



# KENNISSYNTHESE

## Brancheproject Verpleging & Verzorging

### Zingeving bij cliënten en zorgprofessionals in de zorg thuis: differentiatie naar zorgopleidingen

**Uitgevoerd door Lectoraat Zorg en zingeving**

Bart Cusveller, Anita Zandbergen-ten Ham, Annemiek de Jonge, Demi de Jong,  
Hannan van Rooij

**In samenwerking met**

Opella Zorg en Welzijn

Zorggroep Oude en Nieuwe Land

Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland

Universiteit voor Humanistiek

---

Mede mogelijk gemaakt door



In samenwerking met



## VOORWOORD

De Kenniswerkplaats Zingeving is een landelijk project dat ZonMw ondersteunt vanuit het programma Zingeving en Geestelijke Verzorging.<sup>1</sup> Het project is gestart op 1 oktober 2021 (KWP 1) en uitgebreid per 1 oktober 2022 (KWP 2). Het doel van de Kenniswerkplaats is het ontwikkelen en samenbrengen van kennis over geestelijke verzorging thuis en zorg voor zingeving in de eerste lijn. Praktijkorganisaties, zorginstellingen, onderwijs- en kennisinstellingen werken samen om dit te bereiken door middel van verschillende deelprojecten, zoals:

- Het opbouwen van een kennisinfrastructuur om samenwerking, kennisontwikkeling en kennisuitwisseling te bevorderen.
- Kennisontwikkeling op specifieke thematieken en voor specifieke doelgroepen via leernetwerken.
- Doorontwikkeling van expertise op het gebied van zingeving in eerstelijns zorg en welzijn via brancheprojecten.
- Overkoepelend onderzoek naar de behoeften, doelen, werkwijzen en uitkomsten van GV Thuis en naar zingeving behoeften, differentiatie en expertiseontwikkeling in de zorg voor zingeving.<sup>2</sup>

In deze rapportage doen we verslag van een brancheproject binnen de uitbreiding van de Kenniswerkplaats (KWP 2). Het brancheproject in de verpleging en verzorging omvat, volgorde, een behoeftenonderzoek (onder cliënten en professionals), een kennis-synthese (inclusief deskresearch), en een onderwijskader (voor zorgopleidingen). De opbrengst van het behoeftenonderzoek kan gezien worden als onderdeel van de kennis-synthese en deze als onderbouw van het onderwijskader. Het uiteindelijke doel van het brancheproject is dat de juiste zorgprofessional de juiste ondersteuning bij zingeving behoeften in de zorg thuis kan geven.

Het project is uitgevoerd door docent-onderzoekers van het lectoraat Zorg en zingeving van Hogeschool Viaa.<sup>3</sup> Dat was niet mogelijk geweest zonder de medewerking van respondenten en contactpersonen van betrokken werkveldpartners, in het bijzonder Marcel Wielhouwer (Opella Zorg en Welzijn), Ellie de Ridder (Zorggroep Oude en Nieuwe Land) en Rieke van de Wetering-Van Os en Nadia Ait Hammou (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland). Bovendien was dit project niet mogelijk zonder de medewerking vanuit de Kenniswerkplaats door Gaby Jacobs, Veronique Vaarten, Jorika Baarda, Renske Kruizinga, Johanneke Klaassens en Yente Eekhof (Universiteit voor Humanistiek). Wij zien terug op een vruchtbare samenwerking en zijn allen onze dank verschuldigd.

Bart Cusveller, Anita Zandbergen, Annemiek de Jonge, Demi de Jong & Hannan van Rooij  
Lectoraat Zorg en zingeving, Hogeschool Viaa

---

<sup>1</sup> [www.zonmw.nl/nl/programma/zingeving-en-geestelijke-verzorging](http://www.zonmw.nl/nl/programma/zingeving-en-geestelijke-verzorging)

<sup>2</sup> [www.kenniswerkplaatszingeving.nl](http://www.kenniswerkplaatszingeving.nl)

<sup>3</sup> [www.viaa.nl/lectorat-zorg-en-zingeving](http://www.viaa.nl/lectorat-zorg-en-zingeving)

## SAMENVATTING KENNISSYNTHESE

### **Behoeftenonderzoek cliënten**

In de behoeften die cliënten in de zorg thuis hebben op het gebied van zingeving zien we in literatuurstudie en deskresearch vrijwel dezelfde thema's terug als in het behoeftenonderzoek: met name verlieservaringen (verlies van partners en sociaal netwerk, lichamelijk een geestelijk functioneren, autonomie), zinvragen over het leven en het levenseinde. Cliënten die thuis zorg ontvangen kunnen van zorgprofessionals verwachten dat deze aandacht hebben voor zulke vragen en behoeften en hierbij indien gewenst en zo mogelijk zorgen voor ondersteuning. Als zij hun moeiten en ondersteuningsbehoefte op dit gebied met zorgverleners delen, dan is het vaak op basis van een persoonlijke connectie met zorgverleners. Dat kan met elke zorgprofessional zijn, maar doorgaans zijn het de zorgverleners die meer tijd met de cliënt doorbrengen en dankzij levenservaring en werkervaring de juiste houding hebben.

Cliënten tonen zich tegelijk bewust van het specifieke aandeel in aandacht voor zingeving door zorgprofessionals die zorg plannen, coördineren en evalueren. Cliënten tonen zich ervan bewust te zijn dat zulke activiteiten doorgaans horen bij een andere rol of functie van de zorgprofessional, en dat deze andere rol of functie doorgaans gepaard gaat met een andere vooropleiding. Daarmee tonen cliënten zich bewust van een indirecte relatie tussen verschillende activiteiten op het gebied van zingeving en verschillen in vooropleiding. Deze taken en activiteiten kunnen gekoppeld worden aan twee 'clusters' van rollen of functies, namelijk 'uitvoerende' en 'overstijgende'.

In de context van de eerste lijn blijken cliënten niet alleen verwachtingen te hebben met betrekking tot uitvoerende maar ook tot voorwaardenscheppende activiteiten van zorgprofessionals. Zo is er in de thuiszorg vaak geen geestelijk verzorgers in dienst van de organisatie en zal eerst een samenwerkingsrelatie gezocht en opgebouwd moeten worden met bijvoorbeeld een Centrum voor Levensvragen of een plaatselijke kerk. Hetzelfde geldt voor contact met de huisarts. Bij een langdurige en intensieve zorgrelatie weten de cliënten meestal wel bij welke zorgprofessional zij dan moeten zijn.

### **Behoeftenonderzoek zorgprofessionals**

Voor een aantal taken en activiteiten op het gebied van zorg voor zingeving geldt dat ze door zorgprofessionals gezien worden als verantwoordelijkheid voor het hele team, waarin de verschillende taken en activiteiten onderling worden verdeeld. Deze acties zijn met name: een luisterend oor bieden, zelf begeleidend en ondersteunend gesprekken bieden, het consulteren van een geestelijke verzorger, zingevingbehoefte signaleren en bespreken met collega's, de zorg ter zake evalueren, en randvoorwaarden benutten.

Wel maken zorgprofessionals onderscheid tussen taken en activiteiten op basis van hun rollen en functies in het zorgteam. Meestal hangen deze rollen en functies samen met opleiding, zodat ze een relatie aangeven tussen bepaalde competenties en type opleiding. Globaal gesproken, hoe 'hoger' het opleidingsniveau (in NLQF), hoe abstracter het beeld is dat ze hebben van begrip zingeving, hoe breder het beeld van de taken en

activiteiten van zorg voor zingeving, hoe breder het systemisch en holistisch denken en werken, hoe breder het beeld van de benodigde randvoorwaarden, en hoe complexer en geformaliseerder de interventies voor zingeving. Zo moet de VIG kunnen: signaleren, luisteren, gesprekken voeren, en zichzelf kennen, werken volgens afspraken en methodiek, derden inschakelen, randvoorwaarden orkestreren, het inschatten, afstemmen en aansluiten in de individuele zorgrelatie. Voor MBO wordt toegevoegd: de cliënt adviseren, aandacht hebben voor mantelzorger, en functioneren als teamlid. Voor HBO: intake, indiceren, interventies plannen, verwijzen en coördineren volgens systematieken, het bevorderen van holistische visie van het team, aansturen van het team, borgen van werkwijzen, afspraken en beleid initiëren in het team, benutten van het netwerk rond cliënt en het team. Voor de VS: het integreren van aandacht voor zingeving in een professionele teamcultuur en organisatie. Implementatie en educatie van aandacht voor zingeving zal de zorgprofessional in contact brengen met beleidsmedewerkers en bestuurders.

Samenhang tussen verantwoordelijkheden en opleidingen zien we ook terug in de scholingsbehoeften van zorgprofessionals. Alle zorgprofessionals geven dezelfde scholingsbehoeften aan met betrekking tot uitvoering van zorg voor zingeving in de individuele zorgrelatie, zoals gespreksvaardigheden en het omgaan met casuïstiek, gebruik van tools voor anamnese en gespreksvoering, bewustwording van de eigen zingeving en zelfhantering, holistische visie en theorie van zingeving, en werken als team / in samenwerkingsrelaties. Alle zorgprofessionals hebben een voorkeur voor de onderwijsvormen van casuïstiekbespreking en klinische les, en voor het onderling oefenen van gespreksvoering. Alle zorgprofessionals geven aan dat de toerusting wel moet passen bij de beginsituatie en de werksituatie van de doelgroep. Het taalgebruik en werkzaamheden die horen bij type opleiding en functie doen ertoe. De VIG en MBO hebben dan ook de behoefte praktisch te leren door ervaring opdoen en meelopen met een GV. De HBO en VS geven de behoefte aan systematisch, methodisch en interprofessioneel te werken.

## **Deskresearch**

Er is breed gedeelde kennis van de competenties voor ondersteuning bij zingeving door verpleegkundigen en verzorgenden. Inhoudelijk kan worden onderscheiden tussen kennis, houding en vaardigheden. Praktisch kan onderscheid gemaakt worden tussen intra-persoonlijke, inter-persoonlijke en methodische competenties.

Beschreven is dat er onderscheid is tussen uitvoering van zorg voor zingeving binnen een zorgrelatie, voor de professionele kaders van een zorgrelatie en voor de organisatorische context buiten de zorgrelatie. Deze verschillende taken hangen samen met verschillende rollen en posities in zorgteams en zijn ook terug te zien in verschillende opleidingskaders.

Zorgprofessionals in de zorg thuis geven dat zij wat betreft kennis en houding voldoende onderlegd te zijn om ondersteuning te kunnen geven bij zingevingsbehoeften van cliënten en dat zij er in de directe zorgrelatie ook op ingaan. Het loopt in de praktijk uiteen wat zorgprofessionals er in het methodisch handelen mee doen, mede

afhankelijk van hun rol en opleiding. Dit verbetert wel als hier in scholing aandacht aan wordt besteed, al naar gelang nodig is voor de rol en positie die men heeft.

Beschreven is ook dat het functioneren van verpleegkundigen en verzorgenden betrekking heeft op zelfhantering en zelfkennis, praktisch en methodisch handelen, en professionalisering en bijdragen aan het vak. Daarnaast is er ruimte voor aanvullende competenties voor een rol als 'aandachtsfunctionaris zingeving', die afhankelijk van positie en opleiding een 'voorwaardenscheppende' taak heeft op het gebied van aandacht voor zingeving.

## INHOUDSOPGAVE

<b>VOORWOORD</b> .....	2
<b>SAMENVATTING KENNISSYNTHESE</b> .....	3
<b>HOOFDSTUK 1. INLEIDING</b> .....	9
<b>1.1 Probleemstelling en vraagstelling</b> .....	9
<b>1.2 Doelstelling en benaderingswijze</b> .....	12
<b>1.3 Leeswijzer</b> .....	13
<b>HOOFDSTUK 2. ONDERZOEKSMETHODEN KENNISSYNTHESE</b> .....	15
<b>2.1 Onderzoeksvragen behoeftenonderzoek</b> .....	15
<b>2.2 Literatuurstudie cliënten</b> .....	15
<b>2.3 Interviews cliënten</b> .....	16
<b>2.4 Literatuurstudie zorgprofessionals</b> .....	17
2.4.1 <i>PubMed</i> .....	17
2.4.2 <i>NAZ</i> .....	17
<b>2.5 Interviews zorgprofessionals</b> .....	18
2.5.1 <i>Semigestructureerde interviews</i> .....	18
2.5.2 <i>Enquête zorgprofessionals</i> .....	19
2.5.3 <i>Focusgroepinterviews zorgprofessionals</i> .....	20
<b>2.6 Vraagstelling deskresearch</b> .....	21
<b>2.7 Selectie en analyse</b> .....	21
<b>HOOFDSTUK 3. RESULTATEN BEHOEFTEONDERZOEK</b> .....	23
<b>3.1 Literatuurstudie cliënten</b> .....	23
<b>3.2 Interviews cliënten</b> .....	23
<b>3.3 Conclusie behoeftenonderzoek cliënten</b> .....	24
<b>3.4 Literatuurstudie zorgprofessionals</b> .....	25
<b>3.5 Interviews zorgprofessionals</b> .....	26

<b>3.6 Enquête zorgprofessionals</b> .....	29
3.6.1 <i>Demografische kenmerken</i> .....	29
3.6.2 <i>Analyse gesloten vragen</i> .....	29
3.6.3 <i>Open vragen</i> .....	32
<b>3.7 Focusgroepinterviews zorgprofessionals</b> .....	34
<b>3.8 Conclusie behoeftenonderzoek zorgprofessionals</b> .....	37
<b>HOOFDSTUK 4. RESULTATEN DESKRESEARCH</b> .....	40
<b>4.1 EPICC Onderwijsstandaard Kerncompetenties</b> .....	40
<b>4.2 Beleidsnotitie Opleidingskader OCW</b> .....	41
<b>4.3 Grijs literatuur</b> .....	44
4.3.1 <i>Afstudeeronderzoeken lectoraat Zorg en zingeving</i> .....	44
4.3.2 <i>'Best practice': de minor 'Verpleegkundige aandachtsvelder zingeving'</i> .....	45
<b>4.4 Conclusie deskresearch</b> .....	46
<b>HOOFDSTUK 5. DISCUSSIE EN CONCLUSIE KENNISSYNTHESE</b> .....	47
<b>5.1 Inhoudelijke beperkingen</b> .....	47
<b>5.2 Methodologische beperkingen</b> .....	47
<b>5.3 Conclusie kennissynthese</b> .....	49
<b>HOOFDSTUK 6. AANBEVELING: GEDIFFERENTIEERDE PROFIELEN</b> .....	51
<b>6.1 Werkwijze aanbeveling</b> .....	51
<b>6.2 Gedifferentieerde competentieprofielen</b> .....	52
<b>LITERATUUR</b> .....	58





## HOOFDSTUK 1. INLEIDING

In dit hoofdstuk bespreken we probleem, vraag, doel en aanpak van de kennissynthese in het brancheproject (1.1 en 1.2). We sluiten af met een leeswijzer (1.3).

### 1.1 Probleemstelling en vraagstelling

Zorgprofessionals krijgen vaak als ‘first responder’ te maken met de zingevingsmoeien van cliënten (ZonMw, 2016). Begrijpelijk, aangezien mensen die iets ernstigs overkomt, die ziek worden of verliezen lijden veelal geconfronteerd worden met zingevingsthema’s (Van Leeuwen, Leget & Vosselman, 2020). Uit onderzoek is gebleken dat zingeving een factor is die gezondheid en gezond gedrag bevordert (ZonMw, 2016; Huber, 2013). Aandacht voor zingeving draagt dan ook bij aan coping en het ervaren van kwaliteit van leven door ouderen (Van Halem & Van Haaren, 2016; Van der Vorst et al., 2018). Het belang van aandacht voor zingeving wordt in het zorgdomein over het algemeen herkend en erkend. Zeker vanuit een holistische of integrale zorgvisie is zingeving een belangrijk onderdeel van de geboden zorg (Fowler, 2017). Zo vinden zowel zorgvragers als zorgprofessionals zorg voor zingeving een essentieel onderdeel van zorg in de laatste levensfase (Selman et al., 2018).

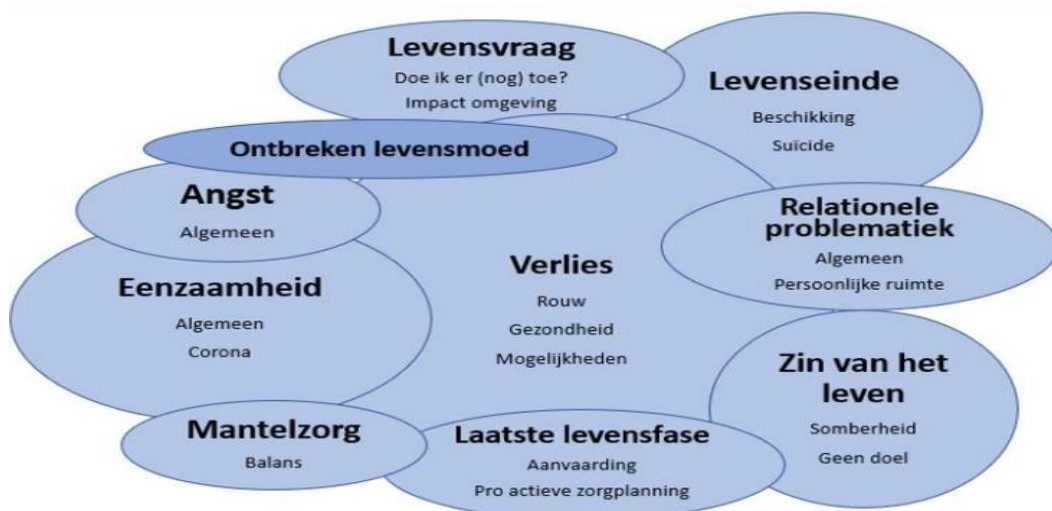
De onderzoekers van het lectoraat Zorg en zingeving gaan uit van een definitie van zingeving (*spirituality*) waar in zowel nationaal als internationaal onderzoek veel naar wordt verwezen, namelijk de definitie waarover de European Association of Palliatieve Care (EAPC) consensus bereikte. Deze luidt:

‘De dynamische dimensie van menselijk leven dat relateert aan de wijze waarop mensen (individueel en gezamenlijk) betekenis, doel en transcendentie ervaren, uitdrukken en/of zoeken, en de manier waarop ze in verbinding staan met het moment, zichzelf, anderen, de natuur, het belangrijke en/of het heilige.’

Dit concept van zingeving is duidelijk multidimensionaal, wat tevens geldt voor de gebruikte definitie van aandacht voor zingeving (*spiritual care*): ‘de zorg waarmee de behoefte van de menselijke geest wordt herkend en daarop reageert wanneer deze geconfronteerd wordt met levens-veranderende gebeurtenissen (zoals geboorte, trauma, slechte gezondheid, verlies) of verdriet, en waarmee wordt voorzien in de behoefte aan betekenis, zelfwaarde, expressie, geloofsondersteuning, wellicht door rituelen, gebed of sacrament, of eenvoudigweg een luisterend oor’ (naar NHS Scotland, 2010).

Bij aandacht voor zingeving zijn zowel het patiëntperspectief als het perspectief van de zorgprofessional van belang. Zo is er onderzoeksliteratuur over zingevingbehoefte van oudere (Sprong-Brouwer, 2014; Hupkens, 2021; Damsma & Zandbergen-Ten Ham, 2021), chronische (Janssen-Niemeijer et al., 2017) en palliatieve zorgvragers (Haufe et al.

2020; zie ook de richtlijn Zingeving en palliatieve zorg).<sup>4</sup> De zingevingsthema's die steeds weer terugkeren in deze bronnen zijn eenzaamheid, verlieservaringen, levensvragen (zin vragen) en vragen rond de laatste levensfase (vgl. Afbeelding 1).



Afbeelding 1. Gesignaleerde zingevingsvragen- en behoeften (Zandbergen, Buning & Damsma, 2022)

Ook is uit literatuur bekend wat vanuit het perspectief van de zorgvrager het belang van *aandacht* voor of ondersteuning bij zingeving is (Selman et al, 2018; ZonMw, 2016). Voor zorgvragers blijkt het belangrijk dat er niet alleen aandacht is voor 'het medische' maar ook voor de betekenis van ziekzijn en zorg voor hun leven. Naar ervaringen van zorgvragers met betrekking tot aandacht voor zingeving in de thuissituatie is echter nog weinig onderzoek gedaan. Het is een open vraag welke specifieke ondersteuningsbehoeften zorgvragers in de thuissituatie hebben op het gebied van zingeving en van wie zij welke ondersteuning verwachten.

Beroepsprofielen en onderwijsprofielen tonen dat de verschillende zorgprofessionals in de thuissituatie een rol en een verantwoordelijkheid hebben op het gebied van zingeving (Beroepscode: CGMV e.a., 2015; Lambregts & Grotendorst 2012). Ook de systematiek van zorgdossiers (zoals Omaha) biedt mogelijkheden om aandacht voor zingeving een plaats in het methodisch handelen of zorgproces te geven. In zorgopleidingen wordt er niet standaard ruimte aan gegeven (Damsma, Klop & Van Rooij, 2023).

Intussen hebben verschillende initiatieven over de jaren (door onderzoek onderbouwde) tools opgeleverd voor onderwijs en praktijk. Deze zijn te vinden in toolkits, online en elders, zoals de Kenniswerkplaats Zingeving,<sup>5</sup> en internationaal de EPICC Adoption Toolkit.<sup>6</sup> In de praktijk blijkt dat zorgprofessionals niet altijd in staat zijn of worden gesteld om zorg voor zingeving te geven. Persoonlijke en professionele factoren kunnen

<sup>4</sup> [palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/zingeving-en-spiritualiteit](http://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/zingeving-en-spiritualiteit)

<sup>5</sup> [www.kenniswerkplaatszingeving.nl/kennisbank](http://www.kenniswerkplaatszingeving.nl/kennisbank)

<sup>6</sup> EPICC Adoption Toolkit – EPICC Network ([staffs.ac.uk](http://staffs.ac.uk))

er toe leiden dat zorgverleners zorg voor zingeving vermijden, ook na toerusting en implementatie (ZonMw, 2016). Het vergroten van het handelingsvermogen van zorgprofessionals vraagt dat er zicht moet zijn op wat zorgprofessionals motiveert om aandacht te hebben voor zingeving en wat hun ondersteuningsbehoeften op dit gebied zijn. Uit onderzoek is weinig bekend over de motivatie van professionals om aandacht te geven aan zingeving. Bekend is dat bij verpleegkundigen (in opleiding) vertrouwen met eigen zingevingskaders en met eigen 'life events' bevorderend werkt om zorg voor zingeving te bieden (Ross et al., 2018; Vogel & Schep-Akkerman, 2018). Minder bekend is wat ze dan moeten leren om hiermee te kunnen omgaan (Jonker, 2021). Over de behoefte aan ondersteuning en toerusting die verpleegkundigen en verzorgenden nodig hebben is dan ook niet veel bekend (Tiesinga, 2006).

Hierbij kan een rol spelen dat de thematiek, de werkwijzen en de hulpbronnen veelal door academisch gevormde docenten, onderzoekers en professionals worden geïnitieerd (bijvoorbeeld geestelijk verzorgers). Hun 'taal' sluit niet zonder meer aan bij de beginsituatie van de andersopgeleide zorgprofessionals in de zorg thuis. Onbekendheid en onbegrip kan een drempel vormen voor de bereidheid en het vermogen van zorgmedewerkers om over te gaan tot handelen (Zandbergen, Buning, Damsma, 2022). Ook is het belang of de beschikbaarheid van kennis (bijvoorbeeld van gesprekstools) of van de sociale kaart soms niet duidelijk of niet eigen gemaakt. Gevolg is dat aandacht voor zingeving binnen een zorgteam 'optioneel' kan blijven of een kwestie van individuele motivatie (ZonMw, 2016).

Uit onderzoek (Zandbergen, Buning & Damsma, 2022) is gebleken dat ondersteunende materialen afgestemd dienen te zijn op zowel de context waarbinnen professionals werkzaam zijn als op de ondersteuningsbehoeften van professionals. Veel vormen van vorming, toerusting en onderwijs zijn beschreven, en kennisoverdracht is daarvoor ontwikkeld, maar de werking daarvan onder zorgteams kan verder onderzocht worden (Hupkens, 2021). Een belangrijke focus van het 'Brancheproject Verpleging en Verzorging' is dan ook aan te kunnen sluiten bij de kennis, houding en vaardigheden die zorgprofessionals nodig hebben in verschillende rollen en posities in de zorg thuis. Welke taak en verantwoordelijkheid zien de zorgprofessionals van verschillende opleidingen voor zichzelf weggelegd in de zorg voor zingeving? Welke drempels worden hierbij ervaren of, positief, welke ondersteuning vragen zij? En wat verwachten cliënten op dit gebied van verschillende zorgprofessionals?

Dit brancheproject zal resulteren in een kennissynthese, waarmee wordt beoogd er aan bij te dragen dat bestaande hulpmiddelen, werkwijzen of toerusting aansluiten op de taal en de taken van zorgprofessionals in de zorg thuis. In de zorg thuis werken namelijk zorgprofessionals met verschillende opleidingen (NLQF 3, 4, 6 en 7) (De Heer, z.d.).<sup>7</sup> Om aandacht voor zingeving in de zorg thuis te laten indalen als onderdeel van een holistische benadering, is het van belang om duidelijk te krijgen hoe, waarin en waarmee

---

<sup>7</sup> In Nederland is NLQF 5 ('associate degree') geen gebruikelijk opleidingsniveau in de verpleging en verzorging.

de verschillend opgeleide zorgprofessionals toegerust en gemotiveerd kunnen worden om hier aandacht voor te hebben.

Dit leidt tot de volgende hoofdvraag en deelvragen.

### **Welke ondersteuningsbehoeften hebben cliënten en zorgprofessionals op het gebied van zorg voor zingeving onderscheiden naar zorgopleiding?**

1. Welke ondersteuningsbehoeften hebben cliënten volgens onderzoeksliteratuur op het gebied van zorg voor zingeving door zorgprofessionals in de zorg thuis?
2. Welke ondersteuningsbehoeften geven cliënten aan op het gebied van zorg voor zingeving in de zorg thuis die kunnen worden onderscheiden naar opleiding van de zorgprofessional?
3. Welke taken en ondersteuningsbehoeften hebben zorgprofessionals volgens onderzoeksliteratuur op het gebied van zorg voor zingeving in de zorg thuis?
4. Welke taken en ondersteuningsbehoeften geven zorgprofessionals aan op het gebied van zorg voor zingeving in de zorg thuis die kunnen worden onderscheiden naar opleiding?
5. Welke ondersteuningsbehoeften hebben cliënten volgens literatuur over beleid, praktijk en onderwijs op het gebied van zorg voor zingeving door zorgprofessionals in de zorg thuis onderscheiden naar zorgopleiding?
6. Welke taken en ondersteuningsbehoeften hebben zorgprofessionals volgens literatuur over beleid, praktijk en onderwijs op het gebied van zorg voor zingeving in de zorg thuis onderscheiden naar zorgopleiding?

## **1.2 Doelstelling en benaderingswijze**

Een kennissynthese is een proces om breed gedragen, relevante en actuele informatie op een specifiek onderwerp systematisch bijeen te brengen. Op basis van zo'n beschrijving van de beste beschikbare kennis kunnen aanbevelingen worden gedaan voor de versterking van (in dit geval) de zorg op maat voor cliënten met zingevingsbehoeften in de zorg thuis. De kennissynthese van dit brancheproject is uit verschillende bronnen samengesteld, zoals (eigen) empirisch onderzoek (deelvraag 2 en 4), literatuurstudies naar empirisch onderzoek (deelvraag 1 en 3), deskresearch naar beleidsdocumenten en 'grijze literatuur' zoals scripties en beschrijvingen van *best practices* (deelvraag 4 en 5).

De focus van deze kennissynthese is overeenkomstig het onderzoeksplan in drie opzichten toegespitst.<sup>8</sup> De kennissynthese geeft geen totaaloverzicht van de zingevingsbehoeften van cliënten en de zingevingscompetenties van verpleegkundigen en verzorgenden in de eerste lijn. In de eerste plaats is de focus op zorg thuis. In de tweede plaats is de focus op ouderenzorg en langdurige (inclusief palliatieve) zorg. In de derde plaats, is de focus op verschillen en overeenkomsten van zingevingscompetenties van zorgprofessionals met verschillende opleidingen (NLQF 3, 4, 6 en 7), rollen en posities in de zorg thuis.

---

<sup>8</sup> ZonMw Besluitbrief 10050042110002, dd. 13 juli 2023.

De doelstelling van deze kennissynthese is het in beeld brengen van ondersteuningsbehoeften van zowel cliënten als zorgprofessionals op het gebied van zorg voor zingeving in de zorg thuis onderscheiden naar zorgopleiding. Met name met het oog op het ontwikkelen van scholing en toerusting die aansluit bij verschillende ondersteuningsbehoeften van cliënten en zorgprofessionals kan de kennissynthese duidelijk maken welke overeenkomsten en verschillen er zijn in de ondersteuningsbehoeften (van cliënten en zorgprofessionals). Daardoor kan het aanbod van zorg voor zingeving beter aansluiten bij de beginsituatie van verpleegkundigen en verzorgenden en de handelingsbereidheid van zorgprofessionals op het gebied van aandacht voor zingeving in de zorg thuis toenemen.

### **1.3 Leeswijzer**

In hoofdstuk 2 worden de onderzoeksmethoden weergegeven van het behoeftenonderzoek en de deskresearch beschreven. In hoofdstuk 3 worden de resultaten van het behoeftenonderzoek beschreven en in hoofdstuk 4 worden de resultaten van de deskresearch beschreven. In hoofdstuk 5 wordt de conclusie en discussie beschreven en in hoofdstuk 6 worden aanbevelingen gegeven.

# Zinvolle zorg op maat in de thuissituatie



## Wat willen we bereiken?

We willen de zorg voor zingeving in de thuiszorg versterken! Dit doen we door aandacht te hebben voor de verschillende rollen, functies en behoeften van zorgverleners in de thuiszorg en hierop aangepaste scholing of onderwijsmaterialen te ontwikkelen!



## Hoe willen we dit bereiken?

Door (groeps)interviews te houden met zorgverleners die verschillende rollen/functies hebben in de thuiszorg. Gedurende het project gaan we in gesprek met verschillende groepen zorgverleners om van hen te horen wat hun ervaringen zijn op het gebied van zorg voor zingeving. Daardoor willen we de rol specifieke (on)mogelijkheden in het bieden van zingevingszorg boven tafel te krijgen.



## Wie kunnen deelnemen?

Verschillende zorgverleners in de thuiszorg:

- Verzorgenden IG
- Verpleegkundigen
- Wijkverpleegkundigen
- Verpleegkundig specialisten
- Andere zorgverleners in de thuiszorg

*In de afgelopen jaren is er steeds meer aandacht gekomen voor zingeving- en levensvragen van mensen in de thuissituatie. In dit project willen we de kwaliteit en beschikbaarheid van begeleiding van cliënten in de thuiszorg met zingeving- en levensvragen verbeteren. Cliënten, vrijwilligers, mantelzorgers, onderzoekers, opleiders en zorgverleners werken in dit project samen om dat te realiseren. Het lijkt er soms op dat scholing of onderwijs met betrekking tot zingeving niet aansluit bij de verschillende rollen/functies van zorgverleners in de dagelijkse praktijk. Daarom hebben we in dit project specifiek aandacht voor de verschillen en overeenkomsten tussen de verschillende rollen/functies in de thuiszorg. Om een goed beeld te krijgen van wat nodig is gaan we met zowel zorgvragers als zorgverleners, in verschillende rollen/functies, in gesprek. Heb je vragen over dit project stuur een mail naar: [a.dejonge@viaa.nl](mailto:a.dejonge@viaa.nl) en/of [a.zandbergen@viaa.nl](mailto:a.zandbergen@viaa.nl)*

Mede mogelijk gemaakt door

 Kenniswerkplaats  
ZINGEVING

 ZonMw

In samenwerking met

 opella

 ZORGROEP  
Oude en Nieuwe Land

 v&vn

 Viaa

Afbeelding 2. Infosheet project Zinvolle zorg op maat in de thuissituatie

## HOOFDSTUK 2. ONDERZOEKSMETHODEN KENNISSYNTHESE

In dit hoofdstuk verantwoorden we de wijze van dataverzameling en -analyse, te beginnen met de vraagstelling (2.1) de literatuurstudie en interviews onder cliënten (2.2 en 2.3), en vervolgens de literatuurstudie, enquête en interviews onder zorgprofessionals (2.4 en 2.5). Verder verantwoorden we de wijze van dataverzameling en -analyse van de deskresearch, te beginnen met de vraagstelling (2.6), en vervolgens de literatuurstudie naar beleid, onderwijs en *best practices* (2.7).

### 2.1 Onderzoeksvragen behoeftenonderzoek

De vraagstelling van het behoeftenonderzoek van dit brancheproject is welke ondersteuningsbehoeften van cliënten en zorgprofessionals op het gebied van zorg voor zingeving onderscheiden kunnen worden naar type opleiding (NLQF 3, 4, 6, 7). Dit leidt tot de volgende deelvragen:

1. Welke ondersteuningsbehoeften hebben cliënten volgens onderzoeksliteratuur op het gebied van zorg voor zingeving door zorgprofessionals in de zorg thuis?
2. Welke ondersteuningsbehoeften geven cliënten aan op het gebied van zorg voor zingeving in de zorg thuis die kunnen worden onderscheiden naar opleiding van de zorgprofessional?
3. Welke taken en ondersteuningsbehoeften hebben zorgprofessionals volgens onderzoeksliteratuur op het gebied van zorg voor zingeving in de zorg thuis?
4. Welke taken en ondersteuningsbehoeften geven zorgprofessionals aan op het gebied van zorg voor zingeving in de zorg thuis die kunnen worden onderscheiden naar opleiding?

Om tot beantwoording van de deelvragen te komen zijn in het behoeftenonderzoek de volgende onderzoeksmethoden gebruikt:

- Twee literatuurstudies, gericht op het beantwoorden van deelvraag 1 en 3.
- Twee reeksen individuele interviews met cliënten en zorgprofessionals, gericht op het beantwoorden van deelvraag 2 en 4.
- Focusgroepinterviews onder zorgprofessionals, gericht op het beantwoorden van deelvraag 4.
- Een schriftelijke enquête onder zorgprofessionals gericht op het beantwoorden van deelvraag 4.

### 2.2 Literatuurstudie cliënten

De eerste literatuursearch beoogt antwoord te geven op deelvraag 1: Welke ondersteuningsbehoeften hebben cliënten op het gebied van zorg voor zingeving die wordt geboden door thuiszorgprofessionals?

### Werkwijze

Na gebruik van een zoekstring in online databases van internationale onderzoeksliteratuur worden in een eerste ronde de titels van de gevonden artikelen gescreend op bruikbaarheid, in een tweede ronde worden de abstracts van de geselecteerde artikelen op bruikbaarheid gescreend.

### Analyse

In een derde ronde worden de belangrijke methodologische en inhoudelijke kenmerken van de overgebleven artikelen verwerkt met behulp van een analyseschema. De resultaten worden weergegeven in 4.1.

[Zie Bijlage 1. Zoekstring literatuur cliënten](#)

## **2.3 Interviews cliënten**

Een kwalitatief, beschrijvend onderzoekdeel met individuele semigestructureerde interviews beoogt antwoord te geven op deelvraag 2: Welke ondersteuningsbehoeften geven cliënten aan op het gebied van zorg voor zingeving in de zorg thuis die kunnen worden onderscheiden naar opleiding van de zorgprofessional? Dit deelonderzoek wordt als masterthesis uitgevoerd door een student Verplegingswetenschap onder begeleiding van een onderzoeker van het lectoraat en een docent van de Universiteit Utrecht.

### Populatie en steekproef

Respondenten worden onder geldende ethische richtlijnen geworven onder de cliënten van twee zorgaanbieders in midden en oost-Nederland, Opella Zorg en Welzijn (OZW) en Zorggroep Oude en Nieuwe Land (ZONL). De respondenten worden geworven door de contactpersonen van beide organisaties. Hierbij is sprake van een selecte steekproef (Baarda, 2018). Inclusiecriteria voor respondenten zijn: in zorg bij OZW of ZONL, in de palliatieve zorgfase en/of een volwassene van 50 jaar of ouder (in verband met de toegankelijkheid van vergoede geestelijke verzorging) in zorg bij OZW of ZONL. Exclusiecriteria zijn: onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal, beperkingen in cognitie en/of communicatie als gevolg van gediagnostiseerde dementie of delier.

### Werkwijze

De contactpersonen van de zorgorganisaties geven op basis van de genoemde uitgangspunten namen van respondenten door aan de onderzoekers. De onderzoekers nemen contact op met de respondent, verstrekken informatie en nemen het interview face-to-face af bij de respondenten thuis. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een interviewgide, gebaseerd op een interviewschema voor een vergelijkbaar onderzoek, PLOEG-3 (Leget, 2019), waarbij aspecten als introductie, toestemming en procedure aan de orde komen. Van de interviews worden audio-opnames gemaakt. Om een brede samenstelling van de groep respondenten te waarborgen worden ook enkele demografische kenmerken uitgevraagd.

### Analyse

De data worden verbatim getranscribeerd en beschreven na thematische analyse in een iteratief proces tussen onderzoeker en begeleiders door de zes stappen volgens Braun



& Clarke (2006). Voor een uitgebreide beschrijving van de methode zie bijlage. De resultaten worden weergegeven in 3.2.

[Zie Bijlage 2. Thesis Demi de Jong](#)

## **2.4 Literatuurstudie zorgprofessionals**

Een kwalitatieve onderzoeksmethode, namelijk een literatuurstudie, wordt gebruikt om antwoord te geven op deelvraag 3: Welke taken en ondersteuningsbehoeften hebben zorgprofessionals op het gebied van zorg voor zingeving in de zorg thuis? De literatuurstudie bestaat uit twee delen.

### *2.4.1 PubMed*

#### Werkwijze

Voor het literatuurstudie wordt gezocht in de online doorzoekbare database PubMed. Bij het beoordelen van de artikelen op geschiktheid wordt gebruikt gemaakt van de in- en exclusiecriteria:

- *Systematic reviews* of meta-analyses
- Niet ouder dan 10 jaar
- Onderwerp is zorgprofessionals in de zorg thuis
- Gericht op het bieden van zorg voor zingeving
- Verschenen in het Nederlands en Engels
- Onderzoeken zijn uitgevoerd in Noord-Amerika of Europa.

#### Analyse

De belangrijke methodologische en inhoudelijke kenmerken van de overgebleven artikelen worden met behulp van een analyseschema verwerkt. Het selectieproces wordt vormgegeven door middel van een PRISMA flow chart (LibGuides, n.d.). De resultaten worden weergegeven in 4.4.

[Zie Bijlage 3. Zoekstring literatuur zorgprofessionals](#)

### *2.4.2 NAZ*

In aanvulling op de search in Pubmed wordt een search uitgevoerd in de Nederlandse Artikelendatabank voor de Zorg (NAZ). Daarmee wordt nagegaan of recent in Nederland gepubliceerde onderzoeken ontbreken in de uitgebreide internationale search. Artikelen uit 2020-2023 die worden gevonden en toegevoegd aan de literatuursearch worden meegenomen in de analyse.

