



RUIMTE VOOR ZINGEVING

Kennissynthese brancheproject huisartsen en praktijkondersteuners

Een onderzoek onder patiënten, huisartsen en praktijkondersteuners.
Hoe zien zij het belang van aandacht voor zingeving in de huisartsenpraktijk?
Hoe kan daarvoor in de huisartsenpraktijk op de beste manier ruimte gemaakt worden?

Inhoudsopgave

VOORWOORD	5
<hr/>	
HOOFDSTUK 1: AANLEIDING, DOEL EN AANPAK VAN DE KENNISSYNTHESE	6
<hr/>	
SAMENVATTING	6
1.1 AANLEIDING	6
KENNISWERKPLAATS ZINGEVING EN GEESTELIJKE VERZORGING THUIS	6
1.2 ZINGEVING IN DE HUISARTSENZORG	7
ZINGEVING ALS BASISBEHOEFTE	7
ZINGEVING ALS EEN GERICHTHEID OP GOED SAMENLEVEN	8
ZINGEVING ALS VERSTERKING IN DOMEIN OVERSTIJGEND SAMENWERKEN	8
ZORG VOOR ZINGEVING	9
ZORG VOOR ZINGEVING IN DE CONTEXT VAN DE HUISARTSGENEESKUNDE	9
1.3 DOEL EN AANPAK VAN DE KENNISSYNTHESE	10
KENNISSYNTHESE	10
DOEL VAN DE KENNISSYNTHESE	10
DE AANPAK VAN DE KENNISSYNTHESE	10
DE POPULATIE	11
LITERATUURONDERZOEK	11
EMPIRISCH BEHOEFTEONDERZOEK	12
<hr/>	
HOOFDSTUK 2: ZINGEVING VANUIT HET PERSPECTIEF VAN PATIËNTEN	13
<hr/>	
SAMENVATTING	13
2.1 INLEIDING	13
2.2 ZINGEVING EN ZINGEVINGSBEHOEFTE	13
ZINGEVING EN WELBEVINDEN	13
BRONNEN EN BELEMMERINGEN	14
ZINGEVINGSVRAGEN EN -BEHOEFTE	14
ZINGEVINGSVRAGEN BIJ VERSCHILLENDE DOELGROEPEN	14
2.3 ONDERSTEUNINGSBEHOEFTE	15
ASPECTEN VAN ONDERSTEUNING	15
ONDERSTEUNING BIJ LEVENSVRAGEN: VERWACHTINGEN EN ERVAREN PRAKTIJK	16
<hr/>	
HOOFDSTUK 3: PRAKTIJKPERSPECTIEF	18
<hr/>	
SAMENVATTING	18
3.1 INLEIDING	18
3.2 VISIE OP DE ROL VAN HUISARTS EN POH IN DE ZORG VOOR ZINGEVING	18
DE VISIE VAN HUISARTSEN EN POH'S ZELF	18
3.3 VISIE OP DE ROL VAN HUISARTS EN POH-GGZ IN KERNWAARDEN, RICHTLIJNEN EN STANDAARDEN	21
KERNWAARDEN HUISARTSENZORG	21
KERNWAARDEN POH-GGZ	22

RICHTLIJNEN EN STANDAARDEN	22
3.4 HANDELEN VAN HUISARTSEN EN PRAKTIJKONDERSTEUNERS IN DE ZORG VOOR ZINGEVING	23
AANDACHT, BESPREKING EN BEGELEIDING BIJ ZINGEVINGSVRAGEN	23
BASISHOUDING	25
OPMERKZAAMHEID VOOR ZINGEVINGSVRAGEN	25
TOOLS VOOR SIGNALERING EN VERKENNING	25
BEGELEIDING BIJ ZINGEVING	26
BEGELEIDING BIJ ZINGEVING BIJ MENSEN MET EEN ANDERE CULTURELE ACHTERGROND	27
SAMENWERKING BINNEN DE PRAKTIJK	27
SAMENWERKING MET GEESTELIJK VERZORGERS EN CENTRA VOOR LEVENSVRAGEN	29
OVERIGE SAMENWERKINGSPARTNERS	31

HOOFDSTUK 4: BELEMMERENDE EN BEVORDERENDE FACTOREN VOOR HET VERLENEN VAN ZINGEVINGSZORG

SAMENVATTING	33
4.1 INLEIDING	33
4.2 BELEMMERENDE FACTOREN	33
BELEMMERENDE FACTOREN BIJ DE PROFESSIONAL	33
BELEMMERENDE FACTOREN BIJ DE PATIËNT	37
BELEMMERENDE FACTOREN IN DE ORGANISATIE	37
BELEMMERENDE FACTOREN IN DE MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING	37
BELEMMERENDE FACTOREN IN DE CULTUUR VAN DE HUISARTSENPRAKTIJK	38
4.3 BEVORDERENDE FACTOREN	39
BEVORDERENDE FACTOREN BIJ DE PROFESSIONAL	39
BEVORDERENDE FACTOREN IN DE HUISARTSPRAKTIJK	42
BEVORDERENDE FACTOREN IN VERWIJZING EN MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING	42
4.4 ZINGEVING BIJ PROFESSIONALS	43
4.5 ONDERSTEUNINGSBEHOEFTE VAN PROFESSIONALS	45
EEN EENDUIDIGE KIJK OP WAT (ZORG VOOR) ZINGEVING INHOUDT EN WELKE ROL DE HUISARTS EN POH DAARIN HEEFT	45
WETENSCHAPPELIJKE EVIDENTIE VOOR DE EFFECTIVITEIT VAN SPIRITUELE ZORG	45
PRAKTISCHE RANDVOORWAARDEN	46
COLLEGIAAL NETWERK	46

HOOFDSTUK 5: SCHOLING

SAMENVATTING	48
5.1 INLEIDING	48
CENTRALE OPLEIDINGEN EN FUNCTIE- EN COMPETENTIEPROFIELEN	48
5.2 ONDERWIJS VAN ZORGVERLENERS	49
HUISARTSEN	49
POH'S-GGZ	49
POH'S SOMATIEK	51
5.3 NASCHOLING EN WENSEN	51
NA- EN BIJSCHOLINGEN VOOR HUISARTSEN EN PRAKTIJKONDERSTEUNERS	51
RECENT GEFORMULEERDE EINDKWALIFICATIES ZINGEVING IN ONDERWIJS	52
ONDERZOEK NAAR DE EFFECTEN VAN SCHOLING	52
WENSEN VOOR SCHOLING VAN PROFESSIONALS	53

KENNIS EN VAARDIGHEDEN VOOR HET OMGAAN MET ZINGEVINGSVRAAGSTUKKEN?	54
HELPEDE OPLEIDINGEN, CURSUSSEN EN ERVARINGEN	54
WENSEN VAN PROFESSIONALS OM ZICH VERDER TE BEKWAMEN	55

6 CONCLUSIE, DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN **57**

6.1 INLEIDING	57
6.2 CONCLUSIE	57
PATIËNTEN	57
PROFESSIONALS	58
SAMENWERKING	59
SCHOLING/OPLEIDING	59
6.3 DISCUSSIE	60
6.4 AANBEVELINGEN	61
BELEID	61
ONDERWIJS EN SCHOLING	62
DE PRAKTIJK VAN DE HUISARTS EN DE PRAKTIJKONDERSTEUNER	62
ONDERZOEK	63
6.5 HOE VERDER? EEN SCHOLINGSPROJECT	64

DANK **65**

BIJLAGE 1: TOELICHTING OP GEHANTEERDE METHODEN **66**

METHODE LITERATUURONDERZOEK	66
WETENSCHAPPELIJKE LITERATUUR	66
METHODOLOGISCHE OVERWEGINGEN WETENSCHAPPELIJKE LITERATUUR	67
GRIJZE LITERATUUR	68
METHODE EMPIRISCH BEHOEFTEONDERZOEK	69
INTERVIEWS PATIËNTEN EN ZORGVERLENERS	69
INTERVIEWS: PIONIERS	72
ACHTERGRONDKENMERKEN GEÏNTERVIEWDE PIONIERS	72
GOEDE VOORBEELDEN UIT INTERVIEWS MET PIONIERS	73
METHODOLOGISCHE OVERWEGINGEN INTERVIEWS PIONIERS	75
METHODE EMPIRISCH KWANTITATIEF ONDERZOEK: ENQUÊTES PATIËNTEN EN PROFESSIONALS	76
METHODE DISCUSSIEBIJEENKOMST	77
METHODOLOGISCHE OVERWEGINGEN DISCUSSIEBIJEENKOMST	77

BIJLAGE 2: PROJECTCOMMISSIE **78**

BIJLAGE 3: SAMENWERKINGSPARTNERS **79**

BIJLAGE 4: TOPICLIJST & INTERVIEWGUIDE INTERVIEWS PROFESSIONALS **80**

BIJLAGE 5: GOEDE PRAKTIJKVOORBEELDEN **83**

5.A QUOTES	83
------------	----

5.B OVERZICHT VAN GOEDE VOORBEELDEN	90
5.C TOPICLIST INTERVIEWS GOEDE VOORBEELDEN	101
BIJLAGE 6: TOOLS VOOR VERKENNING VAN ZINGEVING	102
ALGEMENE TOOLS	102
SPECIFIEKE TOOLS VOOR SIGNALERING EN VERKENNING VAN ZINGEVINGSVRAGEN	103
BIJLAGE 7: TOPICS IN DE VRAGENLIJSTEN KWANTITATIEF ONDERZOEK	106
PATIËNTEN HUISARTSENZORG	106
PROFESSIONALS HUISARTSENZORG	107
BIJLAGE 8: OVERZICHT INVENTARISATIE (KERN) OPLEIDINGEN EN (NA)SCHOLINGEN MET AANDACHT VOOR ZINGEVING IN DE HUISARTSENPRAKTIJK	109
BIJLAGE 9: REFERENTIES (IN ALFABETISCHE VOLGORDE)	111
BIJLAGE 10: REFERENTIES UIT HET ONDERZOEKSVORSTEL	120

Voorwoord

Zingeving is een essentieel aspect van het menselijk bestaan en verdient dan ook een centrale plek binnen de huisartsenpraktijk. De roep om aandacht voor zingeving, zowel vanuit patiënten als zorgverleners, is in de praktijk duidelijk hoorbaar en verdient serieus genomen te worden. Het is opmerkelijk dat zowel in de toekomstvisie van de huisarts, in de beroeps- en functieomschrijvingen van huisartsen en POH's, als ook in NHG-standaarden de aandacht voor deze dimensie ontbreekt.

Het Brancheproject Zingeving in huisartsenpraktijken en gezondheidscentra, gestart eind 2022, heeft als doel deze leemte te verkennen en te adresseren. Met bijna twee jaar intensief onderzoek, waarbij we putten uit literatuur, interviews en enquêtes onder zowel patiënten als zorgverleners, hebben we waardevolle inzichten vergaard.

Het verbeteren van de kwaliteit van zingeving binnen de huisartsenpraktijk begint bij het bieden van handvatten om zo zorgverleners van (on)bewust onbekwaam naar (on)bewust bekwaam op te tillen. Het doel is om zorgverleners te ondersteunen bij het betrekken van deze dimensie in hun dagelijkse praktijk, zo de kwaliteit van zorg te verbeteren en de last die sommigen ervaren te verlichten.

Onze bevindingen, gebaseerd op enquêtes onder maar liefst 312 patiënten en 91 zorgverleners naast interviews met patiënten en zorgverleners, tonen overtuigend aan dat er een brede behoefte is aan aandacht voor zingeving binnen de huisartsenzorg. Dit wordt bevestigd door recente publicaties in medische vakbladen, waarin de urgentie van dit onderwerp wordt onderstreept.

We hopen dat deze kennissynthese een bijdrage levert aan het verspreiden van kennis over zowel zingeving als de ondersteuning daarbij voor de verschillende sectoren en daarmee aan goede zorg voor zingeving voor de inwoners van Nederland.

Ik wens u, mede namens de leden van de projectgroep, veel zin en inspiratie toe bij het lezen van deze kennissynthese. Daarnaast hoop ik dat deze kennissynthese u zal uitdagen en aanzetten om zingeving een centrale plaats te geven binnen uw eigen praktijk en in beleid.

Met vriendelijke groet,

Corine Baar-Poort, Projectleider, huisarts n.p.

Juni, 2024

Hoofdstuk 1: Aanleiding, doel en aanpak van de kennissynthese

Samenvatting

Zingeving is de “vraag naar dat wat er ten diepste toe doet”, hoe je je verhoudt tot de wereld. Het is een basisbehoefte, die vaak pas in specifieke levensfasen of bij ingrijpende gebeurtenissen opgemerkt wordt. Aandacht voor zingeving blijkt een preventieve factor te zijn voor zowel gezondheids- als maatschappelijke problemen. Het bevordert bovendien de domeinoverstijgende samenwerking in de gezondheidszorg. Hoewel zorgverleners steeds meer het belang van zingeving inzien, blijkt er vaak een gebrek aan kennis en vaardigheden te zijn hoe hiermee om te gaan. Gerichte aandacht voor zingeving door hulpverleners kan echter de kwaliteit van leven van cliënten verbeteren.

In deze kennissynthese staat de vraag centraal:

Welke breed gedragen inzichten, oplossingen, conclusies en aanbevelingen leveren onderzoeksbevindingen en praktijk- en beleidservaringen op, om zorg voor zingeving bij huisartsen en praktijkondersteuners te bevorderen?

Via deze kennissynthese verschaffen we inzicht in de zingeving- en ondersteuningsbehoeften bij patiënten, huisartsen en praktijkondersteuners.

In dit eerste hoofdstuk beschrijven we de aanleiding en de context van de kennissynthese en wat we verstaan onder zingeving en zorg voor zingeving. Daarna beschrijven we het doel en de globale aanpak van de kennissynthese.

1.1 Aanleiding

Met de groeiende aandacht voor zingeving in de eerstelijnszorg en het sociaal domein, is het van belang om meer zicht te hebben op de bestaande kennis en praktijken op dit vlak. In dit hoofdstuk beschrijven we aanleiding, doel en aanpak van de kennissynthese. Daarnaast beschrijven we wat we verstaan onder zingeving en de zorg voor zingeving.

Kenniswerkplaats Zingeving en Geestelijke Verzorging Thuis

De kennissynthese wordt uitgevoerd door de Kenniswerkplaats (KWP) Zingeving en Geestelijke Verzorging Thuis. Deze Kenniswerkplaats (KWP) is in oktober 2021 met subsidie van ZonMw van start gegaan met als focus de professionalisering van de beroepsgroep Geestelijke Verzorger in de thuissituatie (GV Thuis). Een jaar later is deze Kenniswerkplaats uitgebreid met Zorg voor Zingeving (ZvZ) Thuis, gericht op de kennisontwikkeling en professionalisering rondom zingeving in onder andere eerstelijnszorg en het sociaal domein. Hoewel GV Thuis een onderdeel is van het brede gebied ZvZ Thuis, hebben wij GV Thuis voor de overzichtelijkheid als apart onderdeel benoemd. De KWP heeft als doel het versterken van de aandacht voor zingeving bij cliënten door professionals op het brede terrein van zorg en welzijn. Binnen de KWP zijn zeven brancheprojecten gestart. De brancheprojecten zijn gericht op (door-)ontwikkeling van expertise op het gebied van zingeving binnen eerstelijns zorg en sociaal domein. De brancheprojecten richten zich op zeven beroepsgroepen, waaronder verzorging en verpleging, fysiotherapie en ergotherapie, sociaal

domein, jeugdzorg, ggz, vrijwilligerswerk, en huisartsen en praktijkondersteuners. Deze kennissynthese is het resultaat van het laatste brancheproject.

1.2 Zingeving in de huisartsenzorg

In deze paragraaf geven we eerst uitleg over het begrip zingeving en gaan we vervolgens in op de huidige plek van aandacht voor zingeving in zorg en huisartsenzorg.

Zingeving als basisbehoefte

Zingeving definiëren we als een voortdurend en vanzelfsprekend (impliciet) proces van je verhouden tot de wereld. Dat proces van zich verhouden tot, wordt ingegeven door verschillende basisbehoeften. De acht meest genoemde behoeften in de literatuur zijn: een doel hebben, competentie of een zekere controle ervaren, eigenwaarde, verbondenheid, begrijpelijkheid, goed doen, transcendentie en de ervaring van verwondering of geraakt worden (Derkx, 2015). In het dagelijkse leven vertalen we zingeving vaak als: “de vraag naar dat wat er ten diepste toe doet”. In het antwoord op deze vraag zijn vaak meerdere van deze zingeving behoeften terug te vinden.

In specifieke fasen van het leven, of bij bepaalde gebeurtenissen, wordt deze vanzelfsprekendheid van je verhouden tot de wereld echter verbroken, en komen zingevingsvragen op scherp te staan. Dit gebeurt bijvoorbeeld in omstandigheden van fysiek lijden, (maatschappelijke) kwetsbaarheid, of bij breukervaringen in het leven (zoals ziekte, scheiding, werkloosheid, confrontatie met geweld). Op deze momenten blijkt dat het ervaren van zin een basisbehoefte van mensen is, die vaak pas opgemerkt wordt wanneer die zin wegvalt (Jacobs, 2020).

Uit allerlei bronnen zijn er aanwijzingen dat zingeving een sterk preventieve factor is voor gezondheids- en maatschappelijke problemen, hetgeen het idee van zingeving als basisbehoefte versterkt. Zo wordt er een samenhang gevonden tussen onder meer een gezondere leefstijl en hogere kwaliteit van leven (zie ook Somsen, Barnhoorn & Jacobs, 2023). Het ervaren van zingeving in werk hangt samen met mentale gezondheid en helpt een burn-out te voorkomen (Schnell & Hoffmann, 2020). Zingeving in werk is dan ook van belang voor professionals, zoals zorgverleners, en daarmee voor een ‘gezonde’ gezondheidszorg. In het GGZ-domein werkt de aandacht voor zingeving de-medicaliserend. Veel problemen zijn terug te leiden tot verdriet en een gebrek aan verbinding en betekenis (Olsman et al, 2023). De oproep van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) (2017) om verschijnselen die te maken hebben met een bepaalde levensfase niet als een individueel medisch probleem op te vatten, maar als een maatschappelijk probleem, sluit hierbij aan. Aandacht voor zingeving vraagt tevens om aandacht voor levensbeschouwing (waaronder religie) als onderdeel van cultuursensitieve zorg. Het vestigt de aandacht op de grote rol van betekenisystemen en betekenisstoekenning in het leven en het lijden van mensen, iets wat in de objectiverende benadering van de biologische psychiatrie en medische wetenschappen een tijdlang naar de achtergrond is gedrongen (Hansen, 2016).

Zingeving als een gerichtheid op goed samenleven

Zingeving betreft niet alleen de persoonlijke vraag naar de zin van 'mijn' leven, maar ook de persoonsoverstijgende vraag naar de zin van 'het leven'. Het richt daarmee de aandacht op de essentie van ons menselijk bestaan: waartoe zijn we op aarde? Wat is onze bijdrage aan een goed (samen)leven? Hoe kunnen we met elkaar moeilijke situaties verduren en open blijven staan voor de menselijke kracht en vermogens, die in uiteenlopende omstandigheden en contexten verschillende vormen aannemen? Voor de grote 'trage vragen' die onze aandacht vragen, zoals de klimaatverandering, grootschalige conflicten, eenzaamheid, armoede en schaarste in de zorg (WRR, 2021), zijn geen pasklare antwoorden. Zingeving is een verbindend en helend element, dat zowel individueel als collectief beleefd en vormgegeven wordt, en dat de drijvende kracht vormt voor een humane samenleving. Zingeving is aanwezig in uiteenlopende initiatieven en activiteiten, zoals vrijwilligerswerk, lotgenotencontact, informele zorg en aandachtige burens, ook wel aangeduid als de sociale basis. Het gevoel ertoe te doen, mee kunnen en mogen doen, de ontmoeting in de sociale ruimte, staat voor een belangrijke maatschappelijke zingevingskracht (Prilleltensky & Prilleltensky, 2021; Baumeister & Leary, 1995). Door zingevende activiteiten te versterken in onze samenleving, wordt ook deze preventieve kracht vanuit de sociale basis versterkt (RVS, 2023; Movisie, 2022).

Zingeving als versterking in domein overstijgend samenwerken

De RVS geeft in een recent advies (2023) aan dat de waarden en functies van de eerstelijnszorg – de basis – sterk onder druk zijn komen te staan. Tot die waarden behoren het integrale werken, de vertrouwensband tussen professionals en burgers, de persoonsgerichtheid en de ongedifferentieerde vragen waarmee mensen bij de eerstelijnszorg terecht kunnen. De Raad pleit voor wijkgericht werken met speciale aandacht voor kwetsbare groepen, een betere samenwerking tussen professionals, en het ondersteunen van de eigen kracht van gemeenschappen. Dit sluit aan bij de beleidsrichtingen van het Integraal Zorg Akkoord (IZA) en Passende Zorg en hun uitgangspunten: waarde gedreven, samen met en gezamenlijk rondom de patiënt/cliënt, de juiste zorg op de juiste plek en werkend vanuit gezondheid in plaats van ziekte.

Als drager voor deze verschuiving wordt vaak het concept van Positieve Gezondheid genoemd, dat met ondersteuning van de Nederlandse overheid werd ontwikkeld (Johansen et al., 2023). Positieve Gezondheid omvat zes levensgebieden ofwel dimensies: lichamelijk functioneren, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen en dagelijks functioneren. Deze dimensies zijn afgeleid van de antwoorden van burgers, patiënten en niet-patiënten, op de vraag wat zij onder gezondheid verstaan (Huber et al., 2016). Deze bredere benadering beoogt bij te dragen aan het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven om te gaan. Het legt de nadruk op kracht- en inspiratiebronnen en perspectieven op een betekenisvol leven, naast een eventuele ziekte. Voor de herkenbaarheid en de toepassing in de praktijk wordt Positieve Gezondheid afgebeeld in een spinnenweb. Invullen van het spinnenweb geeft mensen inzicht in hoe zij zich op elk van de levensgebieden of dimensies voelen. Vervolgens staan de wensen en verlangens van mensen centraal ("Wat is voor u belangrijk?") en wordt er gekeken naar passende handelingsperspectieven en ondersteuning daarbij ("Op welke dimensie zou u een stap willen zetten?"). Het denken vanuit en werken met Positieve Gezondheid wordt inmiddels in Nederland breed aanvaard binnen diverse gezondheidsprofessies en het sociaal domein (Johansen et al., 2023).

Ook in andere vakgebieden is een gelijke ontwikkeling waar te nemen. Zo wordt binnen de geestelijke gezondheidszorg herstelgericht werken in toenemende mate omarmd. Bij herstelgericht werken ligt de nadruk niet op het verminderen van symptomen, maar op het bevorderen van persoonlijke groei, empowerment en het herstel van hoop en eigenwaarde. Deze aanpak erkent de unieke ervaringen en behoeften van elke persoon, en moedigt samenwerking aan tussen individuen, zorgverleners en hun sociale omgeving. Het doel is om mensen te helpen hun eigen pad naar herstel te vinden, waarbij de nadruk ligt op veerkracht, zelfredzaamheid en het opbouwen van een zinvol leven ondanks eventuele uitdagingen (Boevink et al., 2016).

Zorg voor zingeving

Zorg voor zingeving houdt in: aandacht voor de existentiële dimensie van het leven en hoe deze samenhangt met lichamelijke, psychische en sociale gezondheid. Dit krijgt vorm in het (helpen) ondersteunen en versterken van zingevingbronnen en -kaders van mensen, en tegelijkertijd in meer aandacht voor en begeleiding bij het onoplosbare, de tragedie en het lijden in mensenlevens. Het draagt bij aan humanisering in de zorg en samenleving en aan omkijken naar elkaar als medemensen. Zorg voor zingeving vraagt niet om *meer* professionele zorg of ondersteuning, maar om *andere* zorg of ondersteuning.

Patiënten geven aan behoefte te hebben aan aandacht voor zingevingvragen bij huisartsen (Best et al, 2015). Huisartsen zijn bereid om hier aandacht aan te geven, maar geven aan kennis en vaardigheden op dit terrein te missen (Vermandere et al, 2013). Ook bij andere beroepsgroepen, zoals sociaal werk en verpleegkunde, komt een gebrek aan kennis en handelingsverlegenheid naar voren (Hölsgens, 2020; Abel et al, 2018; Edwards et al, 2010).

Gerichte aandacht voor zingeving door hulpverleners kan de kwaliteit van leven en het welbevinden van cliënten verhogen (Koslander, 2008; Ryff, 2018; Büssing & Koenig, 2010). Wanneer zingeving behoeften niet worden opgepakt in de zorg (Desmet et al, 2020), kunnen ze zich uiten in (behoud of verergering van) psychische en fysieke symptomen (Grant, 2005). In het afgelopen decennium zien we dan ook steeds meer initiatieven om opleidingen te verrijken met competenties in begeleiding bij zingeving (Paal et al, 2015). Dit is terug te zien in competentieprofielen en standaarden in zorg- en welzijnsberoepen, zoals het sociaal werk en de verpleegkunde (Jacobs, 2020). Daarbij valt op dat, met uitzondering van de verpleegkunde, er nog weinig onderzoek is gedaan naar de eigen zingeving van professionals en hoe deze gerelateerd is aan aandacht voor zingeving bij cliënten of patiënten (Tiew & Creedy, 2010; Chiang et al, 2016; Van Loenen, 2015).

Zorg voor zingeving in de context van de huisartsgeneeskunde

Zorg voor zingeving wordt niet expliciet benoemd in de kernwaarden van de huisartsgeneeskunde - persoonsgericht, medisch-generalistisch, continu en gezamenlijk – noch in de daaruit voortvloeiende kerntaken. De waarden ‘persoonsgericht’, ‘gezamenlijk’ en ‘continu’, geven echter wel ruimte voor zorg voor zingeving (Zie ook Hoofdstuk 3: Praktijkperspectief). Ook in de NHG-standaarden over depressie, overspanning en burn-out en SOLK – is er nauwelijks of slechts indirect aandacht voor zorg voor zingeving. Aanpalende richtlijnen als de Kwaliteitsstandaard Zingeving in de psychische hulpverlening (Akwa-GGZ, 2023b) en de Richtlijn

Zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase (IKNL, 2018) geven wel directe aandacht aan de zorg voor zingeving.

1.3 Doel en aanpak van de kennissynthese

Kennissynthese

Een kennissynthese beschrijft de meest actuele kennis binnen een domein, op basis van onderzoeksbevindingen en praktijk- en beleidservaringen. Deze kennissynthese creëert een overzicht van wetenschappelijke bronnen en praktijk bevindingen. Het gebruik van deze kennissynthese kan bijdragen aan een verbetering van de praktijk van zorg en welzijn. Daarnaast draagt betere kennis bij aan beter geïnformeerde beleidsbeslissingen.

