de patiënt en bemoedigen. Ter illustratie van bemoedigen vertelt arts D dat hij tegen een patiënt zei, die worstelde met verlies van identiteit vanwege werkloosheid: Je bent belangrijk om wie je bent. Als laatste noemt arts D nog open zijn. Hij bedoelt hiermee dat als je sprakeloos bent en/of niets (meer) voor de patiënt kunt doen dat je dat benoemt.

### *Samenwerking*

De professionele hulpverleners waarmee samengewerkt wordt in de omgang met zingevingsvragen zijn vooral maatschappelijk werkers (4x) en psychologen (3x). Verder worden De Meregwaard<sup>106</sup> (2x) en de thuiszorg (1x) genoemd. Twee artsen (arts C en D) noemen nog de dominee/pastoor/imam en de geestelijk verzorger. Arts B gaat er vanuit dat als religieuze mensen wensen hebben, dat zij daarvoor hun eigen kerkelijke contacten hebben.

Buiten de professionele hulpverlening worden door één arts (C) ook cursussen genoemd zoals yoga en mindfulness. Zij verwijst hier niet naar door, maar noemt ze als mogelijkheden die de patiënt kunnen helpen. De patiënt bepaalt zelf of één van deze cursussen bij hem/haar past.

Er zijn verschillende meningen als het gaat om wie huisartsen als professionals zien die opgeleid zijn voor het omgaan met zingevingsvragen. Twee huisartsen (B,D) noemen de 'professionals' van bepaalde religies zoals de dominee, priester, pastoor imam, pastoraal werker. Een andere huisarts(A)

---

<sup>106</sup> De Meregwaard is in Almere het centrum voor volwassenen- en ouderenpsychiatrie van GGz Centraal. <http://www.ggzcentraal.nl/merken/de-meregaard/de-meregaard>, 3 juli 2012.



noemt maatschappelijk werk en er is een huisarts (C) die van mening is dat er voor het omgaan met zingevingsvragen geen professional nodig is. Wijze mensen met overzicht, reflectieve vermogens en levenservaring kunnen volgens haar mensen helpen met zingevingsvragen. Een andere huisarts deelt deze mening min of meer. Hij is van mening dat iedereen die kan luisteren, aandacht voor iemand heeft en spiritueel is ingesteld kan omgaan met zingevingsvragen.

De nadruk bij de samenwerking in het omgaan met zingevingsvragen lijkt te liggen op psychische hulp (psycholoog, Meregard) en sociale hulp (maatschappelijk werker, thuiszorg). Daarnaast worden 'professionals' van bepaalde religies genoemd (Arts B,C,D). Hierbij gaat arts B er vanuit dat religieuze patiënten zelf contact opnemen met hun denominatie, terwijl de andere twee artsen ook daadwerkelijk patiënten op deze mogelijkheid wijzen.

De meningen zijn verdeeld over welke professional opgeleid is voor het omgaan met zingevingsvragen. Bij twee van de vier huisartsen (arts C en D) is er twijfel of er wel een professional nodig is voor het omgaan met zingevingsvragen.

#### *De geestelijk verzorger in de eerstelijnszorg*

Bij drie van de vier huisartsen is er twijfel over de meerwaarde van een geestelijk verzorger in de eerstelijnszorg. Twee huisartsen twijfelen aan de meerwaarde vanwege de secularisatie (B en C) die volgens hen tot gevolg heeft dat mensen niet meer openstaan voor geestelijke verzorging. De andere huisarts (D) twijfelt, omdat er volgens hem al de nodige mogelijkheden op het gebied van geestelijke verzorging in de thuissituatie aanwezig zijn. Bij voldoende aanbod doelt hij op religieuze instellingen. Huisarts A heeft geen uitspraak gedaan over de meerwaarde van een geestelijk verzorger in de eerstelijnszorg.

De huisartsen zien de volgende mogelijkheden voor de geestelijk verzorger in de eerstelijnszorg:

- Inzetten bij zingevingsvragen in de religieuze hoek (A)
- Inzetten voorafgaand aan de terminale fase (C)
- Een geestelijk verzorger in het multidisciplinair overleg geeft een totaalbeeld van de patiënt (D)
- Een geestelijk verzorger kan ingezet worden waar anderen geen tijd hebben (D)
- Inzetten bij slecht nieuwsgesprekken (D)
- Inzetten bij ouderen die vereenzamen (D)

De genoemde mogelijkheden, zijn mogelijkheden voor een geestelijk verzorger in de eerstelijnszorg voor patiënten in moeilijke situaties ( voorafgaand aan de terminale fase, bij slecht nieuwsgesprekken, bij ouderen die vereenzamen), voor patiënten met zingevingsvragen in de

religieuze hoek en als aanvulling op de andere professionals (voor totaalbeeld of bij gebrek aan tijd anderen).

De huisartsen twijfelen aan de meerwaarde van een geestelijk verzorger in de eerstelijnszorg. Arts B en C twijfelen, omdat er volgens hen geen behoefte is aan een geestelijk verzorger bij de patiënten vanwege de secularisatie. Arts D twijfelt, omdat er voldoende aanbod beschikbaar is in de thuissituatie. Op arts B na noemen ze wel mogelijkheden voor de geestelijk verzorger in de eerstelijnszorg.

#### 4.4.5 Evaluatie van de mogelijkheden

In deze paragraaf worden de onderzoeksresultaten weergegeven die horen bij de deelvraag: Hoe evalueren huisartsen hun mogelijkheden op dit gebied? Dit doe ik door eerst de belemmerende arts, patiënt en contextuele factoren te behandelen. Daarna behandel ik de faciliterende arts, patiënt en contextuele factoren. Tenslotte sluit ik af met een evaluatie van de samenwerking mogelijkheden en de opleidingsbehoefte van de huisartsen.

##### *Belemmerende arts factoren*

De volgende belemmerende arts factoren worden genoemd. Huisarts A ziet zich niet als de aangewezen persoon om diep op zingevingsvragen bij chronisch zieke patiënten in te gaan. Verder vertelt zij dat ze het gevoel heeft onvoldoende vaardigheden te hebben. Dit gevoel heeft zij bij situaties waarin ze met lege handen staat, of bij omgaan met zingevingsvragen van chronisch zieke patiënten of in situaties waaraan zij zelf vooraf geen zin kan geven zoals bij kinderloosheid.

Huisarts B vertelt dat bij veel artsen zingeving niet leeft. Zij doet deze uitspraak naar aanleiding van een ervaring in een nascholingscursus. Tijdens deze cursus stelde zij de vraag aan mede artsen hoe zij het onderwerp dood bespreken met mensen die gaan sterven. Zij kreeg indertijd geen enkele reactie. Verder kan volgens haar het verschil in geloofsovertuiging van de arts en de patiënt een belemmerende factor zijn, omdat je elkaar niet begrijpt.

Huisarts C ervaart het niet kennen van de patiënt als een belemmering voor een gesprek over zingevingsvragen. Zij vindt dat je dan niet zo maar kunt ingaan op zingevingsvragen.

Samengevat zijn de belemmerende arts factoren:

- Het gevoel hebben onvoldoende vaardigheden te bezitten
- Het leeft niet bij de arts
- Verschil in geloofsovertuiging tussen arts en patiënt
- Het onvoldoende kennen van de patiënt

### *Belemmerende patiënt factoren*

Buiten belemmerende factoren bij de huisarts zijn er ook belemmerende factoren bij de patiënt. Zo noemen huisarts A en C dat de patiënten een gesprek over zingevingsvragen afhouden. Arts A zegt hierover dat patiënten er nog niet aan toe zijn. Of ze stoppen het weg of het is onbespreekbaar. Arts C zegt dat mensen de regie over hun eigen leven willen houden. Zij zegt: *Wat ik hoor is dat mensen zeggen: 'Ik wil mijn eigen regie houden. Mijn eigen leven.'* Er zit niet meer in wat ik bij mijn oma zag aan overgave. Overgave aan leven, maar ook aan dood. Het is leven en eigen regie. Maar geen overgave (Parafrase).

Huisarts D noemt als belemmerende factor nog dat er bij de patiënt geen respect is voor een verschil in geloofsovertuiging van de arts en de patiënt. Hij geeft de volgende twee voorbeelden. Het eerste voorbeeld dat hij geeft is van een situatie waarbij het verschil in geloofsovertuiging tussen arts en patiënt niet belemmerend is. In de praktijk van arts D komt een patiënt met een terminale ziekte met het verzoek tot actieve euthanasie. Dit is iets dat arts D niet doet. Samen met de patiënt komt hij tot de volgende werkwijze: Hij heeft de palliatieve zorg gedaan en een andere arts de actieve euthanasie.

Het tweede voorbeeld dat hij geeft, laat zien dat het verschil in geloofsovertuiging tussen arts en patiënt wel belemmerend is. Ook in deze situatie komt de patiënt met een verzoek tot actieve euthanasie. Het gaat niet om een patiënt met een terminale ziekte. Huisarts D is met deze patiënt in gesprek gegaan over zijn verzoek. Uiteindelijk heeft de patiënt er voor gekozen om van huisarts te veranderen.

Samengevat zijn de belemmerende arts factoren:

- De patiënt houdt het gesprek af
- Verschil in geloofsovertuigingen van arts en patiënt

### *Belemmerende contextuele factoren*

Naast arts en patiënt factoren zijn er ook belemmerende contextuele factoren. Alle vier huisartsen vertellen dat zij geen tijd hebben om op zingevingsvragen in te gaan. Het standaard consult duurt 10 minuten. Daarnaast is er een consult van 5 minuten voor de kleine klachten en is er de mogelijkheid tot het aanvragen van een dubbel consult. Afhankelijk van de klacht heeft de arts tussen de 5 en de 20 minuten tijd. Alle vier huisartsen vertellen verder dat zij indien nodig tijd maken. Eén arts vertelt dat zij het gebrek aan tijd oplost door de patiënt te verwijzen naar andere hulpverleners. Twee van de vier huisartsen geven iets specifieker aan voor welke patiënten zij tijd maken. Arts C noemt in dit verband terminale patiënten en arts D noemt patiënten waar hij als arts intensiever mee bezig is.

Naast het gebrek aan tijd voelen drie artsen zich te kort schieten in kennis en/of vaardigheden, omdat het omgaan met zingevingsvragen niet in de huisartsen opleiding zit. Het tekort schieten in kennis/vaardigheden ligt op diverse terreinen. Zo vraagt arts B zich af of er misschien nog andere zingevende vragen zijn dan de vragen naar of er iets is na de dood. Arts C voelt zich niet bekwaam voor spirituele begeleiding. Zij vindt van zichzelf ook dat zij te weinig vaardigheden heeft om op zingevingsvragen in te gaan. Arts D zegt dat hij niet is opgeleid om met zingevingsvragen om te gaan en hij krijgt ook geen feedback op zijn handelen.

Door arts C wordt naast het gebrek aan tijd en kennis en/of vaardigheden nog de secularisatie genoemd. Door de secularisatie zijn patiënten volgens haar niet meer met zingeving bezig. Arts C zegt hierover: *Mensen willen het niet meer, mensen zoeken het niet meer. Mensen gaan naar de winkels, mensen gaan joggen in het bos op zondagochtend.*

Samengevat zijn de belemmerende contextuele factoren:

- Gebrek aan tijd
- Gebrek aan kennis/vaardigheden
- Secularisatie met als gevolg dat de patiënt niet over zingeving nadenkt

#### *Faciliterende arts factoren*

Door arts A en C worden rust bij de huisarts zelf en rust in het consult als factoren genoemd. Hiermee bedoelen zij dat je tijd moet nemen om voldoende aandacht aan de patiënt te kunnen geven en de rust in jezelf moet hebben om voldoende aandacht aan de patiënt te kunnen geven. Na tien minuten moet niet de volgende patiënt er al weer staan en je moet ook geen opgejaagd gevoel hebben, omdat het spreekuur uitloopt. Huisarts C voegt aan de factoren rust en tijd toe dat het belangrijk is om de patiënt te kennen.

Samengevat zijn de faciliterende arts factoren: Voldoende tijd hebben, rust in jezelf hebben en de patiënt kennen.

#### *Faciliterende patiënt factoren*

Naast de faciliterende arts factoren wordt door huisarts A als faciliterende patiënt factor genoemd dat de patiënt durft stil te staan en dus een gesprek over zingevingsvragen durft aan te gaan.

#### *Faciliterende contextuele factoren*

Door huisarts D wordt als faciliterende contextuele factor genoemd dat er in deze tijd binnen de zorg meer ruimte en aandacht voor zingeving is. Dit in tegenstelling tot vroegere tijden waarin zingeving bij patiënten vrijwel onbespreekbaar was in de zorg.