#### Werkwijze

Bij een eerste ronde wordt gezocht op Nederlandse termen gerelateerd aan de zoekstring die gebruikt is in de uitgebreide search. Als blijkt dat artikelen niet ter zake doen wordt bij een tweede ronde de zoekstring ingeperkt en worden de meest algemene zoekwoorden buiten beschouwing gelaten. Omdat een groot aantal artikelen niet binnen het bestek van het project verwerkt kan worden, kan de zoekstring in een derde ronde nogmaals vereenvoudigd worden.

## Analyse

De belangrijkste methodologische en inhoudelijke kenmerken van de overgebleven artikelen worden met behulp van een analyseschema verwerkt. De resultaten worden weergegeven in 4.4.

Zie Bijlage 4. Zoekstring literatuur NAZ

## **2.5 Interviews zorgprofessionals**

Kwalitatieve onderzoeksmethoden worden gebruikt om een antwoord te krijgen op deelvraag 4: Welke taken en ondersteuningsbehoeften geven zorgprofessionals aan op het gebied van zorg voor zingeving in de zorg thuis die kunnen worden onderscheiden naar opleiding? Het gaat hier namelijk om de ervaringen en opvattingen van thuiszorgprofessionals (Baarda, 2019). De kwalitatieve onderzoeksmethoden die hierbij gehanteerd worden betreffen mondelinge individuele semigestructureerde interviews (2.5.1), een schriftelijke enquête (2.5.2) en focusgroepinterviews (2.5.3). Door zowel interviews, enquêtes en focusgroepen als onderzoeksmethode in te zetten, is datatriangulatie mogelijk. Hierdoor wordt de geldigheid en de betrouwbaarheid van de resultaten vergroot (Baarda et al., 2018). Hieronder wordt per onderzoeksmethode toelichting gegeven.

### *2.5.1 Semigestructureerde interviews*

In de eerste plaats worden individuele interviews gehouden aan de hand van een topiclijst gebaseerd op de literatuurstudie. Er is gekozen voor semigestructureerde interviews om zorgprofessionals, van verschillende opleidingen, de mogelijkheid te geven om ervaringen te delen, maar ook gewenste thema's aan de orde te laten komen en zorg te dragen voor een goede kwaliteit van de data (Eelderink, 2020). De resultaten van de interviews worden gebruikt om topics te formuleren voor de focusgroepinterviews.

### Onderzoekspopulatie en steekproef

De onderzoekspopulatie bestaat uit zorgprofessionals van verschillende zorgopleidingen werkzaam bij de participerende thuiszorgorganisaties ZONL en OZW. De respondenten worden geworven door de contactpersonen van beide organisaties. Hierbij is sprake van een selecte steekproef (Baarda, 2018). Het uitgangspunt voor voldoende rijke data is om vier semigestructureerde interviews af te nemen per organisatie. Hierbij is het streven om bij elke praktijkinstelling per type opleiding een respondent te interviewen, dus in totaal acht.

### Werkwijze

De contactpersonen van de zorgorganisaties geven op basis van de genoemde uitgangspunten namen van respondenten door aan de onderzoekers. De onderzoekers nemen contact op met de respondent, verstrekken informatie en nemen het interview af. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een interviewschema, waarbij aspecten als introductie, toestemming en procedure aan de orde komen (bijlage 2). Van de interviews wordt een audio-opname gemaakt.

## Analyse

De opnamen van de interviews worden verbatim getranscribeerd. Voor het analyseren van de data wordt gebruik gemaakt van een thematische analyse, om zicht te krijgen op ervaringen en meningen van de zorgprofessionals. De analyse wordt uitgevoerd aan de hand van de drie fasen, verdeeld in zes stappen ontleend aan Braun en Clarke (2006). Bij het doorlopen van de stappen wordt gebruik gemaakt van het programma Atlas-ti.

De analyse wordt uitgevoerd door twee onderzoekers om de validiteit en betrouwbaarheid te vergroten (Baarda, 2019). De resultaten van de analyse worden teruggekoppeld aan de respondenten bij wijze van membercheck. Dit biedt respondenten de mogelijkheid om de interpretatie van gegevens te controleren en indien nodig aan te vullen. Dit vergroot de geldigheid van de resultaten (Baarda, 2018). Na de analyse zal er door de onderzoekers een duidelijke en concrete samenvatting geschreven worden en topics die dienen als uitgangspunt voor de focusgroepen. De resultaten worden weergegeven in 3.5.

[Zie Bijlage 5. Topiclist / interviewguide zorgprofessionals](#)

### *2.5.2 Enquête zorgprofessionals*

Naast het houden van interviews met zorgprofessionals wordt online een enquête met open en gesloten vragen aangeboden aan leden van de beroepsvereniging V&VN. Een enquête heeft als voordeel dat er een groter aantal respondenten bevestigd kan worden (Baarda, 2019). De data uit de interviews worden gebruikt om topics te formuleren voor de te houden focusgroepen.

#### Onderzoekspopulatie en steekproef

De onderzoekspopulatie bestaat uit zorgprofessionals van verschillende zorgopleidingen onder alle leden van de beroepsvereniging V&VN. Zij zijn hiervoor benaderd tijdens en na het volgen van een webinar over het onderwerp 'Zinvolle zorg in de thuissituatie'. Er is sprake van een niet-gerichte selecte steekproef (Baarda et al., 2018).

#### Werkwijze

Leden van V&VN wordt via communicatiekanalen voor leden een webinar over het onderwerp van het brancheproject aangeboden. Leden kunnen hier vrijwillig en kosteloos aan deelnemen en krijgen bij deelname accreditatiepunten voor het kwaliteitsregister toegekend. Deelnemende zorgprofessionals krijgen tijdens het webinar het verzoek om na afloop online een enquête in te vullen, gerelateerd aan de topics van de individuele interviews (bijlage 2 en 6). De enquête is vormgegeven in het programma Analyzer en de link naar de vragenlijst wordt aangereikt via de chatfunctie van het online programma waarmee het webinar werd aangeboden. Bovendien werd de link achteraf gemaïld aan alle participanten.

#### Analyse

De enquête omvat open en gesloten vragen en levert daarmee zowel kwantitatieve als kwalitatieve data. De kwantitatieve data worden weergegeven in tabellen en grafieken. De kwalitatieve data worden geanalyseerd door middel van thematische analyse (Verhoeven, 2023). De analyse wordt uitgevoerd door twee onderzoekers om de

validiteit en betrouwbaarheid te vergroten (Baarda, 2019). Na de analyse wordt door de onderzoekers een samenvatting geschreven en topics geformuleerd die dienen als uitgangspunt voor de focusgroepen. De uitkomsten worden besproken in 3.6.

[Zie Bijlage 6. Vragenlijst enquête zorgprofessionals](#)

[Zie Bijlage 16. Presentatie webinar V&VN](#)

### *2.5.3 Focusgroepinterviews zorgprofessionals*

Focusgroepinterviews zijn groepsinterviews gericht op het verdiepen van ervaringen en inzichten aangaande een specifiek onderwerp of thema (Boeije, 2014). Het houden van een focusgroep is een efficiënte manier van dataverzameling aangezien informatie van verschillende respondenten tegelijkertijd opgehaald worden en er direct interactie tussen respondenten is waardoor nieuwe kennis gegenereerd wordt (Busetto et al. 2020; Eelderink, 2020). Door data uit eerdere interviews en enquêtes voor te leggen aan meerdere respondenten kunnen deze data gecorroboereerd, gecorrigeerd en verrijkt worden.

#### Onderzoekspopulatie en steekproef

De onderzoekspopulatie bestaat uit zorgprofessionals van verschillende opleidingen. Per participerende zorgorganisatie OZW en ZONL wordt een focusgroep gehouden. Het streven is om per focusgroep 6-10 respondenten te includeren met van elk type opleiding tenminste een deelnemer. Deze groeps grootte zorgt ervoor dat er gelegenheid is om elke respondent aan het woord te laten. Daarnaast is de groep dan groot genoeg om met elkaar in gesprek te gaan en kennis uit te wisselen (Boeije, 2014).

#### Werkwijze

Respondenten worden geworven door een oproep tot deelname via communicatiekanalen voor personeel van de participerende organisaties. Na het werven van respondenten volgt het plannen van een afspraak en het regelen van een voor de deelnemers vertrouwde locatie (Eelderink, 2020). De focusgroep wordt begeleid door twee onderzoekers, waarbij één van de onderzoekers het gesprek leidt en de andere onderzoeker het proces observeert, aantekeningen maakt, in het oog houdt of elke respondent aan bod komt, en verantwoordelijk is voor de tijdsbewaking en opname (Baarda et al., 2018; Boeije, 2014). Tijdens de focusgroep wordt gebruik gemaakt van een topiclijst, opgesteld aan de hand van de interviewresultaten. In overleg met de respondenten wordt er gekozen voor een audio- en/of video-opname.

#### Analyse

Na afronding van de focusgroepen worden de opnamen verbatim getranscribeerd. De rapportages worden voorgelegd aan de respondenten bij wijze van membercheck. Dit biedt respondenten de mogelijkheid om de gegevens te controleren en indien nodig aan te vullen, te nuanceren en te verdiepen. Dit verrijkt de data en verhoogt de geldigheid van de data (Baarda et al., 2018). De data van de focusgroepen worden kwalitatief geanalyseerd door middel van open codering (Baarda, 2019). Hierbij wordt gebruikt gemaakt van het programma Atlas-ti. De uitkomsten van beide focusgroepen worden in deze analyse zo samengevoegd dat deze niet herleidbaar zijn naar individuele deelnemers van OZW en ZONL. De analyse wordt uitgevoerd door twee onderzoekers om de validiteit en betrouwbaarheid te vergroten (Baarda et al., 2018). Na de analyse worden de resultaten gerapporteerd. De resultaten worden besproken in 3.7.

## 2.6 Vraagstelling deskresearch

Belangrijk voor de vraagstelling van de deskresearch is de focus van deze kennis-synthese (zie 1.2). De focus is gericht op de zorg thuis aan de oudere en chronische cliënt, en betreft hun behoefte aan zingevingsondersteuning, onderscheiden naar de verschillende opleidingsniveaus van thuiszorgprofessionals. Met name dit laatste zal bepalen welke ondersteuning bij welke zingevingsbehoeften in de zorg thuis gegeven kan worden, dat wil zeggen, de juiste activiteiten en taken door zorgprofessionals met in de juiste rollen en posities. Dat maakt dat de deelvragen van de deskresearch luiden:

1. Welke ondersteuningsbehoeften hebben cliënten volgens literatuur over beleid, praktijk en onderwijs op het gebied van zorg voor zingeving door zorgprofessionals in de zorg thuis onderscheiden naar zorgopleiding?
2. Welke taken en ondersteuningsbehoeften hebben zorgprofessionals volgens literatuur over beleid, praktijk en onderwijs op het gebied van zorg voor zingeving in de zorg thuis onderscheiden naar zorgopleiding?

## 2.7 Selectie en analyse

Op het gebied van aandacht voor zingeving in verpleging en verzorging wordt internationaal al enkele decennia onderzoek gedaan, bijvoorbeeld naar competenties en interventies, meetinstrumenten, scholing en interprofessionele samenwerking. Ook op het gebied van aandacht voor zingeving bij oudere, chronische en palliatieve zorgvragers in de eerste lijn wordt veel onderzoek gedaan. Actueel en relevant zijn momenteel studies en projecten waarin deze kennis wordt benut in profielen en standaarden voor onderwijs en praktijk. Gegeven deze uitgangspositie is de focus van de deskresearch niet op een overzicht van alle beschikbare kennis maar de vraag naar differentiatie van deze kennis naar zorgopleiding. Na expertraadpleging werd uit de nationale en internationale literatuur met het oog op differentiatie naar zorgopleiding enerzijds actuele en omvattende documenten en anderzijds nog niet eerder beschreven *best practices* geselecteerd.

- *State of the art* is internationaal het kader van kerncompetenties in de onderwijsstandaard voor ondersteuning bij zingevingsbehoeften door verpleegkundigen en verloskundigen waarover experts uit 25 Europese landen consensus bereikten (McSherry, Boughey & Attard, 2021).
- *State of the art* landelijk is het deelproject van eindkwalificaties voor ondersteuning bij zingevingsbehoeften door zorgprofessionals dat voor het ministerie van OCW is opgesteld in het kader van het 'Onderwijsplan Zingeving in Zorg en Sociaal Domein 2020-2025 (Damsma, Klop & Van Rooij, 2023).
- Niet eerder voor onderzoek gebruikte 'grijze literatuur' betreft afstudeerscripties die tussen 2008 en 2023 in opdracht van het lectoraat Zorg en zingeving zijn geschreven door vierdejaars studenten van de bacheloropleiding Verpleegkunde van Hogeschool Viaa.

- Bij wijze van *best practice* wordt de voor zover bekend (zeker qua omvang) unieke minor 'Verpleegkundige aandachtsvelder zingeving' van de bacheloropleiding Verpleegkunde van Hogeschool Viaa besproken (Cusveller & Driebergen, 2019).

De opbrengsten van de deskresearch weergegeven in hoofdstuk 4.

## HOOFDSTUK 3. RESULTATEN BEHOEFTEONDERZOEK

In dit hoofdstuk verantwoorden we de resultaten van de dataverzameling en -analyse van het empirische behoeftenonderzoek, te beginnen met de literatuurstudie en interviews onder cliënten (3.1. en 3.2). Vervolgens verantwoorden we de literatuurstudie, de individuele interviews, de enquête en de focusgroepinterviews onder zorgprofessionals (3.4, 3.5, 3.6 en 3.7).

### 3.1 Literatuurstudie cliënten

De eerste literatuurstudie (behorend tot de in 2.3 genoemde masterthesis) laat een bescheiden opbrengst zien over het perspectief dat cliënten hebben op rollen en toerusting van zorgprofessionals in de zorg thuis. Onderzoek laat zien dat thuiszorgcliënten verwachten dat zorgprofessionals (kunnen) ingaan op hun zingevingsbehoeften (en daar in hun opleiding de nodige competentie voor hebben opgedaan). Ook verwachten cliënten dat zorgprofessionals indien nodig in staat zijn om op een adequate wijze te verwijzen naar een specialist op het gebied van zingeving (Selman et al., 2018). Voor een uitgebreidere beschrijving zie bijlage 2.

Mede vanwege deze bescheiden opbrengst is een aanvullende literatuurstudie gedaan. De search leverde in eerste instantie 272 artikelen op, waarvan er 31 op basis van een relevante titel werden geselecteerd, waarvan er 12 werden geselecteerd op basis van de abstract. Na analyse van de *full text* bleek:

- In de meerderheid van de artikelen (7 van de 11) gaat het om onderzoek naar interventies door zorgprofessionals op het gebied van meer of minder indirect aan zingeving gerelateerde vragen en noden (eenzaamheid, sociale support, advanced care planning, levensverhaal). De respondenten gaven aan hier belang bij te hebben.
- In deze zeven artikelen wordt een positieve relatie aangegeven tussen de interventie en meer of minder aan zingeving gerelateerde behoeften en ervaringen (geestelijk welbevinden, kwaliteit van leven, emotioneel welbevinden, toekomstgerichtheid, tevredenheid, angst, depressie).
- In een minderheid van de artikelen (4 van de 11) gaat het om onderzoek naar interventies door zorgprofessionals op het gebied van direct aan zingeving gerelateerde vragen en noden ('spirituele zorg').

Zie Bijlage 8. Analyseschema literatuur cliënten

### 3.2 Interviews cliënten

Behorend tot het genoemde afstudeeronderzoek werden twaalf cliënten geïnterviewd, acht vrouwen en vier mannen, met een gemiddelde leeftijd van 80 jaar. Verreweg de meesten ontvingen zorg met een indicatie voor palliatieve zorg. Driekwart van hen leefde alleen, allen in een niet-stedelijke regio. Twee derde identificeerde zichzelf als

christen en een derde identificeerde zich als niet religieus of gaven aan religieus te zijn maar geen onderdeel te zijn van een geloofsgemeenschap. Een derde van de respondenten had een opleiding van HBO en hoger.

De analyse van de interviews resulteerde in drie hoofdthema's: (1) verwachtingen die cliënten hebben ten aanzien van aandacht voor zingevingvragen en ondersteuning bij zingevingbehoefte, (2) het belang van interpersoonlijke relaties bij zingevingvragen en -behoefte, en (3) verwachtingen die cliënten hebben van de rol van zorgprofessionals in de zorg thuis.

Onder het eerste hoofdthema kunnen drie sub-thema's worden onderscheiden:

- het belang van persoonlijke connectie (betrokkenheid en aandacht)
- vaardigheid in het voeren van moeilijke gesprekken (aanvoelen en aandurven)
- het nemen van tijd (niet haasten, 'een stoel erbij pakken').

De uitkomsten laten zien dat aandacht voor zingeving volgens de cliënten vooral verbonden is met de houding van de zorgprofessionals. Die houding zien zij niet direct in relatie tot de ene of de andere zorgopleiding, maar eerder naar ervaring als mens en als zorgprofessional. Tegelijk blijkt aandacht voor zingeving verbonden aan vaardigheden die niet gerelateerd worden aan opleiding, maar aan de rol of functie van de zorgprofessional, al wordt daarvoor vaak wel specifiek de ene of de andere vooropleiding gevraagd. Zo worden intake, indicatiestelling en zorgevaluatie doorgaans gedaan door wijkverpleegkundigen met een HBO. Dat vereist de vaardigheden om een assessment te doen met een methodiek of gesprekstool, en te verwijzen. Cliënten verwachten dit ook van hen. Een persoonlijke connectie leggen, en aandacht geven aan levensvragen verwachten cliënten vaker bij zorgprofessionals met een MBO-verpleegkunde of VIG-opleiding. Deze laatste groep zorgprofessionals voert doorgaans de dagelijkse verrichtingen uit waardoor zij meer tijd doorbrengen met een cliënt. Zij zijn minder gericht op de zakelijke en procesmatige kant van de zorg. Voor zover er in taken en competenties onderscheid gemaakt kan worden naar opleiding, is het naar deze tweedeling: dagelijkse verrichtingen en procesmatige kant van de zorg.

Zie Bijlage 2. Thesis Demi de Jong

### 3.3 Conclusie behoeftenonderzoek cliënten

Cliënten die zorg thuis ontvangen kunnen door hun situatie moeite hebben op het gebied van zingeving, zoals levensvragen en geloofsvragen. De zingevingsthema's in het behoeftenonderzoek komen overeen met die in de literatuur (zie 1.1). Cliënten kunnen op dit gebied behoefte hebben aan ondersteuning. Als zij die behoefte met anderen delen, dan is het vaak met vertrouwde naasten met wie zij een persoonlijke connectie hebben. Cliënten verwachten ook van zorgprofessionals dat deze aandacht hebben voor zulke vragen en behoeften en hierbij indien gewenst en zo mogelijk zorgen voor ondersteuning. Zij tonen zich hierbij weinig bewust van verschillen in vooropleiding van zorgprofessionals en leggen geen directe relatie tussen taken en activiteiten van zorgprofessionals op het gebied van zingeving of beroepsprofielen, laat staan van



opleidingsprofielen. Als zij hun noden en ondersteuningsbehoefte op het gebied van zingeving met zorgverleners delen, dan is het meestal eveneens op basis van een persoonlijke connectie met zorgverleners. Dat kan met elke zorgprofessional zijn, maar doorgaans zijn het zorgverleners die vanwege de uitvoering van dagelijkse zorg meer tijd met de cliënt doorbrengen en dankzij levenservaring en werkervaring de passende houding heeft of een 'klik' met de cliënt.

Dat gezegd hebbende, cliënten die thuis zorg ontvangen tonen zich bewust van de aandacht voor zingeving die sommige zorgprofessionals geven vanwege hun taak in de formele zijde van planning, coördinatie en evaluatie van zorg. Aangezien cliënten zich ervan bewust zijn dat deze 'overstijgende' activiteiten doorgaans gepaard gaan met een andere rol of functie van de zorgprofessional, en van het gegeven dat deze andere rol of functie doorgaans gepaard gaan met een andere vooropleiding, tonen cliënten zich bewust van een *indirecte* relatie tussen verschillende taken en activiteiten op het gebied van zingeving en verschillen in vooropleiding.

Op basis van deze uitkomst kunnen deze taken en activiteiten volgens cliënten niet direct gekoppeld worden aan de vier typen opleiding in verpleging en verzorging (NLQF 3, 4, 6 en 7). Wel kunnen ze gekoppeld worden aan twee globale 'clusters' van rollen of functies, namelijk 'uitvoerende' en 'overstijgende'. Aangezien die clusters in de praktijk vaak gerelateerd zijn aan andere vooropleidingen, is er een indirecte relatie tussen aandacht voor zingeving aan de ene kant en beginniveau van competenties op dat gebied, en verwachten cliënten de ene soort

### 3.4 Literatuurstudie zorgprofessionals

De search leverde in eerste instantie 136 artikelen op, waarvan er 9 op basis van een relevante titel werden geselecteerd, waarvan er 5 definitief werden geselecteerd op basis van het abstract.

Na studie van de full text bleek dat in de meerderheid van de artikelen aandacht is voor zingeving ('spirituele zorg'). Zorg voor zingeving is een complexe beroepsactiviteit die verschillende ongelijksoortige componenten kent, zoals:

- taken (intake, uitvoering, coördinatie, samenwerking, verwijzen, administratie),
- vaardigheden (sociaal-relatieve, communicatieve, professionele, organisatorische),
- houdingen (reflectief, presentie, handelingsbereidheid)

Deze componenten van de beroepsuitoefening worden deels door praktijkervaring, deels in de initiële opleiding eigengemaakt. Beheersing van deze factoren leidt tot lagere stress, hogere mate van competentie en werkplezier. Deze factoren hebben onderling verschillende graden van complexiteit en zijn niet op dezelfde manier te leren en te integreren. Dat suggereert de mogelijkheid van onderscheid naar verschillende typen of niveaus van zorgopleidingen, initieel, post-initieel, of nog weer anders.

Na deze search rees het vermoeden dat de online databases van de internationale onderzoeksliteratuur niet voldoende weergaven wat er op het gebied van de meest recente Nederlandstalige literatuur is verschenen (drie jaar of korter). Daarom is nog een gerichte search gedaan in de online database van het NAZ (Nederlandse Artikelen databank voor de Zorg). Deze leverde 24 hits op, waarvan op basis van de titels 11 artikelen werden geselecteerd. Van deze werden 5 op basis van de abstracts geselecteerd. Na analyse van de *full text* bleek het volgende.

Er komt veel kijken bij het bieden van zorg voor zingeving: het omvat veel componenten. Aandacht voor zingeving is meer dan invoelende gespreksvoering. Alleen een activiteit als een een-op-een-gesprek met een cliënt op zich bestaat al uit een diversiteit van handelingen, zoals voorbereiding, uitvoering (gebruik van tools), praten, luisteren, denken, en verwerken (in rapportages, vervolgafspraken, verwijzing, e.d.). Ook intake en indiceren, initiëren en coördineren, integreren en evalueren van zingevende activiteiten in een zorgrelatie of zorgproces houden een diversiteit van verschillende handelingen in. Daarnaast komen bij het inbedden en borgen van zorg voor zingeving in team functioneren, systemisch werken en interprofessioneel werken in holistische zorg ook diverse handelingen kijken. Deze diversiteit aan componenten maakt zorg voor zingeving als geheel complex.

De verschillende taken en handelingen zijn bovendien ongelijksoortig: actief luisteren naar een cliënt is iets heel anders dan een tool gebruiken of een collega ondersteunen, en dat is weer heel iets anders dan voor een team een werkbeschrijving opstellen en invoeren. Er zijn verschillen in schaal van activiteiten, in abstractiegraden van kennis en inzicht, in deskundigheidsgebieden, in reikwijdte van zingeving zelf (alledag of levensvragen), en in dynamiek binnen samenwerkingsrelaties. Zingeving op zich blijkt verknoopt met mentale, emotionele, sociale, ontwikkelingsbepaalde en fysieke variabelen. Deze ongelijksoortigheid maakt aandacht voor zingeving complex.

Scholing van zorgprofessionals voor aandacht voor zingeving varieert naar veld, naar functie en naar opleiding, bijvoorbeeld in het gebruik van tools en vaardigheden. Dat wil zeggen dat die scholing in de praktijk en in de opleiding soms meer, soms minder expliciet aanwezig is. Het lijkt er op dat niet alle zorgprofessionals voor dezelfde taken en handelingen hoeven of kunnen worden toegerust. Zo passen sommige 'overstijgende' taken en rollen (zoals coördineren en indiceren) beter bij bepaalde functies en minder bij andere, en voor de ene functie wordt men meestal anders toegerust dan voor de andere.

[Zie Bijlage 9. Analyseschema literatuur zorgprofessionals](#)

[Zie Bijlage 10. Analyseschema literatuur NAZ](#)

### **3.5 Interviews zorgprofessionals**

Het doel van de interviews met een selecte steekproef uit een wat opleiding betreft gemengde populatie zorgprofessionals was om een indruk te krijgen van de percepties van de diverse taken en activiteiten op het gebied van zorg voor zingeving en de ondersteuningsbehoeften hierbij. Volgens plan verliep de werving via contactpersonen van beide partnerorganisaties voor tenminste een respondent van elk type opleiding,

zodat in 2023 in totaal acht interviews konden worden gehouden. Door de realiteit van alledag binnen de thuiszorgorganisaties (die bijv. niet beide een Verpleegkundig Specialist in dienst hebben) was het aanbod van respondenten drie Verzorgende IG, een MBO-V, drie HBO-V, en een VS. De gemiddelde leeftijd was rond de vijftig (46 – 58 jaar) met uitzondering van een HBO-verpleegkundige die in de dertig is. Door de regionale en historische context van de organisaties heeft (in tegenstelling tot de respondenten van de enquête en de focusgroepen) de meerderheid van de respondenten een min of meer christelijke achtergrond. De interviews met de zorgprofessionals werden gehouden aan de hand van zes topics.

#### Wat zij onder zingeving verstaan

De meeste professionals geven vergelijkbare omschrijvingen van zingeving: een besef van doel en waarde van het leven, een grond voor het omgaan met de keuzen en uitdagingen van het leven, al dan niet in termen van geloof. Verder valt op dat omschrijvingen van zingeving vooral gerelateerd worden aan de zorgrelatie: presentie en ondersteuning bij het cliënt-zijn, met name door het bieden van een luisterend oor.

#### Welke zingeving zij zelf in hun eigen werk ervaren

Alle zorgprofessionals noemen het persoonlijke contact met de cliënten over levensloop en goede zorg, al dan niet in termen van geloof, als bron van zingeving in hun eigen werk. Alle professionals noemen het zingevend wanneer het lukt om randvoorwaarden voor het contact te orkestreren (zoals tijd en administratie). Dit orkestreren gaat in de praktijk veelal niet vanzelf en moet geleerd worden. Hoe 'hoger' de opleiding (in NLQF), hoe breder de blik van de professional op het organiseren van deze randvoorwaarden. Daarnaast noemen sommigen dat het als zingevend wordt ervaren wanneer de zorg niet alleen slaagt, maar wanneer waardering hiervoor ook door cliënten en collega's wordt uitgesproken. Wat volgens alle zorgprofessionals zingevend is voor de cliënt kan dat (impliciet of expliciet) ook voor (het werk en de persoon van) de zorgprofessional zelf zijn.

#### Wat zij onder zorg voor zingeving verstaan en op welke wijze zij hieraan vorm geven

Volgens de respondenten is er in de zorg voor zingeving overlap tussen zorgprofessionals van verschillende opleidingen, en is er ook onderscheid. Kort gezegd, hoe 'hoger' de opleiding, hoe meer de respondenten meewegen wat er bij komt kijken.

- De VIG geeft aan: de inzet van luistervaardigheden, gespreksvaardigheden, en persoonlijke kwaliteiten (zelfkennis), het inschatten, afstemmen en aansluiten rond de behoefte van de cliënt, het werken volgens afspraken en methodieken, het inschakelen van anderen, en het orkestreren van randvoorwaarden.
- De MBO geeft hetzelfde aan als de VIG, plus aandacht voor mantelzorger en functioneren als team.
- De HBO voegt hetzelfde toe als de MBO, plus door een holistische visie van het team, de noodzaak van beleid, en het benutten van het netwerk rond de cliënt.
- De VS voegt hetzelfde toe als de HBO, plus door integreren van aandacht voor zingeving in een professionele teamcultuur.

Kortom, het vormgeven van zorg voor zingeving gaat in de praktijk niet vanzelf, dat maakt het aanleren van (persoonlijke en professionele) competenties op dit gebied en het leren orkestreren van randvoorwaarden nodig.

### De taken en rollen die zij zien in het bieden van zorg voor zingeving

Een enkeling meent dat het om te beginnen *niet* ieders taak is om zorg voor zingeving te geven. Een minderheid meent dat het de taak is van *alle* zorgprofessionals. De meerderheid meent dat er wel onderscheid is in taken, afhankelijk van rol, persoon en ervaring. Over het algemeen meent deze meerderheid dat alle zorgprofessionals geacht worden zingevingbehoefte te kunnen signaleren, met de cliënt te bespreken, naar het team te communiceren, en te evalueren. Afhankelijk van persoonlijke kwaliteiten en de relatie met de cliënt kan de ene zorgprofessional dat beter dan de andere. Bovendien hangt het er van af hoe een en ander binnen de zorgorganisatie is georganiseerd. Over het algemeen geldt: hoe complexer en meer formeel geregeld de benodigde zorg, hoe meer kennis en denkkracht nodig is. Met name intake, indicatiestelling, interventie, verwijzing en coördinatie op het gebied van zingeving zijn gerelateerd aan de rol van wijkverpleegkundige die op Hbo-niveau functioneert.

### Hoe zij op het gebied van zingeving samenwerken met andere professionals

Bij dit onderwerp zien we nauwelijks verschil tussen de respondenten van verschillende typen zorgopleidingen. Als er al samenwerking is met andere disciplines (wat niet altijd zo is), dan betreft dit (para)medici (huisarts, POH GGZ, fysiotherapeut, palliatief team), hulpverleners (casemanager dementie, maatschappelijk werker, psycholoog), of geestelijk verzorgers (pastoraal medewerker, predikant, kerkelijk werker) binnen of buiten de eigen organisatie. Benadrukt wordt dat de borging van deze samenwerking door het maken van werkafspraken en het regelen van randvoorwaarden vaak te wensen overlaat en dat de voorkeur uitgaat naar samenwerking met iemand met wie en tussen wie 'korte lijntjes' bestaan.

### Welke scholingsbehoefte zij zelf ervaren

Alle zorgprofessionals geven scholingsbehoefte aan met betrekking tot gespreksvaardigheden en het omgaan met casuïstiek, tot bewustwording van eigen zingeving en 'use of self', tot holistische visie en de theorie van zingeving op zich, en tot het werken als team / in samenwerkingsrelaties. Door zorgprofessionals van verschillende opleidingen worden daarnaast nog andere scholingsbehoefte genoemd, namelijk:

- VIG: geef een e-learning over aandacht voor zingeving
- VIG en MBO: laat iedereen praktische ervaring in zingevende gespreksvoering opdoen en meelopen met een geestelijk verzorger
- MBO: geef aandacht aan zingeving bij specifieke doelgroepen.
- HBO : geef aandacht aan systematisch, methodisch en interprofessioneel werken op het gebied van zingeving.

Alle zorgprofessionals hebben een voorkeur voor praktische onderwijsvormen als casuïstiekbesprekingen en klinische lessen, en voor het onderling oefenen van gespreksvoering. Alle zorgprofessionals geven ook aan dat de toerusting moet passen bij de beginsituatie van de doelgroep (motivatie, eerdere ervaringen, leercurve) en de werksituatie van de doelgroep (werktijden, teamcultuur, samenwerkingsrelaties). Aanvulling hierop vanuit HBO: let op taalgebruik en werkzaamheden die horen bij type opleiding en functie. Aanvulling hierop vanuit VS: gebruik hedendaagse media.

Zie Bijlage 11. Analyseschema interviews zorgprofessionals

### 3.6 Enquête zorgprofessionals

Naast individuele interviews (3.5) en focusgroepen (3.7) is er onder deelnemers van het webinar voor leden van de V&VN (zie 2.4.2) een schriftelijke enquête gehouden. Hieronder worden de kwantitatieve (3.6.1) en de kwalitatieve gegevens (3.6.2) beschreven. Beide datasets werden door twee onderzoekers geanalyseerd.

#### 3.6.1 Demografische kenmerken

De enquête is door 40 respondenten gestart. Van deze respondenten vulde een aantal (ongeveer 10%) de vragenlijst niet geheel in. Als gevolg hiervan verschilt het aantal respondenten in de verschillende tabellen en bij de resultaten van de open vragen.

Het grootste aantal respondenten heeft aangegeven vrouw te zijn, namelijk 34 van de 40. Eén respondent heeft aangegeven man te zijn en vijf respondenten hebben deze vraag niet ingevuld. De grootste groep respondenten is 46 jaar of ouder. Twee respondenten vormen de leeftijdscategorie 18-25 jaar en elf respondenten vallen in de categorie 26-45 jaar.

Vijf respondenten werken als VIG en tien als MBO-verpleegkundige. Door vijftien respondenten wordt aangegeven dat zij werkzaam zijn als HBO-verpleegkundige en twee als Verpleegkundig Specialist (VS). Vier respondenten hebben niet vermeld welke functie zij hebben en voor vier respondenten geldt dat zij een 'aan de zorg gerelateerde functie' hebben. In de uitwerking van de resultaten worden deze respondenten wel meegenomen en vermeld als 'overig'. De meeste respondenten hebben 16 jaar of meer werkervaring.

Achttien respondenten zeggen religieus te zijn opgevoed maar er nu niets mee doen. Vijf respondenten geven aan niet religieus te zijn en ook niet religieus opgevoed te zijn. Twee respondenten wilden deze vraag niet beantwoorden. Van de tien respondenten die aangegeven hebben religieus te zijn, hebben zes respondenten een protestants (christelijke) geloofsovertuiging, drie een rooms-katholieke geloofsovertuiging en een respondent geeft aan Zevende Dag Adventist te zijn.

Zie Bijlage 12. Demografische kenmerken enquête

#### 3.6.2 Analyse gesloten vragen

De onderzoeksvraag richt zich op verschillen in het bieden van zorg voor zingeving door professionals van verschillende typen opleiding. Daartoe zijn analyses gedaan van de samenhang tussen de ervaren competentie in zorg voor zingeving en bovenstaande demografische kenmerken. Wat overblijft zijn kleine aantallen respondenten, wat resultaten niet generaliseerbaar maakt, maar toch kwalitatieve indrukken toevoegt geeft aan de bevindingen in deze gehele studie.

#### Mate van competent voelen

Tabel 1 maakt zichtbaar dat, op een vijfpunt-Likertschaal,<sup>9</sup> geen enkele respondent aangeeft zich niet of matig competent te voelen. Twee respondenten geven aan het niet

---

<sup>9</sup> Schaal: 1 (niet competent) – 5 (heel competent) en 6 = 'weet niet'

te weten. Van de respondenten geven er zeven aan zich enigszins competent te voelen, zestien voelen zich competent en drie respondenten geven aan zich heel competent te voelen. Daarnaast hebben twaalf respondenten niets ingevuld.

Competent voelen	Aantal ( <i>'overig' meegerekend</i> )	Percentage ( <i>missings niet meegerekend</i> )
3 - enigszins competent	7	25%
4 - competent	16	57%
5 - heel competent	3	11%
Weet niet	2	7%
Missing	12	

Tabel 1. Mate competent voelen in ondersteuning bij zingevingsvragen

### Samenhang tussen competentie en religie

Tabel 2 toont dat er qua zich competent voelen weinig verschil is tussen respondenten die religieus zijn, religieus zijn opgevoed maar nu niet meer religieus zijn, of niet religieus zijn. Respondenten die aangeven niet religieus te zijn of het niet te willen zeggen geven aan zich competent te voelen. Respondenten die aangeven religieus te zijn of religieus te zijn opgevoed maar er nu niets meer mee te doen geven een iets lagere score aan op zich competent voelen. Het verschil lijkt verwaarloosbaar. In deze groep lijkt religie kortom weinig tot geen samenhang te hebben met het gevoel competent te zijn in zorg voor zingeving.

Religieus of niet	Aantal	'Weet niet' ( <i>doet niet mee in gemiddelde</i> )	Gemiddelde competent voelen
Wel religieus	7	1	3,83 (n=6)
Religieus opgevoed, doe er niets mee	15	1	3,79 (n=14)
Niet religieus opgevoed en niet religieus	4	0	4,00 (n=4)
Wil ik niet zeggen	2	0	4,00 (n=2)
Missing	12		

Tabel 2. Mate zich competent voelen vs religie

### Samenhang tussen competentie en leeftijd

Tabel 3 laat zien dat de mate van zich competent voelen toeneemt naar gelang de leeftijd van de respondent toeneemt. Hierbij moet opgemerkt worden dat de verschillen klein zijn. De respondenten in de leeftijdscategorie 18-25 jaar scoren gemiddeld 3,5 (tussen 'enigszins competent' en 'competent'). Respondenten in de leeftijdscategorie 26-45 jaar en 46 jaar en ouder scoren respectievelijk 3,86 en 3,94 ('competent'). Vijf respondenten hebben niets ingevuld.

Leeftijd	Aantal	Gemiddelde competent voelen (6 = 'weet niet' > buiten beschouwing gelaten)
18-25 jaar	2	3,50
26-45 jaar	7	3,86
> 46 jaar	16	3,94
Missing	5	

Tabel 3. Mate zich competent voelen vs leeftijd

#### Samenhang tussen competentie en jaren werkervaring

In Tabel 4 is te zien dat de respondent met 0-5 jaar werkervaring in de zorg zich minder competent zegt te voelen dan respondenten met meer werkervaring. Respondenten met 16 -25 jaar werkervaring scoren het meest zich competent te voelen. Opvallend is dat de respondenten met 26 jaar of meer werkervaring zich minder competent zeggen te voelen dan respondenten met 16-25 jaar. Hierbij moet opnieuw in ogenschouw gehouden worden dat de verschillen klein zijn.

Werkervaring in de zorg	Aantal	Gemiddelde competent voelen (6 = 'weet niet' > buiten beschouwing gelaten)
0-5 jaar	1	3,00
6-15 jaar	6	3,67
16-25 jaar	6	4,17
> 26 jaar	13	3,85

Tabel 4. Mate zich competent voelen vs jaren werkervaring

#### Samenhang tussen competentie en type opleiding

Het beeld bij dit topic is wisselend (Tabel 5). De VIG en de VS geven aan zich 'enigszins competent' te voelen. De MBO en HBO geven aan zich competent te voelen. Respondenten onder 'Overig' geven aan zich competent te voelen. Zich competent voelen lijkt binnen deze groep niet sterk samen te hangen met opleiding.