De kennissynthese heeft als bijkomend doel om inzicht te verkrijgen in kennislacunes ten behoeve van de ontwikkeling van een kennisagenda voor Zorg voor Zingeving Thuis.

Doel van de kennissynthese

Het Brancheproject Zingeving in huisartsenpraktijken heeft als doel aandacht voor zingeving in de huisartsenzorg te verkennen en te adresseren.

In deze kennissynthese staat de vraag centraal:

Welke breed gedragen inzichten, oplossingen, conclusies en aanbevelingen leveren onderzoeksbevindingen en praktijk- en beleidservaringen op, om zorg voor zingeving bij huisartsen en praktijkondersteuners te bevorderen?

Dit project bestaat uit drie onderdelen: 1) een kennissynthese (waarin informatie uit een empirisch onderzoek werd gecombineerd met literatuuronderzoek); 2) een empirisch behoeftenonderzoek onder professionals en patiënten; en 3) de aanzet tot het ontwikkelen van een onderwijsmodule.

De aanpak van de kennissynthese

Voor de kennissynthese is een empirisch behoeftenonderzoek met vragenlijsten en interviews uitgevoerd en aangevuld met kennis vanuit de literatuur.

Voor deze kennissynthese is kennis gecombineerd uit de volgende bronnen:

- Wetenschappelijke literatuur (32 wetenschappelijke referenties)
- Grijze literatuur (ongeveer 70 publicaties en documenten)
- Empirisch behoeftenonderzoek:
 - Interviews met 8 patiënten
 - Interviews met 15 zorgverleners (6 huisartsen en 9 praktijkondersteuners)
 - Interviews met 8 initiatiefnemers van of betrokkenen bij goede praktijkvoorbeelden op het gebied van zingeving in de huisartsenzorg (pioniers)
 - Vragenlijsten ingevuld door 312 patiënten
 - Vragenlijsten ingevuld door 91 zorgverleners (26 huisartsen en 65 praktijkondersteuners)
- Discussiebijeenkomst met 10 experts/stakeholders

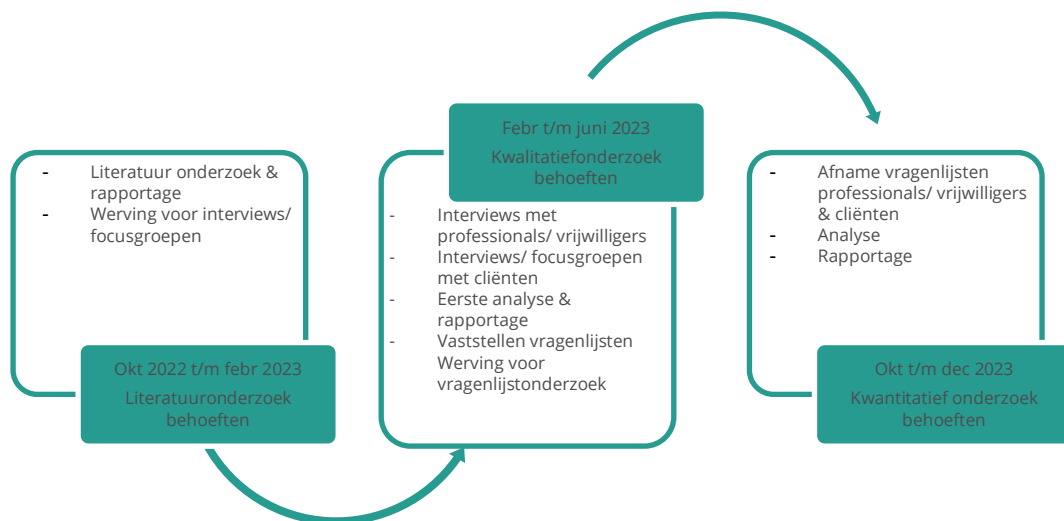
Zie Figuur 1 voor de fasen van dataverzameling en -analyse. We verwijzen naar bijlage 1 voor een uitgebreide beschrijving van de gehanteerde methodes.

De populatie

De kennissynthese heeft zich gericht op de huisartsenzorg. Er was in het bijzonder aandacht voor patiënten die zich presenteren met klachten passend bij:

- Depressie
- Burn-out
- ALK (aanhoudende lichamelijke klachten), voorheen SOLK

Binnen de projectgroep is voor een focus op deze patiëntengroep gekozen, omdat bij dit soort klachten ook sprake kan zijn van zingeingsvragen of -problematiek. Wij hebben het aan patiënten overgelaten om klachten passend bij deze diagnoses bij zichzelf te herkennen. Aan de hulpverleners is de ruimte gegeven om patiënten die zij zelf identificeerden onder deze (werk)diagnoses te gebruiken als referentie bij de beantwoording van vragen. De focus in deze kennissynthese is niet de groep patiënten die betrokken is bij palliatieve-/ terminale zorg, maar juist jongere patiënten, die niet specifiek vallen binnen de palliatieve zorg. Hiervoor is gekozen gezien het gebrek aan bestaand onderzoek naar deze groep in het kader van zingeingsvragen.



Figuur 1: Fasen van dataverzameling en -analyse

Literatuuronderzoek

Er is een literatuuronderzoek gedaan in de wetenschappelijke en grijze literatuur. Er werden in totaal 32 wetenschappelijke artikelen en ongeveer 70 publicaties en documenten uit de grijze literatuur geïncludeerd. Voor de zoekstrategieën verwijzen we naar bijlage 1. Uit het literatuuronderzoek kwamen onderwerpen naar voren, die zijn ingezet voor de ontwikkeling van een semigestructureerde topic-lijst voor de interviews.

Empirisch behoeftenonderzoek

Het empirisch onderzoek bestond uit een kwalitatief deel (interviews onder patiënten, zorgverleners en pioniers) en een kwantitatief deel (vragenlijsten onder patiënten en zorgverleners).

Het kwalitatieve onderzoek heeft plaatsgevonden aan de hand van een tweedelige topic-lijst over:

1. Het verkennen van zingeving en de zingeving behoeften bij patiënten met klachten passend bij depressie, burn-out en/of ALK (aanhoudende lichamelijke klachten) en huisartsen en praktijkondersteuners.
2. Het verkennen van de behoefte aan begeleiding bij patiënten en de behoeften aan ondersteuning bij zorg voor zingeving bij professionals. Er is daarbij gekozen voor het houden van interviews.

De werving van patiënten en zorgverleners vond plaats via de leden van onze projectgroep. Aan het kwalitatief onderzoek hebben 8 patiënten, 17 zorgverleners (6 huisartsen en 9 praktijkondersteuners) en 8 pioniers (initiatiefnemers van of betrokkenen bij goede praktijkvoorbeelden op het gebied van zingeving in de huisartsenzorg) deelgenomen. Deelnemers werden geïnformeerd over het doel van het project en gaven hun toestemming mondeling of via ondertekening van een formulier. De data zijn volledig getranscribeerd en geanonimiseerd, en opgeslagen volgens het datamanagementplan. De gegevens uit de interviews met patiënten en zorgverleners zijn met behulp van de kwalitatieve data-analyse software Atlas.ti geanalyseerd. De data-analyse voor de vragen 1 en 3 van de interviews vond plaats op grond van de acht zingeving behoeften die uit verschillende bronnen zijn samengebracht (Derkx, 2015) en een aanvullende open codering op zorgbehoeften van cliënten en ondersteuningsbehoeften van professionals (vragen 2 en 4). De gegevens uit de interviews met de pioniers zijn samengevat.

Op basis van inzichten uit het literatuuronderzoek en het kwalitatieve onderzoek zijn vragenlijsten voor patiënten en zorgverleners samengesteld. Er zijn generieke vragenlijsten samengesteld voor alle brancheprojecten, waar vanuit dit brancheproject eigen vragen aan zijn toegevoegd en/of bewoordingen met het oog op de doelgroep zijn aangepast. De vragenlijsten zijn verspreid via Qualtrics vanuit de Universiteit voor Humanistiek. Wij hebben daarbij voor het uitzetten van de vragenlijst onder patiënten ondersteuning gehad van MIND¹ en het NPCF². De vragenlijsten zijn ingevuld door 322 patiënten en 91 professionals (26 huisartsen en 65 praktijkondersteuners).

Al de informatie die voortkwam uit het literatuuronderzoek en het empirisch onderzoek is samengebracht in een werkdocument en besproken met 10 experts/stakeholders, in een daarvoor georganiseerde discussiebijeenkomst. We verwijzen nogmaals naar bijlage 1 voor een uitgebreide beschrijving van de gehanteerde methodes.

¹ www.mind.nl

² www.ikzoekeenpatient.nl

Hoofdstuk 2: Zingeving vanuit het perspectief van patiënten

Samenvatting

Uit de literatuur blijkt dat zingeving van belang is voor het welzijn van patiënten. Zo wordt aandacht voor zingeving geassocieerd met minder depressieve klachten en sneller herstel. Patiënten geven aan dat zij zingeving voornamelijk vinden in familie, vrienden, innerlijke rust en momenten van reflectie op het leven. Religieuze praktijken zoals bidden en mediteren vormen daarentegen minder vaak bronnen van zingeving. Belemmeringen voor het ervaren van zingeving zijn onder andere lichamelijke klachten, moeite met hulp vragen, negatieve gedachten en gevoelens, en onbegrip van anderen.

Zingevingvragen onder patiënten lijken te variëren afhankelijk van levensfasen. Vanuit de literatuur verwachten patiënten aandacht voor zingevingvragen binnen de huisartsenpraktijk – met een bijzondere rol voor de POH-GGZ - en waarderen vooral een persoonlijke band met hun zorgverlener, inclusief oprechte aandacht en actieve betrokkenheid.

In de enquête geven de patiënten aan vooral aandacht voor zingeving te verwachten van de POH-GGZ en huisarts. In tegenstelling tot de literatuur wordt deze verwachting volgens de ondervraagden ruimschoots waargemaakt in de praktijk. Daarbij ligt voor de POH-GGZ het accent ligt op begeleiden en doorverwijzen en voor de huisarts op signaleren en doorverwijzen.

2.1 Inleiding

Wat is zingeving vanuit het specifieke gezichtspunt van de patiënt? We verkennen in dit hoofdstuk wat zingeving voor patiënten betekent, waar zij hun zingeving uit halen en wat hun belemmeringen zijn bij het ervaren van zingeving. Daarbij maken we gebruik van wetenschappelijke literatuur, interviews onder zorgprofessionals (bijlage 4) en patiënten, een vragenlijst onder zorgprofessionals en patiënten (bijlage 7) en een discussiebijeenkomst. Wat betreft de bevraagde patiënten in de diepte-interviews en vragenlijst is het belangrijk om te benoemen dat het om een geselecteerde patiëntengroep betreft met klachten passend bij depressie, burn-out en Aanhoudend Lichamelijke Klachten (ALK).

Vervolgens gaan we dieper in op welke zingevingvragen en -behoeften er spelen, en hoe deze zich verhouden tot verschillende levensfasen en andere kenmerken van patiënten. In de tweede paragraaf richten we ons op de ondersteuningsbehoeften van patiënten. Welke aspecten achten patiënten van belang bij zingevingsondersteuning? Wat zijn de verwachtingen die patiënten hebben van hun zorgverleners in de huisartsenzorg? Ten slotte analyseren we in hoeverre deze verwachtingen daadwerkelijk in de praktijk worden ervaren.

2.2 Zingeving en zingeving behoeften

Zingeving en welbevinden

Meerdere studies onderstrepen de belangrijke rol van zingeving bij het welzijn van patiënten. Zo laat een uitgebreide wetenschappelijke review bestaande uit 444 kwantitatieve studies over de periode 1961-2010 zien dat religieuze en spirituele ondersteuning onder diverse

patiëntengroepen samenhangt met minder klachten van een depressie en sneller herstel (Bonelli et al. 2012). Religieuze overtuigingen en praktijken blijken mensen te kunnen helpen om beter met stressvolle omstandigheden om te gaan, hoop en betekenis te vinden, en community steun te ervaren (Bonelli et al. 2012). Dit kwam ook naar voren in een internationaal focusgroep onderzoek onder mensen met een ernstige aandoening en hun mantelzorgers (Selman et al. 2018). Daarentegen bleek bij een kleine groep patiënten dat religie of spiritualiteit een negatieve invloed kan hebben op depressie, vooral wanneer zij niet kunnen voldoen aan de normen van hun gemeenschap (Bonelli et al. 2012). Ook kan het een negatieve invloed hebben als ziekte wordt gezien als straf (Selman et al. 2018).

Bronnen en belemmeringen

Zowel uit onze vragenlijst als uit onze interviews onder patiënten blijkt dat zingeving vaak gevonden wordt in relaties met familie en vrienden, in vrijgevigheid en bij innerlijke rust. Belangrijke onderdelen daarvan zijn reflectie op het leven, contact met dierbaren, het vinden van rust in stilte, troost kunnen bieden en de verbinding met de natuur. Bovendien noemen patiënten in interviews specifieke zaken zoals nieuwe dingen leren, huisdieren, sport, herinneringen en de thuisplek:

“Dit is mijn vrijheid, het uitzicht vanuit mijn balkon. En dat zegt heel veel. Ook in de moeilijke tijden die ik heb gehad, ook in het verre verleden, heeft dit uitzicht, mijn Rotterdam, mij er heel vaak doorheen geholpen.” (patiënt)

Religieuze praktijken zoals bidden, mediteren en deelnemen aan religieuze diensten spelen daarentegen relatief minder vaak een rol als bron van zingeving, volgens zowel de enquête als interviews (zie bijlage 4). Patiënten identificeren in onze enquête verschillende belemmeringen voor het ervaren van zingeving, waaronder lichamelijke klachten, moeite met het vragen om hulp, negatieve gedachten en gevoelens, onbegrip van anderen en psychische en/of mentale klachten. Deze belemmeringen worden ook door zorgverleners herkend. Praktische zaken als gebrek aan geld, tijd of gebrek aan sociaal netwerk en/of familierelaties komen relatief minder vaak voor.

Zingevingsvragen en -behoeften

Zingevingsvragen die mensen het vaakst bezighouden betreffen: ‘Hoe kan ik deze situatie volhouden?’ ‘Hoe kan ik omgaan met verlies?’ ‘Met wie of wat voel ik mij verbonden?’ ‘Wie ben ik?’ In de interviews geven patiënten aan dat hun zingeving behoeften gericht zijn op het vinden van een doel, eigenwaarde, competentie, begrijpelijkheid en verbondenheid.

Zingevingsvragen bij verschillende doelgroepen

Twee Nederlandse studies suggereren dat zingevingsvragen en behoeften variëren afhankelijk van de levensfase. Ouderen legden de nadruk op vragen over de begrijpelijkheid van het leven, verbinding, doelgerichtheid, eigenwaarde en morele rechtvaardiging van handelen (Van 't Hof, 2023). Onder palliatieve patiënten blijken vooral vragen over verbondenheid, levensgenot, onzekerheid over de dood, terugblikken op het leven en omgaan met gedachten en gevoelens prominent aanwezig te zijn (Damen et al. 2022). Scholte (2020) benadrukt het belang van

speciale aandacht voor existentiële problematiek bij vluchtelingen, waarbij een breed spectrum aan psychische klachten wordt gekoppeld aan existentiële nood.

Zorgverleners geven tijdens de interviews aan zich bewust te zijn van mogelijke zingeingsvragen, vooral bij klachten zoals verdriet, rouw, somberheid, gespannenheid en vermoeidheid, bij diagnoses zoals ongeneeslijke ziekten en in verschillende levensfasen en -omstandigheden, zoals transitiemomenten, relatieproblematiek en verlieservaringen. Specifieke doelgroepen waarbij zingeingsvragen spelen, zijn onder meer ouderen, jongeren, palliatieve zorgpatiënten, patiënten met complexe levensgebeurtenissen en patiënten met meerdere psychische en fysieke aandoeningen. Daarnaast worden tijdens de discussiebijeenkomst ook mensen die te maken hebben met discriminatie en uitsluiting genoemd.

“Mensen met ingewikkelde life events, rouw, eenzaamheid, soms bij depressie, soms bij burn out. Mensen zoeken dan: wat wil ik nu, wat is echt belangrijk voor mij, hoe ga ik me zelf verder focussen. Soms bij suicide in de omgeving. Of abortus, een miskraam, de grote dingen in het leven. Bij dit alles zouden zingeingsvragen kunnen voorkomen.” (huisarts, pionier)

Volgens de geïnterviewden spelen zingeingsaspecten een rol bij veel, maar niet alle vragen die zij krijgen.

“Er zijn ook wel mensen voor wie het niet hoeft. Ik zie ook wel veel mensen met wie het prima is. Wij vragen altijd wel een beetje door. Soms gaat het wel prima, dan zie je dat ook wel weer in het dorp. Dus het is niet iedereen die dit nodig heeft. Het is afhankelijk ook van de klacht waarmee iemand bij de huisarts komt of bij mij.” (POH-somatiek, praktijkmanager, pionier)

Somsen (2023) benadrukt dat vooral problemen die voortdurend onvoldoende op behandeling reageren, kunnen duiden op zingeingsproblematiek bij patiënten. Ook metaforen of beeldspraak ('De bodem is onder mij weggeslagen') of vragen waarop geen direct antwoord te geven is ('Waarom moet ik zo lijden?') vormen aanwijzingen voor zingeingsvragen (IKNL, 2018).

2.3 Ondersteuningsbehoeften

Aspecten van ondersteuning

Diverse onderzoeken benadrukken het belang van het erkennen en bespreken van zingeingsvragen bij patiënten. Selman et al. (2018) rapporteren ook dat de meeste patiënten met een levensbedreigende ziekte het belangrijk vinden dat zorgverleners aandacht hebben voor hun zingeving. Zorg voor zingeving werd vaak gewaardeerd als een bron van coping en existentiële steun. Deelnemers aan de studie beschouwden dit niet als religieuze zorg, maar als het bieden van een veilige ruimte, een luisterend oor en begeleiding. Menselijke verbinding, persoonsgerichtheid en integratie in de gezondheidszorg werden door de ondervraagden genoemd als fundamentele aspecten voor zorg voor zingeving.

Vermandere et al (2012) vinden in een onderzoek naar zingeving in palliatieve zorg dat patiënten behoefte hebben om gehoord en serieus genomen te worden, en ruimte te ervaren voor wat niet opgelost kan worden. Het bieden van een luisterend oor en het erkennen van onopgeloste

problemen beschouwen zij als essentiële aspecten van zorg voor patiënten met ernstige ziekten. In een Nederlands onderzoek door Damen et al. (2022) geven palliatieve patiënten aan dat ze het meest tevreden zijn over de gesprekken over zingeving met hun naaste, partner, ouder of kind. Daarna komen vrienden en de huisarts en verpleegkundige. Uit het ZonMw actie-onderzoek "Linking-Zin: Zinvolle Samenwerking tussen Geestelijk Verzorgers en Vrijwilligers Levensvragen" bleek dat thuiswonende burgers diverse behoeften hebben aan ondersteuning bij zingevingvragen, variërend van lotgenotengroepen en een luisterend oor, tot yogalessen en bemiddeling bij vrijwilligerswerk. Wat betreft de gewenste ondersteuning bij zingevingskwesties, benadrukken patiënten in onze interviews voornamelijk een behoefte aan verbinding, met name met familie, naasten en dieren.

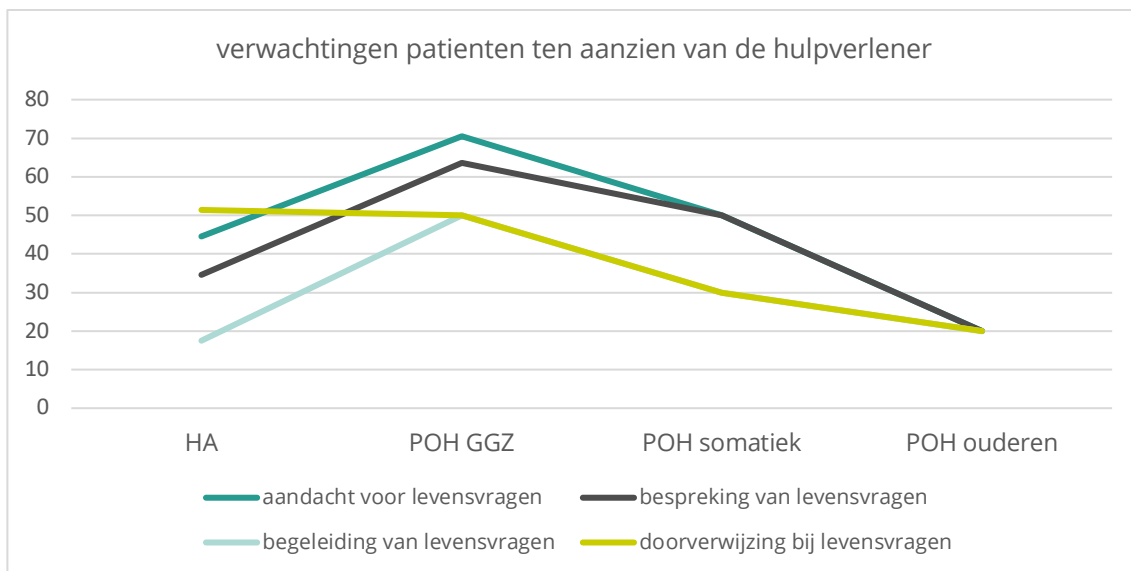
" Als ik de zin van het leven helemaal, echt helemaal kwijt ben, dan heb ik iemand nodig die me, die hoort wat ik zeg en die zegt van ik weet, als je die deur opendoet, dan is daar iets wat je zou kunnen helpen. En ja, ik sta altijd wel open voor dat soort interventies." (patiënt)

Dit alles wijst op een breed scala van ondersteuningsbehoeften bij patiënten, die verschillen per persoon. Tot slot benadrukken patiënten in onze interviews het belang van een persoonlijke band met hun zorgverlener. Patiënten hechten waarde aan oprechte aandacht, actieve betrokkenheid bij het vinden van oplossingen, begeleiding bij het accepteren en normaliseren van en omgaan met uitdagingen. Het verkrijgen van inzicht in persoonlijke waarden wordt genoemd als een belangrijk vertrekpunt, om vervolgens, soms met een zetje in de rug, weer vooruit te kunnen.

Ondersteuning bij levensvragen: verwachtingen en ervaren praktijk

In Selman et al. (2018) benadrukten geïnterviewde patiënten en hun mantelzorgers dat - hoewel speciaal geschoolde professionals op het gebied van zorg voor zingeving een belangrijke rol spelen - competentie op het gebied van zorg voor zingeving voor alle zorgdisciplines van belang is. De mate waarin patiënten en zorgverleners het belang van zorg voor zingeving inzien, varieert per land. Bijvoorbeeld, patiënten en zorgverleners in België beschouwen zorg voor zingeving minder vaak als een fundamenteel onderdeel van de gezondheidszorg dan hun tegenvoeters in Afrika. Het bleek dat zorg voor zingeving vaak ontbrak voor patiënten en dat er ook onvoldoende ondersteuning bij zingeving was voor zorgverleners. Deelnemers in hun onderzoek wezen op belemmeringen zoals een gebrek aan tijd en mogelijke motivatie- of prioriteitsproblemen bij zorgverleners. Desondanks meldden de geïnterviewden over het algemeen goede ervaringen met ontvangen zorg voor zingeving. Deze bevindingen suggereren dat zorg voor zingeving een belangrijk, maar vaak onderbelicht onderdeel van de zorg is.

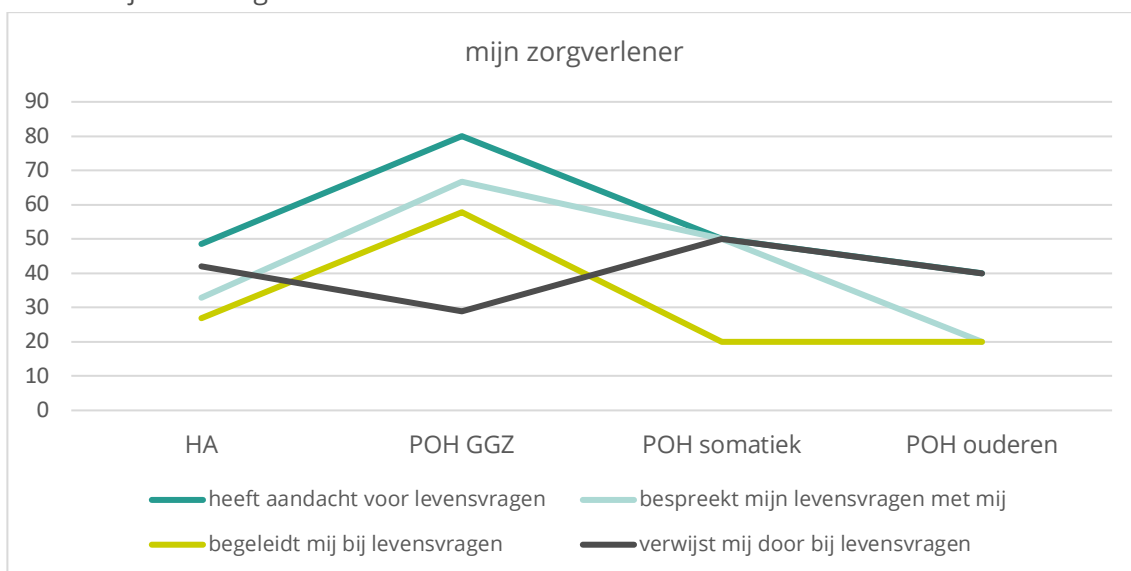
In onze interviews beschouwen patiënten met name de praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ) als een waardevolle bron van uitgebreide steun, onder andere vanwege de expertise en de ruime tijd die ze kunnen besteden ten opzichte van huisartsen. In onze enquête onder de patiënten is uitgebreider nagevraagd in hoeverre zij van hun zorgverlener verwachten dat die in het contact aandacht heeft voor hun levensvragen, deze levensvragen met hen bespreekt, begeleidt en/ of doorverwijst. Zie figuur 1.



Figuur 1

De figuur laat zien dat patiënten verwachten dat de POH-GGZ (71%) en POH-somatiek (50%) aandacht voor levensvragen hebben. Iets minder dan de helft van de ondervraagden (45%) verwacht dit van hun huisarts. Wat betreft POH-ouderen ligt de verwachting aanzienlijk lager (20%). Bij de bespreking van levensvragen zien we dezelfde lijn, al is dit iets lager in vergelijking met de verwachting rondom aandacht. Begeleiding van levensvragen wordt voornamelijk verwacht van de POH-GGZ (50%) en in mindere mate van de huisarts (18%), POH-somatiek (30%) en POH-ouderen (20%). De ondervraagden geven aan dat vanuit de huisarts voornamelijk wordt verwacht dat deze - naast het hebben van aandacht voor levensvragen - daar waar nodig de patiënt doorverwijst naar passende ondersteuning (51%). Doorverwijzing bij levensvragen wordt ook verwacht van de POH-GGZ (50%), in combinatie met begeleiding ervan.