### *Samenwerking met andere beroepsgroepen*

Bij de interviews is niet specifiek aan de huisartsen gevraagd wat hun ervaringen met doorverwijzen naar andere hulpverleners zijn. De samenwerking met andere hulpverleners kan dus niet geëvalueerd worden. Gedurende het onderzoek zijn wel bepaalde wensen op het gebied van samenwerking naar voren gekomen. Huisarts B vindt een filosoof wenselijk en zij vindt het wenselijk dat er iemand is met aandacht voor andere religies. Over dit laatste vertelt zij, dat zij zich kan voorstellen dat als allochtone mensen te horen krijgen dat zij gaan overlijden, dat zij daar anders mee omgaan dan dat autochtone mensen dat doen. Verder vraagt zij zich af met wie mensen een zesdezintuigwaarneming kunnen bespreken. Huisarts C mist iemand die het leven kan afsluiten door middel van een ritueel, zoals dat bij de Katholieke kerk gebeurt bij de ziekenzalving.

### *Opleidingsbehoefte*

Deze paragraaf sluit ik af met het beschrijven van de opleidingsbehoefte bij de geïnterviewde huisartsen. Scholing op het gebied van zingevingsvragen staat bij geen van de vier huisartsen hoog op hun prioriteitenlijst. Het lijkt hen echter wel interessant. De behoeften aan scholing die worden genoemd zijn: Uitwisseling op het gebied van zingevingsvragen met collega's. Bij deze uitwisseling gaat het om het bespreken van bepaalde praktijk situaties. Er is behoefte aan feedback op het eigen handelen en scholing in gesprekstechniek met betrekking tot zingevingsvragen. Er is behoefte aan scholing waarin duidelijk wordt gemaakt wat de meerwaarde van omgaan met zingevingsvragen is en er is behoefte aan een gespreksmodel voor het herkennen van en omgaan met zingevingsvragen.

## 5. Conclusie, discussie en aanbevelingen

De centrale vraag in dit onderzoek is: *Op welke manier gaan huisartsen om met zingevingsvragen in het contact met patiënten en hoe evalueren zij hun mogelijkheden op dit gebied?* In dit hoofdstuk start ik in 5.1 met het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Vervolgens reflecteer ik in 5.2 over de bevindingen en sluit ik in 5.3 af met aanbevelingen.

### 5.1 Conclusie

In deze paragraaf wordt de onderzoeksvraag beantwoord. Hierbij hanteer ik de volgende werkwijze. Ik zal starten met een schets te geven van de werksituatie en de persoon van de deelnemende huisartsen aan de hand van de resultaten die verzameld zijn bij de thema's 'Werksituatie van de huisarts' en 'Persoon van de huisarts'. Daarna beantwoord ik de drie deelvragen 'Welke zingevingsvragen nemen huisartsen waar?', 'Hoe gaan ze met deze zingevingsvragen om?' en 'Hoe evalueren zij hun mogelijkheden op dit gebied?' De antwoorden op de laatste twee deelvragen vormen samen de beantwoording van de onderzoeksvraag.

#### 5.1.1 Werksituatie en persoon van de huisarts

##### *Werksituatie*

Dit onderzoek is gehouden onder 4 huisartsen uit vier verschillende gezondheidscentra uit de jonge stad Almere (36 jaar, 2012). Drie van de vier huisartsen zijn rond de 20 jaar werkzaam in hun praktijk en in een wijk die rond de 20 jaar bestaat. Eén arts werkt er sinds een paar jaar in het zorgcentrum. Dit zorgcentrum richt zich op een wijk die nog niet zo lang bestaat en nog volop in ontwikkeling is.

Het initiatief voor contact met de arts ligt voornamelijk bij de patiënt en vindt hoofdzakelijk plaats tijdens het consult. Een standaard consult duurt 10 minuten. Daarnaast is er een consult van 5 minuten voor kleine klachten en is er de mogelijkheid voor een consult van 20 minuten als verwacht mag worden dat de tijdsduur van het standaard consult onvoldoende is.

##### *Drijfveren*

De drijfveren voor het leven van de vier artsen lopen uiteen. Drijfveren die bij meerdere artsen voorkomen zijn: mensen, gezin en werk.

### *Levensbeschouwing*

Alle vier artsen zijn christelijk opgevoed. Twee van de vier zijn nog steeds met de christelijke traditie verbonden (Arts A en D).

### *Ziektemodel*

Twee van de artsen hanteren volgens eigen zeggen het bio-psycho-sociaal-spiritueel ziektemodel. Dit zijn ook de twee artsen die nog steeds met de christelijke traditie verbonden zijn. De andere twee artsen hanteren volgens eigen zeggen respectievelijk het bio-psycho-sociaal ziektemodel en het bio-psycho ziektemodel.

Bij de behandeling van de ziektemodellen in hoofdstuk drie is de verwachting uitgesproken dat het ziektemodel dat wordt gehanteerd bepalend is voor het herkennen van zingeingsvragen. Uit de resultaten van het huidige onderzoek blijkt dit niet. Ook de artsen die een ander model hanteren constateren zingeingsvragen. Of het gehanteerde model invloed heeft op hoe de arts omgaat met zingeingsvragen en hoe de arts de eigen mogelijkheden evalueert is niet na te gaan. De reden hiervoor is dat de twee artsen die zeggen dat zij het bio-psycho-sociaal-spiritueel ziektemodel hanteren ook de twee artsen zijn die nog verbonden zijn aan de christelijke traditie. Hierna zal wel gekeken worden of de resultaten van de artsen die verbonden zijn aan de christelijke traditie en het bio-psycho-sociaal-spiritueel ziektemodel afwijken van de andere twee. Afwijkende resultaten worden gemeld, maar het is niet mogelijk om te achterhalen of de afwijking wordt veroorzaakt door het ziektemodel dat wordt gehanteerd of doordat zij nog verbonden zijn met de christelijke traditie.

### **5.1.2 Welke zingeingsvragen nemen huisartsen waar?**

In deze paragraaf worden eerst de resultaten uit paragraaf 4.4.3 bekeken in het licht van de theorie uit hoofdstuk twee en drie. In de conclusie wordt de vraag beantwoord: Welke zingeingsvragen nemen huisartsen waar?

### *Zingeingsvragen volgens de huisartsen*

Om zingeingsvragen te kunnen waarnemen moet duidelijk zijn wat zingeingsvragen zijn. Bij zingeingsvragen gaat het voor drie van de vier huisartsen om vragen naar wat de zin van het leven voor iemand persoonlijk is. Deze artsen lijken aan te sluiten bij het gedachtegoed van de existentiële psychologie, waar het betekenis geven aan het leven centraal staat. De andere arts ziet zingeingsvragen als vragen naar de oorzaak van de ziekte. Deze arts lijkt aan te sluiten bij het gedachtegoed van de cognitieve psychologie zoals verwoord door onder andere Van der Lans. Van der Lans ziet zingeving als het resultaat van een aantal psychische processen waarin een oriënterende Taak (begrijp ik het?, heb ik er een verklaring voor?) en een evaluerende taak (wat is de

waarde?, kan ik het aan?) worden uitgevoerd. Als de uitvoering van één van deze of van beide taken problemen geeft, dan ontstaan er zingevingsvragen. Dit kan onder andere gebeuren als mensen worden getroffen door ziekte. Hieruit kunnen vragen ontstaan naar de oorzaak van de ziekte.

#### *De relatie tussen zingevingsvragen en geloof/levensbeschouwing*

De artsen zeggen dat zingevingsvragen geen relatie met geloof/ levensbeschouwing hoeven te hebben<sup>107</sup>. De twee artsen die nog verbonden zijn met de christelijke traditie zeggen dat voor hen persoonlijk zingevingsvragen wel een relatie hebben met geloof/levensbeschouwing.

Toch heb ik de indruk dat onbewust door de huisartsen wel een relatie wordt gelegd tussen zingevingsvragen en geloof/levensbeschouwing.

#### *Herkennen*

Naast dat het nodig is om te weten wat zingevingsvragen zijn om ze te kunnen waarnemen, is het ook nodig om te weten wanneer en hoe ze kunnen worden waargenomen. Volgens alle vier de huisartsen kunnen zingevingsvragen worden waargenomen als mensen worden geconfronteerd met moeilijke situaties in hun leven. De artsen die verbonden zijn met de christelijke traditie noemen als moeilijke situatie alleen ziekte. Arts B beperkt zich tot 'aan het einde van je leven staan' en arts C noemt als moeilijke situaties, situaties die de patiënt persoonlijk raken (invaliditeit, chronische beperkingen), situaties die mensen in de omgeving van de patiënt raken (partner die ziek wordt of overlijdt, overlijden van een kind) of problemen in de relationele sfeer (verstoorde kind-ouderrelaties, scheiding).

Dat zingevingsvragen kunnen worden waargenomen als mensen worden geconfronteerd met moeilijke situaties in hun leven sluit globaal gezien aan bij Van der Lans die zegt dat zingevingsvragen kunnen ontstaan als mensen worden getroffen door een catastrofale levenservaring en bij Van Zanten die zegt dat zingevingsvragen ontstaan op het kruispunt van leven en dood, heelheid en gebrokenheid. Iets gedetailleerder kijkend dan sluit arts B vooral aan bij het 'gegeven' van de existentie dood zoals door Yalom wordt genoemd en sluit Arts C vooral aan bij het 'gegeven' van de existentie isolement die door Yalom wordt genoemd. Bij het 'gegeven' isolement denk ik in dit verband vooral aan interpersoonlijk isolement, zoals het ervaren van eenzaamheid doordat de partner is overleden, of door een scheiding of door verstoorde kind-ouder relaties. Verder denk ik in dit verband aan intrapsychisch isolement. Door invaliditeit, chronische beperkingen of ziekte (genoemd door A en D) kunnen mensen zingevingsvragen krijgen, omdat het lichaam niet meer kan wat de geest wil.

---

<sup>107</sup> Het gaat hier om drie van de vier huisartsen. Aan arts B is niet gevraagd of er volgens haar een relatie is tussen zingevingsvragen en geloof/levensbeschouwing.



Een andere manier waarop artsen zingeingsvragen waarnemen is doordat de patiënt er over begint. Bijvoorbeeld doordat de patiënt zegt het doet er niet meer toe of doordat de patiënt een grap maakt over de zin van het leven, of omdat de patiënt vertelt dat religie een bepaalde rol speelt in het klachtenpatroon. Deze manier sluit goed aan bij de theorie van Van Zanten, namelijk alert zijn op wat de patiënt zegt en doet.

In paragraaf 3.3 is het onderzoek van Vermandere et al behandeld. In dit onderzoek is onder andere een overzicht gegeven van hoe huisartsen denken over de vraag: Wanneer moeten huisartsen spirituele zorg verlenen? In het overzicht van Vermandere et al staat dat huisartsen patiënten aanspreken over spiritualiteit als zich kritieke situaties in de zorg voordoen. Dit sluit aan bij dat huisartsen in het huidige onderzoek vertellen dat zij zelf naar zingeingsvragen informeren als zij zien dat een patiënt zich in een moeilijke situatie bevindt. Verder staat in het overzicht van Vermandere et al dat spirituele zorg wordt verleend als de patiënt daar het initiatief toe neemt en als reactie op spirituele kwesties of vragen van de patiënt. Deze bevinding van Vermandere et al sluit aan bij wat de huisartsen in het huidige onderzoek vertellen, dat zij zingeingsvragen herkennen als de patiënt er mee komt en dat zij reageren als de patiënt vertelt dat religie een rol speelt in het klachtenpatroon. Als religie een rol speelt in het klachtenpatroon, denkt de huisarts aan zingeingsvragen.

### *Leven*

De zingeingsvragen die door de huisartsen worden waargenomen zijn onderverdeeld in de gebieden Leven, Dood, Heelheid en Gebrokenheid. Van Zanten onderscheidt binnen het gebied Leven, vragen aangaande het heden, verleden en de toekomst. Bij de resultaten gaat het vooral om zingeingsvragen wat betreft de toekomst. Vragen die zijn samen te vatten in de vraag: Wat is de zin van mijn leven? Hieronder vallen ook de zingeingsvragen waarbij het inboeten aan levenskwaliteit aan de orde is. Doordat mensen worden geconfronteerd met een nieuwe situatie in hun leven (chronisch ziek, ouderdom, dementie) worden zij steeds opnieuw gedwongen zin te geven aan hun leven.