Opleiding	Aantal	'Weet niet'	Gemiddelde competent voelen (6 = 'weet niet' > buiten beschouwing gelaten)
VIG	3	1	3,33
MBO	6	0	4,17
HBO	11	1	3,91
VS	2	0	3,00
Overig	4	0	4,00

Tabel 5. Mate zich competent voelen vs type opleiding

### Scholingsbehoeften

De scholingsbehoeften die de meeste respondenten aangeven betreffen tools om in gesprek te gaan over zingeving, casuïstiekbespreking en interprofessioneel samenwerken rondom zingeving. Met betrekking tot de scholingsbehoefte op het gebied van interprofessioneel samenwerken geven, percentueel gezien, meer HBO, VS en 'Overige' dan MBO en VIG aan deze te hebben. Daarnaast valt op dat drie van de vijf VIG behoefte hebben aan scholing gericht op bewustwording van de eigen zingeving, terwijl weinig andere professionals hier behoefte aan zeggen te hebben. Iets dergelijks is te zien in de percentages met betrekking tot scholing gericht op de sociale kaart. Ook hierbij moet opgemerkt worden dat het aantal respondenten klein is waardoor de verschillen met voorzichtigheid geïnterpreteerd dienen te worden.

Scholingsbehoefte	Aantal keer aangevinkt	Overig (n=4)	VS (n=2)	HBO (n=15)	MBO (n=10)	VIG (n=5)
Scholing gericht op bewustwording eigen zingeving	11	1 (25%)	0	4 (27%)	3 (30%)	3 (60%)
Tools om in gesprek te gaan over zingeving	17	3 (75%)	2 (100%)	6 (40%)	4 (40%)	2 (40%)
Casuïstiekbespreking	15	2 (50%)	1 (50%)	7 (47%)	4 (40%)	1 (20%)
Interprofessioneel samenwerken rondom zingeving	13	2 (50%)	1 (50%)	9 (60%)	1 (10%)	0
Scholing gericht op de sociale kaart	8	0	0	4 (27%)	1 (10%)	3 (60%)
Scholing over de rol van geestelijk verzorger	6	0	1 (50%)	3 (20%)	1 (10%)	1 (20%)
Anders, namelijk...	0	0	0	0	0	0

Tabel 6. Scholingsbehoeften

### 3.6.3 Open vragen

Van de gelegenheid om in de enquête antwoord te geven op vijf open vragen hebben 36 respondenten gebruik gemaakt.

#### Wat versta je onder zingeving?

Het hebben van doelen, activiteiten en relaties scoren het vaakst op deze vraag, de ervaring van geluk daarna. Globaal gesproken geldt: hoe 'hogere' het opleidingsniveau, hoe abstracter de invulling van het begrip zingeving (men gebruikt dan woorden als kwaliteit, waarde, doel); hoe 'lager' de opleiding, hoe concreter de invulling (men let dan op aspecten als relaties en activiteiten). Zelfredzaamheid en hogere macht scoren weinig als zingevende aspecten.



### Wat was een moment waarbij je zelf zingeving ervaarde in je eigen werk?

Zorg rond levenseinde en zorg rond dementie (en andere mentale belasting) worden genoemd, maar vooral een cliënt zorg op maat kunnen geven en beter leren kennen. Dit lijkt bij respondenten van alle typen zorgopleiding als zinvol werk te worden ervaren.

### Wat was een recente situatie waarin je een zingeving- en/of levensvraag signaleerde bij een zorgvrager en welke actie je bij die situatie hebt ingezet?

Zingevingsvragen werden vooral gesignaleerd bij verlieservaringen (afhankelijkheid, achteruitgang), rond het levenseinde en rond de diagnose dementie. Hierin was onder de respondenten weinig onderscheid in opleiding te zien. De ingezette acties zijn een luisterend oor bieden (verreweg het meeste), en zelf begeleidend en ondersteunende gesprekken bieden, alsook het consulteren van een geestelijke verzorger. Verwijzen wordt relatief weinig genoemd. Onderscheiden naar opleiding noemen HBO- en MBO-verpleegkundigen de meeste acties.

### Wie is volgens jou de meest aangewezen professional om zorg voor zingeving te bieden en waarom?

Hoewel de meeste zorgprofessionals zeggen dat HBO-ers in de aangewezen positie zitten voor het verlenen van 'spirituele zorg', zeggen de meeste HBO-ers zelf dat zorg voor zingeving het hele team aangaat. Duidelijk is ook dat zorgprofessionals het voor 'spirituele zorg' relevant vinden dat de betreffende zorgverlener iemand is die regelmatig bij de cliënt komt en een band opbouwt (dat is vaak de MBO en de VIG). Niet heel uitgesproken maar toch voorzichtig op te merken is dat degenen met de 'hogere' opleiding de activiteiten in het kader van zorg voor zingeving breder lijken op te vatten (rekening houden met taken als indiceren, plannen, initiëren, verwijzen, en dergelijke). Degenen met een 'lagere' opleiding lijken taken en activiteiten voor 'spirituele zorg' smaller opvatten (beperken zich tot signaleren, gespreksvoering).

### Hoe is de verantwoordelijkheid met betrekking tot zorg voor zingeving verdeeld binnen jouw team?

De eerste indruk is dat zorg voor zingeving wordt opgevat als een gezamenlijke verantwoordelijkheid van het hele team, overeenkomstig een holistische opvatting van verpleging en verzorging in de eerste lijn. Bij nader toezien blijkt ieder zich ook bewust van onderscheid in taken en activiteiten die onderscheiden functies en rollen met zich meebrengen. Men lijkt zich hierbij meer bewust te zijn van de eigen verantwoordelijkheden dan van die van anderen in het gehele plaatje. Globaal lijkt te gelden: hoe 'hogere' de opleiding, hoe gedifferentieerder beeld men heeft van de taken, hoe 'lager' de opleiding hoe globaler het beeld. De meeste respondenten zijn er zich van bewust dat zorg voor zingeving breder reikt dan alleen het zorgteam van verpleegkundigen en verzorgenden: sommige andere spelers zijn hierbij direct betrokken (casemanager, ondersteuning vanuit WMO, huisarts) en andere indirect (geestelijk verzorger, pastoraal medewerker, praktijkondersteuner huisarts).

Zie Bijlage 13. Analyseschema open vragen

### 3.7 Focusgroepinterviews zorgprofessionals

In het voorjaar van 2023 werden met qua functie gemengd samengestelde groepen zorgprofessionals van beide werkveldpartners (ZONL en OZW) focusgroepinterviews gehouden op een van hun locaties. Ze werden geleid door een van de onderzoekers aan de hand van een topiclist / interviewguide en geobserveerd en ondersteund door een tweede onderzoeker. Ze werden met toestemming opgenomen en vervolgens verbatim getranscribeerd. Na analyse door beide onderzoekers werden de uitkomsten van beide focusgroepen met totaal zestien zorgprofessionals samengevoegd zoals hieronder weergegeven.

Focusgroep 1	(n=9)	Focusgroep 2	(n=7)
Verpleegkundige (MBO)	2	Palliatief verpleegkundige	1
Verzorgende	3	Gebiedsmanager	1
Verzorgende IG	1	Verpleegkundig specialist	1
Helpende	1	Wijkverpleegkundige	3
Leerling verpleegkundige (MBO)	1	Casemanager dementie	1
Leerling verzorgende	1		

Tabel 7. Deelnemers focusgroepinterviews naar functie

#### Het begrip zingeving

Zingeving wordt door de verschillende zorgverleners beschreven als het hebben van aandacht of oog voor de cliënt, het zoeken naar wat van waarde is en de reden waarvoor je je bed uit komt. Daarbij valt op dat met name wijkverpleegkundigen (HBO) overstijgende opmerkingen maken zoals: 'door ziekte verandert de zingeving van cliënten' of 'ook bij de (covid)-jeugd zie ik een toenemend aantal zingevingsvragen'.

Zorgverleners ervaren zelf zin in hun werk als zij op maat kunnen zorgen voor hun cliënt en die tevreden is met de zorg. Een wijkverpleegkundige vertelt dat ze vooral zin ervaart als ze onverwachts een goed gesprek met een cliënt heeft.

#### Zorg voor zingeving

Praten over zingeving vindt plaats zowel binnen als buiten de palliatieve zorg. Maar zorg voor zingeving komt het vaakst ter sprake in situaties met ernstige ziektebeelden en aan het einde van het leven. Wanneer iemand op zijn kwetsbaarst is, kan het volgens (palliatief) verpleegkundigen bijna niet anders dan dat er aandacht is voor zingeving. Toch wordt aangegeven dat sommige collega's het 'praten over de dood' lastig vinden. Vragen rondom de dood worden al snel 'technisch' gemaakt en draaien dan om een vinkje in het zorgplan bij 'wel of niet reanimeren'.

Niet alle cliënten hebben behoefte aan zorg voor zingeving. Een wijkverpleegkundige merkt op dat cliënten met een goed netwerk minder behoefte hebben aan zorg voor zingeving. Een ander geeft aan dat het afhankelijk is van de collega of zorg voor zingeving wel of niet als verantwoordelijkheid van de zorgverlener wordt gezien. Een VS geeft aan dat volgens haar een cliënt het soms juist fijn vindt om met een onbekende te praten over wat hem/haar bezig houdt.

Verschillende verzorgenden geven aan dat zorg voor zingeving soms ook een beetje te moeilijk wordt gemaakt. Als je van zorg voor zingeving iets speciaals gaat maken, dan wordt het al snel 'praten om het praten' en dan komt het bovenop 'alles wat ook al moet' (cursussen, administratie, e.d.). Zij vinden het logisch dat 'mensen soms niet willen of kunnen praten' en dan 'doe je gewoon de ADL'. Of ze geven aan dat wat cliënten vertellen niet altijd actie van de zorgverlener vraagt. 'Gewoon erover praten is toch ook oké?'

De grootste uitdaging in zorg voor zingeving is goed omgaan met beschikbare tijd. Gebrek aan tijd wordt door alle zorgprofessionals herkend, al gaan ze daar verschillend mee om. Met name een aantal verzorgenden en een helpende geven aan dat veel zorg voor zingeving plaats kan vinden tijdens de dagelijkse zorg. Ze zeggen dat ze zich er soms niets van aan trekken dat ze geen tijd zouden hebben: 'Geen tijd? Daar heb ik lak aan'. Een aantal wijkverpleegkundigen geeft aan dat er gewoon tijd te indiceren is voor zorg voor zingeving, maar dat niet iedereen dat weet. Bovendien is er binnen bepaalde werksoorten (palliatief team of casemanagement dementie) meer 'tijd' dan in het reguliere werk van een wijkteam en scheelt het of je iemand aan het begin van de dag, of later op de dag verzorgt. Een stagiaire uit een grote stad geeft aan dat 'geen tijd hebben' ook afhangt van de context. In de stad moet ze een bus halen die op de minuut nauwkeurig rijdt, op de Veluwe ervaart ze meer speling en is naar haar idee goede zorg belangrijker dan op tijd zijn.

Andere uitdagingen die genoemd worden als het gaat om het verlenen van zorg voor zingeving zijn: beheersing van taal (zinggeving op zich is al een moeilijk, abstract begrip) of omgaan met een partner of naaste die steeds antwoord geeft voor de cliënt.

#### Rollen, taken en verantwoordelijkheden

Zorg voor zingeving wordt veelal gezien als verantwoordelijkheid van het hele team, waarbij de verschillende taken en handelingen worden verdeeld. Helpenden en verzorgenden signaleren voornamelijk, en verpleegkundigen en wijkverpleegkundigen kunnen adviseren en ook tijd indiceren om aandacht te geven aan zingeving.

Tegelijk is deze werkwijze niet heilig. In de gesprekken geeft men aan dat men bij de verdeling van werkzaamheden vaak op basis van andere criteria dan 'wat is je rol/functie' gekeken wordt naar wie de meest aangewezen persoon is om met een cliënt in gesprek te gaan over zingeving. Soms wordt de EVV-er gevraagd, soms de helpende/verzorgende, omdat die vaker bij de cliënt komt. Soms wordt ook op basis van een 'klik' met de cliënt besloten dat iemand het gesprek aangaat. Het wordt ook als belangrijk gezien om alle collega's in te zetten op basis van kwaliteiten.

Ook de casemanager dementie realiseert zich tijdens het focusgesprek dat regelmatig contact met de zorgprofessionals van het wijkzorgteam haar helpt bij zorg voor zingeving en haar beroep ook minder solistisch maakt. Goed samenwerken als team op dit punt is belangrijk, vooral ook omdat, zoals een verzorgende opmerkt: 'Cliënten merken het ook hoe je samenwerkt, hoor.' Opgemerkt wordt overigens ook dat zorg voor zingeving niet vaak expliciet onderwerp van gesprek is tijdens de teamvergadering, die vaak vollopen met heel praktische zaken. 'Zingevingsbehoeften worden vaak pas naar verloop van tijd dat iemand in zorg is herkend.'

Er worden veel opmerkingen gemaakt over het al dan niet rapporteren van zorg voor zingeving. Zingeving kan wel gerapporteerd worden, maar het feit dat zingeving een lastig af te bakenen terrein is maakt dat rapporteren moeilijk. Een verzorgende geeft aan dat vanuit de organisatie wordt gezegd dat het de bedoeling is om alleen 'urgente' zaken te rapporteren en dat daardoor zingeving vaak naar de achtergrond verdwijnt. De gebiedsmanager zegt: 'Het valt op dat wanneer er wel gerapporteerd is, er toch weinig interventies worden ingezet op het gebied van zingeving.'

#### Competenties en scholingsbehoeften

Veel zorgverleners zijn onbewust bekwaam. Om zorg voor zingeving te kunnen bieden, moeten zorgverleners niet zozeer een 'hogere' opleiding gedaan hebben, maar vooral beschikken over bepaalde competenties. Als relevante opleidingen al worden genoemd, dan gaat het vaak vooral om toerusting die de geestelijk verzorger vanuit de organisatie aanbiedt. Deze cursussen helpen je bewust te worden van wat zingeving is en helpen je ook jezelf en anderen beter te begrijpen. Met name (wijk)verpleegkundigen en palliatief verpleegkundigen hebben dit soort trainingen gevolgd. De minor 'Zingeving' van Hogeschool Viaa wordt expliciet benoemd als een opleiding die enthousiasmeert om met zingeving aan de slag te gaan.

Competenties waarover zorgverleners moeten beschikken om zorg voor zingeving te kunnen leveren zijn:

- Kennis van modellen voor intake en gesprek (bijv. 'luisteren in laagjes') en van zingeving
- Vaardigheden voor zingevende gesprekstechniek en aansluiten in taalgebruik
- Attitudes als een open houding, karakter (doener, denker).

#### Samenwerken met andere professionals

Zorgprofessionals in de wijk noemen de huisarts meestal als eerste sparringpartner. Cliëntoverleg vindt lang niet altijd gezamenlijk plaats, maar is in sommige situaties wel belangrijk (bijv. bij een reanimatiewens). Ook samenwerking met ergotherapeuten en persoonlijk begeleiders komt ter sprake. Duidelijke vaste structuren voor samenwerking zijn er weinig. Wat helpt bij samenwerken rondom zorg voor zingeving is wanneer het in het zorgplan staat en verschillende zorgverleners dat kunnen bekijken (zoals de casemanager dementie).

Een verzorgende vindt zorg voor zingeving voor haarzelf soms moeilijk want: 'Is dat niet het werk van een maatschappelijk werker?' Maar een ander vindt het juist heerlijk om 'soms een beetje maatschappelijk werker te zijn'. De maatschappelijk werker zelf is lang niet altijd in beeld.

Samenwerken met de geestelijk verzorger gebeurt niet veel. Soms gaan teamleden bij hem of haar op cursus, maar er worden weinig cliënten samen besproken. Zorgverleners geven aan dat de term 'geestelijk verzorger' het ook niet goed doet, zowel bij henzelf als bij cliënten, hoewel de beeldvorming verandert. Geestelijk verzorgers worden meer gezien als expert op het gebied van zingeving en meer als zodanig benaderbaar.

### 3.8 Conclusie behoeftenonderzoek zorgprofessionals

Uit het behoeftenonderzoek onder zorgprofessionals blijkt: zorg voor zingeving is vele dingen. Het is niet maar een enkele op zichzelf staande handeling als een keer goed luisteren. Het geheel van activiteiten en taken die er bij komen kijken is divers, complex, dynamisch en integraal verweven met andere taken en activiteiten van zorgprofessionals. Geen wonder dat door zorgprofessionals wordt aangegeven dat aandacht voor zingeving een *team effort* is waarin wel iedereen een verantwoordelijkheid heeft maar niet iedereen alles (of hetzelfde) hoeft te doen of te kunnen. Er wordt onderscheiden wie wat doet en wat dit vraagt. Hiervoor zijn niet alleen rollen en functies maar ook randvoorwaarden en toerusting voor deze rollen en functies van belang. Dit betekent het volgende voor de vraagstelling naar de differentiatie van competenties voor aandacht voor zingeving naar zorgopleiding.

#### Gezamenlijke verantwoordelijkheid

Voor een aantal taken en activiteiten op het gebied van zorg voor zingeving geldt dat er geen rechtstreekse samenhang is met verschil in opleiding. Ze worden als een verantwoordelijkheid voor het hele team gezien, waarin de verschillende taken en activiteiten onderling wordt verdeeld. Zorgprofessionals van alle opleidingen dienen hiervoor dezelfde competenties te hebben.

Deze acties zijn: een luisterend oor bieden, zelf begeleidende en ondersteunende gesprekken voeren, het consulteren van een geestelijke verzorger, zingevingbehoefte signaleren en bespreken met collega's, de zorg ter zake evalueren, en randvoorwaarden orkestreren (zoals tijd en systemen).

Voor deze gezamenlijke aandacht voor zingeving vinden zorgprofessionals het relevant dat de betreffende zorgverlener iemand is die regelmatig bij de cliënt komt en een band opbouwt. Het wordt bovendien als belangrijk gezien collega's in te zetten op basis van persoonlijke kwaliteiten, niet alleen op basis van rol of functie, laat staan op basis van opleiding. Vaak wordt op basis van een 'klik' met de cliënt besloten dat iemand het gesprek aangaat.

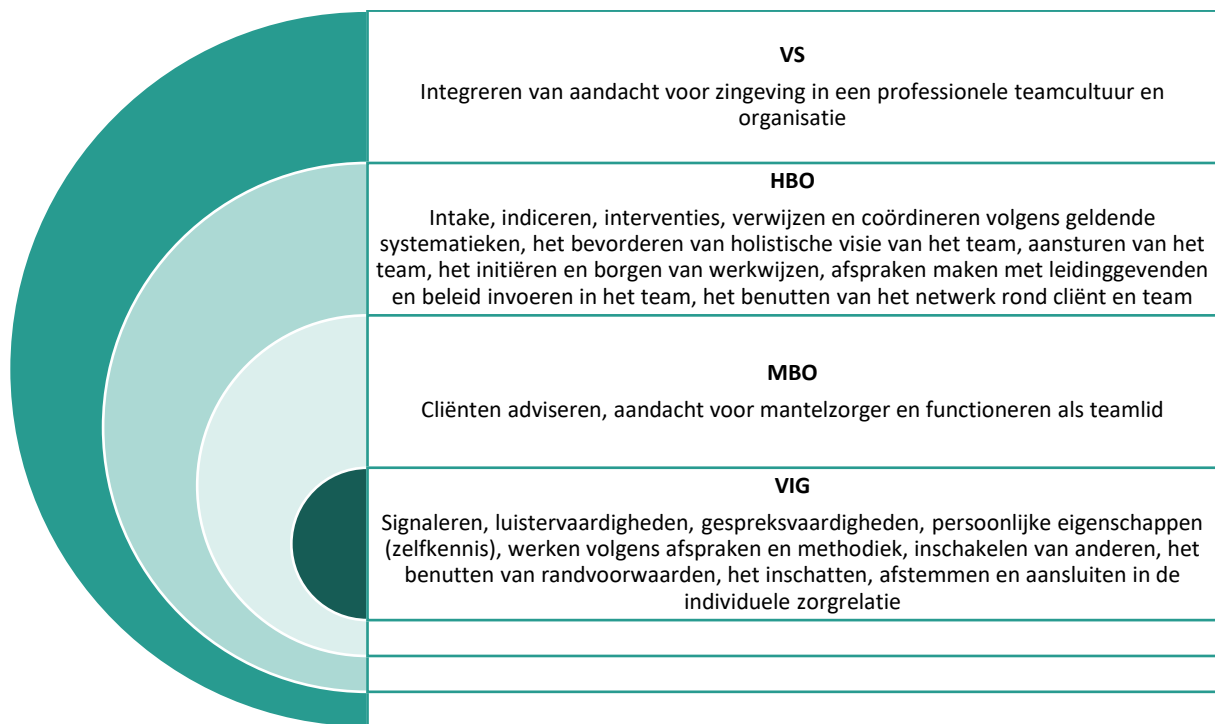
#### Onderscheiden verantwoordelijkheden

Wel maken zorgprofessionals onderscheid tussen sommige taken en activiteiten op basis van hun rollen en functies in de zorg. Meestal hangen deze op hun beurt samen met opleiding, zodat ze wel een indirecte relatie aangeven tussen bepaalde competenties en type opleiding. Bijvoorbeeld:

- Hoe 'hoger' het opleidingsniveau (in NLQF), hoe abstracter het beeld van het begrip zingeving (kwaliteit, waarde, doel), en hoe 'lager' de opleiding, hoe concreter (relaties, activiteiten),
- Hoe 'hoger' het opleidingsniveau, hoe breder het beeld van de taken en activiteiten van zorg voor zingeving (inclusief overstijgende taken als indiceren, coördineren, verwijzen, en dergelijke), en hoe 'lager' het opleidingsniveau hoe smaller het beeld (inclusief uitvoerende taken als luisteren, signaleren, gespreksvoering),

- Hoe 'hoger' het opleidingsniveau, hoe breder het systemisch en holistisch denken over zorg en zingeving, en hoe 'lager' het opleidingsniveau, hoe kleiner de scope van de werkzaamheden,
- Hoe 'hoger' het opleidingsniveau, hoe breder het beeld van de randvoorwaarden (meso en macro), en hoe 'lager' het opleidingsniveau hoe smaller het beeld (meso en micro),
- Hoe complexer en formeel geregeld de benodigde zorg voor zingeving, hoe meer kennis en denkkracht nodig is.

Dit overzicht roept het beeld op van concentrische cirkels van taken en activiteiten: hoe 'hoger' het opleidingsniveau, hoe wijder de kring van verantwoordelijkheden en competenties.



Afbeelding 3. Schematische weergave gezamenlijke en onderscheiden taken

### Onderscheiden opleidingsbehoeften

Deze samenhang tussen verantwoordelijkheden en vooropleiding zien we globaal terug in de scholingsbehoeften die zorgprofessionals aangeven.

Alle zorgprofessionals geven aan scholingsbehoeften te hebben met betrekking tot de uitvoering van zorg voor zingeving in de individuele zorgrelatie met de cliënt, zoals gespreksvaardigheden en het omgaan met casuïstiek, de bewustwording van de eigen zingeving en 'use of self', holistische visie en de theorie van zingeving op zich, en het werken als team / in samenwerkingsrelaties. De scholingsbehoeften die de meeste respondenten aangeven, betreffen tools om in gesprek te gaan over zingeving, casuïstiekbespreking en interprofessioneel samenwerken rondom zingeving. Alle zorgprofessionals hebben een voorkeur voor de onderwijsvormen van casuïstiekbespreking en klinische les, en voor het onderling oefenen van gespreksvoering.

Alle zorgprofessionals geven aan dat de toerusting moet passen bij de beginsituatie van de doelgroep (motivatie, eerdere ervaringen, leercurve) en de werksituatie van de doelgroep (werktijd, teamcultuur, samenwerkingsrelaties). Het taalgebruik en werkzaamheden die horen bij type opleiding en functie doen ertoe. VIG en MBO hebben de behoefte praktisch te leren door ervaring opdoen en meelopen met een GV. HBO en VS geven de behoefte aan systematisch, methodisch en interprofessioneel te willen leren werken met behulp van hedendaagse media.

## HOOFDSTUK 4. RESULTATEN DESKRESEARCH

In dit hoofdstuk verantwoorden we de resultaten van de dataverzameling en -analyse van de deskresearch, te weten de EPICC Onderwijsstandaard kerncompetenties, het beleidsdocument 'Opleidingskader OCW' plus 'grijze literatuur' bestaande uit beschrijving van een minor en van afstudeeronderzoeken (5.1, 5.2 en 5.3).

### 4.1 EPICC Onderwijsstandaard Kerncompetenties

De 'EPICC Onderwijsstandaard Zorg voor Zingeving' beschrijft vier kerncompetenties die HBO-studenten verpleegkunde (en, in sommige internationale contexten, verloskunde) aan het eind van hun opleiding moeten bezitten. Bestaande kennis over verpleegkundige competenties met betrekking tot zingeving en spiritualiteit vormden het uitgangspunt voor consensus over de competenties in Europees verband (o.a. van Leeuwen & Cusveller, 2004; Van Leeuwen et al., 2009; Attard et al., 2019). Per competentie werd overeenstemming bereikt over leeruitkomsten op het gebied van kennis, vaardigheden en attitude. De competenties voor 'spiritual care' door verpleegkundigen uit dit zogenoemde EPICC-project zijn inmiddels in het Nederlands vertaald (Van Leeuwen, Cusveller & Damsma, 2020).

De kerncompetenties zien er in het Nederlands als volgt uit:

ONDERWIJSSTANDAARD ZORG VOOR ZINGEVING			
Competentie	Kennis	Vaardigheden	Attitude
<b>Intrapersoonlijk</b> Is zich bewust van het belang van zingeving voor gezondheid en welzijn.	Begrijpt het concept van zingeving. Kan uitleggen wat de impact is van zingeving op de gezondheid en het welzijn van een persoon en zijn omgeving, gedurende de levensloop. Begrijpt de impact van eigen waarden en overtuigingen bij zorg voor zingeving.	Reflecteert betekenisvol op eigen waarden en overtuigingen en herkent dat deze kunnen verschillen van die van andere mensen.	Is bereid om andermans persoonlijke, religieuze en spirituele overtuigingen te verkennen. Is open en respectvol betreffende de diverse uitingen van zingeving van de ander.
<b>Interpersoonlijk</b> Is betrokken op zingeving van de ander, en erkent diens unieke spirituele en culturele wereldbeeld, overtuigingen en gewoonten.	Begrijpt de manier waarop de ander diens zingeving uitdrukt. Is zich bewust van de divers religieus gedachtegoed en diverse wereldbeelden en hoe deze van invloed kunnen zijn op de reactie van personen op belangrijke levensgebeurtenissen.	Herkent de uniciteit van de zingeving van de ander. Heeft interactie met, en reageert empathisch op andermans zingeving.	Is betrouwbaar, benaderbaar en heeft respect voor andermans uitdrukking van zingeving en diverse wereldbeelden en / of religieus gedachtegoed.



<p><b>Assessment en planning</b></p> <p>Onderzoekt behoeften en benodigde bronnen ten aanzien van zingeving gebruikmakend van (in)formele benaderingen, en plant spirituele zorg, met behoud van vertrouwelijkheid en waar nodig met toestemming.</p>	<p>Begrijpt het concept van aandacht voor zingeving.</p> <p>Is zich bewust van verschillende benaderingen van een zingevingssessment.</p> <p>Begrijpt de rol van andere professionals in het verlenen van zorg voor zingeving (of spirituele zorg).</p>	<p>Voert uit en documenteert een zingevingssessment om behoeften en bronnen in kaart te brengen. Werkt samen met andere professionals.</p> <p>Is in staat om eigen emoties in bedwang te houden.</p>	<p>Is open, benaderbaar en zonder oordeel.</p> <p>Heeft de bereidheid om eigen emoties in bedwang te houden.</p>
<p><b>Interventie en evaluatie</b></p> <p>Reageert op behoeften en bronnen ten aanzien van zingeving binnen een zorgende en empathische relatie.</p>	<p>Begrijpt het concept van medeleven en aanwezigheid en het belang hiervan in zorg voor zingeving.</p> <p>Weet op een correcte manier te reageren op geïdentificeerde behoeften en bronnen ten aanzien van zingeving.</p> <p>Weet hoe te evalueren of aan de behoeften ten aanzien van zingeving is voldaan.</p>	<p>Herkent persoonlijke beperkingen in de zorg voor zingeving en verwijst door naar anderen naar behoren.</p> <p>Evalueert en documenteert persoonlijke, professionele en organisatorische aspecten van zorg voor zingeving, en heroverweegt deze naar behoren.</p>	<p>Toont medeleven en aanwezigheid.</p> <p>Toont bereidheid om samen te werken met en door te verwijzen naar anderen (professioneel / niet-professioneel)</p> <p>Accepteert, staat open voor en toont empathie, persoonlijke bescheidenheid en vertrouwen in het zoeken van extra ondersteuning bij zingeving behoeften.</p>
<p>© 2020 EPICC</p>			

Tabel 8. EPICC Onderwijsstandaard zorg voor zingeving ((Van Leeuwen, Cusveller, Damsma, 2020)

#### 4.2 Beleidsnotitie Opleidingskader OCW

In 2020 benaderde het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport partijen in het werkveld van zorg en welzijn om een landelijk onderwijsplan op het gebied van aandacht voor zingeving te ontwerpen. Daarin moest expliciet worden waarom, wat en hoe aankomende professionals in zorg en welzijn tijdens hun initiële opleiding dienen te leren over het integreren van aandacht en zorg voor zingeving in hun dagelijks professioneel handelen. In samenspraak met de partijen in het veld heeft lectoraat Zorg en zingeving van Hogeschool Viaa als onderdeel van deze opdracht een opleidingskader en een implementatierichtlijn geschreven (Damsma, Klop & Van Rooij, 2023). Hiervoor is eerst een deskresearch naar beroepsprofielen, onderwijsprofielen en *best practices* van de verschillende opleidingsniveaus gedaan en zijn door middel van focusgroep-interviews per opleidingsniveau experts geraadpleegd. Hieronder geven we deze *state of the art* kort weer.

### Deskresearch

In de MBO-profielen worden met name zingevingscompetenties genoemd op het gebied van rekening houden met waarden van de patiënt, en reflectie op eigen handelen en functioneren. De gedragingen, attitudes en vaardigheden omvatten met name aandachtig luisteren en actief luisteren, het luisteren naar de wensen van de patiënt, en begrip hebben voor de houding van de patiënt.

In het opleidingsprofiel voor HBO-verpleegkundigen (BN, 2020) worden geen expliciete zingevingscompetenties genoemd. Wel worden gedragingen, attitudes en vaardigheden genoemd voor het omgaan met levensbeschouwelijke opvattingen, zingevingsvraagstukken, en opvattingen van zorgvragers over leven, ziekte, palliatieve zorg en het levenseinde. Het profiel Palliatieve Zorg Verpleegkundige vertoont competenties voor aandacht voor welbevinden, en voor spirituele problematiek bij het markeren van palliatieve zorg, het verlenen van nazorg, en interdisciplinaire samenwerking. Deze competenties omvatten kennis van en het rekening houden met diversiteit onder patiënten, o.a. qua levensbeschouwelijke achtergrond, en het laten aansluiten van het individueel zorgplan bij die achtergrond. De gedragingen, attitudes en vaardigheden van de Palliatieve Zorg Verpleegkundige omvatten vooral aandacht voor de spirituele dimensie bij de methodische besluitvorming, het consulteren van specialisten, en het opstellen van het individuele zorgplan. Andere gedragingen betreffen de waarden, behoeften en wensen van de zorgvrager, specifiek bij het evalueren en zo nodig aanpassen van zorg, bij de samenwerking met andere professionals, en behandelvoorstellen.

In WO-zorgprofielen worden zowel competenties als gedragingen, attitudes en vaardigheden voor ondersteuning bij zingevingsbehoeften genoemd. De competenties betreffen met name interdisciplinaire samenwerking (waarbij professionals in zingeving niet specifiek worden genoemd), ontwikkeling van de kennis en vaardigheden van professionals al naar gelang maatschappelijke ontwikkelingen, en het maken van ethische afwegingen bij voorlichten, informeren, geheimhouding en behandelen. Gedragingen, attitudes en vaardigheden op het gebied van zingeving betreffen de inachtneming van contextuele factoren zoals culturele en/of religieuze achtergrond in anamnese, behandeling en *shared decision making*.

### Expertraadpleging

In focusgroepinterviews werden experts uit de verschillende opleidingen bevraagd aan de hand van een concept-kader voor onderwijs in zorg voor zingeving Volgens de focusgroep met experts uit MBO is er differentiatie in niveau nodig op het gebied van vaardigheden. Studenten op NLQF 2 en 3 (helpenden en verzorgenden) moeten zingeving kunnen signaleren en rapporteren aan collega's, terwijl studenten op niveau 4 ook gesprekstechnieken moeten kunnen toepassen. Per niveau worden uitgebreidere vaardigheden en kennis inzake zorg voor zingeving verwacht. Als de eindkwalificaties voor MBO achten de experts 'aandacht hebben voor', 'open benadering hebben', en 'woorden als zingeving en levensvragen kennen' voldoende.

Volgens de focusgroep voor experts uit het HBO hoort de rol van zorgprofessional als samenwerkingspartner (in een team) in de eindkwalificaties. Daarnaast horen specifieke attitudes en vaardigheden voor zingeving in het onderwijskader. Aanvullingen voor

attitude zijn sensitiviteit, empathie en oprechte belangstelling, waardoor zingevingskwesties kunnen worden gesignaleerd, aan de orde gesteld en besproken. Zingeving is immers integraal aanwezig in alle facetten van bijvoorbeeld wonen, welzijn, en zorg en is niet iets dat apart genoemd moet worden. Aanvullingen voor vaardigheden zijn realistische verwachtingen scheppen met het oog op besluitvorming en kritisch afwegen wanneer doorverwijzen nodig en wanneer niet.

Volgens de experts is de belangrijkste bouwsteen voor de eindkwalificaties dat aandacht en zorg voor zingeving begint bij de student zelf (reflecterende en onderzoekende houding). Het niveau voor taken en activiteiten moet opgebouwd worden naar rol en verantwoordelijkheid (dat wil zeggen, behorende bij functie, positie), niet zozeer qua inhoud (dus iedereen moet kennis hebben van zingeving, zich bewust zijn van zingeving en aandacht hebben voor zingeving). Deze opbouw is bewust zo geformuleerd dat de complexiteit en diversiteit van de verantwoordelijkheid toeneemt naarmate het instapniveau stijgt op de ladder van NLQF. Uiteraard kan iemand afhankelijk van kwaliteiten en ervaring ook navenante verantwoordelijkheden dragen, maar de NLQF is leidend geweest. Het is goed om te beseffen dat de eindkwalificatie een minimum wil borgen voor de integratie van aandacht voor zingeving in de initiële opleiding.

#### Opleidingskader

Uit bovenstaand onderzoeksproject kwamen de volgende onderscheiden eindkwalificaties voort (Damsma, Klop & Van Rooij, 2023, Bijlage 2):

- MBO niveau 2 en 3 (Helpende zorg en welzijn, Verzorgende IG). De student is in staat om te reflecteren op de eigen zingeving en ontwikkelt van daaruit een onderzoekende houding naar de zingeving van de ander. De student is in staat om levensvragen te signaleren en deze te bespreken met de cliënt of over te dragen aan een collega.
- MBO niveau 4 (Verpleegkundige). De student is in staat om te reflecteren op de eigen zingeving en ontwikkelt van daaruit een onderzoekende houding naar de zingeving van de ander. De student is in staat om levensvragen te signaleren en hierover in gesprek te gaan met de cliënt en andere collega's of professionals in te schakelen indien nodig.
- HBO niveau 6 (Verpleegkundige en Palliatieve Zorg Verpleegkundige). De student is in staat om te reflecteren op de eigen zingeving en ontwikkelt van daaruit een onderzoekende houding naar de zingeving van de ander. De student is in staat om levensvragen te signaleren, te bespreken met de cliënt en passende zorg voor zingeving te indiceren en te initiëren in samenwerking met andere professionals.
- WO niveau 7 (Verplegingswetenschapper, Verpleegkundig specialist). De student is in staat om te reflecteren op de eigen zingeving en ontwikkelt van daaruit een onderzoekende houding naar de zingeving van de ander. De student is in staat om levensvragen te signaleren, te bespreken met de cliënt en in samenwerking met andere specialisten passende zorg voor zingeving te regisseren en door te ontwikkelen.

## 4.3 Grijze literatuur

### 4.3.1 Afstudeeronderzoeken lectoraat Zorg en zingeving

Afstudeerwerkstukken in opdracht van het lectoraat Zorg en zingeving vormen een niet eerder gebruikte bron van 'grijze literatuur'. Het totaal aantal scripties die tussen 2008-2023 in opdracht van het lectoraat Z&Z zijn geschreven is onbekend. Er zijn er 66 beschikbaar gebleven waarvan er 56 zingeving als onderzoeksthema hebben. Daarvan zijn op basis van de abstracts 6 geselecteerd met behulp van de selectiecriteria:

- eerste lijn / zorg thuis / MGZ,
- zorgprofessionals / verpleegkundigen / verzorgenden, en
- chronische aandoeningen / ouderen.

Uit analyse van de *full text* bleek het volgende.

- Cliënten in de eerste lijn verwachten in het kader van hun zingevingsbehoeften betrokken ondersteuning van verpleegkundigen bij beleving van godsdienst en begeleiding bij het vinden van 'reflectief evenwicht' in het leven, informatievoorziening over ziekte en zorg, en verwachtingsmanagement over ziekteverloop, zorgvoorzieningen en zelfredzaamheid.
- Wijkverpleegkundigen scoren zichzelf niet hoog op competenties voor professionalisering en kwaliteitsbevordering, wel hoog op houding en communicatie, en redelijk op planning, verwijzen, en ondersteuning/begeleiding. Een ruime meerderheid van zorgpersoneel in de zorg thuis meent kennis van levensvragen te hebben en hier vaker wel dan niet aandacht aan te geven bij intake en opstellen van zorgleefplannen, maar vaker niet dan wel in rapportages en zorgevaluaties. Een ruime meerderheid zegt in de praktijk vertrouwelijke gesprekken te voeren en zichzelf daartoe bekwaam te achten, de helft doet dit tijdens het zorgmoment, waarbij zij regelmatig zeggen te adviseren en te verwijzen.
- Ook uit analyse van zorgdossiers blijkt dat in een krappe meerderheid van de intakes aandacht is voor levensvragen en veel minder in zorgleefplannen, rapportages en evaluaties. Dan gaat het vooral over sociale contacten. In zorgplannen worden dimensies van zingeving/spiritualiteit aangetroffen, maar wijkverpleegkundigen weten niet altijd dat het zo heet (men vindt zorg voor zingeving geen zorghandeling maar een basishouding) en of de organisatie zorg voor zingeving belangrijk vindt (visie onbekend).
- Toerusting in aandacht voor zingeving geeft aanmerkelijke verbetering van (self-reported) competenties op het gebied van planning, professionalisering en kwaliteitsbevordering, ondersteuning en begeleiding, en verwijzen (op het gebied van zingeving). Vrijwel gelijk (maar hoog) blijven houding ten opzichte van de spiritualiteit van de cliënt, en communicatie.
- De helft van de zorgprofessionals ervaart op het terrein van zingeving geen ondersteuning vanuit de organisatie; nagenoeg allen menen dat er in de organisatie meer randvoorwaarden voor moeten zijn.