Tot slot is er ook gevraagd hoe vaak zorgverleners – vanuit het perspectief van de patiënten zelf - in de praktijk daadwerkelijk aandacht hebben voor levensvragen, deze bespreken, begeleiden en/ of doorverwijzen. Zie figuur 2.



Figuur 2

Hoofdstuk 3: Praktijkperspectief

Samenvatting

Er blijkt grote eensgezindheid binnen de huisartsenpraktijken te bestaan over het belang van aandacht voor zingevingsvragen. In meerdere praktijken is er een taakverdeling, waarbij het zwaartepunt voor signaleren bij de huisarts (en POH's Somatiek en Ouderen) ligt, en de verdere verkenning en begeleiding bij de POH-GGZ. Beroepsstandaarden bieden geen heldere visie over zingevingszorg, maar bieden wel ruimte voor aandacht voor zingeving in de huisartsenpraktijk.

De belangrijkste factor om gesprekken over zingeving te kunnen voeren is een specifieke basishouding zoals goed luisteren en voldoende tijd hebben. Levens-, werkervaring en interesse in (eigen) zingeving zijn helpend om goede gesprekken te voeren. Zorgverleners benoemen tal van reguliere interventies en methodieken die zij ook inzetten bij patiënten met zingevingsvragen, zoals technieken uit de ACT, de oplossingsgerichte benadering en de motiverende gespreksvoering. Er zijn daarnaast veel tools specifiek ter ondersteuning van de signalering en verkenning van zingevingsvragen beschikbaar en onderzocht, zoals de FICA en het Diamantmodel. Er is echter terughoudendheid bij zorgverleners om die in te zetten.

Samenwerking rond zingevingsvragen binnen de praktijk is het hechtst tussen de huisarts en POH-GGZ. Buiten de praktijk worden diverse professionals genoemd, die ook intensieve eerstelijnscontacten kunnen hebben met patiënten rond zingeving. Centra voor levensvragen en geestelijk verzorgers worden genoemd als partners om mee samen te werken en naar te verwijzen. Echter blijft werkelijke samenwerking en verwijzing vaak uit.

3.1 Inleiding

Wat is het perspectief van medewerkers van de huisartsenpraktijk op de zorg voor zingeving? We verkennen in dit hoofdstuk het perspectief van medewerkers van de huisartsenpraktijk. Daarbij maken we ook hier gebruik van wetenschappelijke literatuur, grijze literatuur, interviews onder zorgprofessionals (bijlage 4), de vragenlijst onder zorgprofessionals (bijlage 7) en de discussiebijeenkomst.

3.2 Visie op de rol van huisarts en POH in de zorg voor zingeving

De visie van huisartsen en POH's zelf

Uit een review van kwalitatief onderzoek naar de attitudes van huisartsen in zorg voor zingeving (Appleby et al., 2018a) komen vier globale attitudes naar voren:

1. Omarmend: onderschrijven een rol voor de huisarts;
2. Pragmatisch: accepteren een rol voor de huisarts, in het belang van de patiënt;
3. Voorzichtig: zijn gereserveerd over een rol voor de huisarts, mogelijk bij uitzondering;
4. Afwijzend: wijzen de rol fundamenteel af.

Huisartsen die positief staan ten opzichte van zorg voor zingeving willen zicht krijgen op de relevante context van de patiënt, zoals cultuur of religie. Zij zijn ook bereid om, als ze een zingevingsvraag signaleren, de patiënt actief te begeleiden of door te verwijzen.

Uit een synthese van zeven kwalitatieve studies blijkt dat de meeste huisartsen het als hun taak zien om aandacht te besteden aan de behoeftes rond zingeving van patiënten (Vermandere et al., 2011). Nederlands kwalitatief onderzoek onder huisartsen met ervaring in palliatieve zorg (Busser et al., 2022) wijst uit dat een deel van hen het gesprek over zingeving ziet als een vanzelfsprekend onderdeel van persoons- en contextgerichte of zorg. Eenzelfde resultaat komt naar voren in een vragenlijstonderzoek onder 147 Australische huisartsen (Rombola et al., 2019): 91% van hen vindt dat er binnen holistische zorg een plek zou moeten zijn voor zingevingszorg.

In onze enquête onder professionals geeft een ruime meerderheid van huisartsen (79%) aan dat aandacht voor zingeving een onderdeel van hun vak is. Uit de toelichtingen komt naar voren dat veel huisartsen zingevingsvragen zien als deel van de context waarin klachten ontstaan.

“Wij kijken naar de ‘hele’ patiënt, daarbij hoort zingeving” (huisarts)

“Zingeving is belangrijk voor je levensgeluk, en problemen op dit vlak zullen zich uiten in depressieve klachten, overspanning en SOLK. Dat zie ik heel veel.” (huisarts)

Aandacht voor zingevingsvragen blijkt uit de enquêtes zowel bij POH-GGZ als huisarts naar eigen zeggen in hoge mate aanwezig (>90%). Het *bespreken* van deze vragen gebeurt door bijna 90% van de POH's tegenover bijna 80% van de huisartsen. Bij de vraag of de professional zijn/haar patiënten ook *begeleidt* bij zingevingsvragen antwoordt 78% van de POH's tegenover 71% van de huisartsen positief. De professionals die niet begeleiden (veelal de huisartsen), zien wel een rol voor zichzelf in signaleren, maar niet per se in begeleiden van mensen met zingevingsvragen. Bijvoorbeeld:

“Ik vind het niet-bedoeld core business van de huisarts om zelf op te pakken, maar wel om diagnostisch mee te nemen, zodat je kunt doorverwijzen of adviseren wanneer het speelt.” (huisarts)

“Aandacht ervoor hebben wel, maar begeleiding in mindere mate. Ik heb als huisarts al te weinig tijd om al mijn patiënten goed te begeleiden met hun somatische problemen helaas.” (huisarts)

Niet alle Nederlandse huisartsen vinden hun rol duidelijk. Een deel van de huisartsen voelt zich niet competent om onderwerpen gerelateerd aan zingeving te bespreken (Busser et al., 2022). Iets dergelijks zien we ook terug in onze enquête: hierin zegt geen van de deelnemende huisartsen ‘nee’ op de vraag of aandacht voor zingeving deel is van hun vak, maar een deel van

de huisartsen weet het niet (17%) of heeft geen mening (4%) ten aanzien van de eigen rol bij zingeingsvragen (zie figuur 3). Eén van de huisartsen verwoordt de twijfel als volgt:

"We hebben al zoveel taken, dat ik niet weet of we deze verantwoordelijkheid erbij moeten nemen. Tegelijkertijd vraag ik me af wie er anders aandacht heeft voor deze vraag." (huisarts)

POH's lijken meer eensgezind in hun opvattingen: 97% van hen ziet aandacht voor zingeving als hun taak. Uit hun toelichtingen blijkt dat veel POH's aandacht voor zingeving zien als centraal in hun werk, bijvoorbeeld:

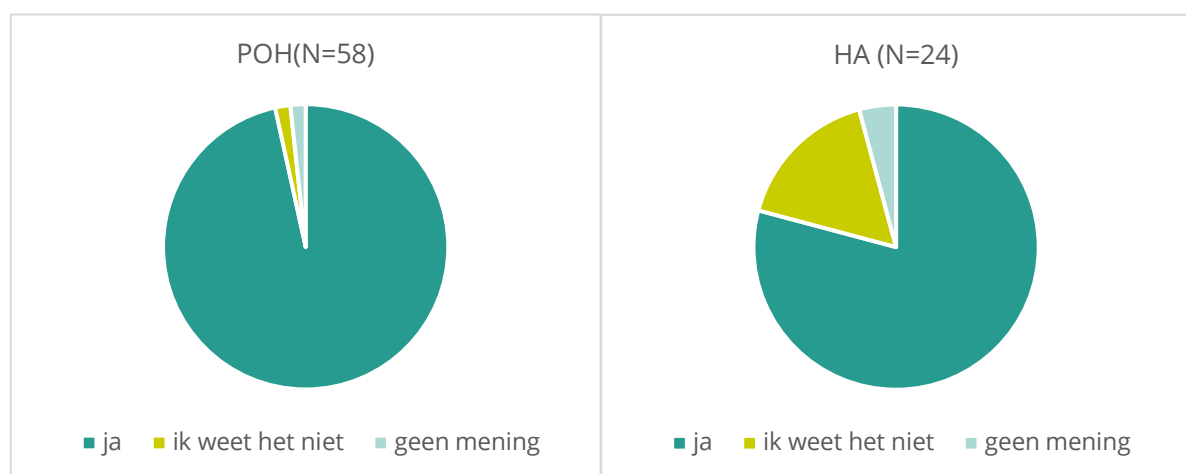
"Zingeingsvragen horen bij het menselijk bestaan en welbevinden, dus hier kun je nooit overheen stappen." (POH)

"Zingeingsvragen/-behoefte vormen regelmatig de kern vd problemen die iemand ervaart, dan kan het in mijn beleving niet anders dan dat dit onderdeel van mijn taak als POH-GGZ is id Huisartsenzorg." (POH)

"Daar draait het vaak om in gesprekken... kern van ons vak" (POH)

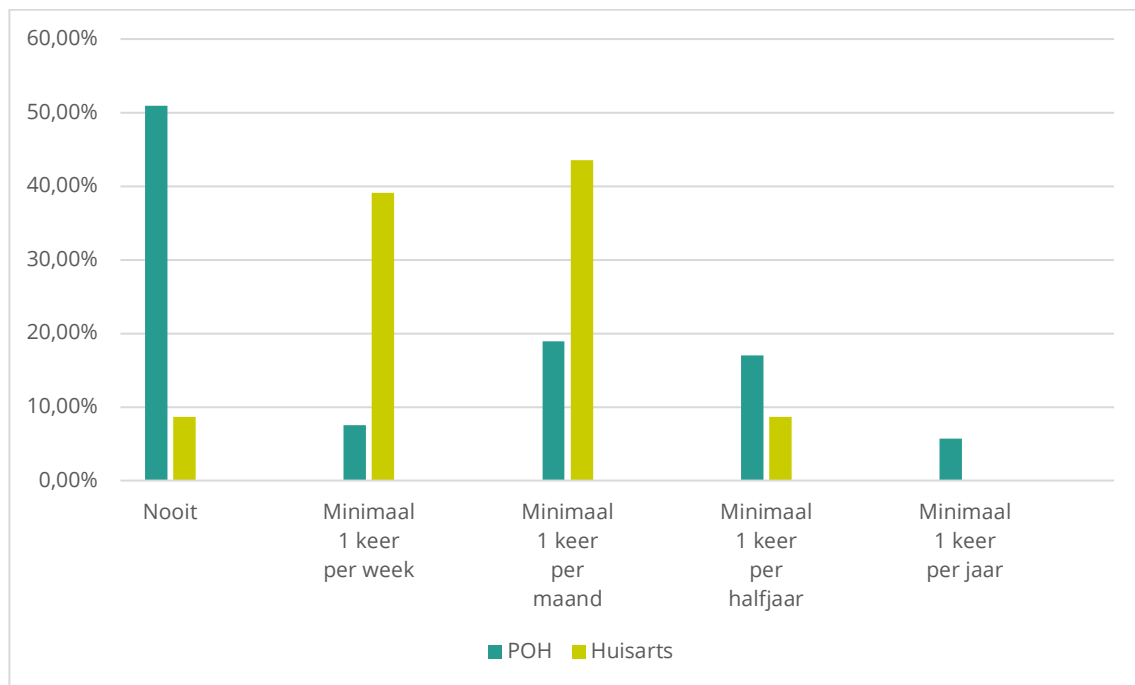
"Zingeingsvragen zijn verweven met bijna alle voorkomende vragen/problematieken." (POH)

"Zingeving en mentale gezondheid zijn nauw met elkaar verbonden en niet los van elkaar te zien. Bij mentale klachten kun je zingeving daarom nooit buiten beschouwing laten." (POH)



Figuur 3: Vraag: bent u het eens met de volgende uitspraak; Aandacht voor zingeingsbehoefte en zingeingsvragen is onderdeel van mijn taak als professional in de huisartsenzorg?

Er zijn aanwijzingen dat ook Nederlandse huisartsen in zorg voor zingeving een taak zien voor de POH-GGZ. Zo liet kwalitatief onderzoek zien dat Nederlandse huisartsen hun POH-GGZ inschakelen in de zorg voor patiënten met zingevingvragen (zie figuur 4). Ze doen dit niet alleen als ze gesignaleerd hebben dat er zingevingvragen spelen, maar ook als de 'onderliggende vraag' nog verheldering behoeft (Molenaar, 2016). In onze enquête geeft 91% van de huisartsen aan wel eens een patiënt met zingevingvragen door te verwijzen naar een POH-GGZ of psycholoog (helaas werden deze beroepsgroepen in de vraagstelling niet uitgesplitst), 39% doet dat minimaal 1 keer per week.



Figuur 4: Doorverwijzen naar een: Praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ) of een Psycholoog (N = 81, missend: 10).

3.3 Visie op de rol van huisarts en POH-GGZ in kernwaarden, richtlijnen en standaarden

Kernwaarden huisartsenzorg

Om eenduidig te kunnen uitdragen waar ze voor staan, hebben huisartsen gezamenlijk de kernwaarden van de huisartsenzorg opgesteld. De kernwaarden zijn: 'persoonsgericht', 'medisch-generalistisch', 'continu' en 'gezamenlijk' (LHV, 1959, 2018, 2021). De kernwaarden vormen de basis voor de taken die huisartsen oppakken en zijn het uitgangspunt voor de visie op de toekomst van de huisartsenzorg. Het document 'Toekomst Huisartsenzorg - Kerntaken in de praktijk' zegt niets over zingeving, spiritualiteit, of levensbeschouwing. Onder de kerntaak Terminaal-palliatieve zorg staat wel vermeld dat de huisarts kan signaleren bij niet-medische zaken, en kan wijzen op de noodzaak van zorg door derden, waaronder geestelijke verzorging.

Vooraf de waarden 'persoonsgericht' en 'gezamenlijk' lijken ruimte te bieden voor zorg voor zingeving. Uit al eerder aangehaald onderzoek (Busser et al. 2022) blijkt dat een deel van de huisartsen het gesprek over zingeving ziet als een vanzelfsprekend onderdeel van persoons- en

contextgerichte zorg, dat zij gezamenlijk met onder meer psycholoog, POH-GGZ, pastor of geestelijk verzorger vormgeven. Somsen (2020) meent dat ook de kernwaarde 'continu' ruimte biedt. Deze kernwaarde geeft aan dat huisartsenzorg continu en in verschillende fasen van de levensloop geboden wordt. (Het opbouwen van) een vertrouwensrelatie wordt hiervoor als voorwaarde benoemd (Landelijke Vereniging POH-GGZ, 2022). Dit levensloopperspectief biedt eveneens een goede basis om aandacht te hebben voor de betekenis van klachten of ingrijpende life-events binnen iemands levensverhaal.

Kernwaarden POH-GGZ

In standaarden en beroeps-/functieprofielen van huisartsen bestaat nog geen heldere visie op de bijdrage van POH's-GGZ aan zingevingszorg, ook niet in relatie tot eerstelijns geestelijk verzorgers. Volgens het functie- en competentieprofiel (Landelijke Vereniging POH-GGZ, 2022) is – naast de kernwaarden van de huisartsenzorg - ook de visie op goede zorg vanuit patiënten- en naastenperspectief in de GGZ (MIND, 2018) leidend voor het werk van de POH-GGZ (Landelijke Vereniging POH-GGZ, 2022: "Het uitgangspunt daarbij is dat zorgprofessional en patiënt gezamenlijk werken aan het behouden, versterken en herstellen van gezondheid." Gezondheid wordt in deze visie uitdrukkelijk geplaatst in het licht van zingeving: "Gezondheid is geen doel maar een randvoorwaarde om een volwaardig en zinvol leven te leiden" (MIND, 2018). Het omarmen van deze visie lijkt POH's-GGZ dus volop ruimte te bieden om klachten uit te vragen in het licht van wat deze persoon als zinvol ervaart, en van daaruit ook de zingevingsdimensie verder te verkennen (Somsen, 2020).

Richtlijnen en standaarden

Naast de kernwaarden vormen richtlijnen en standaarden de basis voor het professionele handelen en de interventies die worden ingezet in de huisartsenpraktijk. De huisarts en POH maken vooral gebruik van de NHG-Standaarden, aanvullend van multidisciplinaire richtlijnen en van voor de huisartsenzorg relevante kwaliteitsstandaarden en samenwerkingsafspraken van Akwa-GGZ (Landelijke Vereniging POH-GGZ, 2022).

De voor deze kennissynthese in het bijzonder relevante NHG-Standaarden Depressie, Overspanning en burn-out en SOLK gaan uit van het biopsychosociaal model. De onderwerpen 'zingeving', 'spiritualiteit', 'levensbeschouwing' of 'geestelijke verzorging' krijgen binnen deze standaarden niet of nauwelijks aandacht. Er zijn wel enkele adviezen die ruimte bieden voor zingevingszorg. Algemeen advies is om de tijd te nemen (soms meerdere consulten) voor klachtenexploratie en dit eventueel gestructureerd te doen, aan de hand van vijf klachtdimensies: de somatische, cognitieve, emotionele, gedragsmatige en sociale dimensie. Demoralisatie, omschreven als "verlies van de hoop op herstel en zingeving", wordt besproken als één van de kenmerken van burn-out. Hulpverleners wordt aanbevolen om patiënten met overspannenheid te adviseren met hun omgeving te praten en verbinding te zoeken. Acceptatie wordt genoemd als onderdeel van beleid bij overspannenheid, maar er worden geen concrete handvatten geboden hoe patiënten kunnen worden begeleid in acceptatie in de crisisfase.

De Richtlijn Zingeving en Spiritualiteit in de palliatieve fase (IKNL, 2018) adviseert het ABC-model te gebruiken voor het afgrenzen van de eigen rol als professional versus de rol van de gespecialiseerde zorgverleners naar wie kan worden doorverwezen. Hierin wordt van alle

beroepsgroepen (dus ook medisch geschoolde professionals) verwacht dat zij aandacht (A) hebben voor zingeving en zingevingsvragen signaleren. Begeleiding (B) wordt verwacht van professionals met scholing in bijvoorbeeld psychologie of maatschappelijk werk (de achtergrond van veel POH's-GGZ). Een kleine groep mensen loopt vast (Crisis/Complexe problematiek) en heeft specialistische begeleiding (C) nodig, bijvoorbeeld door een geestelijk verzorger (die ook Aandacht en Begeleiding biedt).

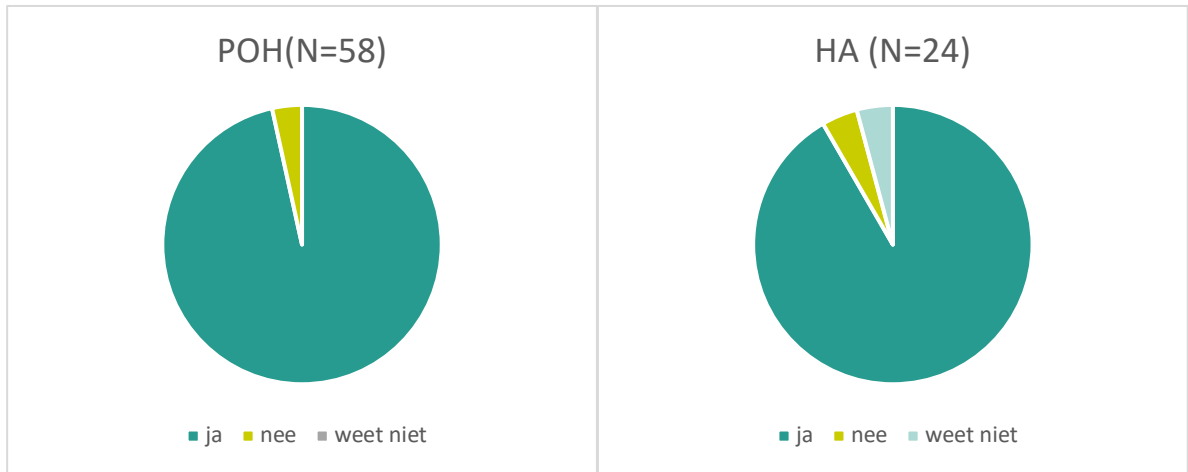
In de Kwaliteitsstandaard Zingeving in de psychische hulpverlening (Akwa-GGZ, 2023b) wordt benoemd dat het de taak is van elke zorgverlener om bij psychische klachten ook zingeving te verkennen, levensvragen te herkennen en deze niet onnodig te pathologiseren. Ook wordt benoemd dat de huisarts vanuit een langdurige vertrouwensrelatie een 'onderliggende vraag' kan signaleren, terwijl de POH-GGz deze verder kan uitdiepen, normaliseren en ondersteuning kan bieden bij het vinden van eigen antwoorden op (levens-)vragen.

Het concept en de methode van Positieve Gezondheid, die steeds meer gehanteerd wordt binnen de huisartsenpraktijk, biedt een generalistische aanpak waarbinnen de zorgverlener het 'andere gesprek' voert. Dit wijkt af van het probleemgeoriënteerde, ziektegerichte gesprek binnen de medisch-analytische denkwijze. Het gaat in deze benadering niet meer zozeer om controle, maar om de ondersteunende rol van de zorgverlener richting adaptatie, veerkracht en een betekenisvol leven (Handboek Positieve Gezondheid in de huisartsenpraktijk, (2021)). Bij het 'andere gesprek' vult een patiënt een vragenlijst in, waarvan de scores worden afgebeeld in een spinnenweb. Dit spinnenweb geeft individuen inzicht in hoe zij zich op elk van de levensgebieden - inclusief ervaren zingeving - voelen. Vervolgens staan de wensen en verlangens van mensen centraal ("Wat is voor u belangrijk?") en wordt er gekeken naar passende handelingsperspectieven en ondersteuning daarbij ("Op welke dimensie zou u een stap willen zetten?"). Dit brede gesprek kan helpend zijn om eventuele zingevingsvragen te signaleren en waar nodig te bespreken. Bij diepere en/ of meer existentiële vragen kan er vervolgens passende vervolg-begeleiding worden gezocht, bijvoorbeeld door een geestelijk verzorger.

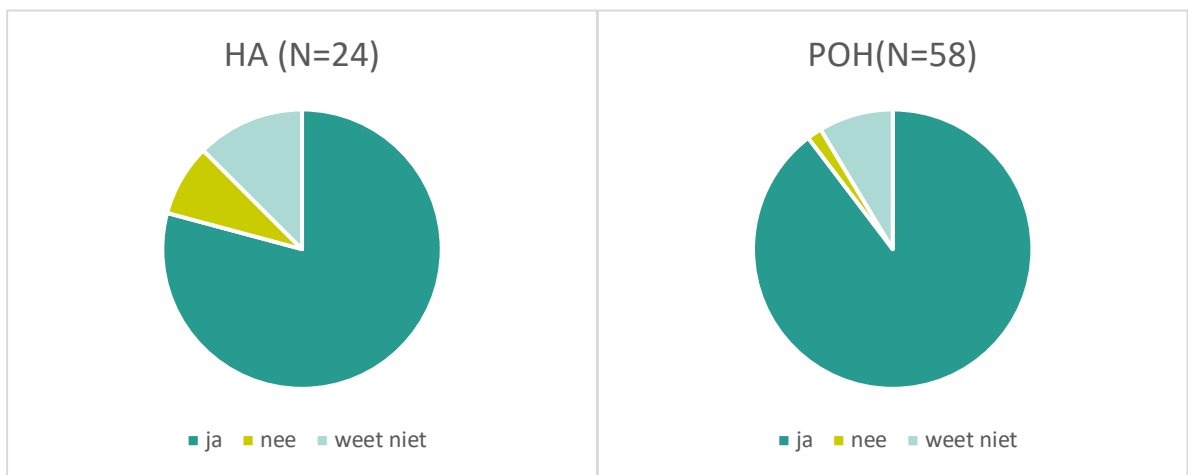
3.4 Handelen van huisartsen en praktijkondersteuners in de zorg voor zingeving

Aandacht, bespreking en begeleiding bij zingevingsvragen

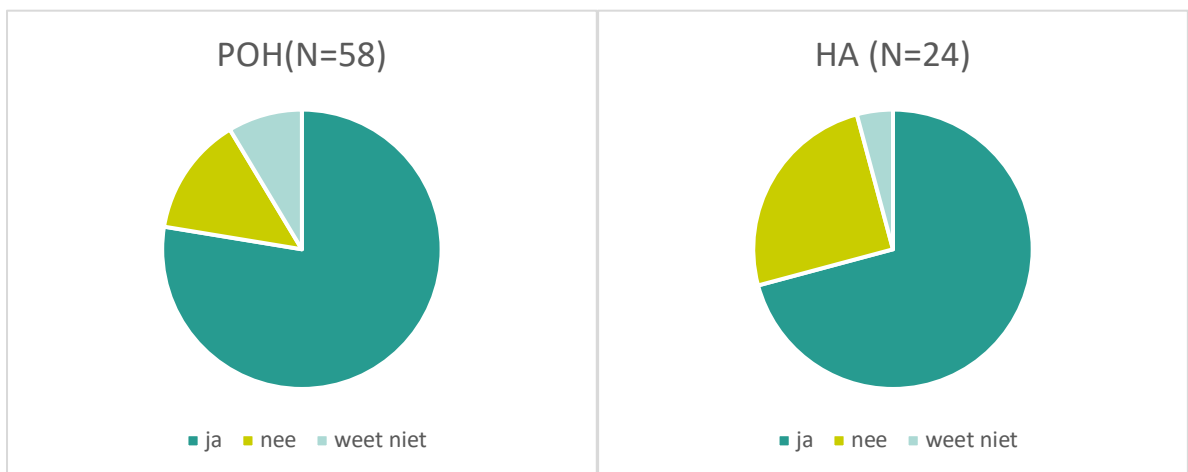
Volgens onze enquête geeft 92% van huisartsen en 97% van de POH's aan aandacht te hebben voor zingevingsvragen bij hun patiënten. 90% van de POH's en 80% van de huisartsen bespreekt deze vragen ook met hen. Van de POH's geeft 78% begeleiding, van de huisartsen 71%.



Figuur 5: Vraag: In het contact met mijn cliënten heb ik aandacht voor de levensvragen van mijn cliënt.
N = 82, missend= 9.



Figuur 6: Vraag: In het contact met mijn cliënten bespreek ik de levensvragen van cliënt met hem/haar.
N = 82, missend= 9.



Figuur 7: Vraag: In het contact met mijn cliënten begeleid ik de cliënt bij zijn/haar levensvragen.
N = 82, missend= 9.