Aangaande het verleden wordt één keer een zingeingsvraag genoemd. Het gaat hier om een zingeingsvraag over de identiteit die ontstaat door werkloosheid. Deze vraag is samen te vatten in: Wie ben ik? en Is het goed dat ik er ben? Zingeingsvragen aangaande het heden worden niet genoemd.

In het licht van de theorie van Van der Lans gezien, gaat het vooral om zingeingsvragen die ontstaan vanuit een gevoel van leegte. Mensen zijn dan volgens hem niet in staat om een antwoord te geven

op de vraag: Wat maakt voor mij het leven de moeite waard? De zingevingsvragen over de identiteit en het moeite hebben met inboeten aan levenskwaliteit vallen naar mijn mening in het licht van de theorie van Van der Lans in te delen onder de zingevingsvragen die ontstaan door een catastrofale levenservaring (chronisch ziek, ouderdom, dementie). Hierbij moet aangetekend worden dat er een verschil van mening kan zijn of ouderdom als een catastrofale levenservaring moet worden gezien. Bezien in het licht van de theorie van de existentiële psychologie gaat het vooral om zingevingsvragen die ontstaan vanuit het 'gegeven' zinloosheid en dan specifiek wat Frankl noemt het existentieel vacuüm. Met het existentieel vacuüm doelt Frankl op het gegeven dat het leven in zichzelf geen doel heeft. Mensen moeten zelf een doel aan hun leven geven. Als mensen hier geen invulling aan kunnen geven, dan wordt het leven niet meer als zinvol ervaren met als gevolg verveling met als mogelijke gevolgen alcoholisme, verlangen naar geld enzovoort. Een zingevingsvraag die hieruit kan ontstaan is: Wat is de zin van mijn leven? De meeste interviewvragen zijn naar mijn mening in deze vraag samen te vatten.

De onderzoeksresultaten roepen in het licht van het existentieel vacuüm ook een vraag op. Volgens drie van de vier huisartsen zien depressieve mensen de zin van het leven niet meer in. Naast depressiviteit worden als oorzaken voor de zin van het leven niet meer zien genoemd: psychische ziekte, gebrek aan eigenwaarde, ernstige angstklachten en burn-out. De theorie van Frankl roept de vraag op of de 'ziekte' de veroorzaker is van de vraag: Wat is de zin van mijn leven? Of dat het gevoel van zinloosheid de veroorzaker van de 'ziekte' is. Bijvoorbeeld: Iemand gaat met pensioen. In het najaar als de blaadjes van de bomen vallen, komt deze persoon bij de huisarts met depressiviteitsklachten. Het kan zijn dat deze persoon hier vaker in het najaar last van heeft, maar het kan ook zijn dat deze persoon door de pensioenering worstelt met het opnieuw zingeven aan het leven.

Uit de resultaten blijkt de gedachte dat de ziekte de veroorzaker is van de zingevingsvraag door de artsen wordt gedeeld. Arts A zegt hier hierover met het oog op psychisch zieke patiënten (depressief, eigenwaarde kwijt, angstklachten): *Dat soort vragen zijn voor die mensen dan wel symptomatisch tekenend* (parafrase). Wat de mening van de artsen over de gedachte is dat de zingevingsvraag de veroorzaker is van de ziekte, is uit de onderzoeksresultaten niet te achterhalen.

In het licht van de theorie van de existentiële psychologie wil ik nog stilstaan bij het 'gegeven' Isolement. Moeite hebben met inboeten aan levenskwaliteit lijkt aan te sluiten bij het intrapsychisch isolement. Mensen merken dat ze beperkt worden (chronische ziekte, ouderdom, dementie) en kunnen er niets aan doen. Het gevolg hiervan is, volgens Yalom vaak woede omdat mensen een gevoel van onbehagen ervaren met als mogelijke reactie moeite hebben met het inboeten aan levenskwaliteit. Naast intrapsychisch isolement is er volgens mij bij het resultaat 'Oude mensen die

vereenzamen, vragen zich af wat de zin is van hun leven', sprake van interpersoonlijk isolement. Door interpersoonlijk isolement wordt eenzaamheid ervaren (bijv. door overlijden partner) en daardoor kan men gaan worstelen met de zin van het leven.

Samengevat kan worden gezegd dat het bij de onderzoeksresultaten binnen het gebied Leven vooral gaat om vragen die zijn samen te vatten in de vraag: Wat is de zin van mijn leven? en zingevingsvragen die te verwoorden zijn als moeite hebben met inboeten aan levenskwaliteit. In het licht van de existentiële psychologie gaat het om vragen uit het domein zinloosheid en isolement.

### *Dood*

Volgens Van Zanten roept de dood vragen op als: 'Wat is dood?', 'Hoe dood ben je dan?', 'Is er leven na de dood?' enzovoort. Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat alleen de vraag 'Is er leven na de dood?' aan de orde komt en dan alleen maar omdat de arts het aan de orde stelt.

Yalom staat uitgebreid stil bij de dood. Dit doet hij bij het 'gegeven' Dood en bij het 'gegeven' Isolement en dan specifiek bij existentieel isolement. Met de term existentieel isolement verwijst hij naar de onoverbrugbare kloof tussen een persoon en zijn omgeving en tussen jezelf en de wereld. Deze kloof ervaren mensen het sterkst in confrontatie met de dood. Een mens beseft dan dat hij/zij alleen geboren is en ook alleen zal sterven. Met dit in het achterhoofd is het voor te stellen dat mensen moeite hebben met het loslaten van het leven. Dit is ook iets dat alle vier artsen bij hun patiënten zien. Bij het 'gegeven' Dood zegt Yalom dat de confrontatie met de dood bij mensen leidt tot een verandering van perspectief. Door de confrontatie met de dood kunnen mensen nieuwe positieve ervaringen opdoen. Relaties krijgen meer diepgang, mensen gaan bewuster en intensiever leven enzovoort. Alle vier de artsen zien dat patiënten positieve ervaringen opdoen. Als positieve ervaringen worden genoemd: het leven anders inrichten, zesdezingverhalen en het meer gaan waarderen van de eigen gezondheid.

Samengevat kan worden gezegd, dat als het gaat om de vraag 'Is er leven na de dood?', dat die alleen aan de orde komt als de arts hem aan de orde stelt. De zingevingsvragen die worden geconstateerd zijn moeite hebben met het loslaten van het leven en er wordt geconstateerd dat patiënten positieve ervaringen opdoen als gevolg van hun ziekte. In het licht van de existentiële psychologie gaat het om vragen uit het domein dood en isolement.

### *Gebrokenheid*

Volgens Van Zanten gaat het in het gebied Gebrokenheid om de vragen naar de oorzaak en de zin van gebrokenheid. Gebrokenheid lijkt draaglijker wanneer we de zin ervan kunnen inzien of er zin aan kunnen geven. Zowel vragen naar de oorzaak van de gebrokenheid (Vragen over de oorzaak van

de ziekte, waar komt het lijden vandaan, waarom moet mij dit overkomen en hoe kan het dat de depressie weer is teruggekomen?) als vragen naar de zin van gebrokenheid (wat is de zin van mijn ziek zijn, wat is de zin van mijn kinderloosheid) worden door de artsen waargenomen. Verder worden in dit gebied boosheid en worstelen met onopgeloste conflicten genoemd. Dit is samen te vatten onder de noemer van het ventileren van emoties. In het licht van de theorie van Van Zanten die zegt dat zingevingsvragen verborgen kunnen zitten achter emoties kan het hier gaan om zingevingsvragen die nog niet geformuleerd zijn.

In het licht van de existentiële psychologie gezien lijken de zingevingsvragen te ontstaan door het 'gegeven' intrapsychisch isolement. Mensen merken dat ze beperkt worden door hun ziek zijn en het gevolg hiervan is volgens Yalom dat mensen woede ervaren en volgens mij zingevingsvragen gaan stellen als ze woorden kunnen geven aan datgene wat hun woedend maakt. Mensen met een beginnende dementie kunnen dit ervaren. Zij merken dat ze dement worden en kunnen er niets aan doen. Gevolg is vaak woede omdat mensen een gevoel van onbehagen en onmacht ervaren met als mogelijke zingevingsvraag het verlies van autonomie.

Samengevat kan worden gezegd dat het in bij de zingevingsvragen in dit gebied gaat om vragen naar de oorzaak en de zin van de gebrokenheid. In het licht van de existentiële psychologie gaat het om vragen uit het domein intrapsychisch isolement.

### *Heelheid*

Volgens Van Zanten ontstaan zingevingsvragen in dit gebied vaak bij overweldigende gebeurtenissen zoals de geboorte van een kind. Binnen dit gebied wordt door één huisarts naar aanleiding van de geboorte van een kind een zingevingsvraag bij een patiënt waargenomen. Het lijkt er op dat zingevingsvragen uit dit gebied binnen de huisartsenpraktijk nauwelijks voorkomen.

### *Conclusie*

In deze paragraaf is de centrale vraag: Welke zingevingsvragen nemen huisartsen waar? Om deze vraag te kunnen beantwoorden is eerst behandeld wat zingevingsvragen volgens de huisartsen zijn. Voor drie van de vier huisartsen zijn zingevingsvragen de vragen van patiënten naar wat de zin van hun leven is. Bij de vierde arts gaat het bij zingevingsvragen om de vragen naar de oorzaak van ziek zijn of vragen hoe kan het dat ik hier moet zijn. Zingevingsvragen kunnen een relatie hebben met geloof/levensbeschouwing, maar dat hoeft volgens de huisartsen niet. Overigens geldt voor de huisartsen die nog verbonden zijn aan de christelijke traditie dat zingevingsvragen voor hen persoonlijk wel verbonden zijn met geloof/levensbeschouwing.

Alle vier artsen verwachten zingevingsvragen als de patiënt wordt geconfronteerd met een moeilijke situatie in het leven. Deze moeilijke situaties zijn aan de hand van Yalom te beschrijven als

confrontatie met het 'gegeven' van de existentie dood, interpersoonlijk- en intrapsychisch isolement. De artsen herkennen zingeingsvragen bij hun patiënten omdat zij er naar vragen als zij zien dat de patiënt wordt geconfronteerd met een moeilijke situatie en verder als de patiënt het zelf aangeeft.

De zingeingsvragen die de huisartsen waarnemen zijn vragen over wat is de zin van mijn leven, wat is de oorzaak van mijn ziek zijn en wat is de betekenis van mijn ziek zijn. Verder zien huisartsen dat er patiënten zijn die moeite hebben met het inboeten aan levenskwaliteit of het loslaten van het leven. Patiënten die hun emoties ventileren en de huisartsen zien ook dat patiënten positieve ervaringen opdoen als gevolg van hun ziek zijn.

De meeste zingeingsvragen komen uit de gebieden Leven, Dood en Gebrokenheid. De zingeingsvraag in het gebied Heelheid lijkt een toevalstreffer. Gekeken vanuit het perspectief van Yalom, dan komen de zingeingsvragen uit het 'gegeven' van de existentie zinloosheid (wat is de zin van mijn leven, ziek zijn), isolement (moeite met inboeten aan levenskwaliteit, ventileren van emoties) en dood (moeite met loslaten leven, positieve ervaringen opdoen).

### **5.1.3 Hoe gaan ze met deze zingeingsvragen om?**

In deze paragraaf worden eerst de resultaten uit paragraaf 4.4.4 bekeken in het licht van de theorie uit hoofdstuk drie. In de conclusie wordt de vraag beantwoord: Hoe gaan ze (de huisartsen) met deze zingeingsvragen (de vragen uit de paragraaf 5.1.2) om?

#### *Belang*

De geïnterviewde huisartsen vinden het belangrijk om met zingeving en zingeingsvragen om te gaan, omdat zingeving en zingeingsvragen een positieve of negatieve invloed op de patiënt kunnen hebben. Positief omdat iemand kracht kan putten uit religie of omdat het iemand kan helpen om vredig te sterven. Negatief omdat iemand als gevolg van schuldgevoelens kan gaan drinken. Verder vindt arts B het belangrijk om op zingeingsvragen te screenen bij mensen die gaan overlijden om te onderzoeken of zingeingsvragen of angstklachten verwacht kunnen worden als de patiënt daadwerkelijk aan het einde van het leven staat.