Zie Bijlage 14. Analyseschema 'grijze literatuur'

#### 4.3.2 'Best practice': de minor 'Verpleegkundige aandachtsvelder zingeving'

Sinds 2016 wordt aan studenten van de bacheloropleiding Verpleegkunde van Hogeschool Viaa minoren aangeboden die gedurende een semester (30 ECTS) een verdiepende verbreding (of verbredende verdieping) binnen de major bieden. Een van deze minoren is de minor 'Verpleegkundige aandachtsvelder zingeving' (VAZ). Gemiddeld volgt elk jaar een dozijn tot een half dozijn bachelorstudenten verpleegkunde deze minor. Daarbij valt op dat zij veelal deeltijdstudenten zijn die naast hun studie werkzaam zijn in ouderenzorg, GGZ en MGZ. De inrichting van de minor vereist dat studenten een praktijkplek hebben voor een dag per week en dat zij een dag per week onderwijs volgen op school. Gastcolleges van deskundigen uit het veld en van het lectoraat Zorg en zingeving verzorgen gastcolleges. Door gezamenlijke studie, zelfstudie en opdrachten werken de studenten toe naar een portfolio met een verbeteradvies voor verpleegbeleid op het gebied van de ondersteuning bij zingeving behoeften op hun praktijkplek. Onder het motto dat aandacht voor zingeving niet zichzelf invoert, brengen de opdrachten de studenten bij alle lagen van de organisatie die aan aspecten van het verbeteradvies raken (Cusveller & Drievergen, 2019).

De toetsdoelen van deze minor zijn gebaseerd op het competentieprofiel voor verpleegkundige ondersteuning bij zingeving behoeften ('spirituele zorg') volgens de promotiestudie van voormalig lector Zorg en zingeving, René van Leeuwen (Van Leeuwen et al. (2009). Dit competentieprofiel van elke bachelor-opgeleide verpleegkundige bestaat uit zes competenties, die betrekking hebben op zelfhantering, praktisch handelen, en professionalisering (dat is, zowel 'uitvoerend' en 'overstijgend'). Met name in de eerste helft van de minor komen deze zes competenties voor 'use of self', 'use of practice' en 'use of profession' aan bod (zie bijlage 12). Voortbouwend op de competenties voor professionalisering komen met name in de tweede helft van de minor aanvullende competenties aan bod voor het functioneren als VAZ. Deze aandachtsvelder is zodoende een gekwalificeerde verpleegkundige functionerend op HBO-niveau, die binnen de context van het verpleegkundig team een 'voorwaardenscheppende' taak heeft op het gebied van aandacht voor zingeving als geïntegreerd onderdeel van het handelen van teamleden.

Concreet zijn deze aanvullende competenties van een aandachtsvelder in de minor:

- Borging aandacht voor zingeving in het methodisch zorgproces op afdelingsniveau
- Ondersteunen en coachen van teamleden
- Werken en samenwerken in en buiten de organisatie

Ten opzichte van het competentieprofiel van de bacheloropleiding tot verpleegkundige biedt dat strikt genomen niet een extra competentie maar meer specialisering (vandaar verdiepende verbreding of verbredende verdieping). Maar in het kader van dit brancheproject is het van belang dat de studenten die deze minor volgen *op het gebied van zingeving* een 'plusje' hebben in vergelijking met andere beginnende verpleegkundigen op het niveau van NLQF 6. Het is het vermelden waard dat ervaringen met deze minor hebben geleid tot de invoering van de rol van VAZ in een algemeen ziekenhuis in Nederland, het Van Weel Bethesda in Dirksland (Cusveller et al., 2020).

Zie Bijlage 15. Competentieprofiel minor 'Verpleegkundige aandachtsvelder zingeving'

#### 4.4 Conclusie deskresearch

De consensus is dat aandacht voor zingeving behoort tot de beroepsverantwoordelijkheid van verpleegkundigen en verzorgenden. Er is een breed gedeeld en gedetailleerd beeld van de competenties voor het geven van ondersteuning bij zingeving die passen bij het methodisch handelen door verpleegkundigen en verzorgenden. Ze omschrijven een beginniveau van de zorgprofessional of, zo men wil, een eindkwalificatie voor de zorgprofessional in opleiding. De inhoudelijke dimensies van de competenties kan worden onderscheiden in kennis, houding en vaardigheden, en de handelings- of procesdimensie in intra-persoonlijke, inter-persoonlijke en methodische competenties.

Helder beschreven is ook dat er in de organisatorische dimensie onderscheid is tussen taken en activiteiten op het gebied van zingeving. Zo is er de praktische uitvoering van zorg voor zingeving binnen een zorgrelatie (bijvoorbeeld signaleren, luisteren, begrip tonen, gespreksvoering), het arrangeren van formele kaders van een zorgrelatie (bijvoorbeeld zorgplannen opstellen, besluitvorming, doorverwijzen en samenwerken), en taken die gericht zijn op de context buiten de zorgrelatie (bijvoorbeeld culturele verschillen, organisatorische aspecten, en kennisontwikkeling). Deze verschillende taken hangen samen met verschillende rollen en posities in zorgteams en zijn ook terug te zien in verschillende opleidingsprofielen.

Zorgprofessionals in de zorg thuis geven aan dat zij kennis van zingeving en een geschikte houding voor zingeving in de zorg hebben, en er in de directe zorgrelatie met de cliënt ook op ingaan. Het loopt nogal uiteen wat zorgprofessionals er verder in het methodisch handelen mee menen te kunnen doen, mede afhankelijk van hun rol en opleiding. Bijvoorbeeld overdragen, rapporteren en samenwerking is in dat geval niet structureel ingebed in het functioneren van het team en afhankelijk van persoonlijke inzet. Dit verbetert wel als hier in scholing aandacht aan wordt besteed, al naar gelang nodig is voor de rol en positie die men heeft.

Helder beschreven is verder dat een profiel van verpleegkundige competenties voor ondersteuning van zingeving betrekking heeft op zelfhantering en zelfkennis, praktisch en methodisch handelen, en professionalisering en bijdragen aan het vak. Elke zorgprofessional heeft een verantwoordelijkheid voor zowel 'relationele', 'technische' als 'overstijgende' taken, maar al naar gelang de opleiding en de positie kunnen de accenten op deze taken per beroepsgroep verschillen. Daarnaast lijkt er ruimte voor aanvullende competenties voor een rol als 'aandachtsfunctionaris zingeving', die binnen een zorgteam een 'voorwaardenscheppende' taak heeft op het gebied van aandacht voor zingeving (denk aan borging en implementatie, toerusten en coachen van teamleden, samenwerken binnen en buiten de organisatie, bijdragen aan praktijkontwikkeling en kennisontwikkeling).

## HOOFDSTUK 5. DISCUSSIE EN CONCLUSIE KENNISSYNTHESE

In dit hoofdstuk maken we expliciet wat er in opzet en uitvoering van deze kennissynthese verondersteld werd (5.1 en 5.2) en wat er uiteindelijk uit kan worden opgemaakt (5.3).

### 5.1 Inhoudelijke beperkingen

Deze kennissynthese in de branche ‘verpleging en verzorging’ is in een belangrijk opzicht afgebakend. Ze brengt niet in het algemeen de stand van zaken rond zingevingsbehoeften van cliënten in de zorg thuis in beeld, maar richt zich op de ondersteuningsbehoeften van cliënten door zorgprofessionals met verschillende zorgopleidingen. Voor het eerste kunnen we verwijzen naar literatuur over zingevingsmoeiten onder populaties van zorgvragers die zorg thuis ontvangen, met name oudere, chronische en palliatieve zorgvragers. In verpleging en verzorging wordt hier al tientallen jaren onderzoek naar gedaan, in eigen land, in Europees verband en daarbuiten. Evenzo worden tools, handreikingen en vormen van toerusting aangeboden.

Gegeven wat voorhanden is over thema’s en werkwijzen op het gebied van zingeving door verpleegkundigen en verzorgenden, richt deze kennissynthese zich op ‘de volgende stap’ in de versterking van ondersteuning bij zingevingsmoeiten in de zorg thuis. Dat is het in kaart brengen van voorwaarden om handelingsverlegenheid onder zorgprofessionals in de eerste lijn te verminderen. Als een en ander voor handen is, waarom komt zingevingsondersteuning dan niet uit de verf? Een voorwaarde die in deze kennissynthese centraal heeft gestaan is de aansluiting van wat voorhanden is op de eindkwalificaties in de opleiding van zorgprofessionals in de zorg thuis (of, anders gezegd, de beginkwalificaties voor de taken en rollen die zorgprofessionals met verschillende opleidingen in de zorg thuis hebben). Met andere woorden, de focus van deze kennissynthese was *welke* ondersteuning cliënten in de zorg thuis op het gebied van zingeving verwachten van *welke* zorgprofessional.

Het eerste uitgangspunt van de kennissynthese als geheel was dus *dat* cliënten in de zorg thuis zingevingsmoeiten kunnen hebben en, in het verlengde daarvan, *dat* zij op dit gebied ondersteuningsbehoeften kunnen hebben. Het tweede uitgangspunt was dat het voor de focus van de kennissynthese weliswaar niet onbelangrijk maar in ieder geval ook niet doorslaggevend was om *welke* zingevingsmoeiten het gaat. Het derde uitgangspunt was *dat* zorgprofessionals in de zorg thuis op dit gebied taken en rollen kunnen hebben en *dat* deze kunnen verschillen al naar gelang de opleidingen die zij hebben gevolgd. Voor zover wij zien heeft de uitvoering van de kennissynthese geen aanleiding gegeven op deze uitgangspunten terug te komen.

### 5.2 Methodologische beperkingen

Opgemerkt moet worden dat de opzet en de uitvoering van het eigen behoeftenonderzoek geen grote aantallen respondenten onder cliënten en zorgprofessionals betreft, laat staan een compleet overzicht over de branche van

verpleging en verzorging. Desgewenst is hier grootschaliger onderzoek mogelijk. Voor een rijk en representatief beeld van de thematiek zijn wel andere kenmerken van een behoeftenonderzoek geborgd. Zo heeft de werving van respondenten plaatsgevonden onder twee middelgrote zorgaanbieders uit het midden van het land die qua zorgvraag en zorgaanbod niet substantieel afwijken van andere zorgaanbieders in de zorg thuis. De werving van respondenten onder zorgprofessionals via de landelijke beroepsvereniging V&VN heeft mogelijk respondenten opgeleverd die zich al bewust waren van het verschijnsel zingeving en misschien zelfs wel van het belang van zingeving, maar die in geen enkel opzicht vooraf geselecteerd zijn op kennis, ervaring of interesse. Tevens is een combinatie van methoden voor dataverzameling ingezet, zowel kwantitatief als kwalitatief, en heeft triangulatie met gegevens uit literatuurstudie, deskresearch naar omvattende bronnen, *best practices* en expertraadpleging plaatsgevonden.

Dat gezegd hebbende, soms heeft de omvang van de aantallen respondenten in het behoeftenonderzoek tot gevolg gehad dat individuele respondenten werden gegroepeerd om hun anonimiteit te waarborgen. Soms zijn keuzes gemaakt om individuele respondenten te groeperen, bijvoorbeeld naar initiële zorgopleiding, terwijl zij ook een aanvullende scholing hebben gevolgd, bijvoorbeeld post-hbo palliatieve zorg, of omgeschoold zijn van hbo Sociaal werk naar mbo Verpleegkunde. Tevens worden de taken en rollen van zorgprofessionals in verschillende zorgorganisaties soms verschillend ingevuld (wat bij de een door een MBO-er wordt gedaan wordt bij de ander door een VIG-er of een HBO-er gedaan). Door met het oog op duidelijkheid deze keuzes te maken in het groeperen van zulke individuele respondenten is mogelijk zicht op overlap verloren gegaan.

Tot slot is er reden om stil te staan bij de kwestie hoe zingeving (en ondersteuning bij zingevingsmoeiten) door verschillende betrokkenen opgevat wordt. Veel literatuur en ook veel gesprekken met respondenten gaan uit van een opvatting van zorg voor zingeving die 'smal' genoemd kan worden, in de zin van gericht op het verschijnsel op zich (zoals zich deel voelen van een groter geheel). Daarnaast is ook de opvatting van de inhoud van ondersteuning van zingeving in de zin van professioneel handelen aanvankelijk vaak 'smal' (zoals invoelend luisteren). Deze kennissynthese over de vraag van wie de cliënt welke ondersteuning verwacht, maakt echter van lieverlee duidelijk dat deze 'smalle' invullingen nooit los verkrijgbaar zijn. Net als bij andere handelingen of interventies in de zorg behoren hierbij voorbereiding, planning, kaders, verslaglegging en dergelijke. Dat geheel kan ook zorg voor zingeving genoemd worden maar dan in 'brede' zin. (Vergelijk 'wondzorg', wat meer is dan 'een wond verzorgen'.) In dat geval komt het discussiepunt op van welke opvatting van (aandacht voor) zingeving respondenten zijn uitgegaan en of iedereen (de onderzoekers inclusief) het steeds over hetzelfde hebben. Gaandeweg is in de analyse en de kennissynthese duidelijk is weergegeven wat er gemoeid is met (aandacht voor) zingeving. Voor het vervolg is onze aanbeveling vooraf te stipuleren hoe breed of smal (aandacht voor) zingeving wordt bedoeld.

Inachtneming van genoemde beperkingen geeft reden tot voorzichtigheid in het trekken van conclusies uit de verzamelde en geanalyseerde gegevens. Daarover ook nog een opmerking in het hierna volgende.



### 5.3 Conclusie kennissynthese

Deze kennissynthese richt zich niet op de breedte van de expertise welke zingevingsbehoeften cliënten in de zorg thuis en welke scholingsbehoeften zorgprofessionals in de zorg thuis op dit gebied hebben. Ze richt zich als het ware op 'de volgende stap' in de zorg voor zingeving, namelijk door de expertise van wie cliënten in de zorg thuis welke ondersteuning kunnen verwachten toe te snijden op de eindkwalificaties van verschillende zorgopleidingen. De verwachting is daarmee het begrip en de handelingsbereidheid van zorgprofessionals op het gebied van zingeving te vergroten. Het uitgangspunt was dat het meeste dat al voorhanden is aan informatie, hulpmiddelen, toerusting en dergelijke op dit gebied werd ontwikkeld door academisch opgeleiden, vaak geestelijk verzorgers. En dat kon door verpleegkundigen en verzorgenden niet altijd optimaal begrepen of gebruikt worden.

Uit het onderzoek bleek dat cliënten geen kennis of verwachtingen van de ondersteuning van zorgprofessionals hebben die rechtstreeks gerelateerd is aan verschil in vooropleiding. Eerder geven ze aan dat ze deze ondersteuning het liefste hebben van iemand met wie ze vertrouwd zijn, iemand die het vaakst bij hen komt en de tijd neemt. Dat kan samenhangen met leeftijd, ervaring, karakter en andere specifieke factoren. Maar dan lijken ze aandacht voor zingeving in smalle zin op te vatten. Als, zoals gezegd, aandacht voor zingeving vele dingen is, kunnen cliënten van verschillende zorgprofessionals verschillende verwachtingen hebben, omdat deze niet allemaal dezelfde taken en rollen hebben. En cliënten blijken wel te weten van wie ze specifieke taken mogen verwachten. Bijvoorbeeld, als een indicatie of een verwijzing op het gebied van zingeving moet plaatsvinden, dan weten ze dat ze bij de wijkverpleegkundige met HBO terecht kunnen. En die positie in het zorgteam is (doorgaans) wel rechtstreeks aan een specifieke opleiding gebonden. Daarmee is het punt van wie zij welke ondersteuning verwachten op het gebied van zingeving op z'n minst indirect gerelateerd aan de vooropleiding van zorgprofessionals. En als dat het geval is, dan heeft het zin om wat er op het gebied van zingeving voorhanden is aan hulpmiddelen en dergelijke af te stemmen op de verschillende zorgopleidingen van zorgprofessionals in de zorg thuis. Daarin stemmen behoeftenonderzoek en deskresearch overeen.

Zorgprofessionals kijken op een vergelijkbare manier tegen een dergelijke werkverdeling aan. In eerste instantie geven zij aan dat aandacht voor zingeving een taak is voor alle teamleden. Maar dan lijken zij aandacht voor zingeving vooral op te vatten als signaleren en gespreksvoering. In tweede instantie geven zij aan dat niet alle teamleden dezelfde taken hebben. Verschillen in taken zijn volgens hen niet direct gerelateerd aan opleiding. Maar verschillende taken kunnen samenhangen met verschillende posities in zorgteams. En verschillende posities in zorgteams hangen over het algemeen weer samen met verschillen in opleidingen. Zo is er de verantwoordelijkheid voor indiceren, interveniëren en initiëren op het gebied van zingeving die over het algemeen wordt toebedeeld aan teamleden met een HBO (of hoger). Uitvoerende taken hebben alle teamleden van alle opleidingsniveaus, coördinerende taken hebben sommige teamleden met bepaalde opleidingen, voorwaardenscheppende taken hebben alleen teamleden met een specifieke opleiding. Ook daarin stemmen behoeftenonderzoek en deskresearch overeen.

Tot slot, op het gebied van aandacht voor zingeving kunnen taken en rollen van zorgprofessionals in de zorg thuis worden gedifferentieerd naar opleiding. We zullen dat in de aanbeveling (hoofdstuk 6) concreet maken. De verscheidenheid aan zorgprofessionals met verschillende opleidingen geeft daar aanleiding toe. Maar onderscheid maken in een team brengt ook meteen de uitdaging van rolverdeling en samenwerking, van werkverdeling en afstemming met zich mee. *After all*, zo zagen we, aandacht voor zingeving is en blijft een *team effort*. Aandacht voor zingeving vraagt dus niet alleen individueel leren, maar ook teamleren. Dat maken we in het onderwijsdeel van dit brancheproject concreet.

## HOOFDSTUK 6. AANBEVELING: GEDIFFERENTIEERDE PROFIELEN

In dit hoofdstuk werken we een aanbeveling uit om te werken met onderscheiden zingevingscompetenties voor zorgprofessionals in de zorg thuis met onderscheiden zorgopleidingen. We verantwoorden om te beginnen onze werkwijze (6.1), vervolgens vatten we kort de inhoud van de kennissynthese samen (6.2), en geven tot slot drie onderscheiden competentieprofielen om mee te werken in drie niveaus van zorgopleidingen (6.3).

### 6.1 Werkwijze aanbeveling

Op basis van behoeftenonderzoek en deskresearch werd duidelijk dat er aanleiding is om in de aandacht voor zinggeving in de zorg thuis te onderscheid te maken tussen taken en rollen van zorgprofessionals naar functie en opleiding. Om dit concreet te maken willen de onderzoekers de aanbeveling doen om welke kaders of profielen van kennis, houding en vaardigheid het dan gaat. Daarmee kan in de praktijk en tijdens de opleiding ontwikkeld worden welke zorgprofessional welke ondersteuning aan welke cliënt geeft.

Voor de hand lag om de uitkomsten van het behoeftenonderzoek te verwerken in twee onderwijskaders die in de deskresearch naar voren kwamen. Dat zijn de Europese standaard voor een verpleegkundig competentieprofiel op het gebied van aandacht voor zinggeving (EPICC) en het kader voor ondersteuning van zinggeving in zorgopleidingen van het ministerie van OCW (zie 4.1 en 4.2). Het verwerken van de uitkomsten van het behoeftenonderzoek werd door de betrokken onderzoekers voorbereid en in een expertmeeting uitgevoerd. Hierbij werd een stapsgewijze werkwijze gevolgd.

- Vijf onderzoekers bespreken de uitkomsten van het behoeftenonderzoek en scoren individueel op sheets welke competenties in de EPICC Onderwijsstandaard typisch bij een zorgopleiding van NLQF 3, 4, 6, of 7 behoren. Er is ruimte voor algemene opmerkingen, bijvoorbeeld over formuleringen. In de nabespreking beoordelen zij hoeveel onderscheiden competentieprofielen uiteindelijk aan te bevelen zijn, waarin de verschillen en overeenkomsten gelegen zijn en wat er eventueel moet gebeuren aan de formulering van de terminologie.
- Na afloop analyseert de projectleider de individuele scores en de algemene aantekeningen op de sheets en maakt de selectie van gescoorde competenties: een item dat door minder dan de helft wordt gescoord valt af. Ook worden items aangepast op basis van directe aanwijzingen

Na analyse achteraf van de uitkomsten van de expertmeeting werd een membercheck van de overgebleven competentieprofielen (op helderheid, relevantie, volledigheid) gehouden onder de experts en de klankbordgroep van het brancheproject. De indeling is dan als volgt bepaald:

- NLQF (2 &) 3: helpen en VIG
- NLQF 4: MBO
- NLQF 6 & 7: HBO en VS.

Hierbij speelden criteria een rol als complexiteit, duur en verloop van de zorgsituatie, de 'schaal' van de zorgsituatie en cliëntsysteem (veel of weinig betrokkenen) en de inzet van samenwerkingsrelaties binnen en buiten de organisatie. Met de input uit de member-check rondten de onderzoekers de laatste versies af. Hieronder (6.3) volgen deze drie profielen.

De kennissynthese leidt zodoende tot een aanbeveling voor een naar beroepen in de zorg thuis gedifferentieerde beschrijving van kennis, houdingen en vaardigheden voor de ondersteuning bij zingevingsbehoeften door verpleging en verzorging in de zorg thuis, en een beschrijving voor naar beroepsopleidingen gedifferentieerde eindtermen voor toerusting in praktijk en opleiding. Tevens is daarmee een aanzet gegeven voor de laatste fase van het brancheproject, het onderwijsdeel. Immers, aangezien onderscheiden zorgprofessionals in zorgteams met elkaar en andere samenwerken aan zorg voor zingeving, zo blijkt uit de kennissynthese, vragen onderscheiden taken en rollen in een en hetzelfde team om onderlinge afstemming. Aandacht leren geven aan zingeving vraagt dan ook niet alleen individueel en formeel leren (in de opleiding) maar ook informeel leren als team te werken. Voor dit laatste reiken wij een voorstel aan.

## 6.2 Gedifferentieerde competentieprofielen

HELPEDE ZORG EN WELZIJN (NLQF 2) + VERZORGENDE IG (NLQF 3)			
De zorgprofessional heeft het vermogen om te reflecteren op de eigen zingeving en ontwikkelt van daaruit een onderzoekende houding naar de zingeving van de cliënt. De zorgprofessional heeft het vermogen om levensvragen te signaleren en deze te bespreken met de cliënt of over te dragen aan een collega.			
Competentie	Kennis	Vaardigheden	Houding
<b>Bewustzijn en zelfhantering</b>  Is zich bewust van het belang van zingeving voor gezondheid en welzijn	Kent een omschrijving van zingeving  Weet hoe de eigen waarden en levensovertuiging doorwerken in de zorg voor zingeving van de cliënt en diens naaste	Kan de eigen waarden en levensovertuiging onder woorden brengen  Kan weergeven hoe deze verschillen van de waarden en levensovertuiging van de cliënt en diens naaste	Heeft een open en respectvolle houding voor verschillen met de waarden en levensovertuiging van de cliënt en diens naaste
<b>Contact maken en gespreksvoering</b>  Is betrokken bij de zingeving van de cliënt en onderkent en erkent diens levensovertuiging en gewoonten op dit gebied	Weet of herkent welke waarden en levensovertuiging de cliënt en diens naaste hebben  Weet of herkent hoe deze doorwerken in de manier waarop de cliënt en diens naaste belangrijke levensgebeurtenissen ervaren	Kan begripvol met de cliënt en diens naaste over waarden en levensovertuiging praten	Gaat betrouwbaar en benaderbaar om met de waarden en levensovertuiging van de cliënt en diens naaste

<p><b>Methodisch werken</b></p> <p>Verkent behoeften en bronnen ten aanzien van zingeving van de cliënt, maakt gebruik van bestaande werkwijzen, en geeft aandacht voor zingeving een plaats in de dagelijkse zorg, binnen het kader van vertrouwelijkheid jegens de cliënt en toestemming van de cliënt</p> <p>Gaat in op behoeften en bronnen van cliënt ten aanzien van zingeving binnen een zorgende en empathische relatie</p>	<p>Kent de afgesproken werkwijze om de zingeving van de cliënt en diens naaste te signaleren</p> <p>Weet wat een andere zorgprofessional kan bijdragen aan de zorg voor zingeving van de cliënt en diens naaste</p> <p>Weet wat het belang is van medeleven en presentie in de zorg voor zingeving van de cliënt en diens naaste</p> <p>Kent de afgesproken werkwijze om ondersteuning te geven een zingevingbehoefte die is gesignaleerd bij een cliënt en diens naaste</p> <p>Kent de afgesproken manier om te verkennen en te benutten wat ondersteuning kan geven bij de zingevingsbehoeften van de cliënt en diens naaste</p> <p>Kent de afgesproken werkwijze om te evalueren of de zingeving van de cliënt en diens naaste is ondersteund</p>	<p>Is in staat de cliënt en diens naaste niet met de eigen emoties te belasten</p> <p>Kan de eigen beperkingen in de zorg voor zingeving van de cliënt en diens naaste herkennen en aangeven</p> <p>Kan volgens afspraken anderen betrekken bij de zorg voor zingeving van de cliënt en diens naaste</p>	<p>Staat open, is benaderbaar en zonder oordeel in de zorg voor de zingeving van de cliënt en diens naaste</p> <p>Is bereid om de cliënt en diens naaste niet met de eigen emoties te belasten</p> <p>Ondersteunt zingeving van de cliënt en diens naaste met medeleven en presentie</p> <p>Is bereid om volgens afspraken anderen bij zorg voor zingeving van de cliënt en diens naaste te betrekken en met hen samen te werken</p>
---	--	--	--

© 2024 Lectoraat Zorg en zingeving

#### MBO Verpleegkundige (NLQF 4)

De zorgprofessional heeft het vermogen om te reflecteren op de eigen zingeving en ontwikkelt van daaruit een onderzoekende houding naar de zingeving van cliënten en hun naaste. De zorgprofessional heeft het vermogen om levensvragen te signaleren en hierover in gesprek te gaan met cliënt en hun naasten, en om andere collega's of zorgprofessionals in te schakelen indien nodig.

Competentie	Kennis	Vaardigheden	Attitude
<p><b>Binnen-persoonlijk</b></p> <p>Is zich bewust van het belang van zingeving voor gezondheid en welzijn</p>	<p>Kent omschrijvingen van zingeving</p> <p>Kent omschrijvingen van de relatie tussen zingeving, gezondheid en welzijn gedurende de levensloop</p> <p>Weet hoe de eigen waarden en levensovertuiging</p>	<p>Kan de eigen waarden en levensovertuiging weergeven</p> <p>Kan weergeven hoe deze verschillen van de waarden en levensovertuiging van cliënten en hun naaste omgeving</p>	<p>Heeft de bereidheid en openheid om de waarden en de levensovertuiging van cliënten en hun naaste omgeving te leren kennen</p> <p>Heeft een open en respectvolle houding voor verschillen met de waarden en</p>

	doorwerken in de zorg voor zingeving		levensovertuiging van cliënten en hun naaste omgeving
<p><b>Tussen-persoonlijk</b></p> <p>Is betrokken op zingeving van de ander, en erkent diens unieke spirituele en culturele wereldbeeld, overtuigingen en gewoonten</p>	<p>Kent benaderingen om met het team te leren kennen hoe cliënten en hun naaste omgeving uitdrukking geven aan hun waarden en levensovertuiging</p> <p>Kent omschrijvingen van de waarden en levensovertuiging die cliënten en hun naaste omgeving hebben</p> <p>Weet of herkent hoe deze doorwerken in de manier waarop cliënten en hun naaste omgeving belangrijke levensgebeurtenissen ervaren</p>	<p>Kan herkennen en benoemen dat waarden en levensovertuigingen voor elke cliënt anders kan zijn</p> <p>Kan begripvol met cliënten en hun naaste omgeving over waarden en levensovertuiging praten</p>	<p>Gaat op betrouwbare, respectvolle en benaderbare wijze om met de manier waarop cliënten en hun naaste omgeving uiting geven aan hun waarden en levensovertuiging</p>
<p><b>Methodisch werken</b></p> <p>Onderzoekt behoeften en benodigde bronnen ten aanzien van zingeving gebruikmakend van (in)formele benaderingen, en plant spirituele zorg, met behoud van vertrouwelijkheid en waar nodig met toestemming</p> <p>Reageert op behoeften en bronnen ten aanzien van zingeving binnen een zorgende en empathische relatie</p>	<p>Kent werkwijzen om met het team de zingeving van cliënten en hun naaste omgeving te signaleren</p> <p>Weet wat verschillende zorgprofessionals kunnen bijdragen aan het verlenen van zorg voor zingeving aan cliënten en hun naaste omgeving</p> <p>Weet wat het belang is van medeleven en presentie in de zorg voor de zingeving van cliënten en hun naaste omgeving</p> <p>Kent werkwijzen om met het team ondersteuning te geven bij een zingevingbehoefte die is signaleerd bij cliënten en hun naaste omgeving</p> <p>Kent werkwijzen om met het team te verkennen en te benutten wat ondersteuning kan geven bij de zingevingbehoefte van</p>	<p>Kan bij een intake zingevingbehoefte van cliënten en hun naaste omgeving ter sprake brengen en verkennen</p> <p>Kan bij een intake verkennen wat cliënten en hun naaste omgeving ondersteuning kan geven bij zingevingbehoefte</p> <p>Is in staat cliënten en hun naaste omgeving niet met de eigen emoties te belasten</p> <p>Kan ieders beperkingen in de zorg voor de zingeving van cliënten en hun naaste omgeving ter sprake brengen en verkennen</p>	<p>Staat open, is benaderbaar en zonder oordeel in de zorg voor de zingeving van cliënten en hun naaste omgeving</p> <p>Is bereid om cliënten en hun naaste omgeving niet met de emoties in het team te belasten</p> <p>Ondersteunt de zingeving van cliënten en hun naaste omgeving met medeleven en presentie</p> <p>Is bereid om met het team samen te werken met en door te verwijzen naar anderen die cliënten en hun naaste omgeving kunnen ondersteunen</p>

	cliënten en hun naaste omgeving  Kent werkwijzen om met het team te evalueren of de zingeving van cliënten en hun naaste omgeving is ondersteund		
© 2024 Lectoraat Zorg en zingeving			

### HBO Verpleegkundige (NLQF 6) en Verpleegkundig Specialist (NLQF 7)

De zorgprofessional heeft het vermogen om te reflecteren op de eigen zingeving en ontwikkelt van daaruit een onderzoekende houding naar de zingeving van cliëntsystemen. De zorgprofessional heeft het vermogen om levensvragen te signaleren, te bespreken met cliëntsystemen en passende zorg voor zingeving te indiceren en te initiëren in samenwerking met andere zorgprofessionals. De zorgprofessional heeft het vermogen om in samenwerking met andere specialisten passende zorg voor zingeving te regisseren en door te ontwikkelen.

Competentie	Kennis	Vaardigheden	Attitude
<b>Intrapersoonlijk</b>  Is zich bewust van het belang van zingeving voor gezondheid en welzijn	Kent verschillende omschrijvingen van het verschijnsel zingeving  Weet hoe zingeving gedurende de levensloop kan doorwerken op gezondheid en welzijn, en andersom  Weet hoe de eigen waarden en levensovertuiging kunnen doorwerken in zorg voor zingeving	Kan de eigen waarden en levensovertuiging daarvan weergeven en de achtergrond  Kan weergeven hoe deze kunnen verschillen van de waarden en levensovertuiging in cliëntsystemen en hun achtergrond	Heeft de bereidheid en openheid om de waarden en de levensovertuiging van cliëntsystemen en hun achtergrond te leren kennen  Heeft een open en respectvolle houding voor verschillen met de waarden en de levensovertuiging van cliëntsystemen en hun achtergrond
<b>Interpersoonlijk</b>  Is betrokken op zingeving van anderen en erkent hun unieke waarden, en levensovertuiging en gewoonten	Kan uit verschillende benaderingen kiezen om met het zorgnetwerk te leren kennen hoe in cliëntsystemen uitdrukking kan worden gegeven aan zingeving  Kent verschillende omschrijvingen van de waarden en levensovertuiging die cliëntsystemen en hun achtergrond kunnen hebben  Weet of herkent hoe deze kunnen doorwerken in de manier waarop in cliëntsystemen en hun achtergrond belangrijke	Kan herkennen en benoemen dat de waarden en levensovertuiging in elk cliëntstelsel anders kunnen zijn  Kan binnen het zorgnetwerk begripvol ingaan op de waarden en levensovertuiging in cliëntsystemen en hun achtergrond	Gaat binnen het zorgnetwerk op betrouwbare, respectvolle en benaderbare wijze om met op de manier waarop in cliëntsystemen en hun achtergrond uiting wordt gegeven aan waarden en levensovertuiging

	levensgebeurtenissen worden ervaren		
<p><b>Methodisch werken</b></p> <p>Onderzoekt behoeften en benodigde bronnen ten aanzien van zingeving gebruikmakend van (in)formele benaderingen, en plant spirituele zorg, met behoud van vertrouwelijkheid en waar nodig met toestemming</p> <p>Reageert op behoeften en bronnen ten aanzien van zingeving binnen een zorgende en empathische relatie</p>	<p>Kan uit verschillende benaderingen kiezen om binnen het zorgnetwerk zorg voor de zingeving van cliëntsystemen en hun achtergrond te (laten) geven</p> <p>Kan uit verschillende benaderingen kiezen om binnen het zorgnetwerk zingevingssassessments te (laten) doen in cliëntsystemen en hun achtergrond</p> <p>Kent omschrijvingen van concepten als compassie en presentie en het belang ervan aangeven in de zorg voor zingeving in cliëntsystemen en hun achtergrond</p> <p>Kan uit verschillende werkwijzen kiezen om binnen het zorgnetwerk ondersteuning te (laten) geven bij een zingevingbehoefte die is gesignaleerd in cliëntsystemen en hun achtergrond</p> <p>Kan uit verschillende werkwijzen kiezen om binnen het zorgnetwerk te (laten) verkennen en te benutten wat ondersteuning kan geven bij de zingevingbehoefte van cliëntsystemen en hun achtergrond</p> <p>Kan uit verschillende werkwijzen kiezen om met het team te (laten) evalueren of de zingeving van cliënten en hun naaste omgeving is ondersteund</p>	<p>Kan bij een intake in het zorgnetwerk zingevingbehoefte van cliëntsystemen en hun achtergrond (laten) herkennen, bespreken en documenteren</p> <p>Kan bij een intake in het zorgnetwerk (laten) herkennen, bespreken en documenteren wat in cliëntsystemen en hun achtergrond ondersteuning kan geven bij zingevingbehoefte</p> <p>Werkt samen met andere zorgprofessionals in het zorgnetwerk die ondersteuning kunnen (laten) geven bij zingevingbehoefte van cliëntsystemen en kan naar het (laten) verwijzen</p> <p>Is in staat cliëntsystemen niet met de emoties van zorgprofessionals te (laten) belasten</p> <p>Kan in het zorgnetwerk beperkingen in de zorg voor de zingeving aan cliëntsystemen ter sprake brengen en verkennen</p> <p>Kan in het zorgnetwerk bevorderende en belemmerende factoren van zorg voor zingeving aan cliëntsystemen (laten) identificeren, documenteren en evalueren, en kan deze indien mogelijk en wenselijk (laten) bijsturen</p>	<p>Staat in het zorgnetwerk open, benaderbaar en zonder oordeel in het (laten) verlenen zorg voor de zingeving in cliëntsystemen en hun achtergrond</p> <p>Is er op gericht om cliëntsystemen niet met de emoties van zorgprofessionals in het zorgnetwerk te (laten) belasten</p> <p>Is er op gericht de zingeving van cliëntsystemen in het zorgnetwerk te (laten) ondersteunen met medeleven en betrokkenheid</p> <p>Is er op gericht om door te verwijzen naar en samen te werken met zorgprofessionals en anderen in het zorgnetwerk die zingeving in cliëntsystemen kunnen ondersteunen</p> <p>Heeft openheid, besef van grenzen en beperkingen, en vertrouwen in het zoeken van aanvullende ondersteuning bij zingevingbehoefte van het cliëntstelsel buiten het zorgnetwerk</p>



<p><b>Voorwaarden scheppen</b></p> <p>Neemt organisatorische taken op zich die de uitvoering van zorg voor zingeving overstijgen en draagt bij aan het scheppen van voorwaarden in beleid voor zorgrelatie, team, zorgnetwerk organisatie en beroep</p>	<p>Kent benaderingen van verpleegkundig leiderschap</p> <p>Kent de structuur en werking van het Nederlandse zorgsysteem</p> <p>Kent benaderingen voor educatie aan zorgprofessionals</p> <p>Kent de structuur, werking en veranderingen van zorgorganisaties</p> <p>Kent benaderingen en processen van structurele praktijkontwikkeling</p> <p>Kent benaderingen en processen van beroepsontwikkeling</p> <p>Kent benaderingen en processen van kennisontwikkeling</p>	<p>Kan de zorg voor zingeving van cliëntsystemen in het zorgteam coördineren en in het zorgnetwerk regisseren</p> <p>Kan interventies op het gebied van zingeving in cliëntsystemen (laten) indiceren en registreren</p> <p>Kan het zorgteam op het gebied van zingeving in cliëntsystemen (laten) toerusten en coachen</p> <p>Kan werkwijzen op het gebied van zingeving (laten) implementeren en borgen in het zorgnetwerk</p> <p>Kan holistische visie in het zorgsysteem (laten) initiëren en ontwikkelen</p> <p>Kan zorg voor zingeving buiten de organisatie en het zorgsysteem (laten) vertegenwoordigen, presenteren en zich laten consulteren</p> <p>Kan (laten) participeren in (de opzet van) praktijkonderzoek</p>	
<p>© 2024 Lectoraat Zorg en zingeving</p>			

## LITERATUUR

- Attard, J. (2015). *The design and validation of a framework of competencies in spiritual care for nurses and midwives: A modified Delphi study* (Doctoral dissertation). University of South Wales, UK.
- Baarda, B. (2019). *Wat is onderzoek?* (3e druk). Groningen/Houten: Noordhoff.
- Baarda, B., Bakker, E., Boullart, A., Julsing, M., Fischer, T., Peters, V., & Van der Velden, T. (2018). *Basisboek kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (4e druk). Groningen/Utrecht: Noordhoff.
- Boeije, H. R. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen*. Den Haag: Boom Lemma.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Busetto, L., Wick, W., & Gumbinger, C. (2020). How to use and assess qualitative research methods. *Neurological Research and Practice*, 2, 14.
- CGMV, CNV Zorg & Welzijn, FNV Zorg & Welzijn, HCF NL, NU'91, RMU Sector Gezondheidszorg & Welzijn 'Het Richtsnoer', & Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland. (2015). *Beroepscode van verpleegkundigen en verzorgenden: Leidraad voor je handelen als professional*.
- Cusveller, B., & Drievergen, R. (2018). Zingeving moet je implementeren. *TVZ*, 128(6), 23.
- Cusveller, B., Damsma, A., Streefkerk, T., & Van Leeuwen, R. (2020). Implementing 'Link Nurses' as spiritual care support in a general hospital. *Religions*, 11(6), 308.  
<http://dx.doi.org/10.3390/rel11060308>
- Damsma, A., Klop, H., & Van Rooij, H. (2023). *Structurele implementatie van zingeving in opleidingscurricula. Deelproject H van het 'Onderwijsplan Zingeving in Zorg en Sociaal Domein 2020-2025' in opdracht van het Ministerie van OCW*. Zwolle: Hogeschool Viaa.
- Damsma, A., & Zandbergen-Ten Ham, A. (2021). Ouderen en zingeving in de thuissituatie: Het belang van interprofessioneel samenwerken. *Geron*, 23(4).
- Van Halem, N., & Van Haaren, E. (2016). Kwetsbare ouderen. *BijZijn XL, Maatschappelijke gezondheidszorg*, 10, 26-31.
- Haufe, M., Leget, C., Potma, M., & Teunissen, S. (2020). How can existential or spiritual strengths be fostered in palliative care? An interpretative synthesis of recent literature. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 0, 1-11. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002379>
- Huber, M. (2013). Naar een nieuw begrip van gezondheid: Pijlers voor positieve gezondheid. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 91, 133-134.
- Hupkens, S. (2021). *At home with meaning: Older persons' meaning in life, good home nursing and nurse education* (Doctoral dissertation). Hogeschool Rotterdam.
- Janssen-Niemeijer, L. J., Visse, M., Van Leeuwen, R., Leget, C., & Cusveller, B. (2017). The role of spirituality in lifestyle changing among patients with chronic cardiovascular diseases: A literature review of qualitative studies. *Journal of Religion and Health*, 56(4), 1460-1477.  
<https://doi.org/10.1007/s10943-017-0384-2>
- Jonker, S. (2021). *Zingeving onder studenten: Een onderzoek naar de persoonlijke zingeving van studenten aan Hogeschool Viaa en de rol hiervan in hun toekomstige beroepspraktijk* (Afstudeerscriptie Toegepaste Psychologie in opdracht van het lectoraat Zorg en zingeving). Hanzehogeschool Groningen.