Deze resultaten zijn in lijn met nog niet gepubliceerd onderzoek van onderzoekers (Yvonne Engels, Jacqueline van Meurs en Anne Wichmann) van de Radboud Universiteit. Zij gaven tijdens de discussiebijeenkomst aan dat analyse van gesprekken van huisartsen met hun patiënten een

grote sensitiviteit voor zingevingsproblematiek laat zien. Zingeving bleek voor veel huisartsen een belangrijk thema in hun werk, maar niet altijd onder die noemer. Vaker deden zij dit onder de noemer van holistische of persoonsgerichte zorg. In die zin zouden de vaardigheden op het gebied van aandacht voor zingeving kunnen worden aangemerkt met de term 'onbewust bekwaam'. Een opmerking van een huisarts uit de enquête wijst hier ook op:

"Eigenlijk nooit over nagedacht dat veel onderwerpen die ik bespreek met de patiënt, onder zingeving vallen. Pas op de nascholing in Haarlem viel bij mij het kwartje." (huisarts)

Basishouding

In diverse bronnen (Busser et al., (2022), Mächler et al., (2022), Vermandere et al., (2012), Carron et al., (2011), Jones et al., (2021), Rombola et al., (2019) en de interviews met pioniers en professionals) geven huisartsen aan dat zij bij het aandacht hebben voor zingeving en het signaleren van zingevingsvragen een bepaalde basishouding aannemen, die zich kenmerkt door: meer tijd nemen voor een consult (geen haast hebben), oog hebben voor de mens, aanwezig zijn (presentie), actief luisteren, open vragen stellen en doorvragen, nieuwsgierigheid, niet te snel / geen oplossingen aandragen, niet oordelen, stil (durven) zijn, een open houding van niet-weten, en laten merken dat de professional open staat voor het bespreken van zingeving (zie ook [Hoofdstuk 4](#)).

Opmerkzaamheid voor zingevingsvragen

Uit onze interviews met hulpverleners blijkt dat zij alert zijn op zingevingsproblematiek bij ingrijpende gebeurtenissen of transitiefases in het leven, zoals relatieproblematiek, het geven van mantelzorg, betrokkenheid bij of het hebben van een terminale of chronische ziekte, wegvallen van sleutelfiguren voor de patiënt (al dan niet gekoppeld aan deelname aan een dogmatische zingevingssysteem). Bij emoties zoals somberheid, verdriet, angst en wanhoop of klachten van overbelasting of burn-out worden vaak zingevingsvragen gesteld. Heel soms komt de vraag naar zingeving direct op tafel zoals 'Waar doe ik het allemaal voor? Wat heeft het allemaal nog voor zin? Wat is de waarde van mijn leven nog?'

Ook lichamelijke problemen die voortdurend onvoldoende op behandeling reageren, of metaforen en beeldspraak ('De bodem is onder mij weggeslagen') worden genoemd als signalen die kunnen wijzen op zingevingsproblematiek (Somsen et al., 2023).

Tools voor signalering en verkenning

In de literatuur, richtlijnen en standaarden, in onze interviews en enquêtes met pioniers en andere professionals worden diverse tools benoemd die worden ingezet om levensvragen te signaleren en verkennen. Het is onduidelijk in welke mate deze instrumenten daadwerkelijk worden ingezet in (de verkenning en signalering van zingeving in) de huisartsenpraktijk.

Wel is bekend dat de meningen over en ervaringen met het gebruik van dit soort gespreksinstrumenten wisselend zijn. We lichten er twee uit. Zo blijkt bijvoorbeeld uit een kwalitatief onderzoek (Vermandere et al., 2012) dat Vlaamse huisartsen de vragen van de FICA (zie Bijlage 6) zien als relevant, maar ook als te gestructureerd. Hierdoor worden de gesprekken minder spontaan. Er is zorg over mogelijke weerstand van patiënten bij inzetten van het

instrument. Aan de andere kant blijkt uit twee Duitse studies (Mächler et al., 2022; Huperz et al., 2023), waar (patiënten en) huisartsen werden bevraagd over hun daadwerkelijke ervaringen met gesprekken aan de hand van de Duitse versie van de FICA, dat huisartsen het bespreken van de spirituele geschiedenis met de FICA gemakkelijker vonden dan verwacht. Zij noemden als voordelen van het gebruik van de FICA vooral het inwinnen van informatie en een verbeterde vertrouwensrelatie.

Ook met het Diamant- of Ars Moriendi-model zijn positieve ervaringen opgedaan (Vermandere et al., 2015): Hoewel het voor de zorgverleners vaak 'onnatuurlijk' voelt om met behulp van de tool het gesprek over zingeving aan te gaan en sommige patiënten terughoudend waren in het bespreken van deze onderwerpen, vonden zorgverleners de tool over het algemeen wel bruikbaar en waardevol voor de praktijk. Het hielp hen de juiste woorden te vinden en te structureren en het leverde relevante informatie op over de wensen en behoeftes rondom het levenseinde, de context, het levensverhaal en betekenisvolle connecties van de patiënt. De meeste zorgverleners gaven echter aan dat ze toch liever het gesprek over zingeving verspreidden over meerdere momenten, geïntegreerd in de dagelijkse zorg, in plaats van als apart gesprek.

Een uitgebreidere beschrijving van de genoemde tools treft u in bijlage 6.

Begeleiding bij zingeving

Uit de interviews (ook die met pioniers) kwam naar voren dat de huisarts of POH existentiële vragen met de patiënt bespreken en verhelderen en vervolgens bekijken of en hoe patiënten er zelf of met naasten mee verder kunnen. Soms is het bespreken alleen al voldoende. Bij onvoldoende steun vanuit naasten of het eigen netwerk en wanneer de patiënt dit wenst, kan begeleiding worden geboden bij zingevingsvragen. Deze begeleiding is volgens de Richtlijn Zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase (IKNL, 2018) gericht op het bieden van ruimte en ondersteuning aan de patiënt om eigen vragen te verkennen en zelf gaandeweg een nieuw zingevend perspectief te vinden. Uit de enquête en interviews komt naar voren dat hiervoor vooral de volgende methodieken worden ingezet:

- Het erkennen, helpen structureren, uitleggen en normaliseren van de zingevingsvraag;
- Ruimte maken voor de pijn, verwarring en uitzichtloosheid;
- Helpen met zoeken naar nieuwe perspectieven, hoop en krachtbronnen;
- Helpen verkennen van waarden;
- Verkennen van tegenstrijdige gevoelens en gedachten (bijvoorbeeld m.b.v. een dialoogtechniek of de ZelfKennisMethode);
- (Acceptatie- en waarden) oefeningen en metaforen uit de Acceptance en Commitment Therapie (ACT);
- Oefeningen uit het boek 'Zingevende gespreksvoering' (Vosselman & van Hout, 2016);
- Interventies uit oplossingsgericht werken en motiverende gespreksvoering;
- Narratieve benadering, onder meer werken met het levensverhaal;
- Maken van een genogram om informatie te krijgen over relaties;
- Kunstzinnige/beeldende vormen zoals mind-maps of collages, verhalen, muziek en poëzie en play-back-theatre

Begeleiding bij zingeving bij mensen met een andere culturele achtergrond

Scholte (2020) schrijft in H&W in een beschouwing over zorg voor vluchtelingen: “Een krachtgerichte, psychosociale benadering geeft de huisarts meer middelen in handen dan een klachtgerichte, medische behandeling”. Gedacht kan worden aan interesse tonen in de identiteit van de patiënt, bijvoorbeeld door naar het vroegere leven te vragen. De huisarts kan een rol spelen bij contactherstel met het eigen potentieel (vaardigheden, talenten, trots en liefde, ambities, enzovoort) en sociale hulpbronnen en zich richten op bronnen van zingeving en kernwaarden van de patiënt. Naast het inzetten van een (telefonische) tolk kunnen informatiematerialen voor professionals van Pharos³ hierbij zeer behulpzaam zijn. Rond de zorg voor zingeving bij mensen met een andere culturele achtergrond dan de hulpverlener wordt in de Kwaliteitsstandaard Zingeving in de psychische hulpverlening (Akwa GGZ, 2023b) geadviseerd het Cultureel interview uit de DSM in te zetten.

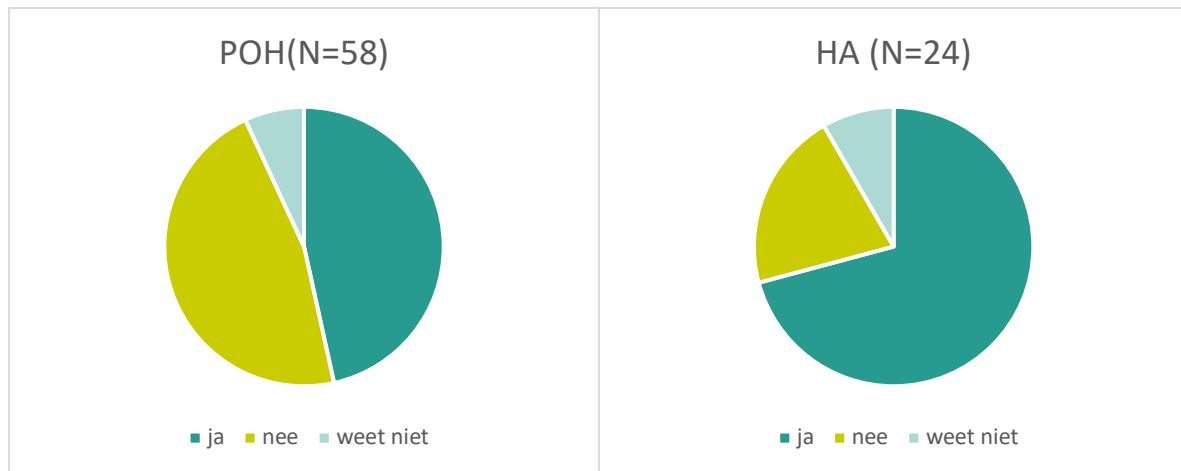
Samenwerking binnen de praktijk

In de Nederlandse setting verwijzen huisartsen patiënten met zingeingsvragen vaak door naar de praktijkondersteuner GGZ, omdat de lijnen met huisartsen en praktijkondersteuners somatiek kort zijn en psychische problemen volgens huisartsen en praktijkondersteuners vaak samengaan met zingeingsvragen (Molenaar, 2016; Busser et al., 2022, eigen interviews). Ook een groot deel van de geïnterviewden in ons onderzoek ziet een centrale rol weggelegd rondom zingeving voor de POH-GGZ, die (meer) tijd heeft om aandacht te besteden aan zingeingsvragen dan de huisarts en ook vaker lijkt te denken aan een verwijzing naar geestelijke verzorgers.

Deze rolverdeling is in lijn met het ABC-model uit de richtlijn Zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase (IKNL, 2018), waarin van alle beroepsgroepen (dus ook medisch geschoolde professionals) wordt verwacht dat zij aandacht hebben voor zingeving en zingeingsvragen signaleren. Er wordt verwacht dat professionals met scholing rond bijvoorbeeld psychologie of maatschappelijke factoren begeleiding doen. Het is ook in lijn met de Kwaliteitsstandaard Zingeving in de psychische hulpverlening (Akwa GGZ, 2023b), waarin wordt benoemd dat het de taak is van elke zorgverlener om bij psychische klachten ook zingeving te verkennen, levensvragen te herkennen en deze niet onnodig te pathologiseren. In de standaard wordt benoemd dat de huisarts vanuit een langdurige vertrouwensrelatie een ‘onderliggende vraag’ kan signaleren, terwijl de POH-GGZ deze verder kan uitdiepen, normaliseren en ondersteuning kan bieden bij het vinden van eigen antwoorden op (levens-)vragen.

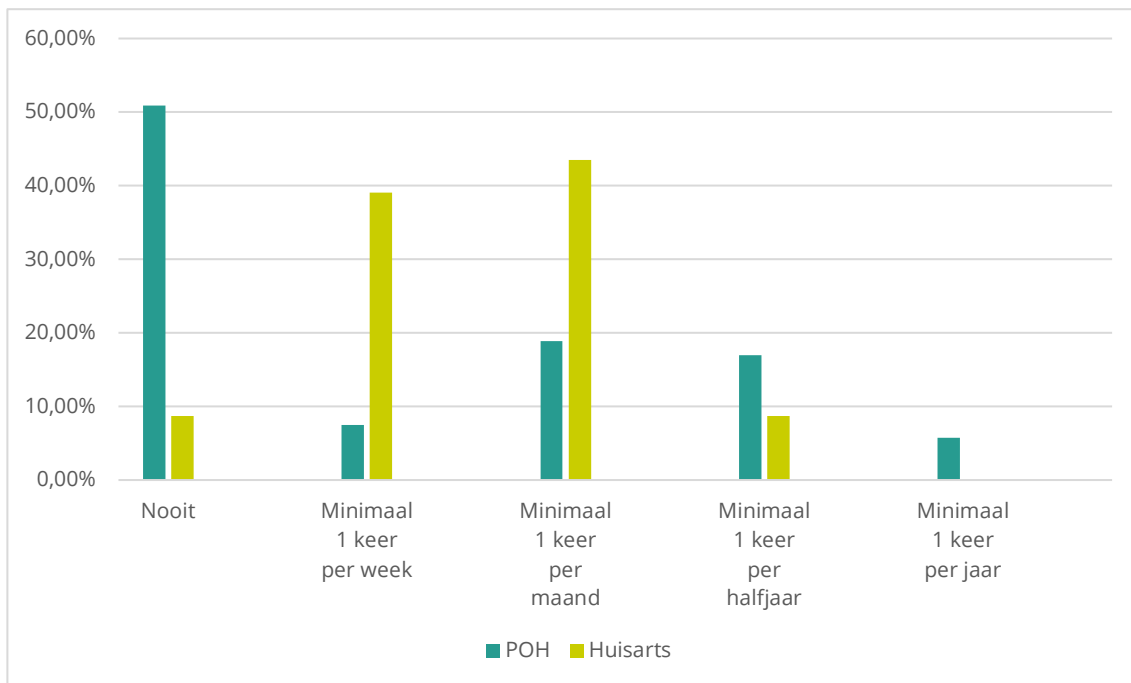
Ook uit onze enquête onder professionals blijkt dat 71% van de huisartsen aangeeft patiënten met zingeingsvragen te verwijzen, de POH's doen dit duidelijk minder (47%) (figuur 8).

³ www.pharos.nl



Figuur 8: Vraag: In het contact met mijn cliënten verwijs ik mijn cliënt door voor zijn/haar levensvragen.
N = 82, missend= 9.

Mogelijk hangt dit samen met de bevinding dat huisartsen patiënten met zingevingsvragen regelmatig verwijzen naar de POH-GGZ of naar een psycholoog. 39% van de huisartsen doet dit minimaal eens per week, 83% minimaal eens per maand (figuur 9). De POH-GGZ op haar beurt verwijst patiënten met zingevingsvragen veel minder door naar een POH-GGZ of psycholoog, 51% van hen doet dat zelfs nooit (figuur 9).

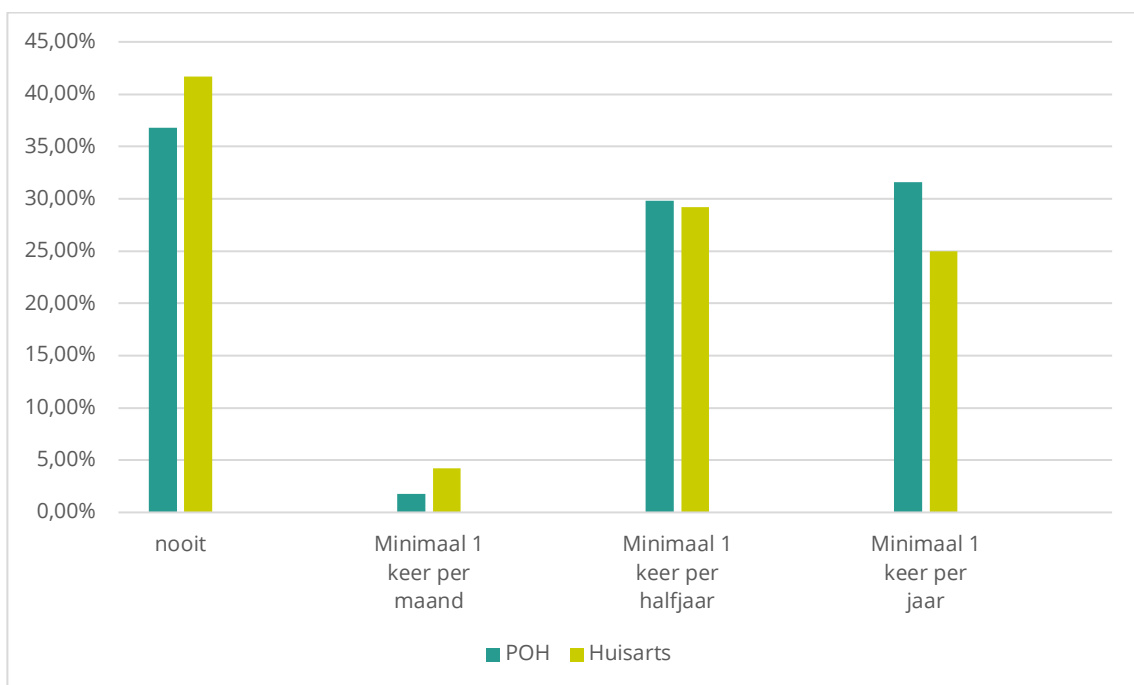


Figuur 9: Vraag: Geef aan hoe vaak u cliënten met zingevingsvragen doorverwijst naar een Praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ) of een Psycholoog. (N = 81, missend: 10).

Samenwerking met geestelijk verzorgers en Centra voor Levensvragen

Uit de literatuur komen verschillende vormen van samenwerking tussen huisartsenpraktijken en geestelijk verzorgers naar voren (Molenaar, 2016; Somsen et al., 2023): De huisarts verwijst de patiënt naar de geestelijk verzorger, de geestelijk verzorger en de huisarts of POH zien de patiënt samen, de geestelijk verzorger maakt deel uit van het team van de huisartsenpraktijk of het gezondheidscentrum of de geestelijk verzorger biedt scholing of consultatie aan de medewerkers van de huisartspraktijk.

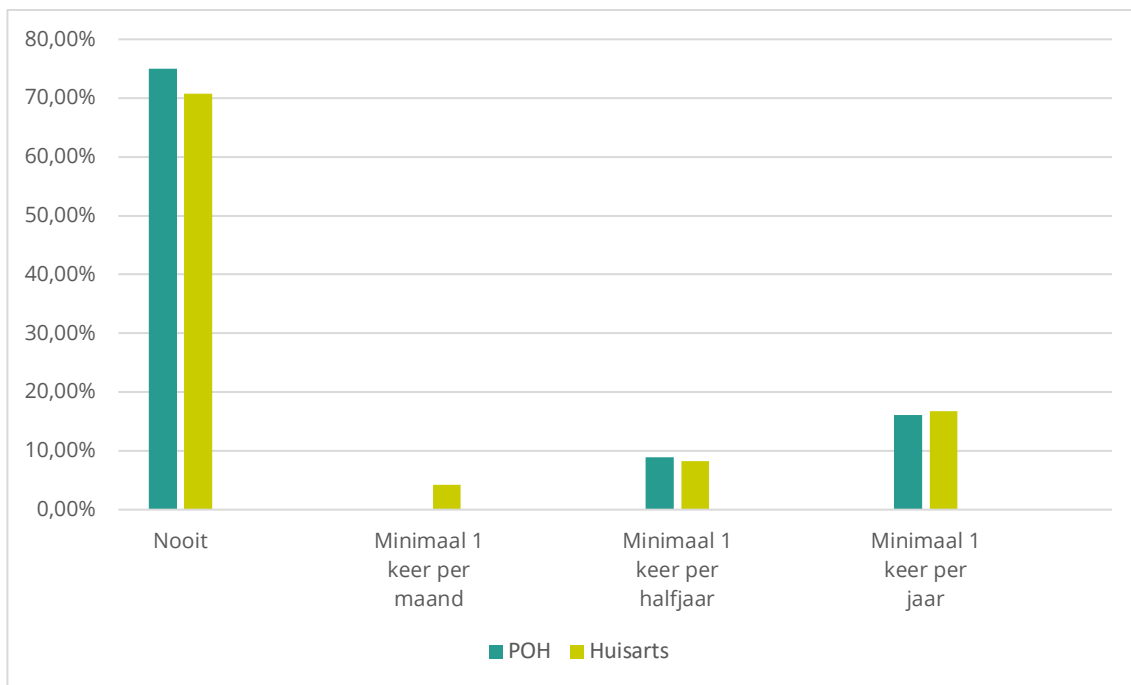
Doorverwijzen naar een geestelijk verzorger al dan niet via een Centrum voor Levensvragen (CvL) ⁴ gebeurt zowel door de POH als door de huisarts echter zelden, zo blijkt uit onze enquête en uit de interviews. Sommigen gaven aan het Centrum voor Levensvragen te kennen, maar er nog niet naar verwezen te hebben.



Figuur 10: Vraag: Geef aan hoe vaak u cliënten met zingevingsvragen doorverwijst naar een geestelijk verzorger. (N = 81, missend: 10).

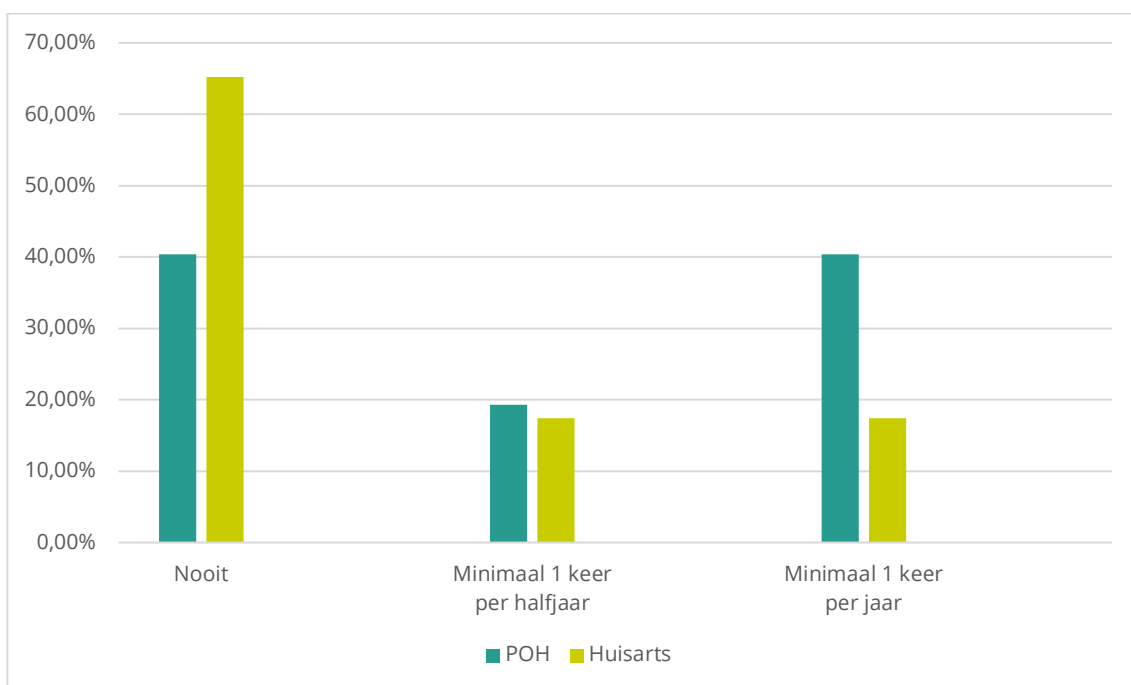
⁴ De regeling Geestelijk Verzorging Thuis is in 2018 ontstaan. Minister De Jonge beschrijft in zijn brief aan de tweede kamer (8 okt 2018):

Ieder mens geeft betekenis en zin aan zijn of haar leven en de gebeurtenissen daarin. Daarbij kunnen mensen gesteund worden door structuren die er zijn in onze samenleving zoals de familie, het sociale netwerk, onderwijs, werk en geloofsgemeenschappen. Het eigen vertrouwde netwerk kan in veel gevallen de benodigde ondersteuning bieden, maar wanneer een sociaal netwerk ontbreekt of daar niet toe in staat is, kunnen reguliere zorgverleners, binnen de door hen geleverde zorg, op een dergelijke behoefte inspelen. Als vervolgens zowel het eigen netwerk als de reguliere zorgverlening niet langer volstaan, bijvoorbeeld wanneer sprake is van ingrijpende veranderingen in het leven van mensen en/of wanneer zij worstelen met vragen van existentiële aard, kan de geestelijk verzorger als expert worden ingeschakeld. <https://vgvz.nl/wp-content/uploads/2019/01/Staatscourant-2019-1258.pdf>. De Centra voor Levensvragen zijn ontstaan om zodat vraag en aanbod naar geestelijke verzorging zo kunnen samen komen.



Figuur 11: Vraag: Geef aan hoe vaak u cliënten met zingevingvragen doorverwijst naar een medewerker van Centrum voor levensvragen. (N = 81, missend: 10).

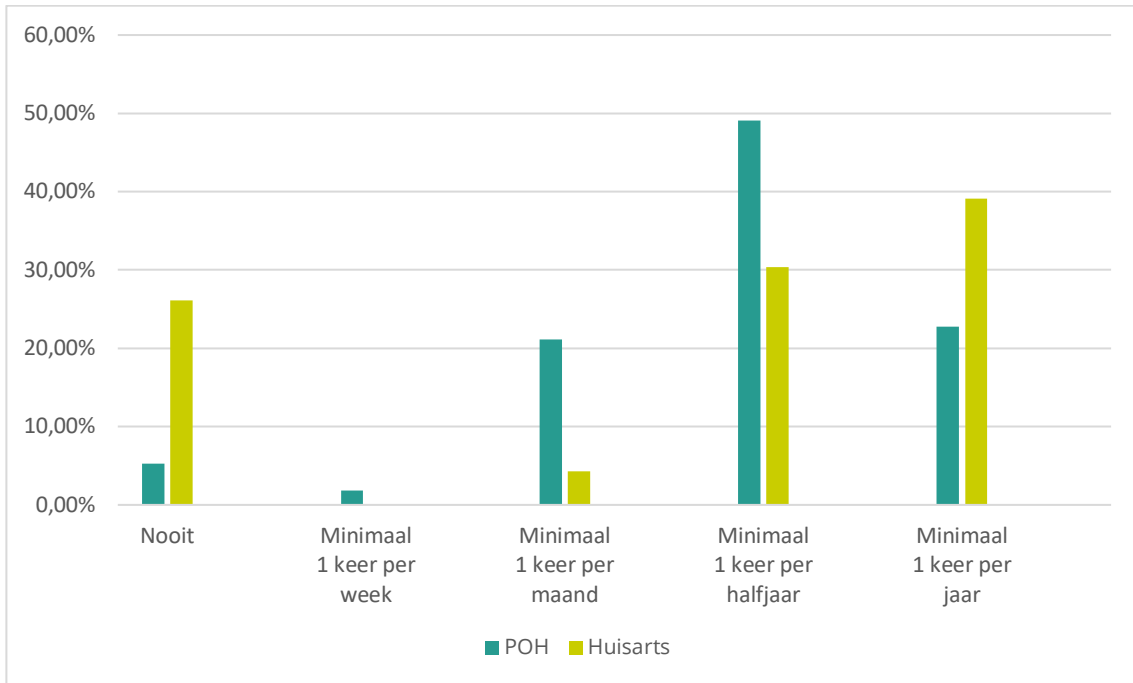
In de enquête en interviews komt daarnaast naar voren dat POH's, en in mindere mate huisartsen, patiënten met zingevingvragen ook wel eens doorverwijzen naar leiders van een religieuze gemeenschap, zoals een *“pastor, imam, priester, dominee, pandit, in de wijk of van de geloofsgemeenschap waartoe de patiënt behoort.”* Eén respondent noemde *“kerk o.i.d.”* als een plek waar ze mee samenwerkt.