In hoofdstuk 3 is behandeld dat de patiënt met twee behoeften bij de huisarts komt, namelijk de behoefte om te weten en te begrijpen (Wat is er mis en wat kan er aan gedaan worden?) en de behoefte om gekend en begrepen gevoeld te worden. De arts gaat op de behoefte om te weten en te begrijpen in met instrumenteel probleemoplossend gedrag met als doel het oplossen van het probleem en het versterken van het probleemoplossend vermogen van de patiënt zelf. Op de behoefte om gekend en begrepen te worden gaat de arts in met affectief ondersteunend gedrag met

als doel het bieden van emotionele steun en het versterken van de emotionele mogelijkheden van de patiënt die nodig zijn om de situatie of de ziekte een plaats in het leven te geven. In het licht van deze theorie lijkt het er op dat de artsen omgaan met zingevingsvragen belangrijk vinden vanuit hun instrumenteel probleemoplossend gedrag: Wat kan ik nog verwachten aan het einde van het leven van de patiënt wat opgelost moet worden?(B), Helpen om te stoppen met drinken?(D), hopelijk helpt het mensen om hun levenswijze te veranderen (A) en vanuit hun affectief ondersteunend gedrag: om vredig te overlijden (A), iemand kan kracht putten uit religie (C).

Uit het onderzoek van Vermandere et al komt naar voren dat de huisartsen die spiritualiteit aan de orde stellen dit doen, omdat zij op basis van wetenschappelijk bewijs er van overtuigd zijn dat spiritualiteit een positieve invloed heeft op de gezondheid van de patiënt en omdat zij spirituele zorg zien als een belangrijk aspect van patiëntenzorg. Dat spiritualiteit een positieve invloed kan hebben op de gezondheid van de patiënt wordt door de artsen in het huidige onderzoek gedeeld met de artsen uit het onderzoek van Vermandere et al. Hier moeten drie kanttekeningen bij worden gemaakt. Ten eerste noemt arts A 'rustig kunnen sterven' als positieve invloed. Dit botst naar mijn mening met de uitspraak dat het een positieve invloed heeft op de gezondheid. De positieve invloed hoeft naar mijn mening niet beperkt te worden tot gezondheid. Misschien is het beter om te spreken van een positieve invloed op het welzijn en welbevinden van de patiënt in plaats van een positieve invloed op de gezondheid. De tweede kanttekening die ik wil maken is, dat in het onderzoek van Vermandere et al naar voren komt dat *spiritualiteit* een positieve invloed heeft, terwijl arts C het beperkt tot religie. De laatste kanttekening die ik wil maken is dat uit de resultaten van het huidige onderzoek niet blijkt dat de geïnterviewde artsen op basis van wetenschappelijk bewijs overtuigd zijn van de positieve invloed van spiritualiteit. De artsen in het onderzoek van Vermandere et al zien spirituele zorg als een belangrijk aspect van patiënten zorg. Uit de resultaten van het huidige onderzoek is onduidelijk of deze mening door de geïnterviewde artsen wordt gedeeld.

#### *Wat zien de huisartsen als hun taak?*

Alle vier de huisartsen vinden het identificeren en onderzoeken van de hulpvraag hun taak. In het licht van de theorie van hoofdstuk drie sluiten zij met deze taak aan bij de behoefte van de patiënt om te weten en te begrijpen. Het past bij het instrumenteel probleemoplossend gedrag van de arts, dat nodig is om het probleem op te lossen.

Uit het onderzoek van Vermandere et al komt naar voren dat artsen het identificeren en onderzoeken van spirituele behoeften als hun taak zien. Vermandere et al heeft het in dit verband over 'identifying and assessing spiritual needs'. Of dit resultaat uit het onderzoek van Vermandere et

al overeenkomt met het resultaat uit het huidige onderzoek is niet duidelijk. Het is onduidelijk of de artsen uit het huidige onderzoek bij het identificeren en onderzoeken ook gericht zijn op de spirituele behoeften van de patiënt. Uit de informatie van de artsen A en B blijkt dat zij bij het identificeren en onderzoeken van de hulpvraag vooral psychosomatisch gericht zijn. Of dit ook voor de artsen C en D geldt, is uit de beschikbare informatie niet op te maken. Op basis van de vorige paragraaf is wel te zeggen dat al de vier artsen zingeingsvragen ter sprake brengen als zij constateren dat de patiënt zich in een moeilijke situatie bevindt.

Een andere taak die al de vier huisartsen noemen is het bijstaan van de patiënt in moeilijke situaties. In het licht van de theorie van hoofdstuk drie sluiten zij met deze taak aan bij de behoefte van de patiënt om zich gekend en begrepen gevoeld te worden. Het past bij het affectief ondersteunend gedrag van de arts. Het bijstaan van patiënten in moeilijke situaties is ook een taak volgens de huisartsen in het onderzoek van Vermandere et al. Vermandere et al heeft het in dit verband over 'being present with the patient'.

Naast de twee hiervoor genoemde taken worden de volgende taken nog genoemd: Niet de eigen mening opdringen en begeleiden en ondersteunen van patiënten in het omgaan met zingeingsvragen. Deze twee taken sluiten aan bij de behoefte van de patiënt om zich gekend en begrepen gevoeld te worden en passen bij het affectief ondersteunend gedrag van de arts.

Niet de eigen mening opdringen en begeleiden en ondersteunen van patiënten in het omgaan met zingeingsvragen, komen bij Vermandere et al voor als 'not imposing own beliefs and values' en 'providing spiritual care appropriate to patients beliefs'.

Met betrekking tot de taak 'begeleiden en ondersteunen van de patiënt' is het opmerkelijk dat de artsen die nog verbonden zijn met de christelijke traditie dit tot hun taak rekenen en dat de andere twee artsen dit niet als hun taak zien.

### *Hoe?*

In het licht van de theorie gezien kunnen de resultaten betreffende de vraag 'hoe gaat de huisarts om met zingeingsvragen?' worden onderverdeeld in twee groepen. Groep één zijn de resultaten behorend bij het probleemoplossend gedrag: Begeleiden, weerwoord geven en doorverwijzen naar andere hulpverleners. Groep twee zijn de resultaten behorend bij het affectief ondersteunend gedrag: luisteren, vragen naar zingeingsvragen, openstaan, vriendelijkheid, bewogenheid, serieus nemen, bemoedigen, aandacht geven, open zijn, respect hebben voor de overtuiging van de patiënt, tijd nemen en doorverwijzen naar andere hulpverleners. Het resultaat luisteren komt voor in het onderzoek van Vermandere et al als listening to the patient. De andere resultaten die genoemd worden bij de groep affectief ondersteunend gedrag vallen naar mijn mening onder wat Vermandere et al noemen 'remaining with patients during times of need'. De resultaten die genoemd worden in

de groep affectief ondersteunend gedrag zijn naar mijn mening concrete invullingen van hoe de arts de patiënt bijstaat in moeilijke tijden.

Op het vragen naar zingevingsvragen door de huisartsen en het doorverwijzen naar andere hulpverleners wil ik nog iets uitgebreider ingaan. Alle vier de huisartsen vertellen dat zij zelf naar zingevingsvragen vragen als zij zien dat een patiënt zich in een moeilijke situatie bevindt. Het zijn hier de artsen die verbonden zijn met de christelijke traditie die hierover vertellen dat het lastig is om de zingevingsvragen boven water te krijgen. Volgens arts A zijn naast rechtstreekse vragen ook indirecte vragen nodig. Volgens arts D is het zoeken omdat de zingevingsvragen die bij de patiënt spelen niet direct duidelijk zijn.

Dat de huisartsen direct informeren naar zingevingsvragen als zij zien dat de patiënt zich in een moeilijke situatie bevindt, lijkt enerzijds aan te sluiten bij de theorie en anderzijds te botsen met de theorie.

Aan te sluiten omdat het volgens Van der Lans door de secularisatie voor mensen steeds moeilijker wordt om zingevingsvragen te formuleren en zingevingsvragen volgens Van Zanten verborgen zijn, omdat mensen zich er (nog) niet bewust van zijn. Het rechtstreeks informeren naar zingevingsvragen kan patiënten helpen om hun zingevingsvragen te formuleren. De huisarts helpt door het stellen van vragen de patiënt op weg. Het rechtstreeks informeren lijkt te botsen met de theorie, omdat zingevingsvragen volgens Van Zanten ook verborgen kunnen zijn, omdat het te moeilijk, te pijnlijk of te teer is om er op een directe manier over te praten. In dit licht kan rechtstreeks informeren naar zingevingsvragen bij de patiënt lastig voor de patiënt zijn, omdat hij/zij de vraag niet kan formuleren, of omdat het voor de patiënt te pijnlijk, te moeilijk of te teer is om er over te praten. Dit sluit aan bij de constatering van de huisartsen A en D dat het door middel van vragen lastig is om de zingevingsvragen boven water te krijgen. Naast rechtstreekse vragen, zijn indirecte vragen nodig en is het goed om op andere signalen te letten. Dit sluit aan bij Van Zanten die zegt dat zingevingsvragen vaak verborgen zijn achter gewone vragen, in dromen, wanen, lichamelijke klachten, losse opmerkingen en noodkreten.

Doorverwijzen naar andere hulpverleners kan aansluiten bij de behoefte van de patiënt om te weten en te begrijpen en bij de behoefte gekend en begrepen te worden en kan passen bij het instrumenteel probleemoplossend gedrag of het affectief ondersteunend gedrag van de arts. Bij het probleemoplossende gedrag omdat de arts doorverwijst omdat een andere hulpverlener beter kan bepalen wat er aan de hand is. Bij het affectieve gedrag omdat een andere hulpverlener beter toegerust is om de patiënt bij te staan. Doorverwijzen naar andere hulpverleners wordt in het onderzoek van Vermandere et al niet genoemd.



### *Samenwerking*

De nadruk bij de samenwerking in het omgaan met zingevingvragen lijkt te liggen op psychische hulp (psycholoog, Meregwaard) en sociale hulp (maatschappelijk werker, thuiszorg). Daarnaast worden 'professionals' van bepaalde religies genoemd (Arts B,C,D). Hierbij gaat arts B er vanuit dat religieuze patiënten zelf contact opnemen met hun denominatie, terwijl de andere twee artsen ook daadwerkelijk verwijzen. Overigens gaan alle drie artsen er vanuit dat de religieuze denominatie in staat is om met de zingevingvragen van de patiënt om te gaan. Dit hoeft natuurlijk niet zo te zijn. De meningen zijn onder de artsen verdeeld als het gaat om de vraag welke professional opgeleid is voor het omgaan met zingevingvragen. De meningen variëren tussen professionals verbonden aan een bepaalde religie, maatschappelijk werk tot er is geen professional nodig.

In het licht van het bio-psychosociale-spirituele model gezien lijkt het er op dat zingevingvragen bij de samenwerking met andere professionals getypeerd worden als horend bij het psychische domein of het sociale domein en als de patiënt 'religieus' is, dan bij het spirituele domein.

### *De geestelijk verzorger in de eerstelijnszorg*

Bij drie van de vier huisartsen is er twijfel over de meerwaarde van een geestelijk verzorger in de eerstelijnszorg. Twee huisartsen twijfelen aan de meerwaarde vanwege de secularisatie (B en C), die tot gevolg heeft dat mensen niet meer openstaan voor geestelijke verzorging. De andere huisarts (D) twijfelt omdat er volgens hem al de nodige mogelijkheden op het gebied van geestelijke verzorging in de thuissituatie aanwezig zijn. Bij voldoende aanbod doelt hij op religieuze instellingen. Huisarts A heeft geen uitspraak gedaan over de meerwaarde van een geestelijk verzorger in de eerstelijnszorg.

Kijkend naar de resultaten, dan lijkt het er op dat alle vier huisartsen een geestelijk verzorger associëren met religie. Zo zien de artsen B en C de meerwaarde van de geestelijk verzorger niet in vanwege de secularisatie. Arts A ziet mogelijkheden voor de geestelijk verzorger voor patiënten met vragen in de religieuze hoek en arts D twijfelt over de meerwaarde omdat er voldoende aanbod in de thuissituatie vanuit religieuze instellingen.

### *Conclusie*

In deze paragraaf is de centrale vraag: Hoe gaan ze (de huisartsen) met deze zingevingvragen (de vragen uit de paragraaf 5.1.2) om? Om deze vraag te beantwoorden is eerst gekeken waarom de huisartsen het belangrijk vinden om met zingevingvragen om te gaan. Huisartsen vinden dit belangrijk omdat zingeving een positieve of negatieve invloed kan hebben op het welzijn en/of

welbevinden van de patiënt. Daarnaast vindt één huisarts het belangrijk omdat zij graag wil weten wat zij tijdens het verloop van het ziekteproces nog kan verwachten.