- Lambregts, J., & Grotendorst, A. (Eds.). (2012). *Leren van de toekomst: Verpleegkundigen en verzorgenden 2020*. Van Gorcum.
- Leget, C., et al. (2019). *Palliatief Landelijk Onderzoek Eerstelijns Geestelijke verzorging (PLOEG) deelproject 3: Integratie GV eerste lijn vanuit 3 multidisciplinaire praktijken*.
- McSherry, W., Boughey, A., & Attard, J. (Eds.). (2021). *Enhancing nurses' and midwives' competence in providing spiritual care: Through innovative education and compassionate care*. Berlin/Heidelberg: Springer.
- NHS Scotland. (2010). *Spiritual care matters: An introductory resource for all NHS Scotland staff*. Geraadplaagd van <https://www.nes.scot.nhs.uk/media/3723/spiritualcaresmattersfinal.pdf>
- Ross, L., McSherry, W., Giske, T., Van Leeuwen, R., Schep-Akkerman, A., Koslander, T., Hallg, J., Østergaard Steinfeldt, V., & Jarvis, P. (2018). Nursing and midwifery students' perceptions of spirituality, spiritual care, and spiritual care competency: A prospective, longitudinal, correlational European study. *Nurse Education Today*, 67, 64-71.
- Selman, L. E., Brighton, L. J., Sinclair, S., Karvinen, I., Egan, R., Speck, P., et al. (2018). Patients' and caregivers' needs, experiences, preferences and research priorities in spiritual care: A focus group study across nine countries. *Palliative Medicine*, 32(1), 216-230.
- Sprong-Brouwer, M. (2014). *Ouderen doen ertoe: Hoe de oudere mens vanuit een (zorg) gemeenschap van betekenis kan zijn*. Uitgeverij Boekencentrum.
- Tiesinga, L. J. (2006). *Levensbeschouwing, zingeving en/of religie in de thuiszorg: Een explorerend onderzoek onder wijkverpleegkundigen, wijkzakenverzorgenden, kraamverzorgenden en gezinsverzorgenden*. Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, Sectie Zorgwetenschappen (NCG/ZW), Universitair Medisch Centrum Groningen, Rijksuniversiteit Groningen.
- Van Leeuwen, R., Cusveller, B., & Damsma-Bakker, A. (2020). Aandacht voor zingeving in het curriculum. *Onderwijs en Gezondheidszorg*, 44(4), 26-29.
- Van Leeuwen, R., & Cusveller, B. (2004). Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Advanced Nursing*, 48(3), 234-246. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03192.x>
- Van Leeuwen, R., Tiesinga, L. J., Middel, B., Post, D., & Jochemsen, H. (2009). The validity and reliability of an instrument to assess nursing competencies in spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, 18(20), 2857-2869.
- Vogel, A., & Schep-Akkerman, A. E. (2018). Competence and frequency of provision of spiritual care by nurses in The Netherlands. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(4), 1314-1321.
- Van der Vorst, A., Zijlstra, G. R., De Witte, N., Vogel, R. G., Schols, J. M., Kempen, G., & D-SCOPE Consortium. (2018). Het verklaren van verschillen in ervaren kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen: Een 'mixed-method' onderzoek. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 49, 174-189.
- Wijgergangs, L., Ras, T., & Reijmerink, W. (Eds.). (2016). *De mens centraal: Signalement over zingeving in de zorg*. ZonMW.



## BIJLAGEN BIJ KENNISSYNTHESE

### Brancheproject Verpleging & Verzorging

Zingeving bij cliënten en zorgprofessionals in de zorg thuis:  
differentiatie naar zorgopleidingen

**Uitgevoerd door Lectoraat Zorg en zingeving**

Bart Cusveller, Anita Zandbergen-ten Ham, Annemiek de Jonge, Demi de Jong, Hannan van Rooij

© 2024 Lectoraat Zorg en zingeving

Mede mogelijk gemaakt door



In samenwerking met



## BIJLAGEN BIJ KENNISSYNTHESE BRANCHEPROJECT VERPLEGING EN VERZORGING

- Bijlage 1. Zoekstrategie literatuur cliënten
- Bijlage 2. Thesis Demi de Jong (interviews cliënten)
- Bijlage 3. Zoekstrategie literatuur zorgprofessionals
- Bijlage 4. Zoekstrategie literatuur NAZ
- Bijlage 5. Topiclist / interviewguide zorgprofessionals
- Bijlage 6. Vragenlijst enquête zorgprofessionals
- Bijlage 7. Topic list / interviewguide focusgroepinterviews zorgprofessionals
- Bijlage 8. Analyseschema literatuur cliënten
- Bijlage 9. Analyseschema literatuur zorgprofessionals
- Bijlage 10. Analyseschema literatuur NAZ
- Bijlage 11. Analyseschema interviews zorgprofessionals
- Bijlage 12. Demografische gegevens enquête zorgprofessionals
- Bijlage 13. Analyseschema open vragen enquête zorgprofessionals
- Bijlage 14. Analyseschema 'grijze literatuur'
- Bijlage 15. Competentieprofiel minor 'Verpleegkundige aandachtsvelder zingeving'
- Bijlage 16. Presentatie webinar V&VN

## Bijlage 1. Zoekstrategie literatuur cliënten

#1	Spirituality[Mesh]	9.033
#2	meaning*[tiab] OR meaningful*[tiab] OR "making meaning*[tiab] OR "meaning in life*[tiab] OR "meaning of life*[tiab] OR "fourth dimension*[tiab] OR God OR spiritu*[tiab] OR spirituality*[tiab] OR "spiritual dimension*[tiab]" OR existenti*[tiab] OR "existential dimension*[tiab]" OR "purpose of life*[tiab] OR "purpose in life*[tiab] OR "spiritual well-being*[tiab] OR religi*[tiab] OR religiousness*[tiab] OR faith*[tiab] OR worldview*[tiab] OR "world view*[tiab] OR "life question*[tiab] OR "spiritual question*[tiab] OR "religious question*[tiab] OR "spiritual concern*[tiab] OR psychospiritu*[tiab] OR "psycho-spiritu*[tiab] OR transcenden*[tiab] OR chaplain*[tiab] OR pastoral OR "spiritual counsel*[tiab] OR "positive health*[tiab] OR "holistic care*[tiab] OR holis*[tiab] OR "existential care*[tiab] OR "spiritual care*[tiab] OR zingeving*[tiab] OR levensbeschouwing*[tiab] OR betekenisgeving*[tiab] OR spiritualiteit*[tiab] OR "existentele dimensie*[tiab] OR "spiritueel welzijn*[tiab] OR levensvra*[tiab] OR "positieve gezondheid*[tiab] OR "holistische zorg*[tiab] OR holisme*[tiab] OR "existentiële zorg*[tiab] OR "spirituele zorg*[tiab]	333.489
#3	#1 OR #2	334.617
#4	need*[tiab] OR require*[tiab] OR struggl*[tiab] OR question*[tiab] OR "life question*[tiab] OR "existential need*[tiab] OR "need for meaning*[tiab] OR "meaning need*[tiab] OR "existential need*[tiab] OR support*[tiab] OR guid*[tiab] OR assist*[tiab] OR counsel*[tiab] OR "support need*[tiab] OR "need for support*[tiab] OR expertise*[tiab] OR competen*[tiab] OR "spiritual competen*[tiab] OR "spiritual care*[tiab] OR "spiritual care competen*[tiab] OR "spiritual care attitude*[tiab] OR "spiritual care training*[tiab] OR skill*[tiab] OR proficien*[tiab] OR ability*[tiab] OR able*[tiab] OR "ill equipped*[tiab] OR unequipped*[tiab] OR incompeten*[tiab] OR incapacity*[tiab] OR inability*[tiab] OR unskill*[tiab] OR ondersteuningsbehoefte*[tiab] OR zingevingbehoefte*[tiab] OR "existentiële behoefte*[tiab] OR "behoefte aan zin*[tiab] OR "behoefte aan zingeving*[tiab] OR "spirituele begeleiding*[tiab] OR "spirituele vaardighe*[tiab] OR "spirituele competentie*[tiab] OR onbekwaam*[tiab] OR incompetent*[tiab] OR handelingsverlegen*[tiab]	8.696.435
#5	#3 AND #4	185.970
#6	"home care patient*[tiab] OR "home health care patient*[tiab] OR "thuiszorgpatient*[tiab] OR "home care*[tiab] OR "home health care*[tiab] OR "home caregiv*[tiab] OR thuiszorg*[tiab] OR "primary care*[tiab] OR "primary health care*[tiab] OR eerstelijnszorg*[tiab] OR "eerstelijns gezondheidszorg*[tiab]	197.065
#7	#5 AND #6	4.926
#10	Vanaf 2020	1.433
#10	Vanaf 2013	3.203
#11	Meta-analysis OR systematic review	272

## Bijlage 2. Thesis Demi de Jong (interviews cliënten)

### A GENERIC DESCRIPTIVE QUALITATIVE STUDY OF EXPECTATIONS REGARDING SPIRITUAL CARE AMONG HOME CARE PATIENTS

Final Master Thesis 22 Jun 2023

Utrecht University Master Klinische Gezondheidswetenschappen Programma Verplegingswetenschap

Dr. S. C. J. M. Vervoort – Lecturer

Dr. A. de Jonge – Supervisor Hogeschool Viaa, Zwolle

#### ABSTRACT

**Title:** A generic descriptive qualitative study of expectations regarding spiritual care among home care patients.

**Background:** Even though spiritual care is recognized as a critical domain in nursing care, home care professionals tend to avoid it. It is unknown whether the language of procedures and terms is in line with home care professionals' vocabulary. Nevertheless, patients expect to receive adequate spiritual care. Limited literature is available on the expectations of patients in home care, and if these should be differentiated for educational levels of home care professionals.

**Research question:** What are expectations of patients in home care regarding spiritual care, related to different NLQF levels of care professionals?

**Methods:** The study was conducted using a qualitative, descriptive design with semistructured face-to-face interviews. Twelve patients were interviewed in March and April 2023. Demographic characteristics of the patients were collected during the interviews to verify maximum variation. Data were subjected to Braun & Clarke's approach of six steps of Thematic Analysis.

**Results:** Coding and categorisation of the interviews resulted in three main themes: patient-reported expectations of SC, the importance of interpersonal relationships in spiritual distress, and perspectives on the role of home care professionals.

**Conclusion:** The findings suggest that SC is mostly concerning home care professionals' attitudes, which are not differentiated upon, and skills, that can be taught and differentiated upon for educational levels.

**Practical implications:** Creating home care teams with variety of educational levels for more expertise could result in meeting expectations of patients regarding spiritual care.

**Keywords:** spiritual care, home care, educational levels.

## INTRODUCTION

An increasing amount of literature acknowledges the significance of spiritual care (SC) in nursing practice<sup>1,2</sup>. SC according to Van Leeuwen et. al. 2021 is: 'Care which recognises and responds to the human spirit when faced with life-changing events or sadness, and can include the need for meaning, for self-worth, to express sacrament, or simply for a sensitive listener. Patients as well as care professionals consider SC essential in palliative and chronic care<sup>2</sup>. SC begins with encouraging human contact in compassionate relationship and moves in whatever direction need requires<sup>3</sup>. SC is recognized as a critical domain in nursing care, benefitting perceived quality of life and health of patients<sup>4</sup>.

Home care professionals (HCPs) report a better level of self-competence in SC than care professionals in hospital settings<sup>5</sup>. Unfortunately, the prevalence of spiritual distress, the negligence of spirituality, in home care remains close to 50 per cent<sup>2,6</sup>. HCPs are expected to recognize spiritual needs, deliver SC and act upon SC issues according to patients' needs<sup>7,8</sup>.

Several factors contribute to the avoidance of HCPs addressing SC issues: a negative attitude, confusion about tasks, a lack of appropriate vocabulary, avoidance of spiritual concerns, not consulting colleagues due to autonomous work, and inadequate corporation between care professionals<sup>6,9</sup>. Procedures and terms are written by highly educated researchers, of whom most have a background in theology and chaplaincy, but do not correspond with the language and tasks of healthcare professionals<sup>10</sup>. Few literature is available on the match of language and tasks of SC academic tools and the daily practice of HCPs.

Confusion about tasks might arise as a result of the different levels of HCPs who comprise home care teams. All levels have their specific set of tasks and limits as described in educational profiles, however, for SC, these are the same for all NLQF levels of HCPs. The Dutch Qualification Framework (NLQF)<sup>11</sup> stipulates healthcare qualifications in the Netherlands. HCPs with educational level 3, 4, 6 and 7 are part of the multidisciplinary home care teams, including levels 3 for nursing assistant, 4 for intermediate vocational educational nurses, 6 for bachelor degree nurses, and 7 for advanced nurse practitioner. The level 5 of associate degree is not formally specified in the Netherlands.

There is a demand for patients to have their HCPs address SC and refer to specialists when indicated<sup>2</sup>. Limited literature is available on the expectations of patients in home care regarding SC, or patients' expectancies by different levels of care professionals<sup>2</sup>. A qualitative exploration of the expectations of patients in home care is an important way to ensure that patients receive SC in accordance with their expectations. Moreover, higher education levels of care professionals are associated with improved patient-related morbidity and mortality outcomes<sup>12</sup>.

This study was part of a project on the differentiation of SC in home care, namely the 'Kenniswerkplaats Zingeving en Geestelijke Verzorging in de Eerste Lijn '(ZGV EL project). It aims to expand the meaningful use of SC. This project, comprised of more sectors, includes the conducting of a needs assessment, a knowledge synthesis, and the development of an education module. This study will contribute to the needs assessment of patients. There is also a needs assessment conducted for HCPs in another study as part of the project.

## RESEARCH QUESTION

What are expectations of patients in home care regarding spiritual care, related to different NLQF levels of care professionals?



## METHOD

SC is interpreted in various ways, requiring an open approach involving semi-structured face-to-face interviews. This study was conducted using a qualitative, descriptive design. Due to the exploratory nature of the study, data were obtained with the goal of understanding and describing patients' expectations<sup>2,13</sup>. The COREQ checklist was used to facilitate complete reporting of results<sup>14</sup>.

### Population and domain

Spiritual care reimbursements are available in the Netherlands to two groups of patients. Patients must be 50 years old or older, or be on a palliative care trajectory<sup>15</sup>. A palliative care trajectory in home care is referred to in this study when patients get somatic care for chronic, incurable diseases<sup>18</sup>. End-of-life care is the final part of palliative care, which centres around the quality of the last phase of life<sup>8</sup>.

This study included 12 patients. Patients were recruited from home care services of Opella and Zorggroep Oude en Nieuwe Land (ZONL) organisations. These two Dutch home care organisations agreed to participate in the ZGV EL project, as they see SC as an important part of healthcare and want to contribute to its improvement. The following were the inclusion criteria: a palliative care trajectory<sup>15</sup> in home care of Opella or ZONL; AND/OR An adult of 50 years of age or older receiving care from Opella or ZONL. Being unable to understand, speak, and comprehend Dutch language and an active diagnosis of dementia or delirium were the exclusion criteria<sup>16,17</sup>.

### Data collection

Data were collected in March and April 2023 by researcher DJ. The structure of the interviews was provided by the interview guide. The interview guide is in line with the interview guide that is used for the interviews with HCPs in the ZGV EL project. The interview guide was set up in accordance with supervising researcher AJ, being an expert on the subject due to previous research from corresponding SC topics. The interview guide was based on a nationwide study on the integration of spiritual care in primary care 'Palliatief Landelijk Onderzoek Eerstelijns Geestelijke Verzorging' (PLOEG-3)<sup>18</sup>. This study focused on palliative care, however, the HCPs mentioned in their interviews that they use the questions for patients with no palliative diagnosis as well, making the interview guide suitable. The topic list of one specific study was requested personally from the author and used as a base<sup>19</sup>. Table 1 displays the three main topics of the interview guide with example questions. The first topic is mainly added to introduce the patient to the topic of SC, which can be difficult to talk about, and to guide the patient towards the topics to answer the research question. The NLQF levels of care professionals are not asked about directly during the interview, because it is unknown if the patients are aware of their meaning.

**Table 1: Set up of the interview guide with example questions**

Theme	Sub theme
Experiences of SC	Can you describe a moment in your life that is/has been very important to you? What was of value to you in that moment?
Sources of meaning	Who are important to you when it comes to meaning? With whom do you ever talk about what is meaningful/of value in your life? Where do such conversations take place?

Expectations regarding spiritual care in home care professionals	<p>What conversations have you had with care professionals about spiritual care?</p> <p>Who from the home care team would you prefer to have spiritual care conversations with?</p> <p>Do you feel that in your conversation with the professional(s), there is space to talk about what is meaningful or of value in your life? If so, what do you notice about this?</p> <p>How would you like to see spiritual care reflected in home care?</p>
--	--

Demographic characteristics of the patients were collected during the interviews to be able to create insight in the type of population during analysis; diagnosis, age, gender, religion/beliefs, rural or urban living situation, and educational level<sup>2</sup>.

### Data analysis

Data analysis started three days after the first interview was conducted to ensure an iterative approach<sup>20</sup>. Data were presented as audio files and memos. Interviews were transcribed verbatim. Data were subjected to thematic analysis. Braun & Clarke's approach of six steps was used (Table 2)<sup>13,21</sup>. Microsoft Excel was used as statistic program to examine descriptive statistics.

**Table 2: Six phases of thematic analysis**

Step 1: becoming familiar with the data	<p>The transcripts were read in total for several times, until researcher DJ understood the transcript in its entirety. Notes were written in the headline if deemed necessary, as concepts that occurred to the researcher.</p> <p>Transcripts were entered in Atlas.ti version 23 Software.</p>
Step 2: forming of initial codes	<p>Analysis was alternating with data collection. After every three interviews, an initial coding phase started. The first three transcripts were individually reviewed by two researchers: DJ and SH, creating agreement for a coding framework following first an open, next an axial coding approach. The following nine interviews were reviewed by supervising researcher DJ. Codes were discussed with researcher AJ. If new codes emerged in the interviews, these were discussed with SH and AJ and added to the coding framework if consensus was reached.</p>
Step 3: search for themes	<p>Content in the coded categories was reviewed individually by researcher DJ to identify key content, and key patterns and subsequently emerged into themes. Codes were discarded if they seemed to vague or irrelevant, or combined with other codes, into fewer themes.</p>
Step 4: reviewing the themes	<p>Themes were checked to be in line with the research question to be certain of their accuracy and representation of the subject. Researcher AJ, who has expertise in thematic analysis, reviewed these themes together with researcher DJ, resulting in a thematic map of themes.</p>
Step 5: define themes	<p>This was about phrasing the themes and sorting how they helped understand the data. Changing terminology was also fitting with step five to name the themes more appropriate.</p>

Step 6: writing up	A draft report was written by researcher DJ, addressing one theme at a time. Citations were used as an example. Lastly, a conclusion was written to answer the research question. The report was reviewed by researcher AJ and researcher BC, experienced in SC studies. Necessary adjustments were made.
--------------------	---

### Study procedures

Both home care organisations that recruited patients assigned one representative. This representative informed home care teams about the study and was an intermediary for the home care teams with researcher DJ. The HCPs approached the patient face-to-face about this study. If the patient was interested, their phone number was given to researcher DJ, who contacted the patient to explain the study and plan a date and time for the interview. The patient information letter was sent to the patient before the interview.

The interview took approximately 60 minutes, ranging from 28 to 70 minutes, and was conducted at the patients' place of residency. This is for the sake of the natural setting of the patient. All patients consented to be interviewed at home. After each interview, the researcher audiotaped a short reflexive audiotape about the impressions of the interview, to create a reflexive diary with memos. The first interview was a pilot interview, after which reviewing of researcher DJ and AJ ensured that the questions were clear for the patients and time was managed well.

### Trustworthiness

Measures were taken to achieve trustworthiness in this study in accordance with the four criteria of Lincoln and Guba<sup>22</sup>: credibility, transferability, dependability, and confirmability. Credibility is enhanced due to peer-reviewing with independent MSc candidates. Next, a simplified way of member checking was done with the patients to check if the questions in interview guide were interpreted accordingly or if there were any topics they were missing. Last, the consulting of a second researcher to analyse the first three interviews ensured intercoder agreement<sup>31</sup>, resulting in data that derived from the interview, rather than from interpretations.

Transferability was not the aim of this qualitative approach, however, due to the aim of thick description, users of the study are able to judge if the content is transferable to their own specifics. Memo's during the interviews made sure that any contextual and relevant details were noted and interpreted, these were used in the coding<sup>32</sup>. Dependability was reached due to the written Data Management Plan, to have the data traceable and documented. The Confirmability is established when the above criteria are reached. Last, bracketing was done by the interviewer; where feedback was obtained by the researcher by listening the audios and reading the memos, creating a reflection regarding the researcher's own philosophical assumptions.

### Ethical considerations

This study was conducted according to Good Clinical Practice, Code of Conduct for Medical Research, the Dutch Medical Treatment Contracts Act (WGBO), and in accordance with the EU General Data Protection Regulation (EU GDPR)<sup>23-25</sup>. All procedures were conducted following the ethical standards of the institutional and regional research committee and with the Declaration of Helsinki<sup>26</sup>. Written informed consent was obtained from patients in advance of the interview. Data is stored for 10 years as per the EU General Data Protection Regulation<sup>24</sup> on a secure digital drive.

## RESULTS

### Patients

In this study, 12 adults participated. To maintain patients' privacy, demographic characteristics are represented in groups (Table 3).

**Table 3 Demographic characteristics of patients**

<b>Patients</b>	<b>(n =12)</b>
Mean age in years $\pm$ SD	80.3 $\pm$ 10.21
Gender	
Female, n (%)	8 (66.7)
Male, n (%)	4 (33.3)
Diagnosis	
Chronic palliative care, n (%)	11 (91.2)
End-of-life care, n (%)	1 (8.3)
Living situation	
Rural, living alone, n (%)	9 (75)
Rural, living with partner, n (%)	3 (25)
Religion	
Christian, n (%)	7 (58.3)
None, n (%)	3 (25)
Non-specific, n (%)	2 (16.7)
Educational level	
Associate's or Technical Degree, n (%)	7 (58.3)
College or Baccalaureate Degree, n (%)	2 (16.7)

Some college, no degree, n (%)	2 (16.7)
Doctoral or Post Graduate education, n (%)	1 (8.3)

**Table 4 Themes and subthemes of spiritual care expectations**

Theme	Subtheme
Patient-reported expectations of SC	Having a connection with their HCP To be skilled in difficult conversations Taking time
The importance of interpersonal relationships in spiritual distress	
Perspectives on the role of HCPs	

**Theme 1. Patient-reported expectations of SC**

Subtheme 1. Having a connection with their HCP

Patients mentioned the feeling of a connection, and showing compassion and presence as important expectations regarding SC. These expectations are used interchangeably and seem to overlap each other. Other expectations are showing trustworthiness and being honest. These expectations concern HCPs' attitudes towards SC and their patient. It is a very individualized expectation, as feeling a connection was defined differently by every patient. No patients mentioned educational levels in this theme.

*P4. ... "You also just have to have a connection with someone, at the very top. [...] It is hard to say why I have a connection with you and not with someone else. I think it has something to do with your gut."*

*P8. ... "The connection is very important. After all, they are initially strangers visiting you."*

These findings above suggest that SC expectations are partly concerning HCPs' attitudes. Their attitudes can be improved with education, but are supposed to be the same for every HCP. Therefore, the expectations regarding HCPs' attitudes cannot be differentiated upon for educational levels.

Subtheme 2. To be skilled in conversations

Patients expect HCPs to be skilled in difficult conversations, in order to be able to address SC. First, patients find it hard to bring up difficult topics, so they expect HCPs to sense their spiritual need. An example of this is that patients mention starting a conversation about something that had an impact on them, and they expect the HCP to address this topic and want the HCP to initiate a conversation about their spirituality.

P3. ... *"Last week I was in the shower with [HCP], and my hair fell out, it came off my head in handfuls. It was very intense and I found it very dirty. But then we did come to a conversation."*

P5. ... *"She knew I had Kahler's disease. [...] I could not get out of my bed. It hurt so much and I felt so sick, so miserable. I said to her: let me fall, then I can die. It sounds very sad, but I meant it. I'm glad she didn't drop me, but that she started talking to me about it."*

Sensing patients' spiritual needs can also be about skills in giving advice, taking an extra step to provide for the patient in difficult times. Some patients stated that HCPs don't respond to their conversation, which they feel is very disappointing.

Patients expect home care professionals to listen and respond actively, and thinking along with the patient on the subject. Experience was mentioned to be important, in terms of maturity. This type of experience is often related to age of the HCP or the way a SC topic is approached in conversation.

P8. ... *"It has to do with their empathy, good understanding of the complaints, and agreeable way of handling and listening to me."*

To summarize this sub theme, it includes HCPs' skills, which can be taught differently for each educational level. The skills that are expected of patients concern conversational skills, to recognize spiritual needs of patients and act upon them accordingly. Next, maturity can be gained during years of experience in HCPs' profession, and can be different individually for every HCP. Patients do not mention educational levels specifically, but it can be concluded that education is important to learn the skills that patients expect.

### Subtheme 3. Taking time

It is expected of HCPs to take time for SC. According to patients, this mostly happens when HCPs have no next patients to attend. Patients do not mention different educational levels of their HCPs. What patients do mention about this, indirectly, is that health care assistants (NLQF 2-3) are more likely to take extra time when needed. Health care assistants visit the patients more often than health care professional (NLQF 4, 6). Patients mention that it is therefore more logical for them to stay for a cup of coffee or tea, which gives the patient the time to talk about something important to them.

P2. ... *"The ladies often had extra time. I thought that was the best thing about it. We were often the last and then they had time to spare."*

P3. ... *"They are visiting me at the end of their route, so they have plenty of time for me."*

Another important expectation is HCPs literally sitting down when the patient is sitting as well.

P12. ... *[When asked about the facilitating factors of the SC conversation that happened recently] "Well look, just like you sit there, and you ask something of me, I can talk about that and answer that calmly. [...] If I had one of them here and they would sit there [points at place researcher DJ is sitting on the couch], it [SC] would probably happen, but not in their work, no absolutely not."*

What is mostly said by the patients, is that time is a burden for SC. Even if patients expect HCPs to take their time, most know that there is only little. Patients mention that they sometimes do get asked how they are doing, but they say they are fine because the HCPs seem in a hurry.

P3. ... *"If someone is here who is in a hurry, who doesn't hear or see me, I won't speak about it [spiritual distress]. I would say I am fine and that they can go." P12 ... [When asked if patient ever has a conversation like this with home care professionals] "No, of course not! Haha! Sweetheart, they have no time for that at all."*

To summarize, specifically health care assistants take more time than indicated in their schedule, when this is needed by the patient. This may be related to health care assistants knowing the patient better, and therefore better sensing their spiritual distress and need for a conversation. This may also be, because the patient is the last on their route, which results in health care assistants having more time to spend.

Theme 1 directly gives insight in the research question of this study. Theme 2 and 3 are secondary information, however crucial to understanding the first theme.

### **Theme 2. The importance of interpersonal relationships in spiritual distress**

Patients mention that family and friends would be their first choice to talk to, if they have these available. Patients who have no family or friends consult a pastor or someone else from their church community. Patients consult home care when they have no family, friends or a church community. This means that patients have few to no SC expectations of HCPs when they can talk about SC with their family, friends, and pastors. These patients do not mention a specific educational level to be important. Next, the religious patients mentioned that it is important to talk to someone with the same beliefs. This could say something about the expectations regarding HCPs, namely that it might be advantageous to talk to a HCP with the same beliefs as the patient. Religious patients do not mention an educational level of HCPs.

*P12. ... "I would still like to mention that it [SC] is very important for people who are alone. Most people are alone because their partners have passed away or whatnot. And you can mention it, but it's not listened to. And then I still like to think, you are home care and that is also a side of healthcare."*

*P5. ... "I would prefer to receive spiritual care from someone who is church-going. You can't partake with all of them about that."*

*P11. ... "For such things [SC], there should be a pastor or a substitute pastor. [...] You don't know if they, from home care, whether they believe the same as you do. They can't talk about it then."*

### **Theme 3. Perspectives on the role of HCPs**

Few patients mentioned there is a distinction between health care assistants (NLQF 2-3) and health care professionals (NLQF 4 and 6). These were patients with a former job in health care or patients with a higher educational level themselves. For these patients, this distinction regarding SC is important. They indicate that for health care professionals, it is part of their job to address SC. They view health care assistants more regularly for physical aid only, as this is seen as a less complex type of care. Patients that were aware of the distinction between health care assistants and health care professionals more frequently have other expectations regarding SC. For example, these patients mention that it is important to have a higher educational level to perform SC. The word nurse was mentioned, relating to NLQF 4 and 6.

Most of the patients did not know what educational levels their care professionals have. Data from these patients included few differentiations between tasks and roles of different levels of HCPs.

*P1. ... "Well, I did have that conversation with someone from home care, who is a bit higher in the position. Then you can discuss things like that."*

*P12. ... "The nurse will maybe listen to you a little better because it is her role."*

## DISCUSSION

This study aimed to better understand the expectations of patients in home care regarding spiritual care, related to different NLQF levels of care professionals. It appears that for some patients, expectations are linked to different NLQF levels of care professionals, either directly or indirectly, and sometimes they are not.

The three themes that derived from this study show that spirituality, its views and preferences vary widely among the individual patients.

The first theme comprised of expectations of patients regarding SC. Sub categories that derived from this show the importance of having a connection, being skilled in difficult conversations, and taking time for SC.

According to patients, time is stated to be the biggest barrier for HCPs to attain to SC. These results support previous research, which emphasize on not only the barrier of time, but more likely also the lack of motivation or interest, according to patients, their caregivers, and HCPs<sup>2,27,28</sup>.

In the EPICC Spiritual Care Education Standard, HCPs' competencies are matched to skills, attitudes, and knowledge. Skills and attitudes were both facilitating and obstructing factors, as reported differently by each individual patient in this study as well as others<sup>2,27</sup>. Most facilitating factors regarding SC focused on HCPs' attitudes towards spirituality.

The second theme addresses the importance of having a network with interpersonal relationships to approach in spiritual distress. Patients that have good private relationships with others than HCPs approach these first. The importance of having friends and family during times of psychological need is confirmed in the study of Tkatch<sup>29</sup>. Church-going patients consult their pastors or other church-community members. This is in line with findings in the study of Hajinejad<sup>30</sup>; patients reported to perform religious activities with other religious people to cope with their spirituality. Lastly, religious patients have a preference to speak with someone with the same religion, either in their private relationships or with HCPs.

The third theme concerns patients' perspectives on the role of HCPs. Patients that are unaware of the different educational levels of their HCPs mostly view HCPs' roles to be for physical care. This result has not previously been described. Patients who are lonely or in spiritual distress, seek their HCPs to talk about their need for SC. Most patients try to initiate this conversation, and expect HCPs to respond to this. A previous study states that SC should be addressed to those who need it, especially in end-of-life care. This study was not able to demonstrate that<sup>2</sup>. Lastly, the researcher conducted this study to research differences in educational levels of the HCPs and whether there were other expectations for them. Little data derived from the interviews about this. The information that is given mostly indirectly links to educational levels of HCPs. One interesting finding is that patients differentiate between health care assistants (NLQF 2-3) and health care professionals (NLQF 4, 6). These are different educational levels than were expected, so therefore valuable to gain insight in patients' perspectives.

The individual face-to-face interviews in this study help to identify main issues that patients experience. Reliability was enhanced due to writing memos by the researcher during the interview, audio recording and verbatim transcribing of the data.

The data suggests that SC requires a trained interviewer who is capable of having difficult conversations. Researcher DJ, who conducted the interviews, is experienced in end-of-life conversations. It is a strength of this study that the interviewer had skills and qualities to attend to the topic. Another important skill is that the researcher was using the words that the patient applied, creating an inclusive and adaptable definition. This was important because spirituality, or spiritual care, is an individual's preference.

Recruiting from multiple teams from two organisations reduced the likelihood of selection bias. For chronic palliative care patients, data saturation was reached. However, as only one patient with end-of-life care was interviewed, this did not result in data saturation. Another limitations is that the findings and results of this study may not be generalizable due to the small sample size and scope. Next, the recruitment of patients by home care organisations resulted in limited insights in



pre-screening feedback, so only a few reasons for not participating were obtained. Because the researcher maintained a neutral way of articulating and addressing SC, it was more challenging to have conversations with patients who have a different level of abstraction or a different religion than the researcher. This was noticeable during the interview.

The last limitation of this study concerns the little direct data that was derived from the interviews regarding different expectations for educational levels. Data about this was mostly obtained during analysis of the data, and is linked indirectly to the educational levels of HCPs. An important reason for this was that the interview started with other, more easy-going topics of SC, to get started on the topic. For some patients, this was the most that they spoke directly about SC. They found it hard to open up about the topic.

This study shows the expectations of home care patients of HCPs regarding SC. Skills and attitudes are being formed on different aspects and levels of education. Even though this is not recognized by the patients in this study, it cannot be concluded that educational level of HCPs is irrelevant. Future research is needed to learn more about the needs of HCPs and whether this is in line with the expectations of patients. This could also create insights in the differentiation of educational levels regarding SC. Next, an educational module could be developed. This is what the ZGV EL project aims to create. More information is needed about the expectations of patients with end-of-life care, because this data was unfortunately not derived from this study. An additional study should be conducted regarding end-of-life care expectations of patients and whether this is in line with patients with chronic palliative care.

New implications are always suggested in HCPs' work, often creating a higher workload. To minimize this higher workload, it could be beneficial for home care teams to have different HCPs with varying educational levels. This variety makes sure that expertise is granted on many different subjects of home care, on the condition that HCPs consult each other and are aware of each other's expertise. For SC, this could result in more possibilities of patients to find one HCP that they feel a connection with.

## CONCLUSION

These findings suggest that patients have no spiritual expectations for HCPs when their health, both physical and spiritual, is good. In this case, patients turn to their interpersonal relationships. However, when faced with setbacks and patients have few people to talk to, there is a demand from them to HCPs to sense their need for SC. Next, SC requires HCPs to be competent in skills and attitudes regarding SC. Skills can be taught and differentiated upon for educational levels. But SC is mostly concerning HCPs' attitudes. This should be the same for every HCP.

Lastly, according to some patients, a distinction can be made between health care professionals (NLQF 4 and 6) and health care assistants (NLQF 2 and 3).

## REFERENCES

- 1 Ruder S. Spirituality in Nursing. *Home Healthc Nurse*. 2013 Jul;31(7):356–67.
- 2 Selman LE, Brighton LJ, Sinclair S, Karvinen I, Egan R, Speck P, et al. Patients' and caregivers' needs, experiences, preferences and research priorities in spiritual care: A focus group study across nine countries. *Palliat Med*. 2018 Jan 12;32(1):216–30.
- 3 Leeuwen R, Attard J, Ross L, Boughey A, Giske T, Kleiven T, et al. The development of a consensus-based spiritual care education standard for undergraduate nursing and midwifery students: An educational mixed methods study. *J Adv Nurs*. 2021 Feb 30;77(2):973–86.