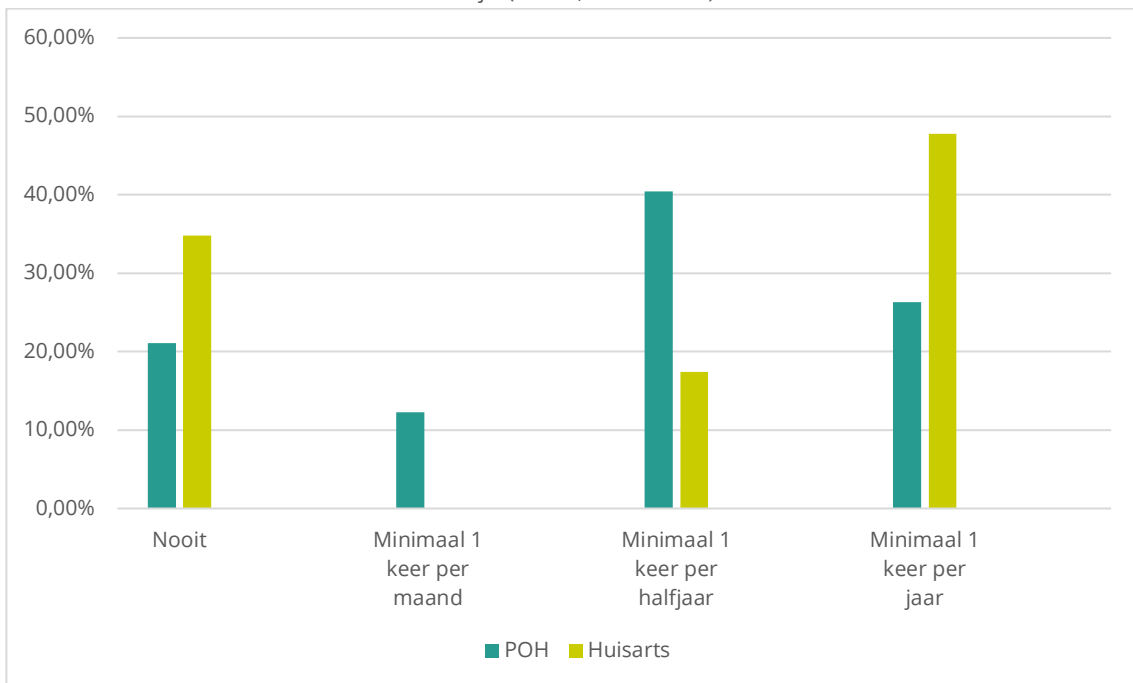
Figuur 12: Vraag: Geef aan hoe vaak u cliënten met zingevingvragen doorverwijst naar een leider van een religieuze gemeenschap, bijvoorbeeld een dominee of imam. (N = 81, missend: 10).

Overige samenwerkingspartners

Al eerder werd benoemd dat zowel huisartsen als POH's patiënten met zingevingsvragen regelmatig verwijzen naar een psycholoog. Uit onze enquête blijkt dat huisartsen en POH's ook verwijzen naar een rouw- en verliesbegeleider of naar een vrijwilliger (bijvoorbeeld een maatje)



Figuur 13: Vraag: Geef aan hoe vaak u cliënten met zingevingsvragen doorverwijst naar een vrijwilliger, bijvoorbeeld een maatje. (N = 81, missend: 10).



Figuur 14: Vraag: Geef aan hoe vaak u cliënten met zingevingsvragen doorverwijst naar een rouw- en verliesbegeleider. (N = 81, missend: 10).

Naast 'gewone' vrijwilligers, zoals een maatje, worden in de literatuur en interviews vrijwilligersprojecten beschreven waarbij door geestelijk verzorgers ondersteunde vrijwilligers voor 'een goed gesprek' langs gaan bij patiënten die daar behoefte aan hebben (Koper et al. 2018; NHG Visie werkgroep palliatieve zorg 2020). Dit betreft hulpvragers waar is ingeschat dat aandacht (de A van de ABC-tool) voorlopig voldoende is.

Andere partijen waar volgens onze enquête en interviews rond zingevingsvragen naar verwezen wordt of waarmee wordt samengewerkt zijn: lotgenoot/ervaringsdeskundige, een systemisch werkende coach of therapeut, een gespecialiseerde POH-GGZ in een andere praktijk, de levenseindekliniek of SCEN-arts, specialist ouderengeneeskunde, haptonoom of (psychosomatisch) fysiotherapeut, verpleegkundige, life- of burn-out coach, praktisch filosoof, dagbesteding/zorgboerderij, welzijnsorganisatie, welzijn-op-recept⁵, maatschappelijk werker, mantelzorgmakelaar of andere partner in het sociaal domein. Ook de consultatieteams palliatieve zorg worden benoemd als samenwerkingspartner rond zingeving.

⁵ <https://welzijnoprecept.nl/>: in een aantal gemeentes kunnen eerstelijnszorgverleners patiënten met psychosociale problematiek naar welzijnscoaches verwijzen, die samen met de patiënt op zoek gaan naar zinvolle activiteiten of ondersteuning vanuit het sociale domein. Ten grondslag aan de interventie liggen de positieve psychologie, Positieve Gezondheid en een holistische benadering.

Hoofdstuk 4: Belemmerende en bevorderende factoren voor het verlenen van zingevingszorg

Samenvatting

Bevorderend voor het verlenen van zingevingszorg zijn onder meer interesse in zingeving, het bewustzijn van de eigen zingeving, een open luisterende basishouding en (werk- en levens) ervaring.

Belemmerende factoren zijn onder meer praktisch en vakinhoudelijk. De werkdruk en het gebrek aan tijd worden vaak genoemd als *praktische* factoren die zorg voor zingeving belemmeren. Daarnaast spelen onder meer *vakinhoudelijke factoren* een rol, zoals gebrek aan tools, kennis en vaardigheden omdat hier in de opleiding te weinig aandacht voor is geweest

Ter ondersteuning van de professionals is er naast scholing (zie Hoofdstuk 5: Scholing) onder meer behoefte aan een helder en eenduidig beeld van wat zingeving inhoudt, tools voor het bespreken van zingeving, mogelijkheden voor reflectie en een competent collegiaal netwerk. Het verruimen van de VWS-subsidieregeling voor geestelijke verzorging, zodat mensen in alle leeftijdsgroepen er gebruik van kunnen maken, maakt samenwerking makkelijker.

Een grote belemmerende factor in de samenwerking met geestelijk verzorgers is de onbekendheid van het aanbod van de centra voor levensvragen en hoe de doorverwijzingen praktisch tot stand kunnen komen. Ook zijn de meeste professionals niet op de hoogte van of hebben ze onjuiste beelden bij de competenties en toegevoegde waarde van geestelijk verzorgers. Wanneer medewerkers van de huisartsenpraktijk en geestelijk verzorgers met elkaar kennismaken en zicht krijgen op elkaars expertise, blijkt men bereid tot samenwerking, gericht op het bieden van passende zorg aan patiënten en op de professionele ontwikkeling en ondersteuning van zorgverleners.

4.1 Inleiding

Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren en welke ondersteuningsbehoeften hebben professionals? We verkennen in dit hoofdstuk de ondersteuningsbehoeften van medewerkers van de huisartsenpraktijk. Daarbij maken we ook hier gebruik van wetenschappelijke literatuur, grijze literatuur, interviews onder zorgprofessionals (bijlage 4), de vragenlijst onder zorgprofessionals (bijlage 7) en de discussiebijeenkomst.

4.2 Belemmerende factoren

Belemmerende factoren bij de professional

Uit de wetenschappelijke (o.a. Vermandere et al, 2022; Anandarajah et al, 2021; Rombola et al., 2019; Best et al., 2016a) en grijze literatuur (o.a. IKNL, 2018, Akwa-GGZ, 2023b), en uit onze interviews en enquêtes komen diverse factoren naar voren die het bieden van zingevingszorg binnen de huisartsenpraktijk kunnen bemoeilijken, of die kunnen duiden op grenzen aan wat binnen de huisartsenzorg mogelijk, dan wel wenselijk is. Die factoren zijn praktisch, persoonlijk,

relationeel of vakinhoudelijk van aard. Ook kan de rolopvatting van de professional een belemmering vormen.

Een belangrijke belemmerende factor die uit de literatuur naar voren komt is dat zingeingsvragen vaak verborgen zijn. Zoals een POH-GGZ het in de enquête uitdrukt: "De vraag ligt vaak verborgen en door tijdsdruk ben ik hier wellicht niet altijd bewust van." Ook Molenaar (2016) signaleert dat huisartsen het lastig vinden zingeingsvragen te herkennen omdat patiënten die vaak zorgvuldig 'verpakken'. Patiënten vinden het gemakkelijker te beginnen over medische problemen. Het vraagt een grote zorgvuldigheid om die verborgen vragen weer 'uit te pakken' (Molenaar, 2016, 63).

Praktische factoren

Als praktische factoren worden in wetenschappelijke en grijze literatuur en ook in onze interviews gebrek aan tijd en hoge werkdruk veelvuldig benoemd. In onderzoek van Anandarajah et al. (2021) bleven deze factoren door de tijd heen stabiel, al konden artsen met de tijd wel meer invloed uitoefenen op de organisatie van de werkplek.

Soms spelen er nog zoveel prangende praktische vragen, dat er geen tijd overblijft voor het bespreken van zingeingsvragen, zoals naar voren kwam in onze enquête:

"Vaak blijf ik, noodgedwongen, in het hier en nu, bij de directe gevolgen van de psychische klachten die nu spelen. De gesprekken gaan vaak over verplichtingen die opgelegd zijn door een leidinggevende of de arbodienst en de stress die dat veroorzaakt. We bespreken hoe daarmee om te gaan. Er is dan geen ruimte om te praten over levensbeschouwelijke zaken." (POH-GGZ)

Ook uit onze enquête onder professionals blijkt dat vooral deze *praktische factoren* (gebrek aan tijd, werkdruk) als belemmeringen worden ervaren. Deze praktische belemmeringen worden door huisartsen aanzienlijk meer aangegeven dan door POH's-GGZ: Gebrek aan tijd wordt door 83% van de huisartsen 'regelmatig' of 'vaak' ervaren, terwijl dit voor maar 48% van de POH's geldt. Eenzelfde beeld zien we bij 'werkdruk' als belemmerende factor: Dit wordt door 87% van de huisartsen 'regelmatig' of 'vaak' ervaren, tegen 58% van de POH's. Eén pionier merkt op dat werkdruk een negatieve impact kan hebben op de kwaliteit van (zingeings-)zorg:

"Een bedreiging is het over de kling jagen van poh's-ggz. Sommige praktijken verwachten dat zij 13 mensen per dag zien, maar dat verhoudt zich niet met de rust en diepgang die je eigenlijk wilt hebben. Hier houdt de landelijke vereniging poh-ggz zich ook wel mee bezig, maximaal zoveel patiënten per dag. Ik denk dat het niet meer tijd vraagt, aandacht voor zingeving, maar te veel patiënten per dag dan gaat de kwaliteit van zorg achteruit." (POH-GGZ)

Bij die werkdruk of dat gebrek aan tijd worden in onze interviews en enquête echter ook kanttekeningen geplaatst.

“Wat betreft werkdruk/tijd. Dat speelt een rol, maar tijdens een paar dubbele consulten of een visite kan het zeker goed bespreekbaar gemaakt worden.” (Huisarts, enquête)

“Het is niets extra’s. De zingeving van de patiënt is de kern waar het om draait. Het moet er in de gesprekken altijd over gaan voor wat er voor de patiënt wezenlijk toe doet, anders is het niet zo zinvol. [...] Soms kan de focus op zingeving maken dat een traject juist heel snel verloopt, als iemand knetter depressief is en toch opeens weer op het goede spoor komt omdat ie in contact komt met wat wezenlijk is. Weten waar je ‘t voor doet kan het zetten van lastige stappen enorm veel makkelijker maken.” (POH-GGZ, pionier)

Ook andere pioniers geven aan dat aandacht voor zingeving in principe wel kan worden ingebed in reguliere consulten, omdat het dan geen extra tijd hoeft te kosten, al is dit meer een gevoel dan een onderbouwd gegeven.

Andere kanttekeningen werden geplaatst door deelnemers aan de discussiebijeenkomst. Zij geven aan dat (meer) aandacht voor zingeving zowel de werkdruk in de huisartsenpraktijk (verder) kan verhogen, én kan bijdragen aan meer werkplezier. Uit nog niet gepubliceerd onderzoek (van onderzoekers van de Radboud Universiteit (Engels, Van Meurs en Wichmann)) blijkt dat aandacht voor zingeving de consulten niet langer van duur maakt.

Persoonlijke factoren

De volgende persoonlijke belemmerende factoren worden benoemd in de literatuur, interviews en enquêtes: Het bieden van zingevingszorg is te emotioneel voor de hulpverlener of het verstoort de balans tussen privé en werk of tussen zelfzorg en zorg voor anderen. Of er is sprake van weerstand en onmachtsgedoevens bij de professional rondom het thema zingeving. Of de professional is zich weinig bewust van de eigen persoonlijke zingeving of wil de persoonlijke spiritualiteit niet vermengen met professionaliteit.

Relationele factoren

Als relationele factoren worden in de literatuur en interviews genoemd: geen klik of vertrouwensrelatie, afhankelijk of eisend gedrag van de patiënt, gevoelens van ongemak en angst bij de professional dat patiënten zullen weigeren hierover het gesprek aan te gaan. Er kan een verschil zijn tussen de eigen levensbeschouwing en die van de patiënt. Soms is er de angst dat een mismatch in overtuigingen tussen de professional en de patiënt de vertrouwensrelatie zal schaden.

Relationele factoren komen in onze enquête onder professionals naar voren in de factoren ‘culturele achtergrond cliënt’ en ‘eigen overtuiging’. Deze factoren worden echter maar door weinig respondenten aangemerkt als belemmerend.

“Wanneer een patiënt een bepaalde geloofsovertuiging heeft, kan ik hier als agnost niet echt in mee - ik respecteer deze uiteraard altijd, maar kan door het verschil niet altijd aansluiting in vinden.” (POH-GGZ)

Vakinhoudelijke factoren

In de literatuur en interviews worden de volgende vakinhoudelijke factoren benoemd als belemmerend: niet de competentie hebben of angst/onzekerheid ervaren om zingevingsvragen te signaleren of met de patiënt te bespreken, gebrek aan specifieke training, moeite met vinden van taal voor zingevingsvragen, onvoldoende filosofische, theologische of levensbeschouwelijke expertise, situaties waarin de ernst van de problematiek het kader van de huisartsenzorg overstijgt (bijvoorbeeld bij een zingevingscrisis).

Uit onze enquête onder professionals blijkt dat POH's vaker een gebrek aan tools of kennis ervaren dan huisartsen. Van de POH's ervaart 45% 'regelmatig' of 'vaak' een gebrek aan tools, terwijl dit voor 26% van de huisartsen geldt. Gebrek aan kennis wordt door 33% van de POH's 'regelmatig' of 'vaak' ervaren, tegen 17% van de huisartsen. Soms is de professional 'onbewust bekwaam', zoals naar voren kwam in onderstaand citaat uit onze enquête. Er is wel oog voor de mens in al zijn facetten, maar zingevingskwestie wordt niet als niet als zodanig expliciet benoemd.

"Ik zat een keer bij een gesprek met een huisarts. Die zei toen: óh, is dat ook zingeving? Dat was een eyeopener. Zorgverleners zijn heel vaak onbewust bekwaam. Het draait om bewustwording; daar en daar kan ik op doorvragen. De connotatie rondom het woord zingeving is soms negatief en soms onvolledig." (Manager eerstelijnszorgorganisatie, pionier)

De rolopvatting

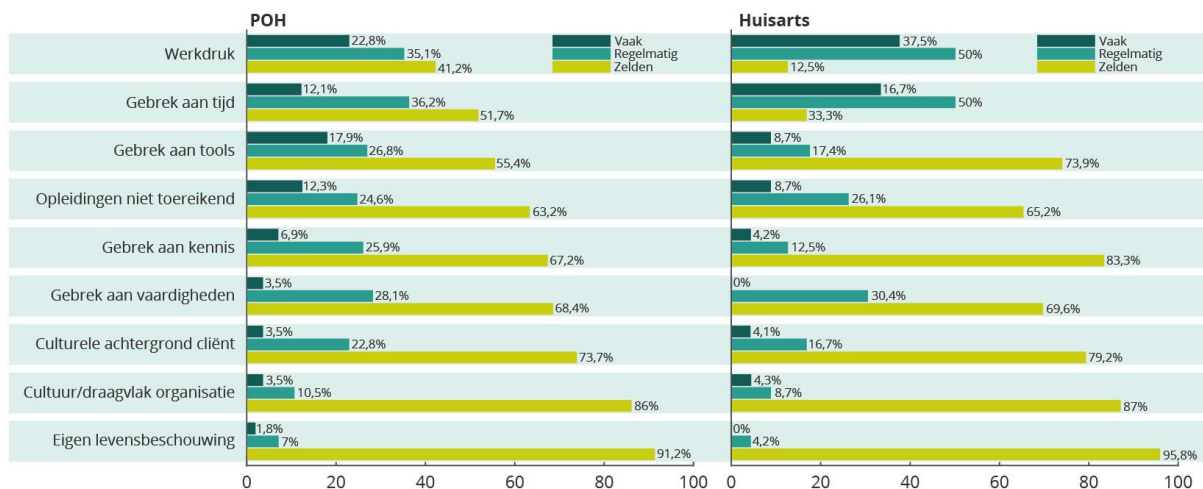
Ook de rolopvatting van de professional kan belemmerend zijn (zie ook Hoofdstuk 3: Praktijkperspectief). Zo kan de huisarts weerstand ervaren tegen het bespreken van zingevingsvragen binnen de huisartsenpraktijk of weerstand hebben om zich in het onderwerp 'zingeving' te verdiepen vanuit het idee "Dit doen wij toch al?". Professionals ervaren soms ook weerstand omdat ze niet (nog) meer willen taken willen oppakken.

Belemmeringen voor zorg voor zingeving

Vraag: Geef aan in hoeverre de volgende belemmeringen u in de weg staan om aandacht te hebben voor zingevingsvragen van cliënten.

Antwoordschaal 1-5; hieronder gepresenteerd als 'zelden' (1-2), 'regelmatig' (3), 'vaak' (4-5).

POH: N=56-58, **Huisarts** N=23-24 (missing POH en Huisarts: 9-12).



Figuur 15

Belemmerende factoren bij de patiënt

Een belangrijke belemmerende factor die uit de literatuur naar voren komt is de verborgenheid van de zingevingsvraag. Molenaar (2016) signaleert bijvoorbeeld dat huisartsen het lastig vinden zingevingsvragen te herkennen, omdat patiënten die vaak zorgvuldig ‘verpakken’. Patiënten vinden het gemakkelijker te beginnen over medische problemen. Het vraagt dan ook een grote zorgvuldigheid om die verborgen vragen weer ‘uit te pakken’ (Molenaar 2016, 63).

Soms spelen er nog zoveel prangende praktische vragen bij de patiënt, dat er geen tijd overblijft voor het bespreken van zingevingsvragen, getuige bijvoorbeeld dit citaat van een POH-GGZ in onze enquête:

“Vaak blijf ik, noodgedwongen, in het hier en nu, bij de directe gevolgen van de psychische klachten die nu spelen. De gesprekken gaan vaak over verplichtingen die opgelegd zijn door een leidinggevende of de arbodienst en de stress die dat veroorzaakt. We bespreken hoe daarmee om te gaan. Er is dan geen ruimte om te praten over levensbeschouwelijke zaken.”

Een andere belemmerende factor die uit onze enquête en interviews naar voren komt is “weerstand” bij de patiënt, of “wanneer de patiënt daar zelf niet voor open staat.” Ook uit de wetenschappelijke literatuur (Best et al., 2015) blijkt dat patiënten in de patiënt-arts dynamiek soms terughoudend zijn om uit zichzelf het onderwerp ‘zingeving’ aan te dragen. Deze terughoudendheid heeft vooral te maken met het idee van patiënten dat het niet de taak van de arts is om het hier met hen over te hebben, of dat de arts er geen tijd voor of interesse in zou hebben. Of de patiënt is er zelf nog niet klaar voor om het er over te hebben of weet niet hoe er over te beginnen. Sommige patiënten willen ook niet dat hun arts er over begint, omdat ze vinden dat artsen daarmee professionele grenzen overschrijden, of omdat ze zich daardoor extra zorgen zouden gaan maken over hoe ziek ze zijn. Interesse in het bespreken van zingevingsvragen met de arts neemt toe met de ernst van de ziekte, het opleidingsniveau en met het praktiseren van een religie. Uitdaging voor de praktijk is volgens de auteurs dat het lastig kan zijn voor artsen om in te schatten welke patiënten het onderwerp zouden willen bespreken, en welke niet.

Belemmerende factoren in de organisatie

Uit wetenschappelijk onderzoek (Whitehead et al., 2022; Best et al., 2016b) blijkt dat afwijzing onder collega's, en daardoor gebrek aan draagvlak, een barrière is voor een gesprek over zingeving, zeker als er ook nog eens een verschil is tussen de achtergrond of overtuigingen van de huisarts en de patiënt. Uit onze enquête blijkt echter dat huisartsen en POH's de cultuur en het draagvlak in de organisatie nauwelijks aanmerken als belemmering voor het bieden van zingevingszorg.

Belemmerende factoren in de multidisciplinaire samenwerking

In het vorige hoofdstuk zagen we dat huisartsen en POH's nog nauwelijks verwijzen naar geestelijk verzorgers. Dit lijkt sterk samen te hangen met de onbekendheid van dit eerstelijns aanbod. Veel huisartsen en POH's zijn niet bekend zijn met geestelijk verzorgers en ontmoeten hen niet vaak in de zorg voor patiënten. Hierdoor denken zij niet aan geestelijk verzorgers om

mee samen te werken. Ook Somsen (2020) signaleert dat geestelijk verzorgers nog nauwelijks op het netvlies van huisartsen staan: "In de lange lijsten van zorgverleners waar de huisarts structureel mee samenwerkt komt de geestelijk verzorger niet voor (Van Hassel et al., 2015)." Deze publicaties dateren echter van vóór het ontstaan van de Centra voor Levensvragen en het bestaan van de subsidieregeling geestelijke verzorging. De bekendheid van huisartsen en POH's met geestelijke verzorging zou nu groter kunnen zijn dan ten tijde van deze publicaties. Ook uit onze interviews met huisartsen blijkt echter dat zij niet of nauwelijks bekend zijn met geestelijke verzorging, de centra voor levensvragen of de VWS-subsidieregeling rondom geestelijke verzorging thuis. Als geestelijke verzorging al wél bekend is bij huisartsen en POH's, is het vaak niet duidelijk wanneer ze een patiënt kunnen doorverwijzen en hoe geestelijke verzorging een aanvulling kan zijn op de bestaande zorg in de huisartsenpraktijk.

Naast onbekendheid speelt de beeldvorming van huisartsen en POH's-GGZ over geestelijk verzorgers mogelijk een rol. Molenaar's onderzoek (2016) toont dat huisartsen en POH's-GGZ hen vaak niet zozeer zien als zorgverleners, maar eerder als religieuze beroepskrachten, vergelijkbaar met de predikant of pastor. Ook kwam uit onze interviews met pioniers regelmatig naar voren dat de beeldvorming van professionals in de huisartsenzorg niet in lijn is met wat geestelijk verzorgers tegenwoordig kunnen doen en betekenen.

Een praktische belemmering in de samenwerking, die met name in onze interviews met pioniers naar voren kwam, is het ontbreken van (structurele) financiering voor geestelijke verzorging voor alle patiëntengroepen. Niet alle patiënten kunnen op dit moment gebruik maken van de landelijke subsidieregeling voor eerstelijns geestelijke verzorging⁶.

Belemmerende factoren in de cultuur van de huisartsenpraktijk

Uitzoemend blijkt uit Deens onderzoek (Assing Hvidt et al., 2017b) dat ook bredere culturele fenomenen belemmeringen met zich meebrengen voor het bieden van zingevingzorg, samenhangend met (1) de dominante biomedische cultuur en (2) de dominante seculiere cultuur.

(1) De dominante *biomedische cultuur* brengt met zich mee:

- De neiging tot biomedische oplossingen bij huisartsen (die misschien niet aansluiten bij de behoeftes die patiënten hebben rond zingevingsvragen)
- Het bio-psycho-sociale model (waarin zingeving niet expliciet aan bod komt), en geloof dat er binnen het consult prioriteit moet worden gegeven aan psychische en lichamelijke klachten
- Een probleem-georiënteerd, ziekte- en oplossingsgerichte gesprek waardoor er weinig ruimte is voor zaken die niet direct oplosbaar zijn maar wel aandacht behoeven;
- Efficiënt willen/moeten werken en daardoor geen onderwerpen willen aanboren die vervolgens misschien niet voldoende aan bod kunnen komen;
- Het moeilijk vinden om professioneel (genoeg) te blijven bij het bespreken van dit soort onderwerpen;

⁶ De subsidieregeling voorziet in financiering van zo'n 5 gesprekken met een geestelijk verzorger voor mensen ouder dan 50 jaar en voor volwassenen en kinderen in de palliatieve fase en hun naasten. Mensen jonger dan 50 jaar die niet (naaste van iemand) in de palliatieve fase zijn vallen dus buiten deze regeling.

- Dossiers met veel informatie over ziektes en weinig over life-events, levensloop of genogram (al zit dit mogelijk wel in het hoofd van artsen en praktijkondersteuners, zoals blijkt uit van der Male, 2014);
- De neiging tot doorbehandelen om het leven te verlengen ten koste van kwaliteit van leven

“Het patiënten systeem is ingeregeld op problemen/vermoeden van diagnose, terwijl levensvragen of leeftijdsfaseproblematiek vaak ten grondslag ligt aan de klachten.” (POH-GGZ in de enquête)

Deze dominante cultuur lijkt ook de werkwijze van POH's te beïnvloeden, gezien de observatie van een geïnterviewde zorgverlener dat POH's-GGZ vaak oplossingsgericht te werk gaan en qua luisterhouding geïnspireerd zouden kunnen raken door geestelijk verzorgers.