De taken die huisartsen voor zichzelf zien als het gaat om omgaan met zingevingsvragen zijn het identificeren en onderzoeken van de hulpvraag. Niet duidelijk is of zingevingsvragen altijd binnen het blikveld vallen. Het identificeren en onderzoeken van zingevingsvragen doen ze in ieder geval als ze constateren dat de patiënt zich in een moeilijke situatie bevindt. Zij zien het vervolgens ook als hun taak om de patiënt bij te staan in moeilijke situaties. Naast deze taken worden niet de eigen mening opdringen en begeleiden en ondersteunen nog genoemd. Over de taak begeleiden en ondersteunen van de patiënt zijn de meningen verdeeld. De twee nog tot de christelijke traditie behorende artsen vinden dit wel hun taak, maar de twee andere artsen niet. Hun taken voeren ze uit door patiënten te begeleiden, weerwoord te geven, of door middel van doorverwijzen of bijstaan (luisteren, openstaan, bemoedigen enz.).

De nadruk bij de samenwerking in het omgaan met zingevingsvragen lijkt te liggen op psychische hulp (psycholoog, Mergaard) en sociale hulp (maatschappelijk werker, thuiszorg). Religieuze patiënten kunnen volgens de huisartsen terecht bij hun eigen denominatie. Een geestelijk verzorger in de eerstelijnszorg wordt niet als een meerwaarde gezien. De reden hiervoor is dat de geestelijk verzorger gekoppeld wordt aan religie. In dat licht heeft de geestelijk verzorger geen meerwaarde, omdat er enerzijds voldoende geestelijke verzorging in de thuissituatie aanwezig is en anderzijds omdat geseclariseerde mensen geen behoefte hebben aan een geestelijk verzorger.

#### **5.1.4 Hoe evalueren zij hun mogelijkheden op dit gebied**

In deze paragraaf worden eerst de resultaten uit paragraaf 4.4.5 bekeken in het licht van de theorie uit hoofdstuk drie. In de conclusie wordt de vraag beantwoord: Hoe evalueren zij (de huisartsen) hun mogelijkheden op dit gebied (het omgaan met zingevingsvragen uit paragraaf 5.1.3)?

##### *Belemmerende factoren*

Gebrek aan kennis/vaardigheden wordt door alle vier artsen genoemd. Drie van de vier artsen zien als oorzaak voor het tekort aan kennis/vaardigheden dat het omgaan met zingevingsvragen niet in de opleiding zit. Alle vier artsen vertellen verder dat zij geen tijd hebben om op zingevingsvragen in te gaan. Een consult van maximaal 20 minuten is te kort.

Naast kennis en tijd wordt door twee artsen verteld dat het niet lukt om met de patiënt over zingeving te praten. Als redenen worden genoemd dat de patiënt er nog niet aan toe is of dat de patiënt de regie over het eigen leven wil houden en het daarom onbespreekbaar is of door de secularisatie. Door de secularisatie zijn mensen niet meer met zingeving bezig.

Door twee artsen wordt een verschil in geloofsovertuiging tussen arts en patiënt als belemmerend genoemd. Dit kan belemmerend zijn voor de arts, maar het kan ook belemmerend zijn voor de patiënt. Tenslotte wordt door één arts nog genoemd dat zingevingsvragen niet leven bij artsen en door een andere arts dat het onvoldoende kennen van de patiënt belemmerend werkt in het omgaan met zingevingsvragen.

Kijkend naar het onderzoek van Vermandere et al , dan komt het gebrek aan kennis/vaardigheden bij haar naar voren als 'Lack of formal training and appropriate strategies'. Gebrek aan tijd komt bij Vermandere et al naar voren als 'time as limiting factor'. Kanttekening die hierbij gemaakt moet worden is dat dit resultaat vermeld staat bij de belemmerende patiënt factoren en niet uitgelegd wordt. Doordat het bij de patiënt factoren staat geeft het de indruk dat de patiënt beperkt de tijd heeft. Terwijl uit het huidige onderzoek naar voren komt dat de arts beperkt tijd heeft.

Dat het niet lukt om met de patiënt over zingeving te praten komt bij Vermandere et al naar voren in 'patiënt being the wrong sort of person'. De factor het verschil in geloofsovertuiging tussen arts en patiënt komt bij Vermandere et al naar voren als 'different belief systems between physician and patiënt' en dat zingevingsvragen niet leven bij artsen komt terug bij Vermandere et al als 'lack of physician spiritual awareness'. Het niet kennen van de patiënt komt als belemmerende factor bij Vermandere et al voor in de vorm van een faciliterende factor namelijk 'patients visiting the physician frequently'. Aangenomen mag worden dat de arts patiënten die regelmatig op bezoek komen goed kent. Als dit faciliterend is, dan mag volgens mij ook worden aangenomen dat het niet kennen van de patiënt, omdat deze nauwelijks op bezoek komt, belemmerend werkt.

#### *Faciliterende factoren*

Door twee artsen wordt als faciliterende factor genoemd dat de arts voldoende tijd moet nemen en de rust in zichzelf moet hebben om aandacht aan de patiënt te kunnen geven. Andere factoren zijn dat de patiënt een gesprek over zingevingsvragen durft aan te gaan en dat de arts de patiënt kent. Als laatste faciliterende factor wordt genoemd dat in deze tijd er binnen de zorg ruimte en aandacht voor zingeving is. Op de laatste faciliterende factor na komen de genoemde factoren ook voor in het onderzoek van Vermandere et al. Zo wordt voldoende tijd nemen en de rust in jezelf hebben verwoord als 'communicating a willingness to engage in (and have time for) spiritual discussions'. De factor dat de patiënt een gesprek durft aan te gaan wordt verwoord als 'patient being the right sort of person' en de factor kennen van de patiënt wordt verwoord als 'patients visiting the physician frequently'.

### *Samenwerking met andere beroepsgroepen*

Tijdens de interviews is de samenwerking met andere beroepsgroepen niet geëvalueerd. Het is daarom niet mogelijk om uitspraken te doen over hoe de samenwerking met andere beroepsgroepen door de huisartsen wordt gewaardeerd. Door twee huisartsen zijn wensen betreffende samenwerking genoemd. Zo zijn genoemd een filosoof, iemand met aandacht voor andere religies, iemand waarmee mensen een zesdezinuigwaarneming kunnen bespreken en iemand die het leven kan afsluiten door middel van een ritueel.

### *Opleidingsbehoefte*

Bij geen van de huisartsen staat scholing op het gebied van zingevingsvragen hoog op de prioriteitenlijst. Dit is op zich bijzonder, want de huisartsen hebben verteld het belangrijk te vinden om aandacht te besteden aan zingevingsvragen, onder andere omdat het invloed heeft op het welzijn en welbevinden van de patiënten. Zij constateren dat zij te weinig kennis hebben om met zingevingsvragen om te gaan, maar toch heeft scholing voor hen geen prioriteit.

### *Conclusie*

In deze paragraaf is de centrale vraag: Hoe evalueren zij (de huisartsen) hun mogelijkheden op dit gebied (het omgaan met zingevingsvragen uit paragraaf 5.1.3)? De artsen zien een aantal belemmerende factoren. Alle geïnterviewde artsen vinden gebrek aan tijd en gebrek aan kennis/vaardigheden belemmerende factoren. Daarnaast worden belemmerende factoren genoemd als verschil in geloofsovertuiging, de patiënt wil er niet over praten, zingevingsvragen leven niet bij de huisarts en de huisarts kent de patiënt onvoldoende. Als faciliterende factoren worden genoemd: voldoende tijd nemen, de patiënt kennen en dat er nu binnen de zorg in tegenstelling tot eerdere tijden, tijd en aandacht voor zingeving is. Ondanks dat de artsen gebrek aan kennis/vaardigheden als een belemmerende factor zien, staat scholing op het gebied van zingevingsvragen niet hoog op de prioriteitenlijst.

## 5.2 Discussie

Hierna wil ik stilstaan bij het onderzoek, de onderzoeksresultaten en afsluiten met verbeterpunten voor een volgend onderzoek.

### 5.2.1 Reflectie op het onderzoek

Generalisatie vanuit dit onderzoek is beperkt mogelijk gezien de volgende punten:

- Het onderzoek is beperkt gebleven tot vier huisartsen
- Het onderzoek is beperkt gebleven tot Almere
- Alle vier huisartsen waren geïnteresseerd in het onderwerp. Het kan zijn dat zij daardoor ook meer met zingevingsvragen bezig zijn dan andere artsen.
- Alle vier huisartsen zijn opgevoed in de christelijke traditie. Door deze opvoeding kan het zijn dat zij meer oog hebben voor zingevingsvragen en er gemakkelijker mee om kunnen gaan.

Vanwege bovengenoemde beperkingen is het aan te bevelen om dit onderzoek nogmaals te houden onder een groter aantal huisartsen uit verschillende plaatsen met verschillende achtergronden.

### 5.2.2 Reflectie op de onderzoeksresultaten

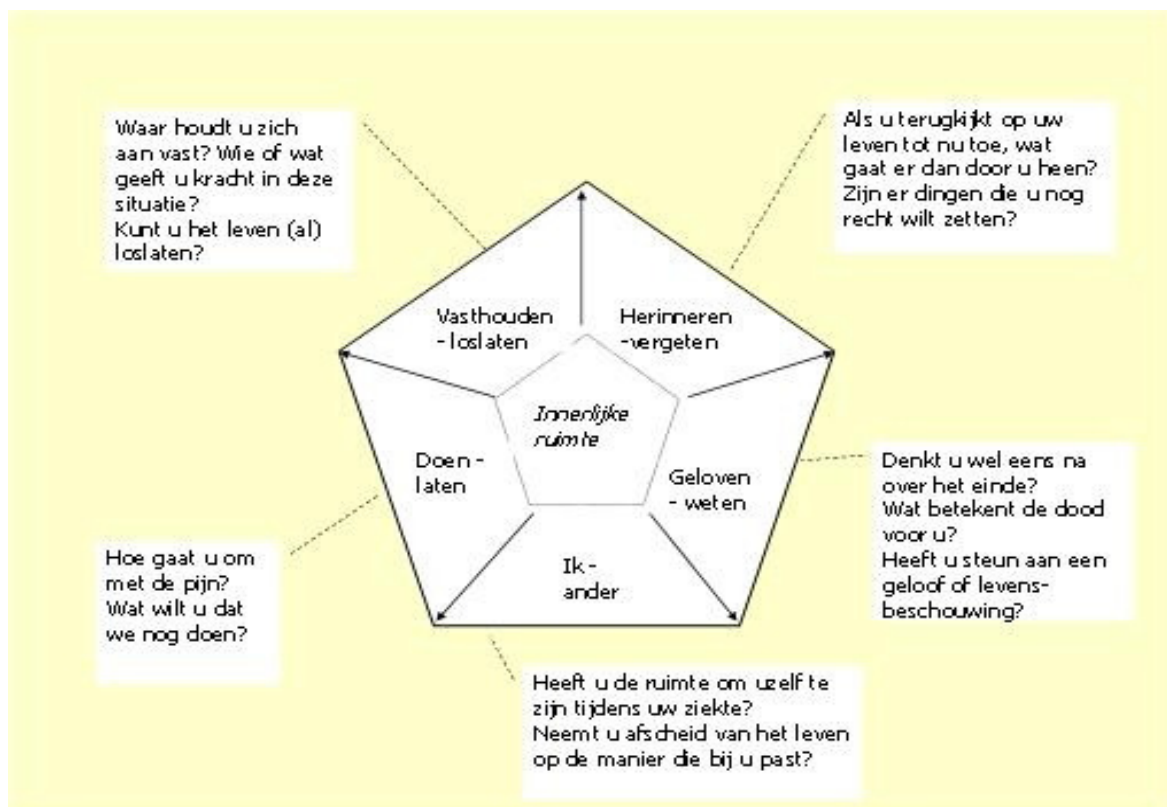
Door de huisartsen wordt unaniem gebrek aan kennis/vaardigheden genoemd als een belemmerende factor voor hen in het omgaan met zingevingsvragen. Kijkend naar de onderzoeksresultaten krijg ik de indruk dat naast een gebrek aan kennis ook een strategie in het omgaan met zingevingsvragen bij de artsen ontbreekt. Deze indruk is op het volgende gebaseerd. Als aan de huisartsen wordt gevraagd wat volgens hen zingevingsvragen zijn, dan zijn dat voor drie van de vier huisartsen vragen naar wat de zin van het leven voor iemand is. Als later wordt gevraagd welke zingevingsvragen de huisartsen bij hun patiënten herkennen, dan worden er door dezelfde drie huisartsen ook zingevingsvragen uit andere gebieden herkend en genoemd. Bij een strategie verwacht ik dat de huisartsen zich bewust zijn uit welke gebieden de zingevingsvragen kunnen komen en ook gericht zoeken in die gebieden.