- 4 Cone PH, Giske T. Integrating spiritual care into nursing education and practice: Strategies utilizing Open Journey Theory. *Nurse Educ Today*. 2018 Dec;71:22–5.
- 5 Leeuwen R van, Schep-Akkerman A. Nurses' perceptions of spirituality and spiritual care in different health care settings in the Netherlands. *Religions (Basel)*. 2015 Nov 27;6(4):1346–57.
- 6 Cipta A, Turner B, Haupt EC, Werch H, Reinke L, Mularski RA, et al. Spiritual distress: symptoms, quality of life and hospital utilisation in home-based palliative care. *BMJ Support Palliat Care*. 2021 11(3):322–8.
- 7 Lambregts J, Grotendorst A, van Merwijk C. Bachelor of Nursing 2020: Een toekomstbestendig opleidingsprofiel 4.0. 2020.
- 8 IKNL. Richtlijn palliatieve zorg. 2017.
- 9 Klop HT, Koper I, Schweitzer BPM, Jongen E, Onwuteaka-Philipsen BD. Strengthening the spiritual domain in palliative care through a listening consultation service by spiritual caregivers in Dutch PaTz-groups: an evaluation study. *BMC Palliat Care*. 2020 Dec 29;19(1):92.
10. Zandbergen A, Buning L, Damsma A. Eindrapportage-Zinvol-samenwerken-in-de-thuissituatie. 2022;
11. NCP NLQF. Dutch Qualification Framework (NLQF) [Internet]. [cited 2022 Sep 29]. Available from: <https://nlqf.nl/nlqf-niveaus>
12. Sermeus W, Aiken LH, van den Heede K, Rafferty AM, Griffiths P, Moreno-Casbas MT, et al. Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nurs*. 2011 Dec 18;10(1):6.
13. Bradshaw C, Atkinson S, Doody O. Employing a Qualitative Description Approach in Health Care Research. *Glob Qual Nurs Res*. 2017 Nov 21;4.
14. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007 Sep 16;19(6):349–57.
15. Zorg voor Beter. Geestelijke verzorging thuis vergoed [Internet]. 2020 [cited 2022 Sep 27]. Available from: <https://www.zorgvoorbeter.nl/nieuws/geestelijke-verzorging-thuisvergoed#:~:text=De%20regeling%20Geestelijke%20Verzorging%20Thuis,verzorgers%20actief%20in%20de%20thuisituatie>.
16. Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, Paulk ME, Lathan CS, Peteet JR, et al. Religiousness and Spiritual Support Among Advanced Cancer Patients and Associations With End-of-Life Treatment Preferences and Quality of Life. *Journal of Clinical Oncology*. 2007 Feb 10;25(5):555–60.
17. Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-Standaard Delier. 2020 May.
18. Leget C. Palliatief Landelijk Onderzoek Eerstelijns Geestelijke verzorging (PLOEG) deelproject 3: "Integratie GV eerste lijn vanuit 3 multidisciplinaire praktijken." 2019;
19. Fitch MI, Bartlett R. Patient Perspectives about Spirituality and Spiritual Care. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2019 Apr;6(2):111–21.
20. Westland H, Koop Y, Schröder CD, Schuurmans MJ, Slabbers P, Trappenburg JCA, et al. Nurses' perceptions towards the delivery and feasibility of a behaviour change intervention to enhance physical activity in patients at risk for cardiovascular disease in primary care: A qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2018 Dec 12;19(1).
21. Maguire M, Delahunt B. *Doing a Thematic Analysis: A Practical, Step-by-Step Guide for Learning and Teaching Scholars*. \*. 2017.
22. Nowell LS, Norris JM, White DE, Moules NJ. Thematic Analysis: Striving to Meet the Trustworthiness Criteria. *Int J Qual Methods*. 2017 Sep 28;16(1).

23. Commissie Regelgeving Onderzoek. Gedragscode Gezondheidsonderzoek [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 29]. Available from: <https://www.coreon.org/wpcontent/uploads/2022/01/Gedragscode-Gezondheidsonderzoek-2022.pdf>
24. Official Journal of the European Union. REGULATION (EU) 2016/679 OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL. 2016 Apr.
25. Committee for Human Medicinal Products. Guideline for good clinical practice E6(R2). 2016 [cited 2022 Oct 29]; Available from: [https://www.ema.europa.eu/en/documents/scientific-guideline/ich-e-6-r2-guidelinegood-clinical-practice-step-5\\_en.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/scientific-guideline/ich-e-6-r2-guidelinegood-clinical-practice-step-5_en.pdf)
26. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA. 2013 Nov 27;310(20):2191.
27. Can Oz Y, Duran S, Dogan K. The Meaning and Role of Spirituality for Older Adults: A Qualitative Study. J Relig Health. 2022 Apr 1;61(2):1490–504.
28. Best M, Butow P, Olver I. Why do We Find It so Hard to Discuss Spirituality? A Qualitative Exploration of Attitudinal Barriers. J Clin Med. 2016 Sep 1;5(9):77.
29. Tkatch R, Musich S, MacLeod S, Kraemer S, Hawkins K, Wicker ER, et al. A qualitative study to examine older adults' perceptions of health: Keys to aging successfully. Geriatr Nurs (Minneap). 2017 Nov 1;38(6):485–90.
30. Hajinejad F, Ebrahimi E, De Jong A, Ravanipour M. Factors promoting Iranian older adults' spirituality: A qualitative content analysis. BMC Geriatr. 2019 May 9;19(1).
31. O'Connor C, Joffe H. Intercoder Reliability in Qualitative Research: Debates and Practical Guidelines. Int J Qual Methods. 2020;19.
32. Ponterotto JG. Brief Note on the Origins, Evolution, and Meaning of the Qualitative Research Concept "Thick Description." Vol. 11, The Qualitative Report. 2006.

### Bijlage 3. Zoekstrategie literatuur zorgprofessionals

	Query	Results
#1	"zorg voor zingeving"[tiab] OR "spiritual car*" [tiab] OR "holistic care" [tiab] OR holis* [tiab] OR "existential care" [tiab] OR "spiritual care" [tiab] OR "existentiële zorg" [tiab] OR "spirituele zorg" [tiab] OR "existential meaning"[tiab] OR spirituality[MeSh] OR religion[MeSh]	103,368
#2	"support need*" [tiab] OR "need for support" [tiab] OR expertise*[tiab] OR competen* [tiab] OR "spiritual competen*" [tiab] OR "spiritual care competen*" [tiab] OR "spiritual care attitude" [tiab] OR "spiritual care training" [tiab] OR skill*[tiab] OR proficien* [tiab] OR ability*[tiab] OR able[tiab] * OR "ill equipped"[tiab] OR unequipped*[tiab] OR incompeten*[tiab] OR incapacity*OR inability*[tiab] OR unskill*[tiab] OR ondersteuningsbehoefte*[tiab] OR "spirituele begeleiding" [tiab] OR "spirituele vaardighe*" [tiab] OR "spirituele competentie*" [tiab] OR onbekwaam*[tiab] OR incompetent*[tiab] OR handelingsverlegen*[tiab] OR "profession*[tiab] responsibilities" [tiab]	2,054,760
#3	profession*[tiab] OR vocation*[tiab] OR work*[tiab] OR beroep*[tiab] OR beroepsvaardig*[tiab] OR nurs*[tiab] OR "home care*" [tiab] OR "home health care*" [tiab] OR "home caregiv*" [tiab] OR "home care provider" [tiab] OR verpleegkund*[tiab] OR verpleegster*[tiab] OR verpleger*[tiab] OR thuiszorg* [tiab] OR thuiszorgmedewerker*[tiab] OR "primary care" [tiab] OR "primary health care" [tiab] OR eerstelijnszorg*[tiab] OR "eerstelijns gezondheidszorg" [tiab] * OR "community care"* [tiab] or "health visiting" [tiab] OR "home health nursing"[MeSh]	2,813,074
	#1 AND #2 AND #3 + Filter: Meta-Analysis, Systematic Review, in the last 10 years, Dutch, English	136

## Bijlage 4. Zoekstrategie literatuur NAZ

	Zoekwoorden	Resultaten
# 1	(((((((((((((((((((((((Alle_velden="Zorg voor zingeving") OR (Alle_velden="spirituele zorg")) OR (Alle_velden="holistische zorg")) OR (Alle_velden=holisme)) OR (Alle_velden="existentiële zorg")) OR (Alle_velden=religie)) OR (Alle_velden=geloof)) OR (Alle_velden=spiritualiteit)) ) ) AND (Alle_velden=attitude)) OR (Alle_velden="spirituele begeleiding")) OR (Alle_velden="spirituele vaardigheden")) OR (Alle_velden=zingevingcompetenties)) OR (Alle_velden="spirituele competenties")) OR (Alle_velden=verantwoordelijkheden)) OR (Alle_velden=onbekwaam)) OR (Alle_velden=bekwaam)) OR (Alle_velden=handelingsverlegen)) OR (Alle_velden=handelingsverlegenheid)) OR (Alle_velden="spirituele zorg houding") OR (Alle_velden=ondersteuningsbehoeften)) AND (Alle_velden=Verpleegkundige)) OR (Alle_velden=verzorgenden)) OR (Alle_velden="verpleegkundig specialisten")) OR (Alle_velden=thuiszorg)) OR (Alle_velden="thuiszorg medewerker")) OR (Alle_velden=eerstelijnszorg)) OR (Alle_velden=verpleger)) OR (Alle_velden=verpleegster)) OR (Alle_velden="eerstelijns gezondheidszorg"))	4978
# 2	(((((((((((Alle_velden="spirituele zorg") OR (Alle_velden="zorg voor zingeving")) OR (Alle_velden="existentiële zorg")) OR (Alle_velden="spiritual care")) AND (Alle_velden="spiritual care")) OR (Alle_velden="spirituele begeleiding")) OR (Alle_velden=ondersteuningsbehoefte)) OR (Alle_velden="spirituele competenties")) AND (Alle_velden=verpleegkundig)) OR (Alle_velden=verzorgende)) OR (Alle_velden=thuiszorg)) OR (Alle_velden=thuiszorgmedewerker)	2090
# 3	(((Alle_velden="zorg voor zingeving ") OR (Alle_velden=" spirituele zorg ") OR (Alle_velden="existentiële zorg")) OR (Alle_velden=spiritualiteit)	175 > 2020-2023 geselecteerd

## Bijlage 5. Topiclist / interviewguide zorgprofessionals

Deze interviewguide voor zorgverleners is een houvast voor de interviewer en geeft praktijkinstellingen (Opella en ZONL) zicht op de inhoud van de te voeren gesprekken. Achtereenvolgens wordt schematisch weergegeven waar het interview over zal gaan (1), wat de onderzoeksvraag is (2) en geeft het de opzet van het gesprek op hoofdlijnen weer (3).

### 1. Schematisch overzicht

Thema	Deelthema	Tijdsindicatie
Introductie		5 minuten
Zingeving in het werk	Momenten waarop zin wordt ervaren in de werksituatie	15 minuten
	Momenten waarop zingeving in het gedrang komt en zingevingbronnen waarop wordt teruggegrepen	
Zorg voor zingeving bieden	Welke zorg voor zingeving bied jij zelf en welke zorg wordt volgens jou door anderen geboden?	20 minuten
Ondersteuningsbehoeften in de zorg voor zingeving voor iemand in jouw rol/functie	Ervaren belemmeringen en knelpunten het geven van aandacht aan zingeving en samenwerking met andere zorgverleners	20 minuten
	Ondersteuningsbehoeften in de zorg voor zingeving van jou, in jouw functie	
Afsluiten		5 minuten

### 2. Onderzoeksvraag professionals

Welke zorg voor zingeving bieden zorgverleners aan cliënten en welke zorg ligt volgens hen bij collega's? Welke ondersteuning hebben zorgverleners nodig om zingeving te bieden vanuit hun specifieke rol/functie?

### 3. Opzet van het interview

#### *Introductie [10 minuten]*

- Bedanken voor deelname
- Uitleg van de achtergrond en het doel van het onderzoek > Gebruik informatiebrief en factsheet en vraag of info duidelijk is.
- Praktische zaken (opname interview, uitwerking interview, gebruik data, toestemmingsformulier, interviewschema bespreken zodat zorgverlener weet wat hem/haar te wachten staat)
- Persoonlijke gegevens:

Werk **niet** lijstje af maar vraag persoon zichzelf en het werk even voor te stellen. In eerste deel gesprek mogelijk terugkomen op biografische gegevens, bv vragen naar eigen zin en betekenisgeving en eventuele religie of culturele achtergrond.

<b>Biografische informatie</b>	
Leeftijd	... (in jaren)
Type professional	Rol/functie
Aantal jaar werkervaring	... (in jaren)
Opleiding	Naam opleiding en opleidingsniveau
Werksituatie	Werkt in stad/dorp/buitengebied. Specifieke kenmerken van werkgebied
Religie/levensbeschouwing	
Migratieachtergrond	Bent u of een van uw ouders of opvoeders geboren in een ander land dan Nederland? Zo ja, wie en in welk land?

<b>Zingeving in het werk [15 minuten]</b>
<p>Topics:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Persoonlijke zingeving in het werk</li> <li>• Belemmeringen voor het ervaren van zin in het werk</li> </ul>
<p>Voorbeeldvragen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wat versta jij onder zingeving?</li> <li>• Op welk moment ervaar je zingeving in je werk?</li> <li>• Kun je voorbeelden noemen van momenten die zinvol waren in jouw werk?</li> <li>• Waarom ben je in de zorg gaan werken?</li> <li>• Is het makkelijk om zin te ervaren in je werk? Of zijn er ook zaken die dat lastig maken?</li> </ul>
<p>Vul eventueel biografische gegevens verder aan obv dit stukje gesprek.</p>
<b>Zorg voor zingeving bieden [20 minuten]</b>
<p>Topics:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorg die men zelf biedt rondom zingeving</li> <li>• Zorg die collega's bieden rondom zingeving</li> <li>• Doorverwijzen en samenwerken rondom zingeving</li> </ul>
<p>Voorbeeldvragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Welke zorg voor zingeving biedt jij de cliënt? Voorbeelden Welke zorg voor zingeving bieden jouw collega's?</li> <li>• Is er verschil tussen wat de verschillende zorgverleners aanbieden in zorg voor zingeving? En zo ja, waar komt dat verschil door?</li> <li>• Werk je met andere zorgverleners samen als het gaat om zorg voor zingeving? Met wie? En waarom met die persoon?</li> <li>• Verwijs je wel eens een cliënt door naar iemand anders? Waarom naar die persoon?</li> </ul>
<b>Ondersteuningsbehoeften in de zorg voor zingeving [20 minuten]</b>



Topics:

- Zaken die het bieden van zingevingszorg belemmeren
- Eigen ondersteuningsbehoeften op dit gebied
- Ondersteuningsbehoeften in samenwerken/doorverwijzen of ondersteuningsbehoeften van anderen

Voorbeeldvragen:

- Heb je het gevoel dat je met de zorg die je biedt aan de wensen en behoeften van uw cliënten / patiënten omtrent zingeving tegemoet komt?
- Heb je daar scholing voor gehad? Welke?
- Zijn er dingen die jou belemmeren om zorg voor zingeving te bieden? Welke dingen zijn dat?
- Denk je dat andere zorgverleners aan meer / andere wensen van cliënten tegemoet kunnen komen?
- En waar ligt dat dan aan (bv. persoonlijke eigenschappen, omstandigheden, opleidingsniveau)?
- Wat heb jij nodig aan ondersteuning om die belemmeringen weg te nemen?
- Wat hebben anderen / wat hebben jullie samen nodig aan ondersteuning om die belemmeringen weg te nemen?
- Is er volgens jou nog iets anders nodig om zorg voor zingeving te versterken?

Eventueel nog vragen naar wat men in de opleiding gehad heeft en/of nog meer zou willen.

**Afsluiten [5 minuten]**

- Is er iets dat u nog graag kwijt wilt over het onderwerp?
- Bedanken en afsluiten (opname uit)
- Aanbieden het getranscribeerde interview toe te sturen.
- Nazorg en ruimte bieden indien nodig (gv)

## Bijlage 6. Vragenlijst enquête zorgprofessionals

Open vragen
Wat versta je onder zingeving?
Beschrijf een moment waarbij je zingeving ervaarde in je werk
Beschrijf een recente situatie waarin je een zingeving- en/of levensvraag signaleerde bij een zorgvrager
Welke actie heb je ingezet bij de situatie [uit de vorige vraag]?
Wie is volgens jou de meest aangewezen professional om zorg voor zingeving te bieden en waarom?
Hoe is de verantwoordelijkheid m.b.t. zorg voor zingeving verdeeld binnen jouw team?

Gesloten vragen	Antwoordmogelijkheden
In welke mate voel je je competent in het bieden van ondersteuning bij zingevingvragen?	1 (niet competent) t/m 5 (heel competent) + 6 = 'weet niet
In welke mate zie je jezelf als religieus?	1 (niet) t/m 5 (zeer) + 6 = weet niet
Leeftijd	18-25 / 26-35 / 36-45 / 46-55 / 56-65 jaar
Jaren werkervaring in de zorg	0-5 / 6-10 / 11-15 / 16-20 / 21-25 / 26-30 / 31-35 / 36-40 / 41-45 jaar
Jaren werkervaring in huidige functie	0-5 / 6-10 / 11-15 / 16-20 / 21-25 jaar
Regio werkgebied	Stedelijk / landelijk / beide / anders
Opleidingsniveau	Verzorgende IG / MBO-verpleegkundige / HBO-verpleegkundige / Verpleegkundig specialist / Anders

<p>Welke scholingsbehoeften heb je vanuit jouw rol in de thuiszorg vooral als het gaat om zingeving?</p>	<p>Bewustwording eigen zingeving / Tools om in gesprek te gaan over zingeving / Casuïstiekbespreking / Interprofessioneel samenwerken rondom zingeving / Kennis van sociale kaart (i.v.m. doorverwijzen) / Kennis over de rol van geestelijk verzorger (i.v.m. doorverwijzen) / Anders, namelijk...</p>
--	---

## Bijlage 7. Topic list / interview guide focusgroepinterviews zorgprofessionals

### Interview guide

- Introductie
- Korte uitleg onderzoek – Factsheet
- Rondje met aanwezigen / voorstellen + rol
- Informed consent
- Werkwijze v.w.b. de focusgroep – elke mening doet er toe
  - Introductie stelling/ vraag
  - Moment om na te denken en steekwoorden te noteren
  - Uitnodiging tot reageren

### Topics (doorvragen cursief)

1. Zorg verlenen is te veel gericht op efficiëntie en (technisch) handelen waardoor zorg voor zingeving in de knel komt.

2. Zorg voor zingeving kun je alleen maar bieden als je regelmatig bij een cliënt zorg verleent en een vertrouwensband / klik hebt.

Uit de resultaten komt naar voren dat professionals belemmeringen ervaren in het bieden van zorg voor zingeving.

3. Wat zijn de belemmeringen die jullie ervaren in het bieden van zorg voor zingeving? (Tijd, onduidelijke verantwoordelijkheid, aanwezigheid)

Uit de eerste analyse komt naar voren dat binnen teams niet zo veel gesproken wordt over zorg voor zingeving.

4. Herkennen jullie dat er weinig gesproken wordt over zorg voor zingeving? Zo ja, hoe komt dat?

*(Aspecten uit grofmazige analyse: wordt weinig gerapporteerd, geen zicht op hetgeen collega's bieden op het gebied van zorg voor zingeving, wordt afgevraagd of als je geen religie hebt of je die zorg wel kan bieden)*

5. Competent zijn in het bieden van zorg voor zingeving, hangt niet (alleen) samen met opleidingsniveau maar meer met andere factoren. Hoe zien jullie dat?

Welke factoren spelen volgens jullie mee?

*(Aspecten uit grofmazige analyse: VIG-ers zijn er meer- relatieopbouw, wv hun taak is vanwege indicatie en evaluatiegesprekken, leeftijd/ werkervaring)*

6. Hoe is volgens jullie de taakverdeling v.w.b. het bieden van zorg voor zingeving? En waar lopen jullie tegenaan in de praktijk in het bieden van zorg voor zingeving?

*(Aspecten uit grofmazige analyse: wv> indiceren, intake en evaluatie gesprekken, iedereen moet signaleren)*

7. Met welke andere professionals binnen je organisatie en daarbuiten werk je samen? Heb je het dan weleens over het thema zingeving? Wat is jullie idee over wat zij doen op het gebied van zorg voor zingeving? Wat zijn ontwikkelpunten in de samenwerking?

*(Uit de grofmazige analyse blijkt dat er gv-er, mw, POH, Predikant etc ingezet worden, maar soms ook niks)*

8. Je werkgever vindt zingeving heel belangrijk. Welke tip zouden jullie je organisatie geven om de zorg voor zingeving nog beter te maken?

*(Scholing zou dat helpen? Hoe zou dat eruit moeten zien > casuïstiek, onderwerpen, in teamoverleg op inzoomen, oefenen met gespreksvoering, training op teamniveau)*

### **Afronding**

- Iedereen bedanken
- Als deelnemers de eindrapportage willen ontvangen kunnen ze hun naam en emailadres noteren op de lijst.

## Bijlage 8. Analyseschema literatuur cliënten

Auteur	Jaar	Onderwerp/Titel	Vraagstelling/Onderzoeksdoel	Design / Steekproef / Meet-Instrument	Resultaten	Conclusie
Rodríguez-Romero R, Herranz-Rodríguez C, Kostov B, Gené-Badia J, Sisó-Almirall A.	2020	Intervention to reduce perceived loneliness in community-dwelling older people	Evaluatie van vermindering van ervaren eenzaamheid en depressie en toename van sociale steun en kwaliteit van leven bij thuiswonende 65+'ers.	Gerandomiseerde klinische studie in Barcelona waarbij door het eerstelijnszorgteam ouderen van 65+ gesignaleerd werden.	55 pte waarvan 82% matige, 18% ernstige eenzaamheidsklachten. Interventies van sociale steun ingezet waarbij geestelijke gezondheid (SF12) steeg en depressieve symptomen (yesavage-test) zakten.	Bij mensen met matige eenzaamheid verbeterde geestelijk welzijn en kwaliteit van leven significant door inzetten van sociale steun.
Sturm N, Krisam J, Szecsenyi J, Bentner M, Frick E, Mächler R, Schalhorn F, Stolz R, Valentini J, Joos S, Straßner C.	2022	Spirituality, self-care, and social activity in the primary medical care of elderly patients.	Hypothese of de mate van zelfredzaamheid vergroot wordt door versterking van individuele spiritualiteit, sociale activiteiten en zelfzorg bij pte in de eerstelijns	Geïnccludeerde pte: <70 jr, minimaal 3 ziekten en medicatie en deelname disease programma. Zelfeffectiviteit gemeten met SES6G-schaal	297 pte in 24 praktijken geëvalueerd. Gekeken naar of pte interventies inzetten voordat de proef begon en de rol van spiritualiteit in het leven.	De hoofdhypothese is niet bevestigd
Reniers PWA, Declercq IJN, Hediger K, Enders-Slegers MJ, Gerritsen DL, Leontjevas R.	2023	The role of pets in the support systems of community-dwelling older adults	Door vergrijzing <65 komt er meer druk op de thuiszorg. Deze review bundelt de kennis over huisdieren	15 studies geïnccludeerd	Ouderen rapporteerden positieve effecten zoals emotionele ondersteuning en negatieve aspecten als uitstel van behandeling	Thuiszorg zou verbeterd kunnen worden door de rol van een huisdier in acht te nemen als sociale ondersteuning
Vermandere M, Warmenhoven F, Van Severen E, De Lepeleire J, Aertgeerts B	2016	Spiritual history taking in palliative home care	Onderzoeken wat het effect is van een spirituele anamnese op het spirituele welzijn van palliatieve pte thuis	Cluster, randomized controlled trial Feb-Oct 2013	245 (204 vpk) zorgverleners participeerden. Gemiddelde leeftijd pte was 75. Er waren geen significante verschillen in scores op spiritueel welbevinden, kwaliteit van leven of pijn tussen de pte en controlegroep	Liet geen effect zien van een spirituele anamnese op spiritueel welbevinden.

Lauritzen J, Pedersen PU, Sørensen EE, Bjerrum MB.	2015	Meaningfulness of participating in support groups for informal caregivers of older adults with dementia	Identificeren of mantelzorgers van thuiswonende ouderen met dementie het van waarde vinden om onderdeel te zijn van een supportgroep	Literatuuronderzoek	59 resultaten uit 5 studies zijn in 3 thema's gebonden: 1) emotionele voordelen door peer-support, 2) Inzien van uitdagingen van zorg, 3) Omarmen van toekomst door groepsbijeenkomsten	Peersupport is voordelig voor mantelzorgers omdat er emotionele support is en negatieve gevoelens geuit kunnen worden.
Silies K, Huckle T, Schnakenberg R, Kirchner A, Berg A, Köberlein-Neu J, Meyer G, Hoffmann F, Köpke S	2022	Contextual factors influencing ACP in home care	Effect van advance care planning (ACP) door getrainde vpk in 27 thuiszorgorganisaties in Duitsland	Mixed methods (publiceren in een ander artikel)	Training resulteerde in motivatie, kennis en competenties in ACP-gesprekken bij vpk. Afwijkingen van standaard gesprek was uiteenlopend van individuele behoeften, onstakels zoals onwil van pte en vpk die niet actief wilde deelnemen door tijdsdruk. Pte en vpk meldden een toegenomen bewustzijn van ACP, planning en andere activiteiten.	Toegankelijkheid van ACP-gesprekken moeten verhoogd worden om zorgafhankelijke ouderen te ondersteunen. Educatie voor vpk moet mogelijk zijn.
Lan X, Xiao H, Chen Y, Zhang X.	2018	Effects of life review intervention on life satisfaction and personal meaning among other adults with frailty	Effect van levensevaluatie-interventie op levenstevredenheid en persoonlijke zingeving bij kwetsbare ouderen	74 deelnemers verdeeld over interventie- en controlegroep. Interventie betrof Haight Structured Life Review met aangepaste vragen. De controlegroep ontving gebruikelijke zorg	Deelnemers van interventiegroep vertoonden verbetering in levenstevreden in vergelijking met controlegroep. Geen verschillen bij persoonlijke betekenis	
Travers J, Romero-Ortuno R, Ní Shé É, Cooney MT.	2022	Involving older people in co-designing an intervention to reverse frailty and build resilience	Omkeren van kwetsbaarheid en bouwen van veerkracht door ouderen zelf een interventie vorm te geven	Rondes: 18 ouderen van <85 met Socratic education methode ontwierpen interventies. Gedurende 9 maanden werden 94 interventies geëvalueerd met één op één telefoongesprekken. 10 deelnemers hebben in drie bijeenkomsten de	112 ouderen kwam in beweging en werden betrokken gedurende de pandemie.	Op de interventies is gereflecteerd, onduidelijk wat het betekende voor pte.

				interventie geoptimaliseerd		
Kwan CWM, Chan CWH, Choi KC.	2019	The effectiveness of nurse-led short term life review intervention in enhancing the spiritual and psychological well-being of people receiving palliative care	Effect van life-review interventie door vpk	McGill Quality of life spiritual subscale (hongkong) en Hospital Anxiety and Depression scale (china)	109 participanten, 54 in de interventiegroep. Er was geen statistische significantie, maar wel verbeteringen in zowel angst als depressielevels. De participanten waren betrokken en geïnteresseerd.	Verbetering in spiritueel welbevinden door lifereview door vpk.
Koohi M, Moloud R, Leyla A, Reza KH	2023	Effect of nursing – home care on the quality of life of patients with major depressive in Iranian patients	Effect van verpleegkundige thuiszorg op kwaliteit van leven bij pte met depressie	McGill Quality of life questionnaire op 3 tijdstippen (0 meting, 3 mnd, 6 mnd).	50 pte. Significant verschil in gehele ervaring van kwaliteit van leven na drie en zes maanden na de interventie	Thuiszorgprogramma's kunnen kwaliteit van leven verbeteren bij pte met depressie.
Godwin M, Gadag V, Pike A, Pitcher H, Parsons K, McCrate F, Parsons W, Buehler S, Sclater A, Miller R	2016	A randomized controlled trial of the effect of an intensive 1-year care management program on measures of health status in independent, community-living old elderly	Vaststellen of thuiszorg kwaliteit van leven, symptomen, tevredenheid van zorg, gebruik maken van gemeenschappelijke diensten zou verbeteren in een onafhankelijke gemeenschap	Gerandomiseerde, gecontroleerde trial in Canada	236 thuiswonende, cognitief functionerende mensen van ouder dan 80 waarbij gedurende 1 jaar thuiszorg was gaven geen uitkomsten van betekenisvolle verschillen	Het intensieve, thuisbezorgde zorgprogramma heeft geen invloed gehad.



## Bijlage 9. Analyseschema literatuur zorgprofessionals

Auteur	Jaar	Onderwerp / Titel	Vraagstelling / Onderzoeksdoel	Design / Steekproef / Meet-Instrument	Resultaten	Conclusie
Mascio R, Best M, Lynch S, Phillips J, Jones K.	2022	Factors influencing nurse spiritual care practices end of life	Identificeren van bepalende factoren in SZ bij terminale patiënten	Systematic review van 42 studies van bij elkaar 4712 vpk werkzaam in verschillende settings	Meest voorkomende factoren die invloed hebben op SZ door vpk zijn patiënt-gerelateerde sociale vaardigheden, vaardigheden van de vpk, professionele rol en identiteit, doelen en de omgevingscontext en middelen.	Een range van persoonlijke, organisatorische en patiënt-gerelateerde factoren bepalen de voorziening van SZ.
Lewinson LP, McSherry W, Kevern P.	2015	Opleiden van SZ bij vpk-studenten	Holistisch opleiden	Meta review waarbij 29 studies geïncludeerd zijn	Spiritualiteit is een gevestigd concept en vpk zijn zich bewust van hun rol in SZ, maar er zou meer onderwijs SZ moeten leren om volledige holistische zorg te laten plaatsvinden	Meer onderzoek is nodig om te zien wat nodig is om SZ meer in het onderwijs te includeren.
Jones KF, Paal P, Symons X, Best MC	2021	The content, teaching methods and effectiveness of spiritual care training for healthcare professionals	Identificeren van trainingsprogramma's in SZ voor professionals en studenten	Mixed-methods systematic review waarbij 55 studies zijn geïncludeerd van variërende kwaliteit	Uitkomsten zijn verhoogde mate van competentie op intrapersonlijke en interpersoonlijke spiritualiteit, spirituele beoordeling en interventies. Beperkingen zijn tegenstrijdige prioriteiten in de zorg, negatieve perspectief op SZ, weerstand op eigen spiritualiteit, gevoel van incompetentie bij personeel, behoefte aan training. Helpend is reflectie, praktische tools, oefenen, online training en ondersteuning vanuit management.	Onderzoek is nodig om effect van personeelstraining te identificeren
Sharifnia AM, Fernandez R, Green H, Alananzeh I.	2022	Effectiviteit van educatieve interventies voor spirituele intelligentie bij (student)vpk	Onderzoek genereren op het gebied van effectiviteit van educatieve interventies	Systematic review en meta-analyse waarbij 7 studies met in totaal 512 deelnemers zijn geïncludeerd	Er was een verhogen van spirituele intelligentie zichtbaar na het ontvangen van een educatieve interventie na 2 weken en een maand follow-up. Dit hield in dat er hogere communicatieve vaardigheden, arbeidsvreugde, geestelijke zorgcompetentie was en lagere algehele stress. Significant hoge werktevredenheid na 2 maanden	Educatieve interventies op gebied van spirituele intelligenties hebben een positief effect op professionals.

<p>Taylor EJ, Pariñas S, Mamier I, Atarhim MA, Angeles L, Aslan H, Aktürk Ü, Erci B, Soriano G, Sinaga J, Chen YH, Merati-Fashi F, Odonel G, Neathery M, Permatasari W, Ricci-Allegra P, Foith J, Caldeira S, Dehom S.</p>	<p>2023</p>	<p>Frequency of nurse-provided spiritual care</p>	<p>Vergelijken van frequentie geleverde SZ door verpleegkundigen in verschillende culturen</p>	<p>Cross-sectioneel, beschrijvende studie met secundaire data-analyse vanuit internationale werkplekken met één kwantitatief instrument. Uiteindelijk 16 studies van internationale aard geïnccludeerd wat een pool van n=4062 gaf.  STROBE guidelines.</p>	<p>Hoeveel SZ varieerde per land en gebied. Lichtelijk vaker in Islamitische culturen dan christelijke.  De meest voorkomende methode van SZ was 'Aanwezig blijven', de minste documenteren van SZ en regelen van bezoek van gv.</p>	<p>Vpk over de hele wereld bieden SZ in variërende mate.</p>
--	-------------	---	--	---	--	--

## Bijlage 10. Analyseschema literatuur NAZ

Auteur	Jaar	Onderwerp / Titel	Vraagstelling / Onderzoeksdoel	Design / Steekproef / Meetinstrument	Resultaten	Conclusie
Hengeveld-Slötjes, J.; Glas, G.; Sellies, H.; Van Busschbach, J.T.	2020	Existentiële thema's in de behandelrelatie Een kwalitatief onderzoek naar de betekenis van existentiële thema's in de behandelrelatie	<p>Uit onderzoek blijkt dat patiënten met een angst- of stemmingsstoornis behoefte hebben aan een gesprek over existentiële thema's, spiritualiteit en/of religie. Het is niet vanzelfsprekend dat dit gesprek plaatsvindt.</p> <p>Doel van dit onderzoek is een verkenning van de in de dagelijkse praktijk aanwezige existentiële dimensie in de behandelrelatie.</p> <p>Onderzoeksvraag: Welke betekenis hebben existentiële thema's in de behandelrelatie tussen patiënten met angst- en /of stemmingsklachten en verpleegkundigen?</p>	<p>Kwalitatief onderzoek van fenomenologische aard. De data-analyse is gedaan volgens de zeven stappen van Colaizzi.</p> <p>Deelnemers: In het onderzoek zijn 14 open diepte-interviews gedaan met zeven ggz-verpleegkundigen en met zeven patiënten met angst- en stemmingsklachten.</p>	<p>Existentiële thema's zijn ingebed in het dagelijkse leven, de behandeling, de maatschappij en in tijd, kennis en beschikbare taal. Deze thema's zijn opgenomen in de behandelrelatie en worden geassocieerd met holistische zorg. Patiënten en verpleegkundigen geven aan dat het bespreken van existentiële thema's de kwaliteit van de behandelrelatie zou kunnen beïnvloeden door een toename van verdieping en vertrouwen. Existentiële zorg wordt gezien als een taak van de verpleegkundige.</p>	<p>Existentiële thema's zijn in zodanige mate aanwezig in het leven van de participanten en verweven met de behandelrelatie tussen verpleegkundigen en patiënten met angst- en stemmingsklachten, dat gezegd kan worden dat verpleegkundigen existentiële zorg verlenen. Verder onderzoek zou kunnen bijdragen aan kennisontwikkeling, een breder taalveld en verdere integratie van de existentiële dimensie in behandelmethoden.</p>
Schlagwein	2022	Spirituele zorg thuis voor rouwende nabestaanden	Rouw van nabestaanden	Literatuuronderzoek	<p>Perspectief van 17 zorgverleners, 4 ptn en 8 nabestaanden. Studiegrootte tussen 2-4096 deelnemers.</p> <p>Beperkende factoren: Continuïteit en indiceren van behoeften</p> <p>Bevorderend: Waardengerichte zorg waar vertrouwen is</p>	<p>Spirituele zorg hebben gunstige effecten op nabestaanden. Training voor professionals is nodig.</p>

					Geestelijke verzorgers komen pas in zware crisis	
De Cuba, Frank, Steenberg-van Rijn, van der Vaart en Jacobs	2022	Zorg voor zingeving evalueren	Hoe meet je zorg voor zingeving	Leergemeenschap van POHs, gv'ers en onderzoekers en (ex)cliënten vormden kennis, daarnaast literatuurstudie en 27 diepte-interviews om tool te maken.	Cliënten refereren zowel aan vragen, behoeften, thema's en relationele aspecten wanneer het op zingeving aankomt. Het ontwikkelde instrumentarium is gericht op het evalueren van de geboden zorg voor zingeving. Toolbox bestaat uit: Zorg voor zingeving in vragen, in beelden en in kaart waarin de zorgverlener reflecteert met een cliënt	Instrumentarium is gemaakt met behulp van de cliënten, evalueren van zorg voor zingeving is nog niet gebruikelijk in de eerste lijn.
Damen, de Jonge, Heikens, Kok, Rietveld, Leget	2022	Zorg voor zingeving in de palliatieve thuissituatie	Hoe signaleren en verwijzen professionals in de thuiszorg naar de gv?	FACIT-Sp-12 vragenlijst om pte te vragen naar ervaring bij 21 palliatieve patiënten	Interdisciplinair samenwerken volgens PDCA-model. Vanuit daar zijn er drie tools ontstaan. 1. Tool die professionals ondersteunt om aandacht te hebben voor zingeving, 2. Tool die signaleren en doorverwijzen ondersteunt en 3. Tool om in te voeren in EPD. De ptn van de vragenlijst scoorden 'enigszins' tot 'vrij hoge mate' op het ervaren van zingeving, 'enigszins' op innerlijke rust.	1. Kleine groep palliatieve ptn thuis ervaart weinig zingeving, grote groep weinig innerlijke rust. Belangrijke thema's: inner circle van mensen, genieten van momenten, tergekijken op leven, krachtbronnen. 2. Meerderheid van de ptn wil aandacht ontvangen op zingevingsvragen, maar van wie loopt uiteen. Zorgverleners moeten in contact afstemmen of ptn genoeg aandacht ervaart. 3. Zorgverleners voelen zich wisselend toegerust voor de tools die ontworpen zijn.