(2) De dominante *seculiere ('faith frightened') cultuur* kan als gevolgen hebben:

- Er is geen taal meer voor zingeving (bij zowel de patiënt als de huisarts);
- Mogelijk worden zingevingsvragen gemedicaliseerd, omdat huisartsen deze vragen niet als zodanig herkennen en/of omdat patiënten deze vragen 'verpakken' als een lichamelijk of psychisch medisch probleem;
- Gebrek aan kennis rondom zingeving bij huisartsen en praktijkondersteuners;
- Huisarts en/of POH beschouwen religie of zingeving als een privézaak;
- Huisarts en/of POH zijn zelf niet religieus of bezig met zingeving en zijn daarom niet geneigd deze thema's met patiënten te bespreken

De historische scheiding tussen religie en wetenschap vormt een belemmering voor het bespreken van zingeving in de medische praktijk. Geneeskunde is een morele praktijk en het wereldbeeld van artsen is onvermijdelijk van invloed op hun ethiek en hun klinische praktijk (ook bij niet-religieuze artsen) (Best et al. (2016).

4.3 Bevorderende factoren

Bevorderende factoren bij de professional

Rolopvatting van de professional

Allereerst is van belang hoe de professional zijn of haar rol in de zorg voor zingeving ziet. Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt dat huisartsen sneller bereid zijn dan andere artsen om existentiële vragen te bespreken (Saguil et al., 2011). De bereidheid onder huisartsen (en praktijkondersteuners) om zingeving zelf met patiënten te bespreken is groter wanneer:

- De hulpvraag van de patiënt rondom zingeving duidelijk is (Anandarajah et al., 2021);
- Zij goede wetenschappelijke onderbouwing te zien krijgen (Saguil et al., 2011);
- Zij een duidelijk beeld hebben van spiritualiteit en zingeving (Appleby et al., 2018b). Ook Whitehead et al. (2022) vonden dat een eenduidige definitie van spirituele zorg huisartsen helpt om o.a. de richtlijnen rondom palliatieve zorg te kunnen opvolgen, waarin wordt aanbevolen om behoeftes aan zingeving met patiënten te bespreken;

- Ze een holistische benadering hebben van zorg (Van 't Hof, 2023⁷);
- Zingeving een belangrijk thema is in hun eigen leven (van 't Hof, 2023; Appleby et al., 2018a, Mächler et al., 2022). Zo vinden Amerikaanse artsen met een religieuze achtergrond zingeving vaker een belangrijk onderdeel van medische zorg dan artsen zonder religieuze achtergrond (Smyre et al., 2018).

Uit de interviews met pioniers en de enquêtes blijkt dat dit laatste (zingeving als belangrijk thema in het eigen leven) bevordert wordt door life events, zoals het verlies van een naaste, een werkcrisis of twijfels rondom de eigen religie of levensbeschouwing. Ook de opvoeding die van huis uit is meegegeven, eerdere werkervaring in bijvoorbeeld de palliatieve zorg en geobserveerde worstelingen van patiënten met hun eigen religie of levensbeschouwing droegen bij aan meer aandacht voor zingeving bij de geïnterviewden. Ook Anandarajah et al. (2021) stelden vast dat levenservaringen impact hebben op het leveren van spirituele zorg. In Amerikaans onderzoek bleek dat ook het eigen spiritueel welzijn, de religieuze voorkeur en de etnische achtergrond van huisartsen significante voorspellers zijn voor hun bereidheid om over spiritualiteit te praten (Saguil et al., 2011).

Basishouding en vertrouwensrelatie

Inhoudelijk komt het er bij zingevingszorg vooral op aan dat de patiënt zich gehoord en serieus genomen voelt, en ruimte ervaart voor wat niet opgelost kan worden en voor wat 'onzegbaar' of moeilijk te verwoorden is (Vermandere et al., 2012). Voorwaarden hiervoor zijn:

- Een basishouding van presentie (aanwezig zijn);
- Ruimte;
- Oprechte interesse;
- Veiligheid

Volgens Cornette (2001) is een grondhouding van 'verzoening met het onvolmaakte' essentieel, naast 'verlangzaming' (vergelijk de term 'trage vragen') en 'het kunnen bewaren van een "intieme afstand"'. Vanuit die grondhoudingen kan de professional de patiënt helpen de spirituele pijn "recht in de ogen te kijken en samen proberen uit te houden" (Cornette, 2001). Het is helpend als de professional uitsprekt dat hij/zij bereid is om het gesprek over zingevingsthema's aan te gaan (Vermandere et al., 2011). Olsman et al. (2016) beschrijven hoe het bij de omgang met het existentiële thema 'hoop' van belang is dat de huisarts ook de eigen hoop en lijden onder de loep neemt: "De ethiek van hoop is dan geen afstandelijke exercitie maar ingebed in een toegewijde zorgrelatie." Relationeel wordt gesproken over een vertrouwensrelatie, een compassievolle, vriendelijke en persoonlijke relatie (Carron et al., 2011) een goede klik tussen patiënt en professional.

Vaardigheden

Benodigde vaardigheden zijn onder meer goed luisteren, open vragen stellen (die eerder een appèl doen op intuïtieve dan cognitieve vermogens, Van Swaaij et al., 2013), doorvragen,

⁷ Dit betreft een masterscriptie met 15 semigestructureerde diepte-interviews met huisartsen en praktijkondersteuners.

opmerkzaamheid voor lichaamstaal (ook benoemen wat je ziet), ruimte maken voor emoties en deze kunnen spiegelen, niet willen oplossen/adviseren maar reflecteren en met vertrouwen zoeken naar de veerkracht van de ander (o.a. IKNL, 2018). Een andere belangrijke vaardigheid is zelfzorg. In onze interviews met zorgverleners wordt veelvuldig benadrukt dat je als hulpverlener moet zorgen dat je zelf overeind blijft, aandacht hebt voor eigen krachtbronnen en liefst een mogelijkheid tot reflectie hebt over ingewikkelde, c.q. emotionerende, onder je eigen huid kruipende casuïstiek. Ook Anandarajah et al. (2021) signaleren het belang van zelfzorg en reflectie voor het geven van zingevende zorg.

Ervaring

Er zijn aanwijzingen uit Amerikaans longitudinaal kwalitatief onderzoek (Anandarajah et al., 2021) dat het gesprek over zingeving met de tijd comfortabeler wordt door training, werk- en levenservaring. In de loop van de tijd beginnen artsen er vaker zelf over en verbreden ze hun aandacht voor zingeving van palliatieve zorg naar andere patiëntengroepen, zoals mensen met psychische problemen of chronisch zieken. Ook uit onze enquête komt het belang van ervaring naar voren: POH's benoemen hun ervaring nog vóór het belang van scholing, zowel levenservaring (bijvoorbeeld eigen verlieservaringen, religieuze opvoeding, in het buitenland wonen, gevolgde therapieën) als werkervaring (bijvoorbeeld contact met mensen met burn-out, met ouderen en mensen in de GGZ en de verslavingszorg). Een enkele huisarts benoemt de eigen levenservaring en het bespreken van praktijkervaringen in intervisie en informeel met collega's.

Kennis

Verder helpt het om kennis te hebben van zingevingsthema's, -processen en -taal. Deze kennis helpt de professional om het zingevingsproces van de patiënt te volgen en te beoordelen wanneer dit proces vastloopt en verwijzing aan de orde is. Er is volgens de richtlijn Zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase een zekere mate van scholing nodig om dit goed te kunnen doen (IKNL 2018). Daarnaast is het bevorderlijk kennis te hebben van situaties waarin zingevingsvragen kunnen spelen, van de meerdere lagen van betekenis/zingeving en van diverse levensbeschouwelijke achtergronden (Rombola et al., 2019). Voor verwijzing is kennis van bijvoorbeeld het Centrum voor Levensvragen van belang.

Tools

Ook kennis van en ervaring met het gebruik van tools voor de verkenning van en begeleiding bij zingeving kan helpend zijn (zie Hoofdstuk 3: Praktijkperspectief en bijlage 6)

Bewustzijn

Uit de interviews met hulpverleners blijkt dat ook bewustzijn van de eigen zingeving van belang is. Belangrijke voorwaarden voor het gesprek met de patiënt zijn zelf nadenken over de eigen zingeving, en opgedane levenswijsheid delen. In onze enquête gaf 63% van de POH's en 88% van de huisartsen aan dat hun eigen zingeving van invloed is op hoe ze omgaan met zingevingsbehoeften of zingevingsvragen van patiënten. Daarbij doet de Kwaliteitsstandaard Zingeving in de psychische hulpverlening (Akwa GGZ, 2023b) de aanbeveling de levensbeschouwing van de patiënt te respecteren en niet de eigen levensbeschouwing te propageren.

Bevorderende factoren in de huisartspraktijk

De samenwerking binnen de huisartsenpraktijk komt zijdelings aan bod tijdens de interviews met pioniers en andere zorgverleners. Verschillende geïnterviewden benadrukken hoe belangrijk het is om het thema als team op te pakken, het samen te doen. Ruimte, erkenning en waardering van collega's om naast het puur medische ook aandacht te besteden aan zingevingsproblematiek en als team een holistische visie op zorg delen wordt aangegeven als een belangrijke voorwaarde om aandacht te kunnen geven aan de zingevingsdimensie in de zorg. Ook werd opgemerkt dat (het door de jaren heen behouden van) aandacht voor existentiële vragen een vorm van onderhoud, c.q. ondersteuning vergt.

In de Kwaliteitsstandaard Zingeving in de psychische hulpverlening (Akwa GGZ, 2023b) wordt geadviseerd zingeving expliciet te benoemen in beleids- of meerjarenplannen, en eventueel een aandachtsfunctionaris zingeving aan te stellen. In het kader van zelfzorg zijn het delen van ervaringen over de zingevingsvragen van patiënten met collega's en intervisie belangrijk (IKNL, 2018; Bolhuis, 2014). Een geestelijk verzorger kan meedenken over het inrichten van leefomgevingen en organisatieprocessen die ruimte voor zingeving in de huisartsenpraktijk faciliteren (Van Dun & Warmenhoven, 2023).

Bevorderende factoren in verwijzing en multidisciplinaire samenwerking

Volgens de Richtlijn Zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase (IKNL, 2018) is verwijzing aan de orde wanneer de zorgverlener van mening is dat zij zelf niet de zorg voor zingeving kan bieden waar de patiënt recht op heeft. Het *bewustzijn van de eigen grenzen* is dus een belangrijke voorwaarde voor verwijzing. Ook kan de patiënt voorkeur hebben voor een andere zorgverlener. Zo zien Best et al. (2015) dat de meeste patiënten "geen preek of spiritueel advies van hun arts willen" en bij problemen rond zingeving liever verwezen worden naar een geestelijke.

Bij verwijzing rond zingevingsvragen komt met name de eerstelijns geestelijk verzorger in beeld. Wanneer de zorg voor zingeving verweven is met (ernstige) psychische of psychosociale problematiek dient ook een psycholoog, maatschappelijk werker of psychiater betrokken te worden bij de begeleiding (IKNL 2018). *Beslisbomen*⁸ bieden professionals ondersteuning bij keuzes rondom doorverwijzing.

De Richtlijn Zingeving en Spiritualiteit in de palliatieve fase pleit voor multidisciplinaire samenwerking in zowel de inschatting van de zorgvraag, als in de begeleiding, bijvoorbeeld bij een zingevingscrisis (IKNL, 2018). In de eerste lijn liggen diverse mogelijkheden voor samenwerking tussen geestelijk verzorgers en huisartspraktijken gericht op het bieden van passende zorg aan patiënten – denk aan doorverwijzing, overleg, consultatie, een patiënt samen of parallel aan elkaar zien – en gericht op de professionele ontwikkeling en ondersteuning van zorgverleners – denk aan scholing, casusbesprekingen (Molenaar, 2016) en ruimte voor reflectie en moreel beraad bij ethische vragen en dilemma's, zoals rond euthanasie (Koppejan et al., 2023). Van Dun & Warmenhoven (2023) benoemen dit ook en zien daarnaast meerwaarde van de geestelijk verzorger in de zorg voor kwetsbare ouderen. Een groep waarbij de door ons geïnterviewde huisartsen en POH's ook veelvuldig zingevingsvragen signaleren.

⁸ Bijvoorbeeld op www.geestelijkeverzorging.nl

Voor bewustwording van de meerwaarde van de geestelijk verzorger helpt het wanneer de geestelijk verzorger deel uitmaakt van het multidisciplinair overleg voor palliatieve zorg thuis (bekostigd vanuit de VWS-subsidieregeling). In interviews met pioniers werd opgemerkt dat dit een prettige manier is om te leren wat een geestelijk verzorger doet en kan, en dat het een goede manier is om een samenwerkingsrelatie op te bouwen. Ook de Kwaliteitsstandaard Zingeving in de psychische hulpverlening (Akwa GGZ, 2023) adviseert dat geestelijk verzorgers deel uitmaken van overlegstructuren (bijvoorbeeld multidisciplinaire overleggen). Daarnaast is het volgens de kwaliteitsstandaard belangrijk dat organisaties (in de eerste lijn) goede afspraken hebben met geestelijk verzorgers over de uitwisseling van informatie of dat geestelijk verzorgers rechtstreeks kunnen registreren in het patiëntendossier.

Wanneer medewerkers van de huisartsenpraktijk en geestelijk verzorgers met elkaar kennismaken en zicht krijgen op elkaars expertise, blijkt men bereid tot samenwerking en worden onjuiste beelden over elkaar bijgesteld (Molenaar, 2016). Een goede eerste stap voor samenwerking is contact leggen met het regionale Centrum voor Levensvragen⁹ en kennismaken met één of meer geestelijk verzorgers (Somsen et al., 2023).

De Centra voor Levensvragen wordt geadviseerd om actiever een plek te verwerven binnen het netwerk van de huisartsenpraktijk en aandacht te besteden aan informatie over het werk van geestelijk verzorgers, de bereikbaarheid en toegankelijkheid (Van Dun & Warmenhoven, 2023). Zij adviseren het veld van de geestelijke verzorging verder te professionaliseren, met aandacht voor onder meer kwaliteit van zorg (o.a. rondom grenzen bewaken en meetbare gezondheidszorg), bedrijfsvoering, financiering, en privacy (o.a. rondom terugkoppeling aan verwijzer). Binnen dit alles moet ook ruimte zijn voor visie en reflectie (Stael, 2023).

4.4 Zingeving bij professionals

Separaat van bovengenoemde belemmerende en bevorderende factoren besteden we hier graag nog aandacht aan aard en effect van zingeving bij professionals.

Uit interviews met hulpverleners blijkt, als we de zingeving behoeften volgens Derkx (Derkx, 2015) coderen, dat de meest voorkomende behoeften zijn zoeken naar doel, eigenwaarde, competentie en verbondenheid. Als bronnen van zingeving worden eigenlijk alle door Frick en Büssing (Büssing & Frick, 2010, Frick et al 2019) aangegeven items (religieus, anderen/sociale omgeving/naasten, de natuur en generativiteit) genoemd.

“Het is heel fijn om dingen te kunnen delen met anderen. Een intervisiegroep, supervisie groepen. Dat je echt ook wel met elkaar casussen kunt bespreken. Dat is wel belangrijk.”
(POH-GGZ, interviews)

⁹ www.geestelijkeverzorging.nl

Eigenlijk geven vrijwel alle ondervraagde professionals aan dat hun werk een grote bron van zingeving is in hun leven.

“Het krijgen van positieve feedback, omdat iemand zijn of haar verhaal heeft kunnen doen, kan op zich voldoende stimulerend zijn voor de hulpverlener.”

Ten aanzien van persoonlijke zingeving geven huisartsen en praktijkondersteuners aan dat die van belang is om ruimte in hun leven te houden en er te kunnen zijn in de thuissituatie, maar ook voor collega's en patiënten. Werk in de zorg strookt in het algemeen met belangrijke waarden in hun leven en biedt de mogelijkheid om wat ze zelf ervaren/geleerd hebben en aan levenservaring van patiënten meekrijgen door te geven aan anderen.

Het appèl van de zorgvrager en de mogelijkheid om daarop te antwoorden wordt aangegeven als een belangrijke kernwaarde (zie ook Anandarajah et al, 2021).

Werkdruk en de vele veranderingen in het vak en de zorg kan ruimte voor zingeving echter onder druk zetten. Bolhuis (2014) constateert dat aandacht voor de zingeving van de huisarts zelf dan juist kan bijdragen aan diens werkplezier en het volhouden van het werk, bijvoorbeeld door in coaching of supervisie aandacht te besteden aan verwachtingen en gevoelens van tekort schieten.

Hoewel artsenwerk volgens door Aristoteles geformuleerde principes kans kan bieden op (werk)geluk (De Bree, 2019 NtvG) is dat geluk daarmee geen vanzelfsprekendheid en niet volledig zelf-afdwingbaar. De bedreigingen voor werkgeluk zijn vaak cultureel en maatschappelijk van aard en daarmee lastig op individueel niveau te pareren.

Literatuuronderzoek (Karuna et al. 2022) van recente datum toont binnen Europa en ook binnen Nederland een hoog percentage burn-out binnen de gezondheidszorg met vooral een hoge prevalentie onder artsen. Binnen de artsen groep is het percentage onder huisartsen het hoogst. In Nederland ervoer in 2018 twee derde van de huisartsen een grote werklast en werkdruk en vond een kwart de situatie zorgelijk (Van den Brekel-Dijkstra et al 2020). Er worden met betrekking tot burn-out diverse uitlokkende en beschermende factoren omschreven (Thirioux et al, 2016. Duyndam et al, 2024) Professionele en persoonlijke factoren worden naast omgevingsfactoren en zorgrelatiefactoren als bepalend genoemd. Voor al deze factoren kan onderscheid gemaakt worden tussen bedreigende en beschermende factoren. In de zorgrelatie worden sympathie (spiegelneuronen, verlies van zelfregulatie) en emotionele uitputting gezien als bedreigend (predisponerende factor). Beschermend (preventieve factoren) zijn 'cognitieve empathie', emotionele regulatie, het kunnen maken van onderscheid tussen het zelf en de ander, werken vanuit het positieve gezondheid model, het kunnen leven naar eigen normen en waarden en tot slot zingeving (Duyndam et al, 2024). Het onderschrijft de ervaring dat een geestelijk verzorger binnen het eerstelijns team behalve bijdragend aan kwaliteit van patiëntenzorg en van waarde bij complexe casuïstiek (moreel beraad etc.), ook van waarde is om professionals in de eerste lijn te ondersteunen in het zich richten op de juiste vorm van empathie en daarmee het voorkomen van burn-out. Dat vermoeden, sterk bevestigd uit literatuuronderzoek, is daadwerkelijk weinig gericht onderzocht.

4.5 Ondersteuningsbehoeften van professionals

Uit de literatuur komen – naast scholing, zie daarvoor [Hoofdstuk 5](#) - vooral de volgende ondersteuningsbehoeftes van professionals naar voren.

Een eenduidige kijk op wat (zorg voor) zingeving inhoudt en welke rol de huisarts en POH daarin heeft

Zoals in 4.2 al werd beschreven leidt een heldere eenduidige visie tot meer bereidheid (en handvatten) om spirituele zorg voor hun patiënten vorm te geven (Whitehead et al., 2021; Appleby et al., 2018b). Het lijkt van belang zingeving te positioneren als niet (per se) religieus en als een belangrijk aspect van holistische patiëntenzorg (Van 't Hof, 2023; Hamilton et al., 2017; Carron et al., 2011). Ook de vraag hoe zingeving vorm krijgt in relatie tot het medisch-generalistische en het bio-psycho-sociale model vraagt verheldering. De kwaliteitsstandaard zingeving in de psychische hulpverlening (Akwa-GGZ, 2023) adviseert om naast de fysieke, psychologische en sociale factoren ook een vierde dimensie te verkennen: zingeving. Ook concepten als 'Herstelgericht werken' en 'Positieve gezondheid' maken expliciet ruimte voor de zingevingsdimensie.

De verhouding tot geestelijke verzorging kan ook deel uitmaken van die visie. Zo bepleiten verschillende auteurs (o.a. Hamilton et al., 2017; Somsen, 2020) ervoor de huisarts te zien als de generalist die zingevingsvragen signaleert en eventueel enige begeleiding biedt (of laat bieden door de POH-GGZ), en zo nodig de patiënt verwijst naar de geestelijk verzorger die de specialist is in levensvragen.

Levens- en werkervaring en ruimte voor reflectie daarop

Zoals hierboven al benoemd, benoemen zowel POH's-GGZ als huisartsen het belang van hun levens- en werkervaring. Ook reflectie hierop is van belang, zoals het bespreken van praktijkervaringen in intervisie en tussen de bedrijven door met collega's. Uit de interviews met pioniers komt het belang van reflectie naar voren om zicht te krijgen op eigen (kern)waarden, om bewuster met zingeving te kunnen omgaan en om te reflecteren op casussen en daardoor gevoel te krijgen bij wat wel en niet goed loopt. Uit de literatuur blijkt dat het belang van ruimte voor reflectie en voor zelfzorg stabiel blijft in de loop van de tijd (Anandarajah et al., 2021). Omdat het bieden van spirituele zorg positief samenhangt met persoonlijke spiritualiteit, zou reflectie daarop ook deel moeten uitmaken van de opleiding van huisartsen, aldus Mächler et al. (2022)

Wetenschappelijke evidentie voor de effectiviteit van spirituele zorg

Saguil et al. (2011) vinden dat huisartsen baat hebben bij goede wetenschappelijke onderbouwing van de effectiviteit van spirituele zorg. Hamilton et al. (2017) pleiten daarom allereerst voor het ontwikkelen van instrumenten die de effectiviteit van zorg voor zingeving goed kunnen onderzoeken.

Tools

In onze interviews geven huisartsen en POH-S aan meer tools te willen hebben voor herkenning en verwijzing. POH's GGZ geven aan meer theoretische, digitale en praktische ondersteuning te willen hebben voor het voeren van gesprekken over zingeving en de toeleiding tot het zoeken

van antwoorden. Zo kan gedacht worden aan tools binnen de digitale omgeving van bijvoorbeeld Therapieland, of uitleg op papier om aan mensen mee te geven.

“Simpele handvatten hè, dus als je dan een model hebt wat redelijk simpel uit te leggen is en dan te begrijpen voor mensen dat ze dat dan ook kunnen gaan gebruiken. Ja, dat vind ik, dan vind ik dan waardevol. Dan denk ik, ja je kunt natuurlijk een heleboel verschillende theorieën gaan gebruiken en uitleg. Maar ja, weet je dan ben je misschien twee of drie sessies bezig om dat alleen al uit te leggen, dan kunnen mensen er nog niks mee.” (POH-GGZ)

Praktische randvoorwaarden

Zoals hierboven beschreven worden gebrek aan tijd en hoge werkdruk door veel professionals gezien als belemmering voor zingevingszorg, hoewel hier door anderen weer kanttekeningen bij worden geplaatst. Behalve ‘meer tijd’ worden hier in de literatuur, interviews en enquête geen praktische oplossingen voor aangedragen.

Een andere praktische randvoorwaarde is van financiële aard. Verschillende pioniers pleiten voor het verruimen van de VWS-subsidieregeling voor geestelijke verzorging, zodat mensen in alle leeftijdsgroepen gebruik kunnen maken van een geestelijk verzorger.

“Wat een grote belemmering is, is dat de subsidieregeling geestelijke verzorging thuis niet voor alle leeftijden is. Er spelen enorme zingevingsvragen bij jongeren. Ik vind het bizar dat daar niets voor is. 50+ en palliatieve zorg en naasten, daarvoor wel. Pas als de dood in beeld komt is er aandacht voor zingeving. Dat is een heel fout beeld, wat mij betreft. Als je op jongere leeftijd hulp krijgt bij het terugvinden van je kompas en leert leven naar wat jij belangrijk vindt, dan kan dat een enorm positieve invloed hebben op de rest van je leven en op de wereld. Juist bij jonge mensen wil je af van de focus op klachten en de suggestie dat emoties een probleem zijn waarvoor je naar een psycholoog moet om die te fixen. Juist hen wil je leren om emoties en gepeker te zien als signalen dat je misschien een leven leidt dat wel sociaal-wenselijk kan zijn, maar niet past bij wie je in wezen bent. Juist hen wil je aanmoedigen zich echt te verbinden met de mensen om hen heen die hen kunnen steunen.” (POH-GGZ, pionier)

Collegiaal netwerk

In onze interviews geven hulpverleners aan behoefte te hebben aan een competent collegiaal netwerk om zorg samen te delen. Daarbij hebben zij behoefte aan meer zicht op wat de geestelijk verzorger en het Centrum voor Levensvragen kan bieden. Met name POH's-GGZ uiten ook het verlangen naar samenwerking met de geestelijk verzorger, c.q. het lokale Centrum voor Levensvragen. Ook afspraken voor gericht verwijzen naar de geestelijk verzorger zijn gewenst. Er zijn praktijkvoorbeelden waar geestelijk verzorgers direct beschikbaar zijn voor huisartsen en praktijkondersteuners om advies in te winnen.

Pioniers en deelnemers aan de discussiebijeenkomst benoemen vooral de behoefte om taal voor zingeving te vinden die aansluit op de huisartsenzorg en die normaliserend is. Een praktische en eenvoudige insteek zou huisartsen en POH's kunnen aanspreken.

Uit een pilot met “luisterconsulten” met geestelijk verzorgers in PaTz-groepen leren we wat er nodig is voor een duurzame en succesvolle integratie van zingevingszorg in de huisartspraktijk: een kartrekker die de implementatie begeleidt, een goede match tussen geestelijk verzorger en PaTz-groep, een goed voorbereide start, investering in kennismaking, goede afspraken over het praktisch inzetten en opstarten van de “luisterconsulten”, blijvende investering door scholing en maatwerk, blijvende aanwezigheid van en goede afspraken met de geestelijk verzorger, en herhaaldelijke terugkoppeling over en weer (Klop et al., 2019)

“Dat er echt een samenwerking is tussen een huisartsenpraktijk en een centrum voor levensvragen.” (POH-GGZ)

Hoofdstuk 5: Scholing

Samenvatting

In de beroepsopleidingen is weinig tot geen expliciete aandacht voor zingevingsvragen, maar er lijkt wel ruimte om daar binnen de gestelde kaders invulling aan te geven. Recent zijn eindkwalificaties voor competenties met betrekking tot zorg voor zingeving geformuleerd ten behoeve van onderwijs in de zorg en geneeskunde. Een hulp voor het besteden van expliciete aandacht aan zingeving in beroepsopleidingen, en het formuleren van onderwijsdoelen voor bij- en nascholing.

Na- en bijscholingen zijn er in een grote variatie, vooral informerend en binnen het kader van onderwijs in begeleidingsmethodes. Veelal worden deze aangeboden per beroepsgroep en niet voor teams die de aandacht voor zingeving in de praktijk uiteindelijk vorm moeten geven.