Zo is er als het gaat om wat de taak is van de huisarts zelfs sprake van een verschil van mening. Twee van de vier artsen vinden het hun taak om de patiënt te begeleiden en te ondersteunen en twee vinden dat niet hun taak. Bij een strategie verwacht ik dat de taken van de huisarts helder zijn. Dat het helder is wat wel en wat niet behoort tot de taken van de huisarts. In het verlengde hiervan wil ik nog iets noemen. Door alle vier huisartsen wordt gezegd dat zij tekort schieten in kennis/vaardigheden in het omgaan met zingevingsvragen. Dit lijkt echter niet altijd op te gaan. Als de zingevingsvraag 'wat is de oorzaak van mijn ziekte?' gesteld wordt door een patiënt, dan mag er vanuit worden gegaan, dat de arts vaak goed met deze zingevingsvraag kan omgaan. De arts heeft dan voldoende kennis/vaardigheden. Volgens twee van de vier huisartsen is het niet nodig dat iemand speciaal opgeleid is voor het omgaan met zingevingsvragen. Dit is een bijzondere uitspraak

als dezelfde artsen later zeggen onvoldoende kennis/vaardigheden voor het omgaan met zingelevingsvragen te hebben. Een logische verklaring is dat er schijnbaar een onderscheid te maken is in de 'zwaarte' van de zingelevingsvragen. Uit de onderzoeksresultaten blijkt niet of de huisarts gestructureerd dit onderscheid maakt.

Gebrek aan kennis en gebrek aan een strategie kan naar mijn mening er voor zorgen dat de patiënt niet goed geholpen wordt. Zo vertellen de artsen B en D dat zij aan patiënten die gaan sterven vragen hoe zij denken over het dood gaan. Deze situatie wil ik behandelen in het licht van het ars moriendi model.

Het ars moriendi model van Leget<sup>108</sup> is bedoeld om de spirituele situatie te verkennen van patiënten bij wie het levenseinde nabij is. Het model is gebaseerd op de middeleeuwse stervenskunst en heeft als doel om iemand de rust en de vrijheid te geven om te kijken naar de zingelevingsvragen die de situatie oproept. Onderstaand ars moriendi model geeft aan de hand van een vijftal thema's mogelijke vragen die gesteld zouden kunnen worden aan patiënten die hun levenseinde naderen.



Ars Moriendimodel<sup>109</sup>

Zoals te zien is in het ars moriendimodel valt een vraag hoe iemand denkt over de dood onder het thema Geloven-weten. Er zijn echter nog vier thema's. Op basis van de resultaten uit het huidige

<sup>108</sup> Agorawerkgroep, *Richtlijn Spirituele zorg*. 2010. Deze richtlijn is te downloaden op: <http://www.pallialine.nl/spirituele-zorg>, (6 juli 2012)

<sup>109</sup> Agorawerkgroep (6 juli 2012) De afbeelding is overgenomen uit deze richtlijn, p 15

onderzoek is geen harde uitspraak te doen, of deze vier thema's wel of niet aan de orde komen, maar ik heb de indruk dat het niet gebeurt. Deze indruk is gebaseerd op de volgende uitspraak gedaan door arts B terwijl zij vertelde dat de huisarts aan patiënten die hun levenseinde naderen moet vragen hoe zij denken over de dood. Arts B zegt: *misschien bij situaties waarbij mensen aan het eind staan van hun leven, maar dan nog moet je ze zelf aan de orde stellen als huisarts. Van patiënten krijg ik voor mijn gevoel dat soort vragen niet, maar misschien zeg jij wel er zijn misschien wel andere zingevende vragen die ik wel krijg* (parafrase). Als de nadruk ligt op het thema geloven-weten en er spelen zaken bij de patiënt die vallen onder de andere thema's, dan kan dit rustig sterven in de weg staan.

Het voorafgaande roept de vraag op of de huisarts voldoende tijd heeft om het ars moriendi-model met een patiënt bij wie het levenseinde nadert te behandelen. Naar alle waarschijnlijkheid heeft de huisarts daar niet voldoende tijd voor en zal een patiënt moeten worden doorverwezen. Onduidelijk is of er een strategie is betreffende het doorverwijzen. Hier bedoel ik mee dat de huisarts een werkwijze heeft waardoor hij/zij op basis van de zingevingsvraag doorverwijst naar een maatschappelijk werker of psycholoog.

Bij de behandeling van het bio-psycho-sociaal-spiritueel model is aan de orde gebracht dat het onduidelijk is hoe aan het spirituele domein een invulling kan worden gegeven, met als mogelijke gevolgen dat er een grote diversiteit aan invullingen kan ontstaan of dat er geen invulling wordt gegeven omdat betrokkenen (arts, verpleegkundige enz.) niet weten wat te doen. Uit het bovenstaande is duidelijk geworden dat er een diversiteit aan invullingen wordt gegeven, maar dat een strategie ontbreekt. Het ontbreken van een strategie en/of gebrek aan kennis kan er voor zorgen dat de patiënt niet de zorg krijgt die gewenst is, omdat de zingevingsvraag die bij de patiënt speelt niet wordt herkend, of omdat niet de juiste 'professional' zich met de zingevingsvraag bezig houdt.

Op de juiste professional wil ik nog inzoomen. Kijkend naar de resultaten onder het subcluster samenwerking, lijkt het dat de artsen moeite hebben met het spirituele aspect zoals Sulmasy dat benoemt. Het spirituele aspect dat zoals in hoofdstuk twee is behandeld vooral belangrijk is voor patiënten waarvan de ziekte leidt tot het levenseinde of voor chronisch zieke patiënten.

Als patiënten religieus blijken te zijn, is de verwachting bij de huisartsen dat zij vanuit hun eigen geloofsgemeenschap ondersteuning krijgen en dat die invulling geven aan het spirituele aspect. Of religieuze mensen de ondersteuning die zij zoeken ook daadwerkelijk krijgen vanuit hun eigen geloofsgemeenschap is niet bekend. Vervolgonderzoek kan hier inzicht in geven.

Als mensen niet religieus zijn, lijkt het of er wordt overgegaan naar het biopsychosociale model, want dan wordt de maatschappelijk werker of de psycholoog ingeschakeld. Zijn deze twee professionals in

staat om een invulling te geven aan het spirituele aspect? Hoe gaan zij hiermee om en wat ervaren zij als faciliterende en belemmerende factoren. Vervolgonderzoek kan hier inzicht in geven.

Tenslotte wil ik nog stilstaan bij de geestelijk verzorger in de eerstelijnszorg. In paragraaf 4.4.4 (bij het onderwerp 'De geestelijk verzorger in de eerstelijnszorg') is besproken dat drie huisartsen twijfelen over de meerwaarde van een geestelijk verzorger in de eerstelijnszorg. Als redenen hiervoor zijn gegeven de secularisatie en het voldoende beschikbaar zijn van geestelijke verzorging in de thuissituatie. Dit lijken op het eerste gezicht twee terechte twijfels. Toch wil ik hier een kanttekening bij maken. Secularisatie wordt vaak gekoppeld aan afscheid nemen van de (christelijke) religie. In het rapport 'Geloven in het publieke domein'<sup>110</sup> van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) wordt melding gemaakt van het ontstaan van een ongebonden vorm van religie, die ongebonden spiritualiteit wordt genoemd. Het gaat hier om mensen die wel (enigszins) spiritueel/religieus zijn ingesteld, maar die zich niet tot een levensbeschouwelijke/religieuze/spirituele groepering rekenen. Het gaat hier naar schatting om 26% van de bevolking<sup>111</sup>. Het is interessant om in een vervolgonderzoek te kijken of er voor deze groep voldoende geestelijke verzorging aanwezig is.

### 5.2.3 Verbeterpunten voor een volgend onderzoek

Om de tijdsbelasting voor de deelnemende artsen te beperken is er voor gekozen om het interview maximaal een uur te laten duren. Hierdoor is er vaak niet op de gegeven antwoorden doorgevraagd. Meer tijd voor de interviews of een tweetal interviews zou een vollediger beeld hebben opgeleverd.

Terugkijkend op het onderzoek heb ik een aantal opmerkingen betreffende het interviewschema. Bij het uitwerken van de informatie van de werksituatie werd het duidelijk dat de volgende vragen relevante aanvullende informatie op zouden kunnen leveren:

- Hoe lang bent u als arts werkzaam? Hoe lang bent u als arts werkzaam in deze praktijk?
- Hoe ziet uw praktijk er uit? Hoe is de leeftijdsverdeling van patiënten? Platteland of stad? Oude of nieuwe wijk? Wat is de overheersende religie in de omgeving?

De vragen bij het eerste punt zijn van belang omdat het inzicht geeft in hoeveel ervaring de arts heeft en hoe goed de arts zijn patiënten kent. De antwoorden op de vragen bij het tweede punt bieden daarnaast de mogelijkheid om te onderzoeken of er in een oude wijk andere zingevingsvragen leven dan in een nieuwe wijk. In een wijk met jonge mensen zul je daarnaast, zoals eerder ter sprake

---

<sup>110</sup> Donk van de W.B.H.J., Jonkers A.P. , Kronjee G.J. en Plum R.J.J.M. (red.), *Geloven in het publieke domein*, p 176, (vrij te downloaden van website WRR)., Amsterdam: Amsterdam University Press, 2006

<sup>111</sup> Donk, p 176



gekomen, doorgaans minder patiënten treffen in de palliatieve fase, dan in een wijk met veel ouderen.

Vragen die naar mijn mening kijkend vanuit het ars moriendi-model aan het interviewschema kunnen worden toegevoegd zijn:

- Merkt u dat patiënten nog dingen willen rechtzetten? (Herinneren-vergeten)
- Merkt u dat mensen niet zichzelf zijn tijdens hun ziekte? (Ik-ander)
- Merkt u dat mensen worstelen met wat ze nog aan behandelingen willen ondergaan? (Doen-laten)

Bij het voorleggen van mogelijke zingelevingsvragen heb ik eerst gekeken of een bepaalde 'soort' zingelevingsvraag al aan de orde gekomen was. Zo niet, dan heb ik uit die categorie een willekeurige vraag gekozen en die gesteld. Ik denk dat het beter is om vooraf te kiezen welke vraag je stelt als een categorie niet aan de orde is gekomen. Aan de hand van een voorbeeld wil ik dit duidelijk maken. Bij het gebied Leven staat het volgende: Komt u bij patiënten vragen tegen als: Wie ben ik?, Is het goed dat ik er ben?, Bij wie hoor ik?, Is het leven voorspelbaar of willekeurig? Zo ja, kunt u voorbeelden geven? Als geen van de vragen tot dat moment aan de orde was gekomen, dan heb ik gevraagd: Komt u bij patiënten vragen tegen als: Wie ben ik? Maar bij de volgende huisarts heb ik gevraagd: Komt u bij patiënten vragen tegen als: Is het leven voorspelbaar of willekeurig? Het is beter om consequent dezelfde vraag te stellen. Bijvoorbeeld: Komt u bij patiënten vragen tegen als: 'Wie ben ik?'

### 5.3 Aanbevelingen

Door de huisartsen worden gebrek aan tijd en gebrek aan kennis en vaardigheden als belemmeringen voor het omgaan met zingelevingsvragen genoemd. In de vorige paragraaf heb ik hieraan toegevoegd dat het ontbreken van een strategie in het omgaan met zingelevingsvragen naar mijn mening ook belemmerend werkt. Kijkend naar deze belemmeringen en ter verbetering van de patiëntenzorg in de huisartsen praktijk wil ik de volgende aanbevelingen doen. Het is aan te bevelen dat huisartsen worden bijgeschoold en dat er een strategie wordt ontwikkeld voor de huisartsenpraktijk in het omgaan met zingelevingsvragen door de huisarts. Deze aanbevelingen worden hieronder verder uitgewerkt aan de hand van de landelijke richtlijn spirituele zorg van de vereniging integrale kankercentra<sup>112</sup>.

---

<sup>112</sup> Agorawerkgroep, 6 juli 2012

De richtlijn spirituele zorg is geschreven door de Agorawerkgroep<sup>113</sup> en is primair gericht op artsen en verpleegkundigen in de palliatieve zorg. Doel van de richtlijn is ten eerste om een handreiking te bieden om te bepalen welke zorg een patiënt nodig heeft en ten tweede om handvatten te geven om in diverse situaties goede zorg te kunnen bieden<sup>114</sup>. Hoewel de richtlijn gericht is op de palliatieve zorg is het naar mijn mening een goed vertrekpunt voor het ontwikkelen van een richtlijn binnen de huisartspraktijk.