Damsma, Zandbergen	2023	Ouderen en zingeving in de thuissituatie	Hoe kan vorm en inhoud gegeven worden aan geestelijke verzorging voor mensen thuis zodat deze voor de patiënt/cliënt zichtbaar, bereikbaar en toegankelijk is en dat deze zorg zodanig is ingebed en geborgd in de bestaande werkprocessen en de werkwijze van professionals in zorg en welzijn en evt. vrijwilligers, dat deze door patiënten/cliënten als helpend en ondersteunend wordt ervaren?	Participatief actieonderzoek in vier leernetwerken in twee verschillende regio's van het land	Weinig bekendheid met zingeving, richtlijn z/s in palliatieve zorg en geestelijke verzorging, casuïstiekbesprekingen, scholing, intake tools en informatievoorziening met / door en over geestelijke verzorging geven verbetering.	Het is nodig dat men elkaar leert kennen om te kunnen samenwerken op zingeving. Hiervoor moeten vormen georganiseerd worden. Interprofessioneel werken aan zingeving bevordert kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven.
--------------------	------	--	---	---	--	---

## Bijlage 11. Analyseschema interviews professionals

Opleiding	Geslacht	Leeftijd	Geloofsovertuiging
HBO	V	36	Christelijk opgevoed, niet veel mee gedaan, nu weer meer mee bezig
HBO	V	51	Protestants
HBO	V	46	Christelijk
MBO	V	54	Christelijk
VIG	V	48	Christelijk
VIG	V	49	Katholiek
VIG	V	58	Geen religie, wel religieus opgevoed
VS	V	53	Christelijk

### 1. Wat versta je onder zingeving

<b>VIG</b>	Doel en waarden	de essentie van het leven // wat van waarde is voor iemand // wat doel geeft in het leven // grond voor de keuzes die cliënten maken in het leven // geloof
	Presentie	aandacht voor de cliënt
<b>MBO</b>	Presentie	het centraal stellen van de cliënt (het uitgaan van de behoefte van de cliënt) // er zijn voor de cliënt (het bieden van een luisterend oor) // het onderhouden van contact
	Doel en waarden	de cliënt een goede kwaliteit van leven geven // het nemen van tijd voor levensvragen
<b>HBO</b>	Zelfredzaamheid en waardigheid	een grond voor het omgaan met problemen // het ervaren van regie // het minder afhankelijk worden // het kunnen leven van het dagelijks leven // het ervaren van waardigheid
<b>VS</b>	Doel en waarden	Nadenken over het doel van je leven // Persoonlijke zingeving: geloof // een andere dimensie dan de alledaagse dingen
	Zelfredzaamheid en waardigheid	Zingeving helpt in omgaan met verlieservaringen

## 2. Wanneer ervaar je zelf zingeving in je eigen werk

<b>VIG</b>	Goed contact met de client	het in persoonlijk, vertrouwelijk contact zijn met cliënten en collega's // van betekenis kunnen zijn en het kunnen opvrolijken van cliënten // het voeren van gesprekken met cliënten over wat van waarde is voor de cliënt en welke keuzes zij hebben m.b.t. behandelingen // kunnen opbouwen van een 'klik' // aandacht besteden aan zingeving is altijd al meer dan praktisch handelen alleen
	Benutten randvoorwaarden	tijd kunnen nemen // kunnen omgaan met regels
<b>MBO</b>	Goed contact met de client	in contact zijn met cliënten (begeleiden van cliënten in de laatste levensfase, in het bieden van comfort, het in gesprek zijn over moeite met de dood en het bieden van nazorg aan familie) // bieden van een luisterend oor // tijd nemen
	Waardering en plezier ervaren	het ontvangen van waardering // plezier hebben in het werk
	Goed contact met collega's	contact met collega's, in gesprek zijn over de zorg, er kunnen zijn voor collega's
	Benutten randvoorwaarden	zoeken van oplossingen // benutten van protocollen // Goed omgaan met omstandigheden die het leveren van de gewenste zorg beperken.
<b>HBO</b>	Goed contact met client	in contact te zijn met cliënten // te zorgen voor cliënten die pijn en verdriet ervaren
	Bijdragen aan kwaliteit van leven	samen met cliënten doelen na te streven die de eigen regie, zelfstandigheid en waardigheid vergroten ondanks de ziekte en beperking // bij te kunnen dragen aan kwaliteit van leven en aan een waardig sterven
	Waardering en groei	ontvangen van waardering // persoonlijke groei door zingevingsgesprekken
	Benutten randvoorwaarden	omgaan met tijd // omgaan met verzakelijking van de zorg // goed kunnen omgaan met part time werken // goed kunnen omgaan met het niet kunnen behalen van gestelde doelen
<b>VS</b>	Benutten geloof client	ervaren dat cliënten steun halen uit hun geloof
	Benutten eigen geloof	eigen geloofsovertuiging

### 3. Hoe geef je zorg voor zingeving vorm

<b>VIG</b>	Aandacht voor de client	aandacht hebben // Luisteren // persoonlijk contact en het hebben van een vertrouwensband met de cliënt // alert zijn op meer dan het praktische handelen, het leven achter de zorgvraag
	Goed gesprek	gesprekken voeren over wat van waarde is voor de cliënt en welke keuzes zij maken // bidden met cliënten wanneer daar behoefte aan is
	Persoonlijk aansluiten bij client	omgaan met weerstand tegen het inschakelen van een dominee // omgaan met de geestelijke gesteldheid van een cliënt // het goed omgaan met de eigen religie van de professional // goed omgaan met afwijzing van geestelijke verzorging // professionele ervaring opbouwen voor 'spiritueel inschattingvermogen' // goed omgaan met het niet aanwezig zijn van een "klik" met cliënten // Benutten eigen stijl van de professional
	Inschakelen van derden	op juiste moment anderen inschakelen die meer geschikt zijn voor zingevingsgesprekken, bijv. geestelijk verzorger // het zingevingsgesprek in de dokterskamer
	Benutten van randvoorwaarden op microniveau	benutten van tijd // goed omgaan met onderbezetting van zorgprofessionals // benutten van beperkende organisatorische kaders, onvolledige administratie, ontbreken van rapportage
	Methodisch handelen als individu	inzetten van proactieve zorgplanning // zingeving onderdeel maken van het intakegesprek // coördinatie van zorg voor zingeving door de (wijk) verpleegkundige // onderlinge afstemming tussen professionals in het team, zicht op elkaars activiteiten // duidelijkheid dat zorg voor zingeving een taak is die hoort bij de functie
	Zorg op maat	de geboden zorg moet aansluiten bij de behoefte van de cliënt // de wens van de cliënt voorop staat en de zorg afgestemd moet worden op wat een cliënt aangeeft nodig te hebben uitvoeren van niet geïndiceerde extra (huishoudelijke) taken zodat een cliënt thuis kan blijven wonen of ondersteund wordt in het vinden van andere woonruimte
<b>MBO</b>	Aandacht voor de cliëntensysteem	Luisteren // aandacht hebben voor de persoonlijke situatie van de cliënt // zorgmomenten ingepland om een luisterend oor te bieden // praten over de dood // praten over het geloof // aandacht voor de mantelzorger
	Persoonlijk aansluiten bij client	omgaan met handelingsverlegenheid in complexe situaties // omgaan met eigen karakter in het bieden van zorg voor zingeving // opbouwen van werkervaring en levenservaring om aandacht voor zingeving te vormen // omgaan met eigen persoonlijke ervaringen en onzekerheid
	Methodisch handelen als team	binnen het team accepteren dat er tijd genomen wordt voor een cliënt // zingeving aandachtspunt maken tijdens een teamoverleg // besprekpunt in team voorleggen // informele mondelinge terugkoppeling // expliciet onderdeel maken het intakegesprek te maken



	Inschakelen van derden	het inschakelen van een pastoraal medewerker of dominee (bij complexere levensvragen) als dit de client rust geeft // het inschakelen van het sociaal netwerk of welzijnsorganisatie // het inzetten van een casemanager
	Benutten van randvoorwaarden op micro- en mesoniveau	omgaan met protocollen en kaders // tijd maken
	Aansluiten bij de client	het belang, het welzijn en de wensen van de cliënt voorop stellen // omgaan met gespreksvaardigheden van de cliënt // geven van aandacht, achterover leunen en luisteren // een open houding aannemen // tijd nemen // zingevingsvragen signaleren
<b>HBO</b>	Methodisch handelen borgen	inzetten van interventies na signaleren van een behoefte // gebruik van een gespreksinstrument // ontbreken van handvatten of tools // cliënten gestimuleerd tot het ondernemen van zingevende activiteiten // bij het indiceren van (praktische) zorg rekening houden met zingevende activiteiten // onderlinge afstemming // zicht op de manier waarop (en of) collega's zorg voor zingeving bieden
	Goed gesprek	het voeren (en aanbieden) van gesprekken over keuzes, over zinvolle dagbesteding, over datgene wat van belang is voor de cliënt // zorg voor zingeving is een proces // Gesprekken in de (palliatieve) zorg beginnen praktisch en verdiepen zich gaande weg // in de dagelijkse zorg proactief over zingeving spreken als daar geen aanleiding voor is, terwijl wordt opgemerkt dat levensvragen een gespreksonderwerp zou moeten zijn // gespreksvaardigheden
	Inschakelen van derden en netwerk	gepast betrekken netwerk van de cliënt // goed omgaan met afwezigheid van of problemen in het netwerk // inzetten van een imam, predikant of geestelijk verzorger // het palliatief team ingezet
	Persoonlijk aansluiten bij client	goed omgaan met persoonlijke ervaringen en openheid over jezelf, nooit opdringen van de eigen geloofsovertuiging // opbouwen van ervaring in werk en leven // handelingsverlegenheid // omgaan met leeftijd // omgaan met (levens)ervaring // omgaan met persoonlijke achtergrond // omgaan met karaktereigenschappen, verschil in gespreksvoering en verschil in sensitiviteit. De een heeft meer voelsprietten dan de ander wordt hierbij opgemerkt // omgaan met verschil in generatie. De jonge generatie wordt als zakelijker ervaren en een respondent noemt de eigen oudere generatie, de generatie die meer pampert // hebben van lef om een moeilijk onderwerp aan de orde te stellen // klik met de cliënt
	Benutten en borgen randvoorwaarden	Omgaan met gebrekkige rapportage // verzakelijking van de zorg // krapte op de arbeidsmarkt en gerichtheid op efficiëntie en professionalisme // omgaan met onduidelijke verantwoordelijkheden
	Werken vanuit holistische visie	ervaring om holistisch (het bredere plaatje) te kijken. Het gericht zijn op welzijn en zingeving, vanuit het gedachtegoed van positieve gezondheid, wordt als een positieve ontwikkeling ervaren // Omgaan met visie gericht zijn op welzijn en langer thuis wonen (wat zingevend is voor cliënten) binnen // belichten dat aandacht naast fysieke zorg en de sociale omgeving ook moet uitgaan naar zingeving

<b>VS</b>	Methodisch handelen borgen	in (geriatrische) intake is zingeving/ geloofsovertuiging een gespreksonderwerp // Signaleren zingevingsvraag makkelijk // benutten tools voor het in kaart brengen zingeving // Omgaan met inzetten interventies (Interventies inzetten moeilijker) // Interventies inzetten na signaleren (lastiger voor "andere professionals") // Moet onderdeel van het systeem zijn ("rapportage systeem")/ onbekend of zingeving onderdeel is van evaluatie // WV heeft zorg voor zingeving bij rollen en taken
	Persoonlijk aansluiten bij client	benutten persoonlijke eigenschappen, sensitiviteit // Omgaan met leeftijd // Omgaan met handelingsonzekerheid / doe ik het goed
	Teamcultuur borgen	Geen vast onderwerp in gesprek, wel in gedachten // een regelmatige reminder om, als professional, bewust te zijn van het thema
	Goed gesprek	Achteroverleunen en luister/ vragen stellen // Belangrijk om tijd voor te nemen // Positief effect luisterend oor // Rustig gaan zitten geeft andere gesprekken // Tijd nemen levert andere gesprekken op // Zorgen dat zorgvrager zich gezien voelt // Somberheid niet direct medisch labelen // Het belang van welzijn client en wens client voorop
	Benutten derden	Inzet eigen predikant / imam // Inzet geestelijk verzorger // Moeilijk om vrijwilligers te vinden
	Borgen randvoorwaarden	Omgaan met werkdruk (Geen aandacht / vergeten door dagelijkse drukte) // Tekort aan Handvatten // Tijd // Geen mogelijkheid iets te bieden // Sluitstuk zorg

#### 4. Wie heeft welke taken en verantwoordelijkheden

<b>VIG</b>	Geen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• twijfel of zorg voor zingeving, het begeleiden hierin, wel een taak is.</li> </ul>
	Alle teamleden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• door de alle professionals kan zorg voor zingeving geboden worden // Ook wordt aangegeven dat iedereen zingevingsvragen zou moeten signaleren.</li> </ul>
	Geschikte individu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• niet perse de rol het verschil in handelen bepaalt, maar kenmerken als karakter, opvoeding, sensitiviteit, kunnen aansluiten bij de cliënt en generatieverschil genoemd // jongere professionals zijn meer zakelijk en richten zich meer op het fysiek en dat oudere professionals meer pampere, soms in eigen tijd nog teruggaan naar de cliënt en zich meer richten op het "innerlijk" // de opleiding die veranderd is, zou o.a. meer gericht zijn op kosten van de zorg // de relatie, "klik", met de patiënt een belangrijke factor is bij het bieden van zorg voor zingeving maar ook frequent bieden van zorg.</li> </ul>
	VIG	<ul style="list-style-type: none"> <li>• VIG kunnen de minder complexe casuïstiek oppakken</li> <li>• VIG zijn afhankelijk [voor planning zorg] van de (wijk)verpleegkundige.</li> <li>• Rapporteren (aan de EVV-er)</li> </ul>
	MBO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• een VIG mag vrijwel hetzelfde als een MBO [d.w.z. in de zorg]</li> </ul>

	HBO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• aan het bed staan om samen met cliënten keuzes te maken.</li> <li>• complexere casuïstiek</li> <li>• coördinerende rol op het gebied van zingeving</li> <li>• verantwoordelijk voor zorgplannen en voor het indiceren van zorg.</li> </ul>
<b>MBO</b>	Allen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• geen verschil in handelen van professionals met verschillende type opleidingen. Collega's handelen vergelijkbaar.</li> </ul>
	VIG	<ul style="list-style-type: none"> <li>• evaluatiegesprekken voeren,</li> <li>• rol EVV-er.</li> </ul>
	HBO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• intakegesprekken.</li> </ul>
<b>HBO</b>	Allen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• signaleren</li> <li>• geen verschil tussen professionals en dat dit het gevolg is van de werkwijze van het team. Binnen dit team is er geen sprake van hiërarchie.</li> <li>• Er wordt opgemerkt dat er lef voor nodig is om zingeving bespreekbaar te maken en dat niet alle collega's "diepere" gesprekken voeren.</li> </ul>
	VIG en MBO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• praktisch handelen</li> </ul>
	HBO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• intakegesprekken omdat ze meer Know how hebben // het startgesprek voeren</li> <li>• analyse van aspecten waar je actie op moet ondernemen en wat je kan laten gaan. Dat is specialistisch en is niet voor iedereen weggelegd wordt opgemerkt // aangegeven wordt dat er verschil in kennis en begripsniveau is // het inzetten van gewenste expertise is wel een taak voor hen, aangezien zij vaak daadwerkelijke interventies inzetten</li> <li>• Collega professionals er soms op attenderen om aandacht te hebben voor zingeving.</li> <li>• wijkverpleegkundige gevraagd wordt bij psychosociale vragen // worden bij complexere vraagstukken gevraagd omdat zij het breder perspectief kunnen schetsen, hiertoe zijn niet alle collega's in staat</li> </ul>
<b>VS</b>	Geen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• niet iedere professional ziet het als zijn/haar taak om interventies in te zetten op het gebied van zorg voor zingeving.</li> </ul>
	HBO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In staat breder perspectief te schetsen, heeft aandacht voor zingeving in zijn/haar rol</li> </ul>
	VS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In staat breder perspectief te schetsen</li> <li>• Extra bezoeken &gt; heeft vaak met zingeving te maken</li> <li>• Zelf omdat het anders niet (snel) op te lossen is</li> </ul>

## 5. Met welke andere professionals wordt samengewerkt

<b>VIG</b>	Er is nog weinig tot geen samenwerking op het gebied van zorg voor zingeving met andere professionals.
	bij zingevingsvragen eerst gekeken wordt of een cliënt onderdeel is van een kerkelijke gemeente
	binnen de organisatie gekeken wordt voor ondersteuning.
	Het samenwerken met en doorverwijzen naar andere professionals gebeurt maar meer op “praktisch gebied”, bijvoorbeeld verwijzen naar een casemanager dementie en samenwerken met een ambulante begeleider.
	Als mogelijke samenwerkingspartners op het gebied van zorg voor zingeving wordt de pastoraal medewerker en de POH verpleegkundige genoemd.
<b>MBO</b>	De huisarts wordt met name ingezet bij vragen op het fysieke of psychologische domein.
	Casemanager dementie bij achteruitgang van een cliënt.
	Op het gebied van zorg voor zingeving wordt bijvoorbeeld een pastoraal medewerker ingezet of een dominee. Bijvoorbeeld bij cliënten die uitbehandeld zijn.
	Een fysiotherapeut wordt ook wel ingezet ter bevordering van het mobiliseren als het voor een cliënt belangrijk is om naar buiten te kunnen.
<b>HBO</b>	Professionals waar mee wordt samengewerkt zijn maatschappelijke werk,
	het palliatieve team,
	Doorverwijzing gebeurt ook wel in samenwerking met de huisarts.
	de POH GGZ (i.s.m. de huisarts) De POH GGZ wordt bijvoorbeeld ingezet bij angst of problematiek gerelateerd aan de psychiatrie.
	geestelijk verzorgers. Bij levensfaseproblematiek wordt bijvoorbeeld een geestelijk verzorger ingezet. Doorverwijzing naar een geestelijk verzorger gebeurt bij complexe situaties en wanneer een cliënt zich in de palliatieve of stervensfase bevindt.
	Een van de respondenten geeft aan het inschakelen van een dominee bij de cliënt zelf te laten.
	Een respondent geeft aan dat het wenselijk is dat er korte lijnen zijn in de samenwerking.
	Voor geestelijk verzorgers is het een aandachtspunt om een terugkoppeling te geven aan de huisarts.
	Medisch psycholoog
<b>VS</b>	Geestelijk verzorger
	Maatschappelijk werker

## 6. Welke scholingsbehoeften ervaar je

	Behoefte	Vorm	Randvoorwaarden
<b>VIG</b>	<p><u>Kennis</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• gesprekstechnieken // Hoe zingevingsgesprekken voeren</li> <li>• complementaire zorg Yoga, sport, mindfulness</li> <li>• sociale kaart</li> <li>• zingeving als gespreksonderwerp in team(overleggen)</li> </ul> <p><u>Houding</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bewustwording eigen zingeving</li> <li>• hoe willen we als team werken, wat willen we bieden, wat willen we met zingeving</li> </ul> <p><u>Vaardigheden</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• hoe ga je het als team “doen”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ervaring opdoen in hospice // met gv-er + meelopen</li> <li>• Klinische les // Klinische les // aan de hand van casuïstiek // Casuïstiek bespreking // Klinische les // Casuïstiek bespreking in teamoverleg</li> <li>• informatiebijeenkomst // scholing // Gesprek over zingeving met gv-er</li> <li>• E-learning (thuis kunnen doen)</li> <li>• In gesprek met elkaar om van elkaar te leren // samen leren</li> </ul>	<p><u>Afgestemd op werksituatie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Op de werkplek/locatie // Drempel om op een andere locatie trainingen te volgen // niet ergens naar toe moeten reizen // niet elders heen doen ze niet kost geld</li> <li>• Moet passen bij werkschema's // niet achter een vergadering aan // Scholing niet na teamvergadering // Zit niet op scholing te wachten indien extra taken</li> <li>• Thema moet wel blijven leven na scholing</li> </ul> <p><u>Afgestemd op beginsituatie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Thuiszorg teams en wv serieus nemen, motiveren om als team verdieping te zoeken // Persoonlijke negatieve ervaring scholing&gt; thema bespreekbaar maken // Verpleegkundigen scholen&gt; kunnen ze niet meer doen dan ze doen // Niet alles is te leren, zit soms niet in iemand</li> <li>• Teamgericht // hoe leren we het onze leerlingen</li> <li>• Ontwikkelen &gt; allen gunnen om daar veel meer mee bezig te zijn</li> </ul>
<b>MBO</b>	<p><u>Vaardigheid</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• hoe ga je om met bepaalde situaties / hoe reageren&gt; handvatten gebruiken</li> </ul> <p><u>Kennis</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Theorie</li> <li>• Handvatten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gespreksvoering // oefenen</li> <li>• Ervaring kunnen opdoen</li> <li>• Casuïstiek bespreking // Casuïstiek + met elkaar in gesprek // Bespreken situaties met collega's (uitwisselen denkwijze) // In gesprek</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Specifieke doelgroep: jonge mensen</li> </ul>		
<b>HBO</b>	<p><u>Kennis</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Theorie</li> <li>• casuïstiek uit de praktijk</li> <li>• hoe om te gaan met dilemma's</li> <li>• positieve gezondheid</li> </ul> <p><u>Vaardigheid</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• in gesprek gaan: hoe // gespreksvaardigheden</li> <li>• inschatten zorgbehoefte</li> <li>• inzetten van interventie (hier moet ik wat mee, hier kan ik het laten)</li> <li>• samenwerking</li> </ul> <p><u>Houding</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bewustwording</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uitleg theorie + toepassing praktijk</li> <li>• Klinische les // Theorie koppelen aan casuïstiek uit de praktijk // Casuïstiek &gt; koppeling disciplines</li> <li>• Oefenen gespreksvoering // casuïstiek + oefenen</li> <li>• Studiedag</li> </ul>	<p><u>Passend bij beginsituatie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Passend taalgebruik (jip en janneke taal)</li> <li>• Veilige leeromgeving: het hebben over zingeving komt dicht bij</li> </ul> <p><u>Passend bij werksituatie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Betaalde scholing, niet in eigen tijd</li> <li>• Draagvlak creëren anders werkt het niet</li> <li>• Op alle niveaus (ook artsen, VS)</li> <li>• Verzorgenden in hun kracht, spil voor cliënten</li> <li>• Goede implementatie // Zingeving op de kaart kost tijd</li> </ul>
<b>VS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• wat versta je onder zingeving- soort onderwerpen</li> <li>• hoe zet je jezelf in</li> <li>• hoe in gesprek gaan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Filmpjes van een gesprek + oefenen van gesprekken</li> </ul>	

## Bijlage 12. Demografische gegevens enquête zorgprofessionals

Categorie	Aantal respondenten
18-25 jaar	2
26-45 jaar	11
46 jaar en ouder	21
Wil ik niet zeggen	1
Missing	5

Tabel 1. Leeftijd respondenten

Functie	Aantal
HBO-verpleegkundige (NLQF 6)	15
MBO-verpleegkundige (NLQF 4)	10
Verzorgende IG (NLQF 3)	5
Verpleegkundig specialist (NLQF 7)	2
Overig	4
Missing	4

Tabel 2. Functie respondenten

Ervaar je jezelf als religieus?	Aantal	Zo ja, welke religie?	Aantal
Religieus opgevoed, doe er niets mee	18		
Niet religieus opgevoed en niet religieus	5		
Wel religieus	10	Protestants (christelijk) Katholiek	6 3

		Zevende Dag Adventist	1
Wil ik niet zeggen	2		
Missing	5		

*Tabel 3. Religie respondenten*

<b>Werkervaring in de zorg</b>	<b>Aantal respondenten</b>
0-5 jaar	2
6-15 jaar	10
16-25 jaar	9
26 jaar en meer	14
Missing	5

*Tabel 4. Werkervaring in de zorg*



## Bijlage 13. Analyseschema open vragen enquête zorgprofessionals

Vraag 1. Wat versta je onder zingeving? [per opleidingsniveau/rol/functie] n=36		
HBO (n=15) blanco = 2	Aantal	Meerdere antwoorden mogelijk
1. Kwaliteit van leven, geluk	5	1. kwaliteit die jij geeft aan je leven // Geluk // gelukkig // Kwaliteit van leven // kwaliteit van leven
2. Eigen regie, eigen keuzes	1	2. Eigen regie, kwaliteit van leven ondanks beperkingen. Vroegtijdig de juiste keuzes maken, nadenken wat je wilt als je ouder bent.
3. Doel, waarde en betekenis van het leven	8	3. waar je vandaan komt, waar je naartoe wil, maakt wie je bent // levensvragen // datgene wat het leven waardevol maakt of betekenis geeft // iets wat buiten jezelf staat // Diepe laag van wat je mens maakt // betekenis van het leven // Hetgeen het leven waardevol maakt voor iemand // Waar de mens zijn levensmotivatie uit kan halen
4. Nuttige bezigheden, een bijdrage leveren	10	4. Betrokken bij de maatschappij // zinvol bezig // Datgene kunnen doen wat je dag waardevolle betekenis geeft // De mensen en de dingen/zaken die mijn leven kleur en waarde geven // Er toe doen // nuttig voelen // waarvoor sta ik op iedere ochtend // nuttig bezig zijn // betekenisvol zijn
5. Contact met anderen	5	5. vriendschap, contact met anderen // kunnen bijdragen aan andermans levensgeluk // invulling van leven // meedenken met de zorgvrager over kwaliteit van leven // wat is belangrijk voor de ander: goed luisteren
<b>MBO (n=10) blanco = 1</b>		
1. Familie en contacten	3	1. mijn familie/gezin // sociale contacten, familie // Gezin, familie
2. Bezig zijn, bijdragen	6	2. Als ik nuttig kan zijn // werk // Dagbesteding // levenswijze // Zinnvolle dagbesteding op maat // werk
3. Kwaliteit van leven, genieten	5	3. Kwaliteit van leven // Menswaardig bestaan // genieten kopje koffie, een boek lezen, de natuur in // bijdrage leveren aan een gelukkig leven/moment // natuur, muziek, koffie, een goed boek lezen
4. Doel en motivatie	3	4. Voor ieder persoonlijk zijn motivatie om te leven. Dat het de moeite waard is/blijft // Doel in het leven // Zoeken naar de zin van het leven en welke betekenis jij hier aan geeft
<b>VIG (n=5)</b>		
1. Wat waardevol voor je is	2	1. Alles wat het leven betreft en wat waardevol voor je is // Wat ik belangrijk vind in het leven. Wat waarde heeft
2. Wederzijds aandacht en respect	3	2. Aandacht een luisterend oor // eigen waarde, verdieping, wederzijds respect, inlevingsvermogen, interesse tonen // veiligheid en zekerheid
3. Doel, bestemming van je bestaan	3	3. het is een zoektocht naar wie je bent en wat je wilt // Voor mij is het het doel waar voor ik op aarde ben.
<b>VS (n=2)</b>		

1. Van waarde zijn 2. betekenisvol zijn 3. Een doel	1 2	1. Van waarde kunnen zijn [voor anderen] 2. Betekenisvol kunnen zijn [bezigheden]. 3. Zinvol leven binnen de mogelijkheden // Een doel hebben.
<b>Overige (n=4)</b>		
1. Verbinding met anderen 2. Doel, bestemming 3. Afstemming met hogere macht 4. Waarde, motivatie	1 2 1 4	1. Verbinding 2. Naar binnen keren, luisteren naar de stem in jouw hart en uitwerken wat op je pad komt // Voor jou zinvolle invulling aan jou leven geven 3. in afstemming met Jezus Christus. 4. wat je energie geeft en waar je kracht uit haalt als het even tegen zit of om de dag of de activiteit lekker op te starten // zeker ook wat je zelf belangrijk vind, en waar je waarde aan hecht // Betekenis, waarde

#### Totaal vraag 1.

Betekenis zingeving		Aantal
Doel	Doel, waarde en betekenis van het leven // Doel en motivatie // Waarde, motivatie // Doel, bestemming van je bestaan // Een doel // Doel, bestemming	15
Activiteit	Nuttige bezigheden, een bijdrage leveren // Bezig zijn, bijdragen // betekenisvol zijn	13
Relatie	Contact met anderen // Familie en contacten // Van waarde zijn // Verbinding met anderen // Wederzijds aandacht en respect	13
Geluk	Kwaliteit van leven, geluk // Kwaliteit van leven, genieten	10
Geloof	Afstemming met hogere macht	1
Zelfredzaamheid	Eigen regie, eigen keuzes	1

#### Vraag 2. Beschrijf een moment waarbij je zelf zingeving ervaarde in je eigen werk [per opleidingsniveau/rol/functie] n=36

HBO (n=15) blanco = 2	Aantal	Meerdere antwoorden mogelijk
1. Bij goede zorg en goede gesprekken met cliënten in palliatieve en terminale fase	6 3	1. Afgelopen week gaf echtgenote van een palliatieve zorgvrager aan dat zij zo blij was dat ik er weer was, omdat ze zich zo gehoord en begrepen voelde. Dit was waardevol, omdat ik 'gewoon' mezelf ben d.w.z. aandacht heb voor haar verhaal // Bij een vrouw die koos voor euthanasie. Mw kon en wilde niet langer lijden. Grenzen aan haar leven aangegeven weloverwogen met behulp van een pastoraal medewerker. Heel mooi // Bij levenseinde zorg maar ook bij het maken van behandelkeuzes voor de toekomst, in ACP gesprekken // Goede
2. Bij zorg op maat zodat een kwetsbare oudere (dementie) langer en veilig thuis kan wonen	4	

3. Bij echt contact met de client		<p>terminale zorg waarbij er echt contact is met cliënt en mantelzorger // Terminale fase van patiënt // Wanneer ik een palliatieve cliënt een waardig levenseinde kan geven. En dat ook terug hoor van die cliënt en familie.</p> <p>2. Echt contact: Een fijn gesprek over hoe iemand zich voelt. Een gesprek waarin cliënt aangeeft wat hij belangrijk vindt in zijn leven en hoe hij de toekomst ziet. // Een glimlach, een zucht van verlichting veelal non-verbaal. Iemand is zichtbaar dankbaar echter is niet het allerbelangrijkste // regelmatig o.a. bij client die geestelijk geen kwaliteit v leven meer zegt te hebben.</p> <p>3. In algemene zin proberen wij met onze hulpverlening te realiseren dat een kwetsbare oudere (vaak met dementie) langer goed en veilig thuis kan blijven wonen [ingekort] // Doordat een cliënt weer activiteiten ondernam en partner naar dag besteding ging had de mantelzorger het gevoel ook deel te nemen aan de maatschappij en anderen mensen te ontmoeten // dagelijks. ik probeer de zorg te regelen voor de patiënten, zoals zij dit graag zouden willen. dus wat bij hen past. dit is niet standaard te protocolleren, maar voor iedereen anders // Op huisbezoek</p>
<b>MBO (n=10) blanco = 2</b>		
<p>1. Wanneer je de mens achter de client leert kennen.</p> <p>2. Wanneer je kunt bieden wat iemand nodig heeft.</p>	<p>4</p> <p>4</p>	<p>1. Bij een oudere dame waarvan ik vond dat ze denigrerend was, kwam ik met tegenzin. [ingekort] We raakten aan de praat en onze band werd sterker // Een cliënt die dementerend is en dan in eens een helderend verhaal verteld over het geloof hoop en liefde // Een zorgmijdende bijna agressieve cliënt, ernstig vervuild zowel cliënt als woning. [ingekort] Die 'vieze', agressieve man blijkt een zeer vriendelijke man met gevoel voor humor // een cliënt in de laatste levensfase die graag nog wilde praten over zijn leven en over de vele reizen die hij had gemaakt. 1 ding hadden we gemeen, de cliënt was ook naar Java en Bali geweest op Indonesië dus ik kon leuke verhalen hebben met de cliënt</p> <p>2. Het gebeurt wel eens dat iemand totaal in zak en as zit. Dat er zoveel op het pad komt dat het emmertje vol is. Dat het leven op dat moment niet draagbaar is/lijkt. De motivatie om dan toch het goede te blijven zien om door te gaan, is voor mij de zin van het leven // Het verschil maken in de dag van een cliënt door je bezoek // Hulp bieden bij dakloze man die een woning kreeg // Palliatieve zorg</p>
<b>VIG (n=5) blanco = 1</b>		
<p>1. Wanneer een cliënt de zorg als prettig ervaart</p> <p>2. Wanneer je een goed gesprek hebt met een client</p> <p>3. In de palliatieve zorg</p>	<p>2</p> <p>1</p> <p>1</p>	<p>1. Als een cliënt de zorg als prettig ervaart en er blij is met onze zorg. Dat we de cliënt in zijn waarde laten // Het doen besluiten van een echtpaar om naar een aanleunwoning te gaan verhuizen wat zeer zwaar viel</p> <p>2. Een goed gesprek</p> <p>3. In de palliatieve zorg. Een Mw wou zo graag geloven dat ze beter zou worden. Ze was zo angstig over de dood en dat ik haar kon gerust stellen dat ze elke dag als een cadeau mag ervaren</p>
<b>VS (n=2)</b>		
1. Dat je echt wat kunt betekenen voor een patiënt (bij rouw)	1	1. Dat je écht wat kunt betekenen voor een patiënt. Bijvoorbeeld een mevrouw die worstelt met het verlies van haar man, rouwt om hem en zich afvraagt of ze het allemaal wel alleen kan, of ze wel goed rouwt. Dat je dan

2. Dat je iemand aan activiteiten deel kunnen helpen nemen (bij dementie)	1	kunt luisteren, er kunt zijn en wat kleine tips of informatie kunt achterlaten. Dat voelde voor haar als een enorm groot, betekenisvol gebaar. 2. Iemand die graag in kerkkoor zingt maar dementie heeft. Het zingen wordt moeilijker mogelijkheden bekeken om toch nog deel te kunnen nemen
<b>Overig (n=4) blanco = 1</b>		
1. Iemand met mentale belasting kunnen ondersteunen	3	1. De momenten dat ik een zorg weg kon nemen bij een persoon met een flinke mentale belasting en ik de opluchting van de ander zelf kon ervaren // Mensen met depressie die zichzelf niets meer waard vinden en zelfs dan niet meer kunnen vast houden aan hun geloof // Onrustige patiënt die rustig werd door het overdragen aan Jezus Christus in gebed.

### Totaal vraag 2.

Zorgsituatie eigen zingeving		Aantal
Zorg op maat	Bij zorg op maat zodat een kwetsbare oudere (dementie) langer en veilig thuis kan wonen // Dat je iemand aan activiteiten deel kunnen helpen nemen (bij dementie) // Wanneer je kunt bieden wat iemand nodig heeft // Wanneer een cliënt de zorg als prettig ervaart	10
Goed contact	Bij echt contact met de client // Wanneer je de mens achter de client leert kennen // Wanneer je een goed gesprek hebt met een client	9
Palliatieve zorg	Bij goede zorg en goede gesprekken met cliënten in palliatieve en terminale fase // Iemand met mentale belasting kunnen ondersteunen // In de palliatieve zorg // Dat je echt wat kunt betekenen voor een patiënt (bij rouw)	7

### Vraag 3 (a). Beschrijf een recente situatie waarin je een zingevings- en/of levensvraag signaleerde bij een zorgvrager [per opleidingsniveau/rol/functie] n=36

HBO (n=15) blanco = 3	Aantal	Meerdere antwoorden mogelijk
1. Bij client met eenzaamheid en rouw	2	1. Alleenstaande heer, echtgenote overleden, alleen thuis, voelt zich eenzaam, geen zin om te eten/voor zichzelf te zorgen. > Actie 2 (luisterend oor geboden) // Ik weet niet hoe het straks verder moet zonder mijn partner. > Actie 3 (zelf begeleiding opgestart)
2. Bij client met verlieservaring	1	2. Bij iemand die cardiaal erg slecht is en chronisch dialyse patiënt en nu ook een metastase heeft waarvoor bestraling is geïndiceerd. Patiënt heeft nog maar een heel beperkte conditie en verliest mobiliteit en kracht en kan zijn hobby's nog maar moeilijk uitvoeren. > Actie 2 (luisterend oor geboden)
3. Bij cliënt die door dementie moeilijker kan meekomen	3	3. Door dementie niet meer kunnen deelnemen aan het arbeidsproces. > Actie 8 (anders, nl... Op zoek gegaan naar mogelijkheden voor een zinvolle daginvulling) // Een mevrouw met beginnende dementie die niet meer zo goed weet wat ze aan moet met de dag. Ze voelt zich lusteloos en ontredder. > Actie 2 (luisterend oor geboden) // In de wijkzorg met

4. Wanneer mantelzorger overbelast is	1	aandachtsgebied kwetsbare ouderen bespreek ik vaak wat kwaliteit van leven betekent en wat als er iets tussen komt wat heb je geregeld. Bijv. bij dementerende. > Actie 5 (een geestelijk verzorger geconsulteerd)
5. Rond palliatieve en terminale zorg	5	4. Mantelzorger is overbelast en we hebben week logeerszorg kunnen regelen voor zorgvrager zodat mantelzorger even op adem kon komen om zorg weer tijdje aan te kunnen. > Actie 2 (luisterend oor geboden) 5. Cliënt waarbij 2 jaar geleden was gezegd dat hij hooguit 6 maanden te leven had, leeft nog steeds en voelt zich relatief goed. Cliënt koestert veel wrok en wantrouwen jegens de doctoren in het ziekenhuis en eigen familie, omdat behandelingen hem door hen zijn ontnomen volgens cliënt. Cliënt vraagt zich af waarom hij er nog is. Cliënt weet niet wat hem zou kunnen helpen en wat het leven nog de moeite waard maakt. > Actie 3 (zelf begeleiding opgestart) // Ethische dilemma's zoals wel/ geen palliatieve sedatie. > Actie 3 (zelf begeleiding opgestart) // meest voor de hand liggende vragen zijn de terminale zorgvragen. die springen er het meest uit. > Actie 8 (anders, nl... al het bovenstaande.) // Meneer met vorderende vasculaire dementie en forse afasie. Heeft in zeer vroeg stadium al aangegeven niet opgenomen te willen worden in verpleeghuis maar euthanasie [ingekort] > Actie 8 (anders, nl.. Alle betrokken hulpverleners kenbaar gemaakt waar de wens van meneer ligt en samen zorgdragen dat zijn laatst wens op gebied van zingeving waar gemaakt kan worden.) // Terminale patiënt. Praten over het leven dat diegene heeft gehad. Praten over de toekomst van zijn gezin Praten over de toekomstige dood. > Actie 2 (luisterend oor geboden)
<b>MBO (n=10) blanco = 4</b>		
1. Client met vragen rond levenseinde	3	1. Een cliënt haar partner was overleden een aantal maanden terug. En ze vroeg aan mij of ik erin geloofde of zij haar man weer zou ontmoeten als zij zou overlijden. > Actie 8 (anders, nl... Eerst naar mw geluisterd. Gevraagd wat zij zelf dacht en voelde.) // Euthanasie aanvraag. > Actie 6 (verwezen naar andere professional) // Stervende man die vroeg wat de zin was van zijn lijdensweg. > Actie 2 (luisterend oor geboden)
2. Client met verlieservaringen	3	2. Een man op leeftijd met macula, inmiddels blind. Vraagt zich of wat het leven nog voor zin heeft. [ingekort] Meneer heeft inmiddels weer iets om zich op te verheugen. > Actie 5 (een geestelijk verzorger geconsulteerd) // Totaal afhankelijk door beperkingen. Chronische toestanden die steeds meer energie kosten. En dan een kind verliezen. > Actie 2 (luisterend oor geboden) // Geen zinvolle dagbesteding en uiteindelijk de cliënt kunnen stimuleren om naar de dagbesteding te gaan. > Actie 8 (anders, nl... Dagbesteding ingezet)
<b>VIG (n=5) blanco = 1</b>		
1. Bij reflectie op levensloop	1	1. Aspecten uit het verleden wat nu sterk naar voren komt en waarmee zorgvrager geassocieerd word. > Actie 2 (luisterend oor geboden)
2. Rond stoppen behandeling en acceptatie overlijden	1	2. Een mw wil stoppen met dialyse, maar haar man wilt dit niet. Nu afspraken gemaakt zodat dhr kan wennen dat mw gaat stoppen en overlijden > Actie 4 (een collega geconsulteerd)
	1	3. Een Mw wou dat er een dominee kwam om voor haar te bidden. > Actie 5 (een geestelijk verzorger geconsulteerd)
3. Vraag om gebed met een dominee	1	4. Hoe moet het nu verder, vroeg iemand die diagnose dementie heeft gekregen. Gepraat over hoe hier mee om te kunnen gaan. > Actie 8 (anders, nl... Casemanager dementie ingeschakeld)

4. Rond diagnose dementie		
<b>VS (n=2)</b>		
1. Geloofsvragen rond terminale fase 2. Rond diagnose dementie	1 1	1. 'Ik zit hier alleen maar op de stoel en kan toch niks meer. Wat heeft het allemaal nog voor zin?' - Iemand in de terminale fase die erg bang is voor de dood en op 'het oordeel' van God. > <i>Actie 8 (anders, nl... Meerdere dingen. Vooral veel geluisterd. Zelf begeleiding opgestart en de dominee of geestelijk verzorger erbij ingeschakeld.)</i> 2. Hoe verder leven na diagnose dementie ? > <i>Actie 3 (zelf begeleiding opgestart)</i>
<b>Overig (n=4) blanco = 1</b>		
1. Levensvragen in het algemeen 2. Geloofsvragen en levensvragen in terminale fase 3. Depressie	1 1 1	1. Als men begint over het leven zelf en over de waarde van het leven. of de mooie "stel dat " vraagstukken.... of de "hoe mooi zou het zijn als ik "vragen .. etc etc > <i>Actie 7 (verwezen naar geestelijk verzorger)</i> 2. Is er leven na de dood? Hier komen soms hele mooie gesprekken uit voort. Ben je klaar voor de volgende fase? Heb je afgerond waarvoor je op aarde bent gekomen? Zijn er nog dingen die uitgesproken moeten/mogen worden? > <i>Actie 3 (zelf begeleiding opgestart)</i> 3. Zie vorige vraag (antwoord dat begint met 'mensen met depressie die zichzelf niets...') > <i>Actie 3 (zelf begeleiding opgestart)</i>