Scholing in begeleiding staat bij POH's-GGZ hoger op het wensenlijstje dan bij de huisartsen. Praktijkondersteuners zijn bereid om meer tijd vrij te maken voor scholing dan huisartsen. Dit is 'food for thought' voor ons uiteindelijke advies als we daarnaast de opmerking van een aantal pioniers serieus willen nemen. Zij benadrukken dat het eigenlijk (veel) tijd en/of intensieve nascholing kost om van alleen bewustwording ook tot echte (duurzame) gedragsverandering in het professionele handelen te komen.

5.1 Inleiding

Huisartsen, POH's en hun patiënten hebben belang bij aandacht voor zingeving. Het blijkt dat er in de opleidingen weinig aandacht is voor zingeving. We formuleren in dit hoofdstuk onderbouwingen voor een scholingsadvies. Daarvoor hebben we een inventarisatie gedaan van het onderwijsaanbod van de beroepsopleidingen en aangeboden nascholingen. In de literatuur is er gezocht naar het effect van scholing in aandacht voor zingeving en welke 'competenties' nodig zijn om zingevingsvragen te signaleren, ernaar te luisteren en waar nodig te begeleiden of gericht en gemotiveerd te verwijzen. Tenslotte hebben we nagevraagd welke wensen er bij professionals leven ten aanzien van scholing.

Centrale opleidingen en functie- en competentieprofielen

Tijdens de interviews geven zowel huisartsen als praktijkondersteuners aan dat expliciete aandacht voor zingeving tijdens hun opleiding laag is. Het onderwerp komt wel aan bod via reflectiemomenten, tijdens intervisie-bijeenkomsten, en in verdergaande specialisaties, zoals bijvoorbeeld de huisartsen kaderopleiding 'Palliatieve zorg'.

De geïnterviewde pioniers betreuren het dat het thema zingeving geen vast onderdeel uitmaakt van visiedocumenten, het functie- en competentieprofiel POH-GGZ of de landelijke huisartsenopleiding. De dominantie van het medische model en de focus op (te) oplossingsgericht werken in de centrale opleidingen, vormen een barrière voor aandacht voor zingeving in de praktijk. De kernwaarden van de huisartsenzorg die de basis vormen voor de opleidingen bieden volgens hen wel aanknopingspunten voor aandacht voor zingeving, met name de waardes 'persoonsgerichte zorg' en 'continuïteit'.

Ook in het internationale wetenschappelijk onderzoek naar spirituele zorg door huisartsen wordt een gebrek aan opleiding (en aandacht voor persoonlijke spiritualiteit en reflectie daarin) genoemd als mogelijke barrière voor het verlenen daarvan (zie bijvoorbeeld: Mächler et al., 2022; Vermandere et al., 2011).

5.2 Onderwijs van zorgverleners

Huisartsen

Zingeving en spiritualiteit maken nauwelijks expliciet onderdeel uit van de huidige centrale universitaire opleiding tot huisarts. Huisartsopleiding Nederland heeft het Landelijk Opleidingsplan (LOP), dat als basis dient voor de opleiding tot huisarts aan de in totaal acht opleidingsinstituten in Nederland, in 2023 voor het laatst gereviseerd (Huisartsopleiding Nederland, 2023). Met het nieuwe opleidingsplan wil men anticiperen op actuele uitdagingen en thema's voor huisartsen, zoals duurzaamheid, leefstijl, diversiteit en – (digitale) innovaties. Het Landelijk Opleidingsplan meldt niets expliciet over zingeving, spiritualiteit, levensbeschouwing of (samenwerking met) geestelijke verzorging, of over onderwerpen als acceptatie of rouw. Persoonsgerichte zorg wordt wel genoemd, als één van de kernwaarden huisartsenzorg, net als “een bredere kijk op gezondheid”, waarin niet ziekte, maar eigen regie en aanpassingsvermogen centraal staan.

Het inleidende hoofdstuk eindigt met de volgende zin: "Samenwerking met en delegeren van zorgtaken aan andere, wellicht ook nieuwe, partijen in het zorgveld zal meer dan nu de norm worden." (Huisartsopleiding Nederland, 2023, 10). Wellicht kan dit opgevat worden als een aanknopingspunt voor (verkenning van) samenwerking met de geestelijke verzorgers in de eerste lijn.

Het LOP heeft een bredere visie op competentiegericht opleiden. Zij willen gemotiveerde, vakkundige, verantwoordelijke en adaptieve, en daarmee toekomstbestendige, huisartsen opleiden. Dit geeft onzes inziens ruimte om aandacht te besteden aan belangrijke en niet makkelijk “meetbare” onderwerpen als reflectie op zingeving, normen en waarden. Zeker binnen het kader van de door het LOP, 2023, genoemde tien inhoudelijke thema's waaronder diverse gerelateerd aan zingeving: ouderen, ggz, ALK, palliatieve zorg, preventie.

POH's-GGZ

Ook in de éénjarige post-HBO opleiding tot POH-GGZ is beperkte (expliciete) aandacht voor zingeving en spiritualiteit. Deze opleiding wordt door diverse (HBO-)opleidingsinstituten verspreid over heel Nederland aangeboden. Zij geven hun curriculum zelfstandig vorm, in onderlinge afstemming via een landelijk overleg, en op basis van het functie- en competentieprofiel POH-GGZ. Voor zover bekend heeft slechts één van de ongeveer 20 opleidingsinstituten als vast onderdeel van de POH-GGZ opleiding een module “Zingeving, Spiritualiteit, Rouw en verlies”, namelijk de Christelijke Hogeschool Ede (CHE).

Momenteel wordt in het kader van een door ZonMW gesubsidieerd project gericht op implementatie van zingeving in de huisartsenzorg onderzoek gedaan naar zingeving in de diverse

opleidingen tot POH-GGZ in Nederland. Er blijkt veelal wel aandacht voor zingeving als lijn in het curriculum of als onderdeel van een module.

Zingeving wordt in het in 2022 ge-update functie- & competentieprofiel 'praktijkondersteuner huisarts GGZ' (Landelijke Vereniging POH-GGZ, 2022) vrijwel niet benoemd. Het functieprofiel bevat niets over levensbeschouwing, (samenwerking met) geestelijk verzorgers, acceptatie of ACT. De kernwaarden sluiten wel aan bij aandacht voor zingeving. Onder de kernwaarden wordt als eerste uitgebreid het patiënten-perspectief beschreven: "Gezondheid gaat over veerkracht en vitaliteit en niet slechts de afwezigheid van ziekten of gebreken" en "Om passende zorg te kunnen leveren, is het noodzakelijk om aansluiting te zoeken bij de beleving van het individu en diens verhaal en context als vertrekpunt te nemen." (Landelijke Vereniging POH-GGZ, 2022, 6). Ook wordt verwezen naar de kernwaarden van de huisartsenzorg, waaronder persoonsgerichte zorg.

Het Handboek POH-GGZ (Mok et al., 2023), dat wordt gebruikt als basisboek in sommige van de POH-GGZ opleidingen, bevat in de herziene versie van 2023 een nieuwe paragraaf over zingeving (HS 7.20, p. 326-333). Ook (maar minder expliciet) komt zingeving aan bod in andere hoofdstukken, zoals die over omgaan met verlies en rouw, ACT, Positieve Gezondheid, aanpassingsproblematiek, etc.

Een van de aanwezigen tijdens de discussiebijeenkomst is terughoudend over het (na)scholen van POH's-GGZ op het gebied van zingeving. Een aparte scholing over zingeving is volgens deze deelnemer niet nodig, of heeft in ieder geval geen prioriteit; veel belangrijker is dat de POH-GGZ basale, relevante, geaccrediteerde (na)scholing volgt, of heeft gevolgd, en werkt volgens het Functie- & competentieprofiel en referentiekader methodisch denken en handelen van de POH-GGZ. Dan kan de juiste zorg worden verleend, inclusief zingevingszorg. Zingevingsvragen kunnen met al bestaande methoden en interventies worden begeleid, bijvoorbeeld vanuit de thema's rouw, ACT, of palliatieve zorg. De deelnemer pleit voor waakzaamheid dat de kwetsbare functie POH-GGZ, die pas recent is verankerd in de kaders van GGZ, niet verwatert tot (spirituele) containerzorg.

Een POH-GGZ merkt in de enquête op dat ze haar competenties rond zingeving vooral in andere opleidingen heeft opgedaan:

"Zingevingsvragen/-behoefte vormen regelmatig de kern van de problemen die iemand ervaart, daarmee is het in mijn beleving een onderdeel van mijn taak als POH-GGZ. Mijn opleidingen tot systemisch werker, biografisch coach en antroposofische psychotherapeut heeft mij daarvoor aangereikt, die niet tot nauwelijks in mijn reguliere opleidingen aan bod kwamen." (POH in enquête)

Eén van de geïnterviewde pioniers vindt het juist belangrijk zorg voor zingeving te benoemen in de landelijke visies op huisartsenzorg en zorg van de POH en er ook in opleidingen expliciet aandacht aan te besteden.

"Dat er geen landelijke visie is op de rol van huisartsen en POH's-GGZ in het signaleren, bespreekbaar maken, begeleiden en verwijzen bij zingevingsvragen vind ik problematisch. Uit onderzoek blijkt dat veel patiënten dit wél belangrijk vinden. Ook al vermoed ik dat huisartsen

en POH's 'vanzelf' al wel enige zorg bieden op dit vlak, vind ik het belangrijk dat dit meer bewust gaat gebeuren. Als je iets wel (een beetje) doet, maar je er niet bewust van bent, dan kun je er ook niet op reflecteren of je het juiste doet, wat het effect is voor de patiënt, waar je dingen mist en hoe je jezelf op dat gebied kunt verbeteren. [...] Er ontstaan her en der losse scholingen, maar het is goed om daar een landelijke visie op te hebben. Pas dan kun je gaan implementeren in werkwijzen, standaarden en opleidingen." (POH in enquête)

POH's Somatiek

De opleiding voor de praktijkondersteuner Somatiek wordt aangeboden via diverse hogescholen. Het competentieprofiel POH (Stichting Sociaal Fonds Huisartsenzorg, Rapport POH Transitie, 2017) dient als basis voor de functie en is in 2017 voor het laatst aangepast. Hierin is iets meer (expliciet) aandacht voor zingeving dan bij de huisartsen en POH's-GGZ. Direct in de inleiding van het profiel wordt ingegaan op de integrale benadering die de POH geacht wordt te hanteren in haar werk (p.5): "In haar benadering gaat ook aandacht uit naar aspecten van zingeving en psychische en sociale factoren die van invloed zijn op hoe de patiënt ziekte en gezondheid ervaart." Over levensbeschouwing staat op p.14: "Zij richt zich daarbij op gezamenlijke besluitvorming met de patiënt en diens naasten en houdt hierbij rekening met de diversiteit in levensomstandigheden en persoonlijke eigenschappen, cultuur en levensbeschouwing." De POH wordt als samenwerkingspartner voor andere professionals beschreven (hier wordt de geestelijk verzorger niet expliciet bij benoemd). Er is een paragraaf over de POH als reflectieve professional (Stichting Sociaal Fonds Huisartsenzorg, 2017, 18).

5.3 Nascholing en wensen

Na- en bijscholingen voor huisartsen en praktijkondersteuners

Zingevingzorg is geen (vast) onderdeel van de landelijke opleidingen van huisartsen en praktijkondersteuners, maar er worden vanuit diverse organisaties bij- en nascholingen georganiseerd over dit thema.

De LHV¹⁰ organiseert nascholingen voor huisartsen met daarin aandacht voor zingeving bijvoorbeeld over palliatieve zorg, medisch leiderschap, persoonlijke ontwikkeling, of een bezinningstweedaagse. Er worden Webinars georganiseerd over zingeving voor huisartsen en POH's-GGZ binnen actuele ZonMw projecten (uit de Kenniswerkplaats Zingeving). Het Institute for Positive Health biedt, in samenwerking met gecertificeerde trainers, voor zowel huisartsen als praktijkondersteuners cursussen aan over Positieve Gezondheid, waarbij zingeving een belangrijk onderdeel is.

Regionaal worden er scholingen georganiseerd over zingeving voor de huisartsenpraktijk. Dit zijn beknopte trainingen van enkele uren tot maximaal enkele dagdelen of dagen, die in samenwerking met geestelijk verzorgers worden aangeboden. Uit één van de ZonMw onderzoeken uit de Kenniswerkplaats Zingeving, het project SamenZin, is een format beschikbaar voor een tweedaagse cursus voor POH's-GGZ (Ijssel et al., 2022). Bij de nascholing over

¹⁰ Landelijke Huisartsen Vereniging

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) en Proactieve zorgplanning (advance care planning, ACP) komen zingeving verwante onderwerpen aan bod. Deze nascholing heeft een breed bereik onder POH's-GGZ¹¹.

Het Palliatief Landelijk Onderzoek Eerstelijns Geestelijke verzorging (PLOEG) -project rond zingeving in de thuissituatie heeft een docentenhandleiding 'Signaleren van en verwijzen bij zingeving in het verpleegkundig proces' opgeleverd¹². Dit betreft een onderwijsmodule in het kader van het PLOEG 3-onderzoek: "Integratie GV eerste lijn vanuit drie multidisciplinaire praktijken". Vanaf het najaar van 2022 worden er trainingen aangeboden op basis van de in de project ontwikkelde instrumenten.

In de bijlage 8 treft u voorbeelden aan van scholingen die wij gevonden hebben. We zijn ons ervan bewust dat dit geen uitputtende opsomming is.

Recent geformuleerde eindkwalificaties zingeving in onderwijs

In opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zijn voor de opleidingen in sociaal domein, zorg en geneeskunde opleidingskaders ontwikkeld voor de zingevingscompetentie op MBO-, HBO- en WO-niveau. In samenwerking met experts uit het onderwijs van alle betrokken opleidingen zijn competenties verwoord per domein, en waar nodig per niveau.

De eindkwalificaties geven aandacht aan (Damsma, 2024)¹³:

- Een intra persoonlijk startpunt: (Blijvend) reflecteren op de eigen zingeving;
- Een interpersoonlijke component/contact en communicatie: onderzoekende houding naar zingeving van de ander, herkennen van levensvragen;
- Verantwoordelijkheid (met opleidingsniveau toenemend) voor passende zorg voor of begeleiding van zingeving;

Voor de huisartsenpraktijk wordt van alle medewerkers vanaf niveau 6 in de opleiding verwacht dat ze in staat zijn om te reflecteren op de eigen zingeving, en van daaruit een onderzoekende houding te ontwikkelen naar de zingeving van de ander. De medewerker is in staat om levensvragen te signaleren, te bespreken met de cliënt, passende zorg voor zingeving te indiceren en te initiëren in samenwerking met andere professionals.

Onderzoek naar de effecten van scholing

Een van de aanwezigen bij de discussiebijeenkomst heeft promotieonderzoek gedaan naar de vraag hoe je artsen en verpleegkundigen schoolt in zingeving. Volgens deze deelnemer kost het hun niet meer tijd, want zij hebben als vanzelf al aandacht voor zingeving en het zit ingebakken in de vertrouwensrelatie, maar een scholing helpt professionals zingevingsvragen beter en vaker te

¹¹ De website van de Landelijke Vereniging POH-GGZ biedt een actuele nascholingsagenda, zie: <https://www.pe-online.org/peapp/public/agenda/463>

¹² <https://palliaweb.nl/onderwijsmaterialen/signalering-zingeving-in-het-verpleegkundig-proces>

¹³ <https://www.viaa.nl/lectoraat-zorg-en-zingeving/projecten/eindkwalificaties-zingeving-in-onderwijs/>

herkennen. Een scholing zingeving heeft als bijeffect dat het ook kan bijdragen aan een positieve cultuurverandering op de werkplek zoals meer werkplezier en betere kwaliteit van zorg. Een promotieonderzoek naar een training in palliatieve zorg voor huisartsen (Huisarts & Wetenschap, 2017: Thoonsen, B. (2016)) beschrijft het effect van training. Van de in totaal 140 deelnemende huisartsen kreeg de interventiegroep een training in palliatieve zorg, en werd deze vergeleken met een controlegroep. Er werd geen verschil tussen de groepen gevonden in het vroegtijdig identificeren van patiënten die in aanmerking kwamen voor palliatieve zorg. De getrainde huisartsen hadden wel meer “dimensies van palliatieve zorg” geïdentificeerd bij patiënten. Die dimensies gingen specifiek over psychische en spirituele aspecten van gezondheid, dus zingevingsvraagstukken. De huisartsen die weinig patiënten voor palliatieve zorg identificeerden gaven aan moeite te hebben om het gesprek hierover te starten met patiënten. De effecten van scholing (Huisarts & Wetenschap, 2017: Thoonsen, B. (2016))

- Betere herkenning zingevingsvragen en herkennen van meer dimensies
- Geen toename van duur consult
- Bijdrage aan een positieve cultuurverandering op de werkplek (meer werkplezier en betere kwaliteit van zorg)

Wensen voor scholing van professionals

Bij de interviews en enquêtes kwam op de vraag naar welke ondersteuning professionals zouden willen hebben bij het aandacht geven aan en begeleiding bieden bij zingevingsvragen van patiënten een grote variatie aan wensen naar voren. De volgende onderwerpen werden genoemd:

- **Verduidelijking over de rol van centra voor Levensvragen:**
 - **Aanbod:** verduidelijking van de Centra voor Levensvragen.
 - **Samenwerking:** tussen huisartsenpraktijken en centra voorlevensvragen; Hoe doe je dat?
- Welke **Visie** faciliteert samenwerking?
- **Taal:** waar en hoe communiceer je met elkaar. Welke woorden werken?
- **Oefening:** om te komen tot competenties in het signaleren (voeren van sleutelgesprekken) en begeleiden van zingevingsvragen.
- **Handvatten:** (woorden) om mensen te verleiden tot een gesprek over zingeving, om uitleg te geven over wat zingeving is en wat het gesprek erover kan opleveren, voor het stellen van de goede vragen.
- **Kennis:** over geschiedenis van levensvragen, religie, geloof, kernwaarden, wat is zingeving en welke thema's horen daarbij, voldoende kennis om elkaars gesprekspartner te kunnen zijn en om de link te leggen met het spinnenweb van de PG.
- **Tools:** in de digitale zorgomgeving (b.v. Therapieland¹⁴), schatkistjes met info en uitleg om aan mensen mee te geven
- **Reflectie:** om zicht te krijgen op eigen (kern)waarden, om bewuster met zingeving te kunnen omgaan.
- **Intervisie:** om te reflecteren op casus en gevoel te krijgen bij wat wel en niet goed loopt. Hopend op van onbewust bekwaam naar bewust bekwaam?

¹⁴ www.therapieland.nl

- **Consultatie:** Binnen sommige praktijkvoorbeelden zijn geestelijk verzorgers direct beschikbaar voor huisartsen en praktijkondersteuners om op casus niveau of voor zichzelf op persoonlijk niveau advies in te winnen. Deze consultatiefunctie is ook een vorm van (bij)scholing.

Een geïnterviewde POH-GGZ en een manager van een eerstelijnszorgorganisatie (pioniers) benadrukken dat het (veel) tijd en/of intensieve nascholing kost om van alleen bewustwording ook tot echte (duurzame) gedragsverandering in het professionele handelen te komen.

Zingeving kan een plek krijgen in coaching of supervisie van huisartsen door aandacht te besteden aan verwachtingen en gevoelens van tekort schieten. De Balint-methode¹⁵ wordt in de literatuur genoemd als één van de mogelijke methodes voor intervisiegroepen. In dit geval worden de deelnemers begeleid door een psychoanalytisch geschoolde hulpverlener, met als doel zelfonderzoek en ontwikkeling van het gevoelsleven.

Het belang van (blijven) normaliseren en niet medicaliseren van zingevingsvragen, ook tijdens scholingen over zingeving voor huisartsen en praktijkondersteuners, wordt herhaaldelijk benadrukt tijdens onze discussiebijeenkomst. Dit samen met de noodzaak tot goed nadenken over te gebruiken definities van zingeving en de gebruikte taal in scholingen (deze moeten dus normaliserend zijn en goed aansluiten op de huisartsenzorg). Huisartsen zouden volgens deelnemers aan de discussiebijeenkomst kunnen worden geschoold via een sessie op het NHG-Congres of een NHG e-learning, waarbij een praktische insteek en het “niet te ingewikkeld maken” hen zou kunnen aanspreken.

Kennis en vaardigheden voor het omgaan met zingevingsvraagstukken?

Hieronder treft u per professional welke belangrijkste “leerscholen” er voor hen in het kader van zingevingzorg het meest toe doen:

Wat geeft kennis en vaardigheden voor omgang met levensvragen?	
POH	Huisarts
Werkervaring	Werkervaring
Levenservaring	Levenservaring
Zelfactief bezig zijn met zingeving	Zelfactief bezig zijn met zingeving
Scholing in ACT	Scholing in ACT
Concept en methode van Positieve Gezondheid	Concept en methode van Positieve Gezondheid
	Kaderopleiding Palliatieve Zorg /PaTz-groep
	GGZ-kaderopleiding
	Ouderenzorg kaderopleiding

Helpende opleidingen, cursussen en ervaringen

In onze enquête hebben we huisartsen en praktijkondersteuners gevraagd aan welke opleiding(en), cursus(sen) en/of ervaring(en) zij het meeste hebben gehad bij het ter sprake brengen van zingeving in contact met cliënten.

¹⁵ Zie: <https://www.balintnederland.nl/>

Qua opleidingen noemen POH's het vaakst de ACT (na)scholing die zij gevolgd hebben, alsmede scholingen in Positieve Gezondheid en oplossingsgerichte gesprekstechnieken. Ook opleidingen die een link hebben met zingeving werden vaak genoemd, zoals theologie, een opleiding tot biografisch coach, een minor filosofie, wereldreligies en spiritualiteit of een master levensloopsychologie. Daarnaast werden de algemene basisopleidingen genoemd (zoals HBO Maatschappelijk Werk en Dienstverlening, verpleegkunde, sociaal-psychiatrisch verpleegkundige of POH-GGZ), of specifieke onderdelen daarvan, zoals een module over zingeving of rouw.

Huisartsen benoemen vooral hun scholing rond Positieve Gezondheid en palliatieve zorg. Ook werden cursussen genoemd op het vlak van zingeving, zoals humanistiek, filosofische cursussen, een opleiding tot ritueelbegeleider en een nascholing rond zingeving.

Wensen van professionals om zich verder te bekwamen

In onze enquête hebben we huisartsen en praktijkondersteuners gevraagd in welke onderwerpen gerelateerd aan zingevingszorg en op welke wijze zij zich verder zou willen bekwamen. Praktijkondersteuners hebben over het algemeen vaker interesse om zich hierin verder te bekwamen dan huisartsen. De drie onderwerpen waarin zowel huisartsen als praktijkondersteuners de meeste interesse tonen zijn: het begeleiden van zingevingsvragen, kennis over mogelijkheden tot doorverwijzing en kennis over gesprekstechnieken om zingeving te bespreken. Praktijkondersteuners zouden zich het liefst verder bekwamen via een eendaagse workshop, online cursus of handboek. Huisartsen zouden dit het liefst doen via een onlinecursus, via casusbespreking met een geestelijk verzorger, of via een eendaagse workshop.

Onderstaande tabellen geven weer of en hoe zorgverleners zich willen bekwamen in het begeleiden van patiënten met zingevingsvragen, dan wel in het verwijzen van zingevingsvragen.

Vraag: zou u zichzelf verder willen bekwamen in het begeleiden van patiënten met zingevingsvragen? Zo ja, waarin?

	POH N = 65	Huisarts N = 26	Totaal N = 91
Ik wil mij niet verder bekwamen	12.3% (8)	11.5% (3)	12.1% (11)
Kennis opdoen over wat zingeving inhoudt	20% (13)	19.2% (5)	19.8% (18)
Kennis opdoen over het aannemen van de juiste houding bij zingevingsvragen	18.5% (12)	30.8% (8)	22% (20)
Kennis opdoen over diverse religies en levensbeschouwingen	23.1% (15)	19.2% (5)	22% (20)
Het herkennen van zingevingsvragen	24.6% (16)	23.1% (6)	24.2% (22)
Het begeleiden van zingevingsvragen	41.5% (27)	50% (13)	44% (40)
Kennis opdoen over gesprekstechnieken om over zingeving te praten	35.4% (23)	46.2% (12)	38.5% (35)
Herkennen wanneer ik patiënten met zingevingsvragen kan doorverwijzen naar een andere professional	33.8% (22)	30.8% (8)	33% (30)

Weten naar wie ik patiënten met zingevingsvragen kan doorverwijzen	49.2% (32)	46.2% (12)	48.4% (44)
---	------------	------------	------------

Vraag: als u zich verder wilt bekwamen in het begeleiden van zingevingsvragen, hoe zou u dat willen doen?

	POH N = 65	Huisarts N = 26	Totaal N = 91
Ik heb geen behoefte mij verder te bekwamen	10.8%(7)	7.7%(2)	9.9%(9)
Ik ben al bekwaam in het begeleiden van zingevingsvragen en/of spirituele kwesties	7.7%(5)	11.5%(3)	8.8%(8)
Via intervisie met directe collega's	21.5%(14)	15.4%(4)	19.8%(18)
Via intervisie met andere professionals binnen mijn vakgebied	16.9%(11)	11.5%(3)	15.4%(14)
Via casusbespreking met een geestelijk verzorger	18.5%(12)	34.6%(9)	23.1%(21)
Via een overleg in een multidisciplinaire setting	10.8%(7)	11.5%(3)	11%(10)
Via individuele supervisie	3.1%(2)	11.5%(3)	5.5%(5)
Via een meerdaagse training	23.1%(15)	7.7%(2)	18.7%(17)
Via een eendaagse workshop	47.7%(31)	30.8%(8)	42.9%(39)
Via een jaarlijks terugkerende training of workshop	21.5%(14)	15.4%(4)	19.8%(18)
Via een online cursus	40%(26)	38.5%(10)	39.6%(36)
Via een handboek	24.6%(16)	19.2%(5)	23.1%(21)

6 Conclusie, discussie en aanbevelingen

6.1 Inleiding

In deze kennissynthese staat de vraag centraal;

Welke breed gedragen inzichten, oplossingen, conclusies en aanbevelingen leveren onderzoeksbevindingen en praktijk- en beleidservaringen op, om zorg voor zingeving bij huisartsen en praktijkondersteuners te bevorderen?

Via een behoeften- en literatuuronderzoek hebben we inzicht gekregen in de zingeving- en ondersteuningsbehoeften bij patiënten en de ervaringen en behoeften van huisartsen en praktijkondersteuners daarbij.

Bovendien hebben we diverse methodes van dataverzameling en kwalitatief en kwantitatief onderzoek met elkaar gecombineerd (vragenlijst, interviews, discussiebijeenkomst en grijze en wetenschappelijke literatuur). We hebben zowel het perspectief van patiënten als dat van professionals in kaart gebracht.