De richtlijn spirituele zorg is als volgt opgebouwd. Eerst wordt uitgelegd wat zingevingsvragen<sup>115</sup> zijn met de terminologie die daarbij hoort en hoe zingevingsvragen kunnen worden waargenomen.

Daarna worden er aanbevelingen gedaan voor diagnostiek, beleid en behandeling.

In het licht van de richtlijn spirituele zorg kijkend naar de huisartsenpraktijk, is het volgens mij aan te bevelen dat huisartsen worden geschoold in wat zingevingsvragen zijn, de terminologie die daarbij hoort en hoe zingevingsvragen kunnen worden waargenomen. Zoals ik in de vorige paragraaf heb geprobeerd duidelijk te maken, is de kennis op dit gebied bij de huisartsen beperkt met het risico dat bepaalde zingevingsvragen niet worden herkend. Scholing kan hierin voor verbetering zorgen.

Als zingevingsvragen bij de patiënt worden herkend zal er een diagnose moeten worden gesteld.

Voor de huisarts zal dit gaan om een screening. Doel van deze screening is om te bepalen welke zorg nodig is. In de richtlijn spirituele zorg wordt een onderscheid gemaakt tussen normale zorg, zorg bij bijzondere behoeften en zorg in crisissituaties. Normale zorg kan gegeven worden in situaties waarin volstaan kan worden met alledaagse *aandacht* voor levensvragen. Zorg bij bijzondere behoeften kan gegeven worden in situaties waar patiënten behoefte aan *begeleiding* hebben op het terrein van zingevingsvragen of een normale worsteling doormaken waarbij begeleiding door een deskundige toegevoegde waarde kan hebben. Zorg in crisissituaties kan gegeven worden in situaties waar de worsteling met zingevingsvragen tot een existentiële crisis leidt die vraagt om een *crisisinterventie* door een geestelijk verzorger, medisch maatschappelijk werker of psycholoog<sup>116</sup>. Naar mijn mening kan deze driedeling ook worden gebruikt voor het screenen op zingevingsvragen in de huisartsenpraktijk.

Om het screenen zo goed mogelijk te doen zijn er algemeen bruikbare screeningsvragen op het gebied van zingevingsvragen nodig. Deze screeningsvragen moeten de huisarts helpen om te bepalen

---

<sup>113</sup> Deelnemers in de werkgroep waren: C. Leget, universitair hoofddocent zorgethiek, Universiteit van Tilburg (voorzitter werkgroep vanaf 1-1-2009), T. Staps, gezondheidszorgpsycholoog en psychotherapeut, Taborhuis, Groesbeek, J. van de Geer, geestelijk verzorger, Zorggroep Noorderbreedte, Medisch Centrum Leeuwarden, C. Mur-Arnoldi, verpleegkundige, Johannes Hospitium de Ronde Venen, Wilnis, M. Wulp, beleidsmedewerker, Agora, Bunnik, H. Jochemsen, medisch ethicus (voorzitter werkgroep tot 1-1-2009), Prof. dr. G.A. Lindeboom Instituut, Ede

<sup>114</sup> Agorawerkgroep, p 3

<sup>115</sup> In de richtlijn wordt in dit verband gesproken over levensvragen

<sup>116</sup> Agorawerkgroep, p 3

welke zorg er nodig is (normale zorg, zorg bij bijzondere behoeften en zorg in crisissituaties) en wie die zorg moet verlenen. De screeningsvragen zullen naar mijn mening ontwikkeld moeten worden in een samenwerking tussen huisartsen, medisch maatschappelijk werkers, psychologen en geestelijk verzorgers, omdat zij allemaal, afhankelijk van de zorgvraag, (mogelijke) betrokkenen zijn.

Met de constatering dat er meer mogelijke betrokkenen zijn bij het omgaan met zingevingvragen kom ik bij beleid en behandeling. Naar mijn mening zal er beleid moeten komen dat richting geeft wie welke zorg verleent. De zorg die nodig is wordt bepaald door de zorgvraag. Zo wordt in de spirituele richtlijn bij de behandeling een onderscheid gemaakt tussen aandacht (normale zorg), begeleiding (behandeling bij bijzondere behoeften) en crisisinterventie (behandeling in crisissituaties). In de spirituele richtlijn is dit samengevat in een tabel (zie volgende pagina).

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

Tabel: Vormen van spirituele zorg.

Deze tabel kan naar mijn mening behulpzaam zijn bij het ontwikkelen van beleid. Dit beleid is nodig om er voor te zorgen dat voor de huisarts duidelijk is wat zijn/haar taak is en het helpt de huisarts als er moet worden doorverwezen.

Aan het begin van deze paragraaf heb ik gebrek aan tijd, gebrek aan kennis en vaardigheden en het ontbreken van een strategie als belemmeringen voor het omgaan met zingevingsvragen genoemd. Mijn aanbevelingen zijn op deze belemmeringen gericht. Tot nu toe is de belemmerende factor gebrek aan tijd nog niet aan de orde gekomen. Dit komt omdat ik denk dat als mijn aanbevelingen worden uitgewerkt de huisarts door een goede screening kan bepalen welke zorg nodig is. Dat er dan een beleid is waaruit blijkt wat de taak van de huisarts in het omgaan met zingevingsvragen is, met als resultaat dat de huisarts dat doet wat in de gegeven tijd van het consult mogelijk is.

## Literatuur

- Brink van den –Muinen, A., Dulmen van A.M., Schellevis F.G., Bensing J.M. (redactie), *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Oog voor communicatie: huisarts-patiënt communicatie in Nederland*, Utrecht: NIVEL, 2004
- Donk van de, W.B.H.J., Jonkers A.P., Kronjee G.J. en Plum R.J.J.M. (red.), *Geloven in het publieke domein*, (vrij te downloaden van website WRR), Amsterdam: Amsterdam University Press, 2006
- Frankl, V. E., *De zin van het bestaan: een inleiding tot de logotherapie*, Rotterdam: Uitgeversmaatschappij Ad Donker BV, 1995
- Hijweege, N., Pieper, J., *Zingeving in het contact tussen arts en patiënt*, *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 11, 2008, 28-35
- Hijweege, N.M. en Pieper, J.Z.T., *Zingeving in het contact tussen arts en patiënt*, 2006, 1-14
- Lans van der, J., *Zingeving en levensbeschouwing een psychologische begripsverkenning*, in: Eijkman, F. (red), *Weer zin leren*, Best: Uitgeverij Damon BV, 1992
- Smaling, A en Hijmans, E., *Kwalitatief onderzoek en levensbeschouwing*, Amsterdam: Boom, 1997
- Sulmasy, D.P., *A Biopsychosocial-Spiritual Model for the Care of Patients at the End of Life*, *The Gerontologist*, 42, Special Issue III, 24-33, 2002
- Vermandere, M., Lepeleire de, J., Smeets L., Hannes K., Mechelen van W., Warmenhoven F., Rijswijk van E., Aertgeerts B., *Spirituality in general practice: a qualitative evidence synthesis*, *Britisch Journal of General practice*, 2011, 749-760
- Vreugdenhil, L., Ottevanger, L., *Wordt geestelijke verzorging onderdeel van de eerstelijns? Onderzoek naar de behoefte aan geestelijke verzorging onder eerstelijns gezondheidswerkers in de deelgemeente Kralingen-Crooswijk te Rotterdam*. Te downloaden: <http://www.vilansprojecten.nl/documents/levensvragen/Rotterdam%20bijlage%20%20-%20onderzoek.pdf>
- Zanten van van Hattum, M., *Leren omgaan met zingevingsvragen*, Baarn: Ambo 1994

## Internet bronnen

- Agorawerkgroep, *Richtlijn Spirituele zorg*, te downloaden op: <http://www.pallialine.nl/spirituele-zorg>, (6 juli 2012)
- Gemeente Almere, *Historie van Almere*, [http://www.almere.nl/de\\_stad/historie\\_en\\_archief/bn/\\_rp\\_kolom1-1\\_elementId/1\\_2932409](http://www.almere.nl/de_stad/historie_en_archief/bn/_rp_kolom1-1_elementId/1_2932409) (25 juni 2012)

- Irvin Yalom, *Speech, as delivered at the American Psychiatric Association annual meeting in May 2000 at New Orleans*, <http://www.yalom.com/pagemaker.php?nav=lec&subframe=pfister> (25 juni 2012)
- Meregwaard, <http://www.ggzcentraal.nl/merken/de-meregaard/de-meregaard> (3 juli 2012)
- NIVEL, <http://www.nivel.nl/huisarts-informatie-systemen> (7 augustus 2012)(26 september 2012)
- VGVZ, *Beroepsstandaard*, te downloaden op: [www.vgvz.nl](http://www.vgvz.nl) (12 juli 2012)(11 september 2012)
- Viktor Frankl Institut, <http://logotherapy.univie.ac.at/e/logotherapy.html> (5 juli 2012, 23 juli 2012)
- Zorggroep Almere, [www.zorggroep-almere.nl](http://www.zorggroep-almere.nl) (25 juni 2012)

# Bijlage I Interviewschema voor het onderzoek 'zingevingvragen in het contact tussen arts en patiënt'.

## 1. Werksituatie

-Kunt u iets vertellen over uw vooropleiding en de wijze waarop u op uw huidige werkveld terecht bent gekomen.

-Kunt u iets vertellen over uw huidige werkzaamheden, met name over uw contacten met patiënten, bv. hoe vaak en in welke stadium van de ziekte heeft u contacten met hen.

-Hoe verlopen de gesprekken met de patiënten? Heeft u een bepaalde manier om deze gesprekken te voeren? Heeft u een lijst met uitgangspunten die aan de orde moeten komen? Waar let u op? Welke vaardigheden zijn vereist? Met welke houding gaat u zo'n gesprek in?

-Kunt u eens een voorbeeld van zo'n gesprek geven?

-In de literatuur wordt wel gesproken van een bio/psycho/sociaal/spiritueel ziektemodel. Hoe kijkt u hier tegenaan?

## 2. Persoon

-Welke dingen maken u zeer enthousiast? Waar geniet u van? Waar wilt u zich voor inzetten?

-Kunt u een aantal zaken noemen, die uw leven zin geven, waar u voor leeft?

-Heeft uzelf een bron waaraan u steun ontleent bij het omgaan met ernstig zieken?

-In hoeverre hebben voor u levens- en zingevingvragen met geloof en of levensbeschouwing te maken?

## 3. Waarnemen van zingevingvragen

3.1. *Bespeurt u psychische veranderingen ten gevolge van de ziekte?*

Welke veranderingen neemt u dan waar?

(Voorbeelden: angst, depressiviteit, nutteloosheid, schaamte, prikkelbaarheid, schuld, woede, rouw, hulpeloosheid, laag zelfbeeld, seksuele stoornissen, eenzaamheid, nadenken over zelfdoding.)

3.2. *Bespeurt u sociale veranderingen ten gevolge van de ziekte?*

Welke veranderingen neemt u dan waar t.a.v. intieme relaties, sociale relaties, arbeidsveld, maatschappelijke betrokkenheid?

3.3. *Bespeurt u zingevingvragen ten gevolge van de ziekte?*

**Eerst open laten beantwoorden, dan zelf mogelijkheden aanbieden (zie hieronder).**

*Beginfase*

Gaan de patiënten op zoek naar de oorzaken van hun ziekte? Vragen ze zich af waarom het juist hen moest overkomen? Geven ze zichzelf dan de schuld of anderen of wellicht God? Vragen ze: waarom



gebeurt dit, heb ik iets verkeerd gedaan? Waarom laat God dit lijden toe? Welke zin heeft dit? Het is eigenlijk onrechtvaardig, denkt men dat wel eens?

Gaan patiënten ook op zoek naar bronnen van kracht: hoe overleef ik dit, wie helpt mij, is er een diepere werkelijkheid, waar ik bij kan aankloppen?

#### *Doorleeffase*

Bemerkt u bij uw patiënten wel eens dat ze worstelen met hun levenskwaliteit, gevoel van zekerheid, gebrek aan autonomie, het zin geven aan hun ziekte, het op zoek zijn naar een nieuw perspectief, het gebrek aan uitpraat-partners.

Kunnen ze een bepaalde plaats en betekenis aan hun ziekte geven?