**Totaal vraag 3 (a).**

Zorgsituatie zingeving		Aantal
Rond levenseinde	Rond palliatieve en terminale zorg // Client met vragen rond levenseinde // Rond stoppen behandeling en acceptatie overlijden // Bij vragen rond terminale fase // Geloofsvragen en levensvragen in terminale fase	11
Verlieservaring	Bij client met eenzaamheid // Client met gebrek aan contact en bezigheden // Bij client met chronische afhankelijkheid en achteruitgang // Wanneer mantelzorger overbelast is // Depressie	8
Rond dementie	Bij cliënt die door dementie moeilijker kan meekomen // Rond diagnose dementie // Rond diagnose dementie	5
Levensvragen	Bij reflectie op levensloop // Levensvragen in het algemeen	2
Geloof	Vraag om gebed met een dominee	1

**Vraag 3 (b). Welke actie heb je ingezet bij die situatie?**

Actie zorg voor zingeving	Volgens Hbo (blanco = 2)	Mbo (blanco = 4)	VIG (blanco = 1)	VS	Overig (blanco = 1)	Totaal
Actie 1. nog geen actie ondernomen						0
Actie 2. een luisterend oor geboden	7	3	1	1		12
Actie 3. begeleiding aangeboden / opgestart voor de zingeingsvraag	5			2	2	9
Actie 4. een collega geconsulteerd	1		1			2
Actie 5. een geestelijk verzorger geconsulteerd	2	1	1			4
Actie 6. verwezen naar een andere professional	1	1	1			3
Actie 7. verwezen naar een geestelijk verzorger	1			1	1	3
Actie 8. anders, namelijk: dagbesteding geregeld*	1	1				2
*Andere antwoorden bij 'Anders, namelijk' opgeplust bij de betreffende acties						

**Vraag 4. Wie is volgens jou de meest aangewezen professional om zorg voor zingeving te bieden en waarom? [per opleidingsniveau/rol/functie]**

HBO (n=15) blanco = 2	Aantal	Meerdere antwoorden mogelijk
1. Geen onderscheid	6	1. Alle drie // Op kantoor kun je deze casus bespreken en samen de juiste keuzes maken // allemaal // allemaal; zij kunnen allen in hun eigen beroep zorg bieden aan het echtpaar. van een luisterend oor, tot andere professionals en netwerk inzetten // Allen. Iedere professional kan zijn haar eigen rol hierin spelen // Is niet niveau gebonden
2. Degene met klik en vertrouwen	3	
3. Wie het vaakst komt / EVV	5	2. degene die zij het meeste vertrouwen. Dit ligt mede aan de persoon zelf, de opvoeding, de 'klik' tussen patiënt en professional // Het is belangrijk dat de cliënt een klik heeft met de professional en de professional beschikt over de juiste kennis en vaardigheden om de begeleiding te bieden // Degene waarbij het echtpaar zich het meest op het gemak voelt en de beste gevoelsmatige aansluiting heeft. Daarbij is het belangrijk alle betrokkenen op de hoogte te houden van de actuele situatie en afspraken die met echtpaar worden gemaakt
4. HBO	2	
5. CM	2	
6. GV	2	3. De EVV-er is spin in het web lijkt mij. Regie bij echtpaar, richting kan EVV-er geven met diverse disciplines op achtergrond // De verzorgende ziet ze het vaakst (neem ik aan, zo werkt het bij ons), die kan aandachtig luisteren tijdens de dagelijkse zorg // Primair de collega die er het meeste komt en tijd kan vrijmaken om de zorg voor zingeving vorm te geven. Gesprekken

		<p>rondom zingeving zijn vaak gesprekken die meer tijd vragen en een proces zijn. Daar moet de hulpverlener ook de ruimte voor hebben // Verpleging die komen zo vaak // verpleegkundige, zorgt en verwijst</p> <p>4. Wanneer er een diepergaand gesprek nodig is waarvoor je de tijd moet nemen, kan een van de verpleegkundigen dat doen. Zij hebben daarvoor de juiste gesprekstechnieken geleerd en kunnen hun netwerk inschakelen // Ik denk de HBO verpleegkundige, mits deze een goede spil en doorverwijzer kan zijn in het netwerk rond de patiënt</p> <p>5. Ik zou zelf een casemanager inzetten vanwege de dementie // i.s.m. de casemanager,</p> <p>6. zo nodig een geestelijk verzorger // daarnaast een geestelijk verzorger</p>
<b>MBO (n=10)</b>		
1. CM	1	1. Casemanager dementie
2. Geen onderscheid	2	2. Niet aan de opleiding // Iedereen, iedereen heeft verantwoordelijkheid op dit vlak
3. Degene met vertrouwensband	3	3. Iemand moet het voelen omdat krijg je niet door een diploma te ondertekenen // Ik zou kiezen voor degene waarbij de mensen zich het meest op hun gemak voelen // Dat ligt aan de persoon.
4. HBO	3	4. de HBO-verpleegkundig. Daarvan wordt verwacht dat ze de regie neemt en een coachende functie heeft. De MBO-verpleegkundige doet vaak de 'zorg aan het bed' // De verpleegkundige, die heeft wellicht meer kennis over de zingeving // heeft de juiste papieren ( volgens zorgverzekeringswet) [voor indiceren]
<b>VIG (n=5) blanco = 1</b>		
1. Goede band	2	1. De thuiszorg die hen beide goed kent // waar het echtpaar een klik heeft en zich prettig voelen
2. Degene die het vaakst komt	3	2. Degene die regelmatig bij het echtpaar komt // Degene die er het meeste komt // De thuiszorg die dagelijks komt
3. Geen onderscheid	1	3. Zorgen doen we samen
<b>VS (n=2)</b>		
1. HBO	2	1. HBO verpleegkundige mag je overstijgend denken verwachten en sociale kaart in beeld voor evt doorverwijzing // HBO-verpleegkundige. Over het algemeen, in ieder geval binnen Icare V&V, is diegene de wijkverpleegkundige. Dat is de spil in de wijk en weet dus wat er mogelijk is en kan op die manier ook op een juiste wijze consulteren.
<b>Overig (n=4)</b>		
1. Geen onderscheid	2	1. Alle drie wanneer zij er open voor staan en een luisterend oor willen bieden // Alle zorgprofessionals hebben een signalerende rol en kunnen een luisterend oor bieden of een hulpvraag duiden.
2. HBO	1	2. De HBO-verpleegkundige kent de sociale kaart doorgaans het beste en kan op die manier doorverwijzen of consulteren.
3. MBO	1	3. in het kort : de MBO vpk
4. Naar behoefte van de client	1	4. Dat ligt aan welke behoefte de zorgvrager kan formuleren , nadat het besproken is met hen en hun naasten



**Totaal vraag 4.**

Aangewezen professional	Reden	Volgens HBO	MBO	VIG	VS	Overig
Geen onderscheid	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ieder kan samen casus bespreken en keuzes maken</li> <li>• Iedereen moet open kunnen staan en luisterend oor bieden</li> <li>• Alle betrokkenen moeten op de hoogte zijn van de casus en afspraken</li> <li>• Iedereen moet kunnen signaleren en hulpvraag duiden</li> <li>• Iedereen moet basis kunnen bieden met disciplines op achtergrond</li> </ul>	6	2	1		2
Wel onderscheid:						
<ul style="list-style-type: none"> <li>• MBO-verpleegkundige // EVV // Thuiszorg // verpleging // degene die het vaakst komt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kan aandachtig luisteren en signaleren tijdens de dagelijkse zorg</li> <li>• Gesprekken over zingeving vragen tijd en proces</li> </ul>	4		3		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• HBO-verpleegkundige</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vraagt zorg verlenen</li> <li>• Vraagt verwijzen</li> <li>• Vraagt coördineren en coachen van collega's</li> <li>• Vraagt regisseren en verbinden in het netwerk rond de patiënt</li> <li>• Vraagt overstijgend denken</li> <li>• Vraagt kennis sociale kaart voor doorverwijzing</li> <li>• Moet aanspreekpunt zijn in de wijk</li> <li>• Kan een diepergaand gesprek voeren, gesprekstechnieken inzetten</li> <li>• Kan indiceren // plannen</li> <li>• Vraagt verdiepend gesprek</li> <li>• Heeft kennis over zingeving</li> </ul>	3	3		2	1
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Degene met een vertrouwensband</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vraagt 'klik', gevoel voor casus, voorkeur client, juiste persoon</li> </ul>	3	2	2		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• CM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Heeft expertise dementie</li> </ul>	2	1			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geestelijk verzorger</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Heeft expertise zingeving</li> </ul>	2				

Vraag 5. Hoe is de verantwoordelijkheid m.b.t. zorg voor zingeving verdeeld binnen jouw team? [per opleidingsniveau/rol/functie] n=36			
HBO (n=15) blanco = 3	Aantal	Verantwoordelijkheid	Meerdere antwoorden mogelijk
Niet verdeeld	8	1. hele team verantwoordelijk voor de hele zorg	1. Alle teamleden doen het zelfde werk // gelijk verdeeld // Gelijkwaardig // Niet duidelijk. Ieder voor zich // Wij werken in principe 1 collega op 1 casus. Collega's zijn voornamelijk HBO geschoold. Iedere collega heeft hier dus aandacht voor binnen diens caseload // Indien mogelijk biedt het team (verzorgenden en verpleegkundigen, in overleg met wijkverpleegkundige en casemanager), de zorg zelf // Degene die het meeste komt is aanspreekpunt. Dat kan iedereen zijn // Ieders verantwoordelijkheid 2. Verwijzing naar juiste discipline is teamwork en in overleg met EVV-er // mochten wij er niet uitkomen dan dragen wij over naar andere zorgverleners. 3. Signalerende functie heeft iedereen.
	2	2. hele team verantwoordelijk voor inschakelen andere zorgverleners // andere disciplines	
	1	3. hele team verantwoordelijk voor signaleren	
Wel verdeeld	2	1. VIG verantwoordelijk voor signaleren [van behoefte aan aandacht] tijdens de zorg en	1. De verzorgenden signaleren behoefte aan aandacht // Verzorgenden bieden aandacht tijdens de zorg. 2. Verpleging passende bij de rol en de persoon. Signaleren en elkaars kennis en kunde benutten // Verpleging moet desgewenst ketenzorg inschakelen. Wie kan bij welke vraag of behoefte de beste zorg bieden 3. De wijkverpleegkundige komt eventueel mee // Indien meer nodig, dan vraagt de wijkverpleegkundige uit wat de behoefte precies is // Wijkverpleegkundigen besteden hier vooral aandacht aan, aangezien dit wordt besproken bij het intakegesprek // WVP verwerkt in de indicatie 4. de gespecialiseerd verzorgende psychogeriatric 5. Indien bieden van aandacht niet kan of onvoldoende is, zetten we een geestelijk verzorger in. 6. Of (individuele) begeleiding vanuit de WMO [= HBO MW // SW]. 7. Mijn taak als casemanager dementie is om een vertrouwensband met cliënt en netwerk op te bouwen en zingeving [ingekort]
	2	aandacht tijdens de zorg	
	4	2. MBO verantwoordelijk voor	
	1	dagelijkse zorg, inschakelen	
	1	wijkverpleegkundige en keten	
	1	3. HBO verantwoordelijk voor	
	1	verder uitvragen zorgbehoefte, intake en indicatie	
1	4. Gespecialiseerd VIG psychogeriatric verantwoordelijk voor begeleiding		
	5. Geestelijk verzorger verantwoordelijk voor begeleiding		
	6. (individuele) begeleiding vanuit de WMO verantwoordelijk voor ondersteuning		

		7. CM dementie voor begeleiding en ondersteuning	
<b>MBO (n=10) blanco = 4</b>			
Niet verdeeld	4	1. Hele team verantwoordelijk voor hele zorg	1. Alle teamleden zijn gelijkwaardig // Gelijkwaardig // Niet // De zorg mag je altijd opstarten.
Wel verdeeld	3	1. VIG en MBO verantwoordelijk voor aandacht voor zingeving, signaleren en voor communiceren	1. De EVW'er is hier verantwoordelijk voor // De Verzorgende IG en MBO-verpleegkundige zijn wel degene die het vaakst bij de cliënten thuis komen. Zij signaleren wanneer er meer of andere zorg nodig is // door VIG en MBO wordt gecommuniceerd naar de HBO-verpleegkundig, 2. HBO die verdere acties onderneemt // De HBO-verpleegkundige gaat ook eens in de 3 maanden bij de cliënten op bezoek voor evaluatie // Sommige papieren mogen alleen niveau 5 tekenen // Het is niet een specifiek thema, maar komt altijd wel vanzelf ter sprake als je een gesprek aan gaat. Bv bij een zorgplan bespreking. Zeker als er een van de kinderen bij zit. Oudere mensen vinden het vaak geen gespreksonderwerp. Kinderen zien vaak de behoeften en tekorten duidelijk en kunnen dit makkelijker bespreken.
	4	2. HBO verantwoordelijk voor planning zorg, zorgplanevaluatie en indicaties	
<b>VIG (n=5) blanco = 1</b>			
Niet verdeeld	3	Hele team is verantwoordelijk voor hele zorg	Iedereen mag en kan dit // het is ieders verantwoordelijkheid // zelf verantwoordelijk als ik zingeving aan tref
Wel verdeeld	1	VIG verantwoordelijk voor afstemming met wijkverpleegkundige en CM	Contactpersoon staat nauw in samenwerking met wijkverpleegkundige en casemanager
<b>VS (n=2)</b>			
Wel verdeeld	1	1. CM verantwoordelijk voor overleg met andere disciplines.	1. casemanager dementie overlegt met wijkverpleegkundige, huisarts of POH wie wat oppakt 2. Wijkverpleegkundige en verpleegkundig specialist werken samen met andere professionals (centrum voor levensvragen, geestelijk verzorger, dominee, POH, etc.)
	1	2. HBO en VS verantwoordelijk voor samenwerking met andere disciplines	
<b>Overig (n=4) blanco = 1</b>			
Niet verdeeld	3	Hele team is verantwoordelijk voor hele zorg	1. Er is geen verdeling. Elk teamlid heeft zijn/ haar eigen gaven. // Er is geen verdeling. Elk teamlid heeft zijn/ haar eigen mooie gaven en versterkt hier ons team mee. // Iedereen neemt zijn eigen deel op zich op zijn of haar manier

Wel verdeeld	1	1. CM verantwoordelijk voor overleg met andere disciplines.	1. Ik ben casemanager dementie. In overleg met wijkverpleegkundige, huisarts of POH stemming af wie wat oppakt 2. Wijkverpleegkundige en verpleegkundig specialist ism andere professionals (centrum voor levensvragen, geestelijk verzorger, dominee, poh, etc) 3. Pastoraal medewerker kan benaderd en ingezet worden bij behoefte
	1	2. HBO en VS verantwoordelijk voor samenwerken met andere disciplines	
	1	3. Pastoraal medewerker verantwoordelijk voor begeleiding	

#### Totaal vraag 5.

Verantwoordelijke	Verantwoordelijk voor	Volgens HBO	MBO	VIG	VS	Overig
Hele team	de hele zorg	8	4	3	3	3
	inschakelen andere zorgverleners	1	-	-	-	-
	signaleren	2	-	-	-	-
HBO	intake	2	-	-	-	-
	verder uitvragen zorgbehoefte	1	-	-	-	-
	indicatie	1	1	-	-	-
	planning zorg	-	-	-	1	-
	samenwerking met andere disciplines	-	1	-	1	1
	zorgplanevaluatie	-	1	-	-	-
MBO	dagelijkse zorg	1	-	-	-	-
	inseinen wijkverpleegkundige	1	1	-	-	-
	inschakelen casemanager	1	-	-	-	-
	aandacht voor zingeving	-	1	-	-	-
	signaleren	-	1	-	-	-
VIG	signaleren	1	1	-	-	-

	geven van aandacht tijdens de zorg	-	1	-	-	
	afstemming met casemanager	1	-	1	-	
	communiceren zorgbehoeften naar de HBO	-	1	1	-	
Gespecialiseerde VIG psychogeriatric	Begeleiding geven	1	-	-	-	
VS	samenwerken met andere disciplines	-	-	-	1	1
Overig:						
• CM dementie	Begeleiding geven en ondersteuning zoeken	1	-	-	1	-
	overleg met andere disciplines	-	-	-	-	1
• Geestelijk verzorger / pastoraal medewerker	begeleiding geven	1	-	-	-	1
• HBO MW/SW vanuit WMO	ondersteuning zoeken	1	-	-	-	

## Bijlage 14. Analyseschema 'grijze literatuur'

A Oost-ten Napel, S. Platenkamp	2013	Wijkvpk	Op welke wijze gaan verpleegkundigen in de MGZ om met aspecten van spirituele zorgverlening en hoe geven zij hier uiting aan?	Kwantitatief vragenlijst onderzoek	Wijkverpleegkundigen uit vier regio's Nood: n=18 Randstad: n=24 Oost: n=28 Zuid: n=17 Totaal: n=87 (Waarbij 600 benaderd)	SSCRS SCCS SAIL	<p>75% ziet zichzelf als spiritueel en deze groep herkent spiritualiteit meer in de praktijk vergeleken met de groep die laag scoort op spiritualiteit.</p> <p>Wat verstaan respondenten onder spirituele zorg: luisteren, respect, houding, tijd nemen, bezoek pastor regelen.</p> <p>Respondenten hebben brede opvatting op spiritualiteit (religieus/niet religieus).</p> <p>Competentie: redelijk op alles subschalen scs, behalve professionalisering. Spirituele groep scoort significant hoger.</p> <p>Gesprekken met ptn worden nauwelijks bepaald door gelijke overtuiging tussen patiënt en zorgverlener.</p>
M. Brussé, E. Driesen, S. van der Veen	2013	Ptn met hartfalen	Wat zijn belangrijke spirituele zorgbehoeften van ptn met hartfalen, welke factoren zijn daarop van invloed en hoe kan de	Literatuurstudie met kwalitatieve explorerende interviews	Internationale literatuur: n=13 Interviews: n=5 (45-71 jaar)	Zoektermen: spiritualiteit/ spirituality, religie/ religion, zingeving/ purpose, betekenis/ meaning, spirituele/ geestelijke verzorging/ spiritual care, levensverhaal / biographics, levensbeschouwing/ life and meaning/ hartfalen/heart failure/heart disease.	Literatuurreview: spirituele zorgbehoeften: zingeving, geloof en religie, sociale steun en ontspanning, begrip en erkenning, zelfredzaamheid. Beïnvloedende factoren: lichamelijke gevolgen hartfalen, coping met aandoening, acceptatie, positieve herinterpretatie, religieuze coping, levenservaring, toekomstperspectief, ondersteuning.

			verpleegkundig e aansluiten op die behoefte?			<p>Interview topiclijst:</p> <p>Vragen over gevolgen van hartfalen, spiritualiteit, zorgbehoeften en ondersteuning van professionals</p>	<p>Verwachtingen verpleegkundige: begeleiding en informatievoorziening, ondersteuning {eigenwaarden eigen kracht bevorderen, herformuleren levensfase, steun bij gevoelens van eenzaamheid, verwachtingen management toekomst, realistische doelen stellen.</p> <p>Interviews:</p> <p>Spirituele zorgbehoeften: sociaal contact (m.n. partner, kinderen), ontspanning {tuin, camping, hobby's, fietsen)</p> <p>Beïnvloeden factoren: lichamelijke gevolgen hartfalen (beperkingen in sociaal contact, opgesloten gevoel), omgaan met aandoening {acceptatie, erkenning, aanpassing, denken, rouwverwerking), zelfbeeld</p> <p>(karaktereigenschappen, hoe in leven staan, zielig, ziektebeleving, minder kunnen betekenen voor ander), opvoeding (karaktervorming, waarden, normen), werk, religieuze coping, religieuze activiteiten zijn steunend, toekomstperspectief</p> <p>(inleveren), verwachtingen uit omgeving,</p> <p>Begeleiding en informatievoorziening: attitude, vriendelijk, oprecht geïnteresseerd, tijd, nazorg, persoonlijke aandacht.</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

H. Buitink, G. van Wijhe, M. Zijlstra	2013	Dementie	Wat zijn spirituele behoeften van zorgvragers met Alzheimer in stadia één en twee, welke factoren zijn daarop van invloed en welke ondersteuning kunnen verpleegkundig en daarbij geven?	Kwalitatief bestaande uit literatuur studie en semi-gestructureerde interviews	Literatuurstudie: n= 12 Interviews: n=4	<p>Zoektermen: spirituality/ spiritualiteit, religion/religie, meaning of life/zingeving of life/ levensbeschouwing, dementia/ dementia, Alzheimer.</p> <p>Topics interview: ervaren ziekte, omgaan ziekte, belangrijke bi ziekte, verandering leven, tegenslagen, wat helpt, omgaan met dementie, ondersteuning, naasten/ professionals</p>	<p>Literatuur: betekenis religie (invloed op cognitie, belang activiteiten, sociale steun, rust, veiligheid), zingeving in reminiscentie (levensbesef, omgaan met verlies, levensverhaal, angst, hoop, betere kwaliteit van leven), creatieve therapie (emoties uiten, verwerking), door aandacht minder gebruik medicatie.</p> <p>Zorgverlening: leden religieuze gemeenschap maken minder gebruik van professionele zorg; zorgverleners t druk voor aandacht voor spiritualiteit, preventie, aandacht voor levensverhaal, inzet muziek en rituelen.</p> <p>Interviews: zingeving door activiteiten (sporten, fietsen, wandelen, tuinieren, tv kijken, muziek etc.), kracht sociaal netwerk, mantelzorg, (klein)kinderen, (contact, gezelligheid), verschil in acceptatie (positief, gelaten, onbegrip, boos); herinnering (levensverhaal), religie (grote rol, kracht uit bidden en kerkbezoek); aandacht in zorgverlening (dagopvang, algemene tevredenheid, geen specifiek opvatting/ervaring); autonomie (moeite met verlies zelfredzaamheid).</p>
J. de Boer – Post, R. Schimmel	2015	Thuiszorg	Hebben de verpleegkundig en en verzorgenden	Vragenlijst onderzoek en	Vragenlijst: N=120 (33%) Dossiers: n=47.	Vragenlijst: kennis SZ, omgaan met levensvragen, hulp bieden, samenwerken, borging	Vragenlijst: 84% respondenten heeft kennis van levensvragen (63% in zorgleefplan; 78% in anamnese; 27% in rapportage; 28% in zorgevaluatie);



			van ZONL aandacht voor levensvragen van de oudere in de langdurige zorg in de thuissituatie, zijn daar voorbeelden van en past deze aandacht bij de Kwaliteitsstandaard Levensvragen als onderdeel van kwaliteit van zorg?	dossieranalyse		Dossieranalyse: aandacht SZ in anamnese, zorgleefplan, rapportage, evaluatie	80% voert vertrouwelijke gesprekken; 54% geeft bewust aandacht aan levensvragen tijdens zorgmoment; 91% voelt zich bekwaam; 71% rapporteert er over; reacties op levensvragen: luisteren (97%), adviseren (66%), verwijzen (61%). 56% ervaart geen ondersteuning van organisatie. 97% vindt dat er binnen organisatie meer aandacht moet zijn.  Dossieronderzoek: in 55,9 % van de anamnese aandacht voor levensvragen {zinvolle activiteiten, belangrijke gebeurtenissen, levensbeschouwing, sociale contacten}; in 23,4% van de zorgleefplannen {vooral over sociale contacten}. In 20,7% van de rapportages (zinvolle activiteiten, belangrijke gebeurtenissen, sociale contacten); In 20% van de evaluaties (vooral over sociale contacten).
M. Porton, F. ten Klooster	2016	Thuiszorg medewerkers en dossieranalyse	In hoeverre geeft de ingevulde informatie met betrekking tot spirituele zorg in het Omaha systeem een beeld van de werkelijk verleende spirituele zorg door	Kwalitatief dmv interviews  Kwantitatief dmv dossieranalyse	Interviews n=8  Zorgplannen n=213	Interviews: Visie op SZ, in hoeverre spiritualiteit nu verwerkt in zorgplannen, redenen voor wel/niet invullen in zorgplan. Zorgplannen screenen adhv dimensies Fitchett	In 95 zorgplannen 151 dimensies van Fitchett aangetroffen.  Interviews: spirituele zorg niet meteen herkenbaar, a.d.h.v. Fitchett categorieën wel; huidige zorgplannen geven geen goed beeld van verleende spirituele zorg door tijdgebrek en bewoording spiritualiteit. Verpleegkundigen zijn praktisch gericht. Veel wordt niet vastgelegd omdat het de basishouding betreft. Organisatie verwacht de medewerkers spirituele

			verpleegkundige niveau 5, werkzaam binnen de thuiszorg van Opella en in welke mate weerspiegelt dit de visie van Opella?				vraagstukken herkennen en kunnen beschrijven. Medewerkers zijn onvoldoende op de hoogte van visie organisatie op dit punt.
K. Lassche, M. van de Belt, K. Lahai	2022	Thuiszorg	'In hoeverre dragen de zingevingscursussen bij aan het vergroten van de spirituele competenties van zorgverleners binnen Driezorg team Noord?	Kwalitatief door interactieve modelopbouw d.m.v. post-its en semigestructureerde diepte-interviews en kwantitatief door SCCS	Bij alle zorgverleners (incl. stagiaires) vanaf opleidingsniveau 2  N=15	Post-it methode voor een groepsgesprek  SCCS  3 diepte-interviews met respondenten	Toename van 40% in spirituele competenties verdeeld over vier deelonderwerpen (x, x, x en x). Dus zorgverleners zijn beter in staat aan de kennis, vaardigheden en attitude te voldoen na cursus.  Deelnemers werden geactiveerd om levensvragen te stellen.  Bij metingen scoren respondenten 10% hoger na cursus bij houding t.o.v. spiritualiteit

## Bijlage 15. Competentieprofiel minor 'Verpleegkundige aandachtsvelder zingeving'

De verpleegkundige ontwikkelt bekwaamheid in het omgaan met het thema zingeving. De competenties A – F betreffen bekwaamheden die alle verpleegkundigen moeten bezitten/ontwikkelen. Deze hebben betrekking op de persoon (A en B), het praktisch handelen (C - E) en professionalisering (F). De 'aandachtsvelder zingeving' dient deze competenties ook te bezitten, maar heeft daarnaast aanvullende competenties G - J. Deze aandachtsvelder is een gekwalificeerde verpleegkundige functionerend op hbo-niveau, die binnen de context van het verpleegkundig team een bijzondere verantwoordelijkheid heeft voor de deskundigheidsbevordering in het team met als doel dat aandacht voor zingeving een geïntegreerd onderdeel uitmaakt van het handelen van teamleden en deze zorg is geborgd.

### Zingevingcompetenties verpleegkundigen

#### **A Houding ten opzichte van de zingeving van de patiënt**

Toont respect voor de levensovertuiging/het zingevingskader van de patiënt op een onbevooroordeelde wijze ongeacht de inhoud van zijn levensbeschouwelijke achtergrond

Staat open voor de levensbeschouwing/het zingevingskader van de patiënt, ook als deze een andere levens/geloofsovertuiging dan die van zichzelf

Dringt haar/zijn eigen levens/geloofsovertuiging/het zingevingskader niet op aan een patiënt

Herkent persoonlijke en professionele grenzen in het omgaan met de levens/geloofsovertuiging/het zingevingskader van de patiënt

#### **B Communicatie over zingeving**

Kan actief luisteren naar het 'levensverhaal'/aspecten van zingeving van de patiënt in relatie tot zijn ziekte

Heeft in contact met patiënten een accepterende/ondersteunende houding (betrokken, meelevend, vertrouwenwekkend, echt, gevoelig)

#### **C Planning van spirituele zorg**

Kan mondeling en/of schriftelijk rapporteren over de zingevingbehoefte van de patiënt

Kan in samenspraak met de patiënt de zorg voor zijn zingevingbehoefte/problemen afstemmen in het anamnesegeprek en/of het vervolg van het proces van zorgverlening

Kan in het multidisciplinair overleg zorg voor de zingevingbehoefte/problemen van de patiënt afstemmen

Kan in het zorgplan het verpleegkundig aandeel in de aandacht voor zingeving van de patiënt vastleggen

#### **D Persoonlijke ondersteuning en begeleiding van de patiënt**

Kan patiënt ondersteunen bij zijn zingevingbehoefte/problemen in/bij de dagelijkse zorgverlening

Kan de aandacht voor zingeving die hij/zij heeft verleend in samenspraak met patiënt en in (multi)disciplinaire team evalueren

Kan de patiënt informatie geven over faciliteiten op het gebied van zingeving binnen de zorginstelling (o.a. aanbod geestelijke verzorging, stiltecentrum, vieringen)

Kan de patiënt helpen zijn alledaagse gebruiken met betrekking tot zijn/haar zingeving (spiritualiteit) te continueren (o.a. gelegenheid geven rituelen te uiten, bidden, mediteren, bijbel/koran lezen, muziek luisteren)

Kan familie van de patiënt als zij vragen en/of behoeften uiten op het gebied van zingeving aandacht geven

#### **E Verwijzen**

Ik kan indien gewenst de patiënt en/of zijn familie/verwanten met zijn zingevingvragen en/of behoeften tijdig en adequaat verwijzen naar een andere zorgverlener (bijv. geestelijk verzorger/eigen pastor/imam)

Kan een geestelijk verzorger consulteren in het kader van de zingevingvragen/behoeften van de patiënt

#### **F Professionalisering**

Kan vragen/problemen die hij/zij in het werk in de zorgverlening aan de patiënt tegenkomt aan de orde stellen en bespreken in werkoverleg/intervisiegesprekken

### **Competenties aandachtsvelder zingeving**

#### **G Borging aandacht voor zingeving in het methodisch zorgproces op afdelingsniveau**

Kan binnen het team aandacht voor zingeving onder de aandacht brengen, collega's daarin adviseren en meenemen, aandacht voor zingeving in het teamfunctioneren borgen in de methodiek van zorgverlening.

#### **H Ondersteunen en coachen van teamleden**

Kan kennis delen en de deskundigheid van collega's bevorderen d.m.v. kennisdeling (literatuur/klinische lessen) en coaching

#### **I Werken en samenwerken in en buiten de organisatie**

Heeft in de organisatie een signaalfunctie van issues op het gebied van zingeving die beleidsmatige aanpak aangaan, komt hier in de organisatie voor op, is voortrekker en verbinder en heeft een vrijmoedige houding en participeert in relevante interne en externe netwerken (o.a. contact met collega aandachtsvelders en organisaties/kerken).

#### **J Bijdragen aan het beroep**

Kan functioneren als rolmodel voor de verpleegkundige beroepsgroep met betrekking tot aandacht voor zingeving in de zorgverlening en kan aan hen het concept 'aandachtsvelder' presenteren.

© Hogeschool Viaa, 2016

## Bijlage 16. Presentatie webinar zorgprofessionals

**Zinvolle zorg op maat**  
in de thuissituatie

Webinar 11 april 2023  
16.00-17.00

Kenniswerkplaats ZINGEVING Viaa V&VN

1

**Zinvolle zorg op maat**  
in de thuissituatie

**Welkom**

**Wat willen we bereiken?**  
We willen de zorg voor de zorgverlener in de thuissituatie verbeteren. Dit doen we door de kennis en ervaring van de zorgverleners te delen en te ondersteunen. We willen de zorgverleners helpen om de zorg voor de zorgverlener in de thuissituatie te verbeteren.

**Wie willen we dit bereiken?**  
De zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor de zorgverlener in de thuissituatie. Dit zijn de zorgverleners die de zorg voor de zorgverlener in de thuissituatie verbeteren.

**Wie kunnen deelnemen?**  
De zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor de zorgverlener in de thuissituatie. Dit zijn de zorgverleners die de zorg voor de zorgverlener in de thuissituatie verbeteren.

**Meer informatie?**  
 Kenniswerkplaats ZINGEVING opella V&VN ZonMw ZonCapoer Viaa

2

**Programma voor dit webinar**

1. Wat is zingeving?
2. Zorg voor zingeving
3. Samen in de wijk werken aan 'zinvolle zorg op maat'
4. Bevorderende en belemmerende factoren

3

**Wat is Zingeving?**

**MENTIMETER:**

4

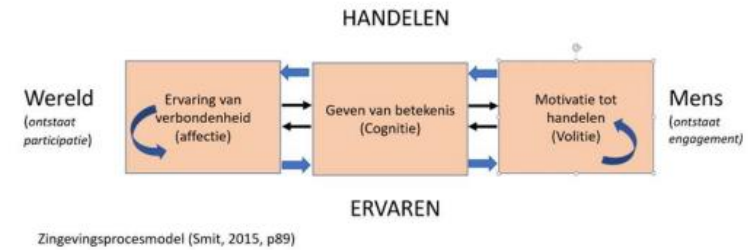
## Wat is zingeving? Definities (1)

Zingeving is de dynamische dimensie van het menselijk leven die verband houdt met de wijze waarop personen (individu en gemeenschap) **betekenis, doel en transcendentie** ervaren, tot uitdrukking brengen en/of zoeken en de wijze waarop zij **verbonden** zijn met het moment, met zichzelf, met anderen, met de natuur, met datgene wat betekenisvol en/of heilig is.

(Nolan et al, 2011)

5

## Wat is Zingeving? Definities (2)



6

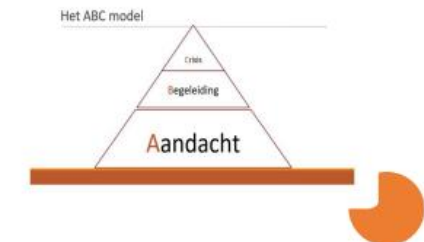
## Zingevingsthema's



7

## Zorg voor Zingeving

- ABC-model:
- Aandacht
  - Begeleiding
  - Crisis of Complex



8

## Zorg voor Zingeving

- Belang
- Aandacht

Luisteren in laagjes:

Somatisch	Beschrijving van de werkelijkheid	Meer inzien en verborgen
Psycho-	Ervaring en emoties	
Sociaal	Verbinding met levensverhaal, identiteit	
Spiritueel	Krachtbronnen, inspiratie	

9

## Bevorderende en belemmerende factoren



CONTEXT (REGIO'S NIET GEWEND OM EROVER TE PRATEN, RELIGIEUZE OMGEVING)



TAAL



MISSIE EN VISIE ORGANISATIE (BEPALEND VOOR DE RUIMTE)



KENNIS OVER EN ERVARING MET ZINGEVING

10

Samenwerken aan zinvolle zorg op maat

- In je eigen team
- Met ander professionals (sociale kaart)
- Regeling Geestelijke verzorging thuis

11

## Casuïstiek

Mevrouw (72) en meneer Levenslust (75) zijn al lang samen en waren recent 40 jaar gehuwd. Het gezin bestaat uit 3 kinderen, hun partners en 5 kleinkinderen. De kinderen wonen niet in de buurt van het echtpaar maar de relatie is goed. Het echtpaar was reislustig maar door gezondheidsproblemen komen ze niet veel de deur meer uit. Meneer heeft COPD en beginnende dementie. Hij krijgt ondersteuning bij de ADL. Mw. heeft hartfalen en draagt hiervoor steunkousen, ze krijgt hierbij hulp van de thuiszorg. Daarnaast krijgen dhr. en mw. ondersteuning bij de huishouding. De wijkverpleegkundige heeft onlangs het zorgplan aangepast, vanwege de beginnende dementie die bij dhr. Levenslust is geconstateerd. Het echtpaar ervaart moeite met het kleiner worden van hun wereld en de gezondheidsbeperkingen die ze beide hebben. Gelukkig ervaren ze steun aan elkaar en aan het contact met de kinderen.

12

## Opdracht Zingeving

Vragen	Antwoorden
Als dit echtpaar in jouw wijk woont. Wie zijn betrokken bij dit echtpaar en welke rol hebben zij dan?	
Wie van degene die betrokken zijn kunnen Aandacht voor zingeving Bieden volgens jullie? Welke rol is daar het meest geschikt voor en waarom?	
Wie zou de begeleiding op zich moeten kunnen nemen volgens jullie en waarom?	
En wanneer zouden de zingevingsproblemen zo groot kunnen worden dat er sprake is van Crisis/ Complex? En wie vraag je daarin iets te doen?	

13

- Reacties?
- Zinnvolle zorg op maat

14

## Inspiratie

Damen, A. & de Jonge, A. (2022, mei). Signalering en verwijzingstool "Zorg voor zingeving". Handreiking zorgverleners voor aandacht van zingeving in de thuissituatie. <https://palliaweb.nl/getmedia/c88a96ad-b690-4f3d-8347-d4f676167fdc/Informatiefolder-Signalerings-en-verwijzingstool-zorg-voor-zingeving.pdf>

**Kenniswerkplaats Zingeving:** [Kenniswerkplaats Zingeving en Geestelijke Verzorging thuis - Kennisbank | Kenniswerkplaats Zingeving](#)

**Lectoraat Zorg en Zingeving:** [Lectoraat Zorg en Zingeving – Hogeschool Viaa](#)

15

## Bronnen

- Damen, A. & de Jonge, A. (2022, mei). Signalering en verwijzingstool "Zorg voor zingeving". Handreiking zorgverleners voor aandacht van zingeving in de thuissituatie. <https://palliaweb.nl/getmedia/c88a96ad-b690-4f3d-8347-d4f676167fdc/Informatiefolder-Signalerings-en-verwijzingstool-zorg-voor-zingeving.pdf>
- Damsma-Bakker, A. & Zandbergen-ten Ham, A. (2021, 14 december). Ouderen en zingeving in de thuissituatie. Het belang van interprofessioneel samenwerken. *Geron*.
- Nolan, S., Saltmarsh, Ph. & Leget, C. (2011). Spiritual care in palliative care: working towards an EAPC Task Force. *Eur Journal of Palliative Care*, 18(2);86-9
- Pallialine. *Richtlijn zingeving en spiritualiteit in palliatieve zorg*. Beschikbaar op [http://www.pallialine.nl/index.php?pagina=/site/pagina.php?id=54343&regio\\_filter=5](http://www.pallialine.nl/index.php?pagina=/site/pagina.php?id=54343&regio_filter=5)
- Smit, Job. (2015). *Antwoord geven op het leven zelf: Een onderzoek naar de basismethodiek van de geestelijk verzorging*. [Proefschrift]. Delft: Eburon
- Van der Vorst A, Rixt-Zijlstra GA, De Witte N, Vogel RGM, Schols JMGA, Kempen GIJM & D-SCOPE Consortium (2018). Het verklaren van verschillen in ervaren kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen: een "mixed-method" onderzoek. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 49: p174-189.
- Zandbergen A, Buning L, Damsma A. (2022). *Zinvol Samenwerken in de Thuissituatie*. Interne publicatie. Hogeschool Viaa, Zwolle.

16