Hoe beleven ze de behandelingen en de bijwerkingen ervan, bv. m.b.t. kwaliteit van leven, relaties met de buitenwereld etc. Houden ze zich bezig met de vraag: hoe lang heb ik nog? Of wordt dat vooral verdrongen?

#### *Levenswending*

Ervaren patiënten zichzelf als buiten het normale leven staand? Als in een niemandsland?

Ervaren de patiënten een duidelijke overgang t.a.v. hun vorige leven?

Bemerkt u bij uw patiënten wel eens dat ze nieuwe positieve ervaringen opdoen als gevolg van hun ziekte, bv. relaties krijgen meer diepgang, beperken tot de kernzaken van het leven, genieten van de kleine dingen van het leven, intenser en bewuster gaan leven, zich meer op de natuur richten, meer rekening met zichzelf leren houden, meer verbondenheid met de kosmos ervaren, geloofsverdieping.

#### *Loslaten*

Hebben patiënten moeite met het loslaten van het leven, het toegeven dat de ziekte niet te keren is? *Of bij niet terminale ziekten: hebben patiënten moeite met het inboeten aan levenskwaliteit?*

Kunnen ze overgave en rust ervaren en wat helpt hen daarbij?

### *3.4. Zijn er speciale signalen, waaraan u zingeingsvragen herkent?*

Let u ook op lichaamstaal of op opvallend gedrag?

Welke emotionele signalen pikt u op: somberheid, gemaakt optimisme, onzekerheid, geobsedeerd zijn door iets, vermijding, verdringing.

Kernzaken voor iemand worden vaak in een verhaal verteld? Herkent u dat? Kent u typische ziekteverhalen?

Gevoelens worden ook vaak in beelden ondergebracht. Herkent u dat? Kent u typische beelden die bij ernstig zieken vaak voorkomen? Of bepaalde symbolen?

Hoe groot is het belang van rituelen voor zieken? Kent u typische rituelen die bij ernstig zieken vaak voorkomen?

### *3.5. Wat verwacht men van u als arts? Welk beeld hebben patiënten van u? Wat vindt u zelf van deze verwachtingen en beelden?*

(Bv. verwachtingen: geduld, begrip en steun, goede uitleg en goede voorbereiding op de toekomst. Bv. beelden: redder, almachtig figuur, ouderfiguur, wijze man, volledig te vertrouwen, volledig aan over te geven etc.)

## **4. Omgaan met zingeingsvragen**

### *4.1. Belang*

Vindt u het voor de patiënt en/of voor uzelf van belang om op deze zingevingsvragen in te gaan?  
Vraagt u naar de levensbeschouwelijke achtergrond van de patiënten?  
Hoe geldt dat voor uw collega's, denkt u?

#### *4.2. Ruimte*

Heeft u voldoende ruimte om op deze zingevingsvragen in te gaan? Welke mogelijkheden zijn er en welke beperkingen?  
Hoe geldt dat voor uw collega's, denkt u?

#### *4.3. Vaardigheden*

Heeft u voldoende vaardigheden om op deze zingevingsvragen in te gaan? Wat lukt u goed en wat minder goed? Hoe geldt dat voor uw collega's, denkt u?  
Vaak staat u met lege handen. Voelt u zich capabel om met zulke momenten om te gaan?  
Kunt u eens een voorbeeld geven van een gesprek over zingevingsvragen, waarover u zeer tevreden was?  
Kunt u eens een voorbeeld geven van een gesprek waarin aan de zingevingsvragen niet voldoende recht is gedaan?

#### *4.4 Houding en communicatie*

Vergt een gesprek over zingevingsvragen een bepaalde houding, insteek, manier van benaderen door de arts?  
Op welke manier communiceert u met de patiënt?  
Verplaatst u zich daarbij ook in het perspectief van de patiënt?  
(Empatisch: luisteren, aanvaarden, erkennen, laten uitpraten, gewillig oor, toewending  
Informatief: uitleg en informatie geven, helder en duidelijk zijn  
Ondersteunen: hoop geven, troosten, wijzen op lichtpuntjes  
Waarderen: mijn mening geven over de levensstijl van de patiënt, gedrag voorschrijven, de patiënt de goede richting op sturend.)

#### *4.5 Multidisciplinair overleg*

Hoe kijkt u aan tegen multidisciplinaire samenwerking?  
Komen er tijdens het multidisciplinair overleg zingevingsvragen en levensbeschouwelijke aspecten van het ernstig ziek zijn aan de orde?

#### *4.6. Bijscholing*

Heeft u behoefte aan bijscholing op dit terrein? Zo ja, in welke vorm (bv. klinische les, casuïstiek)?  
Is er voor andere artsen bijscholing nodig, denkt u?

#### *4.7. Verwijzing*

Welke contacten met de andere beroepsgroepen vindt u wenselijk?  
Verwijst u wel eens naar de dienst geestelijke verzorging? Zo ja, in welke gevallen?  
Hoe zijn de contacten met de dienst geestelijke verzorging?

### **5. Afsluiting**

Heeft u een vraag gemist of is er nog iets waarover u nog wel iets wilt zeggen?  
Wat vond u van dit gesprek?  
Denkt u dat dit onderzoek zinvolle informatie kan opleveren.  
Zeer bedankt voor uw medewerking!!!!!!

(JZTP, 7 maart 2006).

## **Bijlage II Interviewschema uit de scriptie 'Wordt geestelijke verzorging onderdeel van de eerste lijn?'**

Interviewschema:

- Wie stellen existentiële vragen?
- Wat is de aard van existentiële vragen?
- Hoe vaak komen existentiële vragen in de praktijk voor?
- Hoe gaan de respondenten om met existentiële vragen die zich in hun praktijk voordoen?
- Welke professional is volgens respondenten opgeleid voor de behandeling van existentiële vragen?
- Is geestelijke verzorging in de eerstelijns gezondheidszorg volgens de professionals een meerwaarde?
- Vinden de professionals dat een geestelijk verzorger onderdeel van het team moet worden?
- Wat is de visie van de professionals op samenwerking? Wat vinden zij belangrijk?
- Hoe vaak denken respondenten van geestelijke verzorging gebruik te maken als het éénmaal in de eerste lijn beschikbaar is?

## Bijlage III Voorbeeld analyse

### Waarnemen

#### Definitie

Volgens D zijn zingevingsvragen vragen naar de zin van het leven. Hij ziet zingeving als je levenspad vinden. Bij jezelf te rade gaan waarvoor je op deze wereld bent. Een zingevingsvraag is voor hem 'is dit het nou?'

#### Relatie zingevingsvragen en geloof/levensbeschouwing

Als je gelooft, dan hebben zingevingsvragen met geloof en levensbeschouwing te maken, anders niet. Voor D betekent dit dat ze met elkaar te maken hebben.

#### Herkennen

Volgens D kun je zingevingsvragen verwachten in ernstige situaties. Een levenscrisis vraagt om de bakens te verzetten. Voor D zijn zingevingsvragen aanwezig in ernstige situaties zoals lichamelijke ziekte, een ernstige depressie of een burn-out. In deze situaties neemt hij zelf het initiatief om zingevingsvragen te bespreken. Het is volgens D wel zoeken, omdat zingevingsvragen niet direct duidelijk zijn. Verder herkent hij zingevingsvragen als de patient zelf aangeeft dat religie een bepaalde rol speelt in het klachtenpatroon.

#### Zingevingsvragen uit het gebied leven

- Door werkloosheid ontstaan zingevingsvragen over de identiteit
- Oude mensen die vereenzamen vragen zich af wat de zin is van hun leven

#### Zingevingsvragen uit het gebied dood

- Aan patiënten in de terminale fase wordt gevraagd: Gelooft u in een leven na de dood? Wat betekent doodgaan voor u?
- Jonge en oude mensen die gaan sterven hebben moeite met het loslaten van het leven
- Dementerende mensen hebben moeite met inboeten levenskwaliteit

#### Zingevingsvragen uit het gebied heelheid

D krijgt geen vragen naar aanleiding van mooie gebeurtenissen in het leven. Hij krijgt wel indirecte signalen. D zegt hierover: Je krijgt hier wel eens geboortekaartjes van, God heeft ons een nieuw leven gegeven, maar dat zijn dan indirecte signalen (parafrase)

#### Zingevingsvragen uit het gebied gebrokenheid

- Patiënten doen positieve ervaringen op als gevolg van hun ziekte. D geeft hier geen toelichting op.
- Waar komt het lijden vandaan?
- Waarom moet mij dit overkomen?
- Mensen die ernstig ziek zijn worstelen soms met onopgeloste conflicten (bijv. kinderen die niet meer komen)

### Omgaan

#### Belang van omgaan

D vindt het belangrijk om op zingevingsvragen in te gaan omdat het ook andere aspecten van iemands leven beïnvloed. Bijvoorbeeld door schuldbesef of zondebesef kan iemand gaan drinken.

### Omgaan wat

Tijdens het consult identificeert D wat de hulpvraag is, hij onderzoekt die hulpvraag en behandelt die.

Als het gaat om omgaan met zingevingsvragen, dan verleent hij zorg die aansluit bij de behoefte van de patiënt. D geeft als voorbeeld een situatie waarin een patiënt ernstig ziek is en er een conflict met de kinderen is. Hij helpt dan patiënten om er iets aan te doen zodat het leven voor het gevoel van de patiënt kan worden afgerond.

Hij is aanwezig bij de patiënt. Als het niet meer mogelijk is om medisch gezien nog iets voor de patiënt te doen, dan stopt D met medisch handelen en is hij er voor de patiënt.

Het ideaal van D is om zingevingsvragen niet alleen te constateren, maar er ook op in te gaan.

### Omgaan hoe

- Bemoedigen. Als voorbeeld hiervan vertelt D dat hij tegen een patiënt zei die worstelde met verlies van identiteit vanwege werkloosheid: Je bent belangrijk om wie je ben.
- Open zijn. D bedoelt hiermee dat als je sprakeloos bent en/of niet voor de patiënt (meer) kunt doen dat je dat benoemt.
- Aandacht
- Rust
- Luisteren
- Doorvragen
- Respect hebben voor de overtuiging van de patiënt
- Doorverwijzen

### Samenwerking

D verwijst nu patiënten naar de dominee, pastor, GV-er, maatschappelijk werk en de psycholoog. De dominee, priester en pastoraal werker zijn volgens hem de specialisten.

### Samenwerking met GV

D twijfelt enerzijds over de meerwaarde van een geestelijk verzorger(GV-er) in de eerste lijn omdat er al de nodige geestelijke verzorging in de thuissituatie aanwezig is. Anderzijds vind hij het een interessante gedachte die past binnen het planetree concept dat in Almere wordt gehanteerd. De meerwaarde die hij ziet is, dat een GV-er in een multidisciplinair overleg toevoegt aan het totaalbeeld van de patiënt. Een GV-er kan een ingezet worden daar waar anderen geen tijd hebben, bij slecht nieuwsgesprekken en om ouderen uit een isolement te halen. Het lijkt hem lastig om de grens tussen maatschappelijkwerk, de psycholoog en de GV-er te zien.

### Belemmerende patiënt factoren

Geen respect voor de verschillende geloofsovertuigingen van arts en patiënt. Als voorbeeld hiervan geeft D een situatie waarin de patiënt om euthanasie vraagt en hij het als arts niet wil doen, met als gevolg dat de arts-patiënt relatie door de patiënt wordt verbroken.

### Belemmerende contextuele factoren

- D ziet zich beperkt door een gebrek aan tijd. Hij geeft aan dat tijd wordt gemaakt bij mensen waar je intensiever mee bezig bent.
- D twijfelt aan zijn vaardigheden. Hij is niet opgeleid om met zingevingsvragen om te gaan en krijgt ook geen feedback op zijn handelen.

### Faciliterende arts factoren

Rust uitstralen en de tijd nemen = communiceren dat je bereid bent en tijd hebt om te praten over zingeving

### Faciliterende contextuele factoren

In deze tijd is er binnen de zorg meer ruimte en aandacht voor zingeving.

### Samenwerking evaluatie

We denken dat we overal voor geleerd moeten hebben. Dit klopt niet. Mensen die kunnen luisteren, aandacht voor anderen hebben en spiritueel zijn ingesteld kunnen zingevingsgesprekken voeren.

### Opleidingsbehoefte

D vertelt dat de behoefte aan bijscholing wordt bepaald door de interesse van de huisarts. Hij zou het wel scholing op het gebied van zingeving wel leuk vinden. Hij heeft behoefte aan feedback op zijn handelen en denkt dat hij ook nog wel iets kan leren op het gebied van gesprekstechniek.