6.2 Conclusie

Patiënten

Patiënten hebben een grote behoefte aan aandacht voor zingeving, een behoefte die al bekend was bij palliatieve patiënten, ouderen en hun naasten. Uit ons onderzoek blijkt dat deze behoefte ook sterk aanwezig is bij patiënten met klachten zoals somberheid, burn-out, SOLK/ALK, levensfaseproblematiek en andere psychische problematiek.

Zingevingsvragen die gesignaleerd worden door huisartsen en POH's zijn onder andere:

- Hoe kan ik deze situatie volhouden?
- Hoe kan ik omgaan met verlies?
- Waarom gebeurt (mij) dit?

Huisartsen en praktijkondersteuners merken op dat veel patiënten zich niet bewust zijn van hun zingevingsvragen, moeite hebben om erover te praten en er soms zelfs geen woorden voor hebben. Bovendien heerst er bij sommige patiënten onduidelijkheid of het wel gepast is om over zingevingskwesties te praten. Soms speelt ook het ontbreken van een klik tussen de hulpverlener en de patiënt een rol, waardoor het onderwerp niet ter sprake komt.

De bronnen van zingeving die helpend zijn voor patiënten variëren, van relaties met vrienden en familie tot sport, innerlijke rust en vrijgevigheid. Bij de ondersteuning van patiënten zijn enkele aspecten cruciaal, zoals het gevoel serieus genomen te worden, een luisterend oor te vinden, ruimte te ervaren voor onoplosbare problemen, oprechte betrokkenheid en een persoonlijke band met de zorgverlener.

De verschillende zingevingsvragen, bronnen van zingeving en ondersteuningsbehoeften vereisen flexibiliteit en maatwerk van zorgverleners. Vaak zoeken patiënten eerst steun bij hun naasten of binnen levensbeschouwelijke gemeenschappen. Als deze ondersteuning onvoldoende is, wenden ze zich soms tot de huisartsenpraktijk. Patiënten verwachten van de huisartsen voornamelijk een signaalfunctie en doorverwijzing, terwijl ze van de POH-GGZ begeleiding verwachten en indien

nodig doorverwijzing naar een andere professional. In gevallen van complexe vragen of crisissituaties kan begeleiding door een geestelijk verzorger een geschikte oplossing bieden.

Professionals

De kernwaarden van de huisartsenzorg - persoonsgericht, medisch-generalistisch, continu en gezamenlijk - bieden voldoende ruimte voor de aandacht voor zingeving. Uit onze interviews en enquêtes blijkt ook dat een ruime meerderheid van huisartsen en praktijkondersteuners aandacht voor zingeving belangrijk vindt en dat ook bewust of onbewust in praktijk brengt. Op de vraag naar het bieden van daadwerkelijke begeleiding bij zingevingsvragen reageren POH's vaker positief dan de huisartsen.

Huisartsen en POH's benoemen als belemmerende factoren voor aandacht voor zingeving in de huisartsenzorg regelmatig onvoldoende tijd en de hoge werkdruk. Daar tegenover staat de bevinding dat aandacht voor zingeving in de dagelijkse praktijk niet per se meer tijd vraagt. Bovendien kan het doorverwijzen van mensen met zingevingsvragen juist ontlastend werken. Als belangrijkste bevorderende factor om gesprekken over zingeving te kunnen voeren wordt een open en luisterende basishouding beschreven. Bij zingevingsvragen is terughoudendheid en niet (te snel) problematiseren van belang. Soms is "ruimte om te landen" of helpen bij (her)formulering van de zorgvraag al voldoende.

Uit de literatuur en ons eigen onderzoek blijkt dat levens-, werkervaring en interesse in (eigen) zingeving voor professionals belangrijke bagage zijn bij zingevingsgesprekken. Voor het voeren van gesprekken over zingeving worden vaak (soms onbewust) diverse elementen uit bijvoorbeeld ACT, oplossingsgericht werken, Positieve Gezondheid en motiverende gespreksvoering gebruikt. Naast persoonlijke vaardigheden ervaren de professionals het helpend als er binnen de huisartsenpraktijk een gedeelde visie op, en taal voor zingeving is.

Maatschappelijke erkenning van het belang van aandacht voor zingeving werkt ondersteunend voor professionals. Vanuit de overheid ontstaat er in toenemende mate aandacht voor een brede blik op gezondheid, zoals in 'Herstelgerichte zorg' en 'Positieve Gezondheid', waarbij zingeving een duidelijke plaats inneemt. Daarmee wordt zingeving vanzelfsprekender een onderdeel van 'het brede of andere gesprek' met de patiënt. Echter ontbreekt het sturende organisaties binnen de huisartsgeneeskunde – zoals NHG en LHV – nog aan aandacht, ruimte en erkenning van het belang van zingeving voor patiënten, huisartsen en praktijkondersteuners. In het rapport "Toekomstbestendige organisatie van huisartsenzorg", geschreven met experts uit de gelederen van het NHG en de LHV¹⁶, is bijvoorbeeld helemaal geen aandacht voor zingeving.

Zorg voor zingeving speelt ook een cruciale rol in het verminderen van de werkdruk binnen de zorgsector, en wel om twee belangrijke redenen. Allereerst leidt aandacht voor zingeving in de spreekkamer ertoe dat patiënten minder frequent terugkomen bij zorgverleners, waardoor de belasting voor het personeel afneemt. Ten tweede beschouwen vrijwel alle professionals hun werk als een belangrijke bron van zingeving. Als zij in hun dagelijks werk geen aandacht kunnen

¹⁶ Een werkgroep "Toekomstbestendige organisatie van huisartsenzorg", met experts uit de gelederen van het NHG en de LHV heeft een grondige inventarisatie en analyse gemaakt van de ontwikkelingen, problemen en uitdagingen rond de huisartsenzorg.

De werkgroep doet ook vier aanbevelingen over de rol van het NHG, waaronder dat het NHG zich mag inzetten voor de organisatie van de huisartsenzorg. Aandacht voor waarde gerichtheid of zingeving ontbreekt hierin volledig.

(<https://www.nhg.org/actueel/zes-oplossingsrichtingen-voor-organisatie-toekomst-huisartsenzorg/>)

geven aan de zingeving van patiënten is dat een potentiële bron voor burn-out. Het belang van het verminderen van werkdruk en uitval van huisartsen en POH's is van grote betekenis gezien de aanzienlijke en voortdurende overbelasting van zowel de huisartsenzorg als het GGZ-systeem. Voor veel zorgverleners geldt:

- Aandacht voor (andermans en eigen) zingeving maakt het werk zinvoller en verlicht de werkdruk.
- Er is behoefte aan ondersteuning en ruimte om aandacht aan zingeving te kunnen geven.
- Er is behoefte aan scholing.
- Er is bereidheid tot investeren in scholing.
- Er is veel onbewuste bekwaamheid.

Samenwerking

Samenwerking rond zingevingsvragen binnen de praktijk is het hechtst tussen huisarts en POH-GGZ. Er is verschil tussen rol en mogelijkheden die huisartsen en POH-GGZ voor zichzelf zien weggelegd. De huisarts ziet als zwaartepunt signalering, erkenning en normalisering en de POH-GGZ ziet meer ruimte voor exploratie van vragen en begeleiding. De opleiding tot POH-GGZ voorziet ook in benodigde competenties daartoe. Dit komt overeen met de verwachtingen van patiënten ten aanzien van beide professionals.

Buiten de huisartsenpraktijk worden de Centra voor Levensvragen en geestelijk verzorgers genoemd als potentiële organisaties/ professionals om mee samen te werken en naar te verwijzen rondom levens- en zingevingsvragen. Bevorderende factoren in verwijzing en multidisciplinaire samenwerking zijn het bewustzijn van de eigen grenzen van de hulpverlener, de expertise van de geestelijk verzorger en kennis over zingevingsvragen bij de patiënt. De samenwerking met geestelijk verzorgers verbetert door structurele overlegsituaties in bijvoorbeeld MDO's, PaTz-groepen, moreel beraad en casusbesprekingen. De mogelijkheden voor inzet van geestelijk verzorgers van de Centra voor Levensvragen voor boven genoemde activiteiten zijn echter bij veel huisartsen nog niet voldoende bekend. Duidelijke samenwerkings- en verwijsafspraken over bijvoorbeeld de momenten voor verwijzing, dossiervoering en terugkoppeling zijn ook helpend voor goede samenwerking.

Scholing/opleiding

Ondanks de kernwaarden van huisartsenzorg blijkt dat aandacht voor zingeving nu vaak ontbreekt bij de basiscompetenties en functieomschrijving, bij de richtlijnen en protocollen en bij de curricula van de beroepsopleidingen. De belangrijkste reden hiertoe lijkt dat medische basis- en beroepsopleidingen zijn gebaseerd op het bio-psycho-sociaal-model. Dit model gaat uit van objectiveerbaarheid en meetbaarheid van gezondheid en ziekte en legt daarmee de focus op evidence-based handelen. De zorg op basis van dit handelen wordt in Nederland als maatgevend gezien en de kwaliteitskaders en vergoedingssystemen zijn hierop gestoeld. Aandacht voor zingeving past niet in het huidige evidence-based paradigma, ondanks het feit dat wetenschappelijk onderzoek aantoont dat er een positieve correlatie is tussen spiritualiteit en gezondheid.

Ook standaarden en richtlijnen doen slechts zeer zelden de aanbeveling tot verkenning van de zingevingsdimensie van gezondheid. De standaarden en richtlijnen binnen de palliatieve zorg en de zorgstandaard Zingeving binnen de GGz (AKWA) vormen hierop een uitzondering.

De drie scholingsonderwerpen waarin zowel huisartsen als praktijkondersteuners de meeste interesse tonen zijn: het begeleiden van zingevingsvragen, kennis over mogelijkheden tot doorverwijzing en kennis over gesprekstechnieken om zingeving te bespreken. Tegelijkertijd zetten veel professionals de beschikbare tools voor gesprekstechnieken niet in omdat daardoor, volgens hen, de spontaniteit of de authenticiteit van het gesprek wordt verstoord.

Scholing in begeleiding staat bij POH's-GGZ hoger op het wensenlijstje dan bij de huisartsen. Praktijkondersteuners zijn bereid om meer tijd vrij te maken voor scholing dan huisartsen.

Praktijkondersteuners zouden zich het liefst verder bekwamen via een eendaagse workshop, online cursus of handboek. Huisartsen zouden dit het liefst doen via een onlinecursus, via casusbespreking met een geestelijk verzorger, of via een eendaagse workshop.

Pioniers op het gebied van zingeving benadrukken dat het (veel) tijd en/of intensieve nascholing kost om van alleen bewustwording ook tot echte (duurzame) gedragsverandering en gunste van zorg voor zingeving in het professionele handelen te komen.

6.3 Discussie

Het lijkt erop dat ondanks de grote vraag naar aandacht voor zingeving onder patiënten en de bereidheid van huisartsen en POH's om hieraan tegemoet te komen, de aandacht voor zingeving binnen beleid, onderzoek en onderwijs nog steeds beperkt is. Een mogelijke reden hiervoor is de dominante medisch-technische benadering die vaak afziet van aandacht voor zingeving of deze reduceert tot een medisch probleem. Daarnaast worden factoren zoals de secularisatie van de samenleving, waarin religie als privéaangelegenheid wordt beschouwd, en de historische scheiding tussen wetenschap en religie genoemd als belemmeringen. Deze trends worden versterkt door het gebrek aan gemeenschappelijke taal voor zingeving.

Onderzoek heeft al aangetoond dat zingeving samenhangt met een betere lichamelijke en geestelijke gezondheid, gezondere leefstijlkeuzes, meer deelname aan preventieve zorg, lagere sterftecijfers en een hogere kwaliteit van leven. Ondanks deze bevindingen lijkt deze informatie nog niet voldoende door te dringen en als gevolg daarvan niet bij te dragen aan erkenning van het belang voor ruimte voor zingeving in de huisartsenpraktijk.

Buiten de spreekkamer is er steeds meer aandacht voor zingeving in de samenleving.

Verschillende bronnen pleiten voor een meer holistische benadering van zorg, waarbij de focus niet alleen ligt op meetbare feiten, maar ook op de achterliggende waarden en betekenissen. (RVS, 2017).

Er is een groeiende erkenning dat zorg een menselijke dimensie heeft die niet altijd volledig kan worden begrepen of gecontroleerd (Scheepers,2021, Rosa,2018, Te Molder,2021 en RVS-rapport 'Zonder context geen bewijs', 2017.) Er is meer dan alleen evidence based medicine.

Het is bemoedigend dat er vanuit de overheid meer aandacht lijkt te komen voor aandacht voor zingeving in de zorg. Initiatieven zoals de Juiste Zorg Op de Juiste Plek (JZOJP) benadrukken het belang van waarde gedreven zorg, waarbij de achterliggende waarden van de patiënt een centrale rol spelen¹⁷. Dit sluit nauw aan bij de behoefte aan zingeving en benadrukt het belang

¹⁷ Overigens is het idee van waarde gedreven zorg in deze context wel meer financieel geladen: de best passende zorg tegen de laagste prijs

van het bespreken van deze waarden in het behandelingsproces. Er is een duidelijke verschuiving merkbaar naar een meer holistische benadering van zorg, waarbij niet alleen de medische aspecten, maar ook de persoonlijke waarden van en betekenis voor de patiënt worden erkend en geïntegreerd.

Deze discussie benadrukt het belang van een breder perspectief op gezondheidszorg, waarin zingeving een integraal onderdeel vormt in de benadering van patiënten. Het is van cruciaal belang dat beleidsmakers, zorgverleners, onderzoeks- en onderwijsinstellingen samenwerken om deze verschuiving naar een meer holistische benadering te bevorderen en te zorgen voor kwalitatief goede zingevingszorg.

6.4 Aanbevelingen

Alle in het kader van deze kennissynthese verzamelde data ondersteunen het belang van aandacht voor zingeving in de zorg door huisartsen en praktijkondersteuners. Echter, ook blijkt uit de data dat daar niet altijd ruimte voor is.

Uit deze kennissynthese komt ook naar voren dat huisartsen, c.q. de huisartspraktijken, behoefte hebben aan meer wetenschappelijke onderbouwing van de impact in tijd, financiën, organisatie, scholing en, last but not least, kwaliteit van leven voor zowel patiënten als zorgverleners bij aandacht voor zingeving. Wetenschappelijke data kunnen die impact onderbouwen en daarmee implementatie van aandacht voor zingeving in de huisartsenpraktijk faciliteren.

De vraag naar zorg voor zingeving is echter al zo evident dat wachten op voldoende data niet verantwoord lijkt.

Onze aanbeveling is dan ook om aandacht voor zingeving in de huisartsenzorg zonder uitstel breed op te pakken en met het oog op kwaliteit en zinvolheid (gelijktijdig) te evalueren met wetenschappelijk onderzoek.

Een nadere praktische uitwerking van onze verdere aanbevelingen met betrekking tot de huisartsenpraktijk treft u per sector die het betreft hieronder aan.

Beleid

Uit het voorgaande komen verschillende aanbevelingen voort die betrekking hebben op het beleid, zowel van overheden als van wetenschappelijke- en belangenverenigingen (van huisartsen en praktijkondersteuners).

Wat betreft het beleid van overheden, richten we ons op meerdere niveaus. Het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) zijn cruciale organisaties die richtlijnen ontwikkelen en belangen behartigen bij politiek, gemeenten en zorgverzekeraars. Zingeving zou vanzelfsprekend in hun uitingen opgenomen moeten worden. We streven ernaar om met hen op korte termijn in gesprek te gaan om met de door ons gevonden inhoudelijke argumentatie te lobbyen voor meer aandacht voor zingeving in de huisartsenzorg.

In de huidige tijd van enerzijds overvloed aan mogelijkheden en anderzijds schaarste aan middelen en menskracht worden beleidsmakers met veel dilemma's geconfronteerd die vragen om waardenafweging. Denk hierbij bijvoorbeeld aan voorkomen en verminderen van eenzaamheid, ondersteuning bij mantelzorg, de vergrijzing en overbelaste GGZ. Onze aanbeveling is deze thema's ook samen met Centra van Levensvragen op te pakken.

De landelijke overheid willen wij aanbevelen om de subsidieregeling Geestelijke verzorging Thuis te handhaven. De centra werken nu laagdrempelig en maken dat zingeving als integraal

onderdeel van zorg en welzijn wordt gezien. We bepleiten tevens een verbreding van de doelgroep, zodat ook mensen onder de 50 jaar gebruik kunnen maken van geestelijk verzorgers. Immers, elke levensfase kent zijn eigen zingevingsvragen en verdient passende ondersteuning.

Onderwijs en scholing

Integratie van zingeving in het onderwijs:

- Het is aan te bevelen dat onderwijsinstellingen, waaronder universiteiten, hogescholen en MBO-instellingen, zingeving opnemen in hun curricula. Het werk van Damsma (Damsma, 2023) biedt al een startpunt door het formuleren van eindkwalificaties voor zorg voor zingeving op verschillende onderwijsniveaus.
- Postacademische scholing van praktijkteams, samen met een geestelijk verzorger, over zingevingsgevoelige zorg of multidisciplinair overleg rondom ouderen of palliatieve zorg lijkt veelbelovend voor verbetering van zorg voor zingeving. Dit benadrukt het belang van multidisciplinaire samenwerking en verankert de aandacht voor zingeving in de praktijk.

Incorporatie van zingeving in zorgstandaarden en competentieprofielen:

- Ontwikkelaars van zorgstandaarden en functie-/beroeps- en competentieprofielen worden aangemoedigd om zingeving als een expliciet domein op te nemen in hun documenten. Dit stimuleert meer structurele aandacht voor de essentiële dimensie van zingeving in het patiëntencontact en vergemakkelijkt het identificeren van de behoefte aan zingevingsondersteuning.
- Met name bij de huisartsenopleiding is er een kans om door middel van expliciete toevoeging van de waarden-/zingevingslaag in reflectieonderwijs om jonge huisartsen bewust te maken van "waardenschaamte" (Te Molder, 2021) en handelingsverlegenheid bij zingevingsdilemma's. Dit voorkomt dat zij zich ongemakkelijk voelen bij het omgaan met zingevingskwesaties in de praktijk en stimuleert een holistische benadering van patiëntenzorg.
- Toekomstig onderzoek kan richting geven aan de effectieve implementatie van zingevingszorg in huisartsenopleidingen en aangeven welke stappen nodig zijn om dit te bereiken en te borgen.

De praktijk van de huisarts en de praktijkondersteuner

Integratie van zingeving in de huisartsenzorg:

- Het is belangrijk voor huisartsenteams om actief aan de slag te gaan met zingeving, bij voorkeur samen met een geestelijk verzorger, die kan helpen bij bewustwording en ruimte maken voor zingevingsvragen bij patiënten.
- Zorgverleners dienen aandacht te hebben voor zingeving bij een breder scala aan patiënten. Niet alleen bij palliatieve patiënten maar ook bij mensen met psychische problemen of ingrijpende levensgebeurtenissen spelen zeer regelmatig zingevingsvragen.

Normaliseren en faciliteren van zingevingszorg:

- Zingevingszorg moet niet gezien worden als een 'kunstje', maar als een aanhoudende aandacht die structureel ingebed kan worden in de dagelijkse praktijk. Dit mogelijk ondersteund door een geestelijk verzorger, die wordt aangesteld als aandachtfunctionaris.
- Kennismaking en samenwerking met geestelijk verzorgers in de wijk, of gespecialiseerde geestelijk verzorgers, biedt extra mogelijkheden om patiënten met complexe zingevingsvragen door te verwijzen.

Samenwerking en scholing:

- Het is waardevol om als team afspraken te maken over de samenwerking rondom zingeving en gezamenlijk scholing te volgen om reflectie op het eigen werk te stimuleren.
- Het delen van ervaringen en het participeren in onderzoek naar de effecten van zingevingszorg kan bijdragen aan het behoud van werkplezier bij zorgverleners en aan het verkrijgen van steun van beleidsmakers en financiers.

Maatschappelijke erkenning en ondersteuning:

- Het is essentieel om zingeving een duidelijkere plek te geven binnen onderwijs en richtlijnsystematiek, gezien de ervaren essentie door patiënten en zorgverleners.
- Doorontwikkeling van Centra voor Levensvragen is van belang om te voldoen aan de behoeften van patiënten en zorgverleners en aan de vraag om consultatie en begeleiding van complexe zingevingsproblematiek.

Onderzoek**Onderzoek en ontwikkeling:**

- Het aanjagen en volgen van ontwikkelingen van zorg voor zingeving door onderzoek is noodzakelijk om zingevingszorg te optimaliseren en de meerwaarde ervan verder in kaart te brengen.
- De subsidieregelingen voor palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis laten zien dat zingeving door de overheid serieus wordt genomen. Het is van belang om deze aandacht te vertalen naar bredere toepassing in de huisartsenzorg en verdere ontwikkelingen op dit gebied te stimuleren.

Implementatie van zorg voor zingeving in opleidingen:

- Onderzoek naar benodigheden voor integratie van zingeving in huisartsopleidingen.
- Nadere identificatie van vereiste zingevingscompetenties voor huisartsen- en POH-opleidingen.

Aandacht voor zingeving in de huisartspraktijk:

- Onderzoek naar methoden om zingeving structureel te integreren in alle aspecten van de huisartsenzorg en de vereisten hiervoor.
- Evaluatie van beschikbaar scholingsaanbod en behoeften voor implementatie en borgen van continuïteit van zingevingszorg in de praktijk.
- Onderzoek naar beleids- en financieringsmaatregelen ter bevordering van implementatie en borging van zingeving in de huisartspraktijk.

Effecten en waarde van zingeving in de praktijk:

- Onderzoek naar de impact van aandacht voor zingeving en de betrokkenheid van geestelijke verzorging op de kwaliteit van leven van patiënten, met specifieke aandacht voor JZOJP, ACP en beslissingen rond het levenseinde.
- Evaluatie van tijdsinvestering en financiële implicaties van aandacht voor zingeving, inclusief mogelijke besparingen door verkorte behandelduur en voorkomen van ongewenste behandelingen en verwijzingen.
- Onderzoek naar de waarde van geestelijke verzorging bij complexe casuïstiek voor zowel professionals als patiënten, met nadruk op moreel beraad en ondersteuning bij besluitvorming.

- Onderzoek naar de waarde van geestelijke verzorging om professionals in de eerste lijn te ondersteunen in het zich richten op de juiste vorm van empathie en daarmee het voorkomen van burn-out.

Tools en praktische toepassingen:

- Evaluatie van de bruikbaarheid en wenselijkheid van tools voor zingeving uit de palliatieve zorg in de gehele huisartsenpraktijk, inclusief hun mogelijke impact op gesprekskwaliteit en patiëntenzorg.
- Verkenning van de rol van aandacht voor zingeving en geestelijk verzorgers in het voorkomen van burn-out bij zorgprofessionals, met focus op respectievelijk zelfzorg en ondersteuning.

6.5 Hoe verder? Een scholingsproject

Naar aanleiding van de bevindingen uit deze kennissynthese en als vervolgstap voor dit brancheproject wordt een scholingsexperiment opgezet.

Het doel van dit experiment is om zorgprofessionals samen met een geestelijk verzorger te scholen, als start van een effectieve samenwerking.

Het Centrum voor Levensvragen Rotterdam zal dit najaar, in samenwerking met de NPZR, een pilot uitvoeren met PaTz-groepen in Rotterdam die al ervaring hebben met samenwerking met een geestelijk verzorger.

Deze pilot zal beginnen met het inventariseren van de scholingsbehoeften van de deelnemers en het ontwikkelen van een scholingsprogramma dat aansluit bij hun specifieke vragen en behoeften. Het basisidee achter dit initiatief is om te starten met een teamscholing waarin onderwerpen zoals de betekenis van zingeving, signalering, kennis van de mogelijkheden van geestelijke verzorging en verkenning van samenwerkingsmogelijkheden aan bod komen. Geestelijk verzorgers en gezondheidsprofessionals zullen als gelijkwaardige partners participeren.

Na de teamscholing zullen regelmatige casuïstiekbesprekingen en intervisiemomenten plaatsvinden om de samenwerking te evalueren en verdere leerbehoeften op te halen. Het uiteindelijke doel van dit scholingsexperiment is om met de verworven kennis een generieke scholingsmodule te ontwikkelen voor teams van geestelijk verzorgers en zorgprofessionals. Dit om samenwerking op een kansrijke manier te starten en aandacht voor zingeving te borgen. Het wordt sterk aanbevolen om dit experiment wetenschappelijk te evalueren, zodat de effectiviteit ervan kan worden gemeten en eventuele verbeteringen kunnen worden aangebracht.

Dank

Graag willen wij als projectgroep onze dank uitspreken aan allen die hebben bijgedragen aan dit onderzoek. Hun inzet en betrokkenheid hebben het mogelijk gemaakt om deze kennissynthese te realiseren. Wij zijn in het bijzonder erkentelijk voor de waardevolle bijdragen van Prof. Gaby Jacobs, Veronique Vaarten, Jorika Baarda, Renske Kruizinga, Johanneke Klaassens en Tessa Magnée, naast hen naar de stakeholders in de discussiebijeenkomst, de leden van onze mede-brancheprojecten en last but not least alle mensen die tijd vrij hebben gemaakt voor de interviews en het beantwoorden van de enquêtes.

Bijlage 1: Toelichting op gehanteerde methoden

In deze bijlage worden achtereenvolgens alle verschillende methodes die gehanteerd zijn voor de kennissynthese besproken: het literatuuronderzoek (wetenschappelijk en grijs), en het empirisch behoeftenonderzoek (interviews en vragenlijsten met patiënten en zorgverleners), en de discussiebijeenkomst.

Methode literatuuronderzoek

Wetenschappelijke literatuur

Er is gekozen voor een systematische benadering van het literatuuronderzoek door middel van een scoping review. Deze vorm maakt het mogelijk om in relatief korte tijd verkennend en breed te zoeken en een overzicht te geven van de bestaande literatuur (Arksey & O'Malley, 2005; Munn et al., 2018). In overleg tussen het onderzoeksteam en het sectorproject huisartsenzorg zijn de inclusiecriteria en de zoekstrategie bepaald. De artikelen uit het literatuuronderzoek geven een overzicht van de stand van zaken binnen de huisartsenpraktijk in relatie tot de zorg voor zingeving en/of de (meet)instrumenten die hierin gebruikt worden. Aangezien het overgrote deel van de wetenschappelijke internationale literatuur in het Engels geschreven is, zijn in dit literatuuronderzoek gangbare Engelstalige termen gebruikt die raken aan zingeving. De volgende in- en exclusiecriteria zijn hiervoor opgesteld:

Inclusiecriteria

- 2010 tot heden;
- Wetenschappelijke peer-reviewed artikelen;
- Soorten publicaties: empirische studies, casestudy's, kwalitatieve studies, kwantitatieve studies, mixed methods studies, systematische reviews, integratieve reviews, scoping reviews, meta-analyses.

Exclusiecriteria

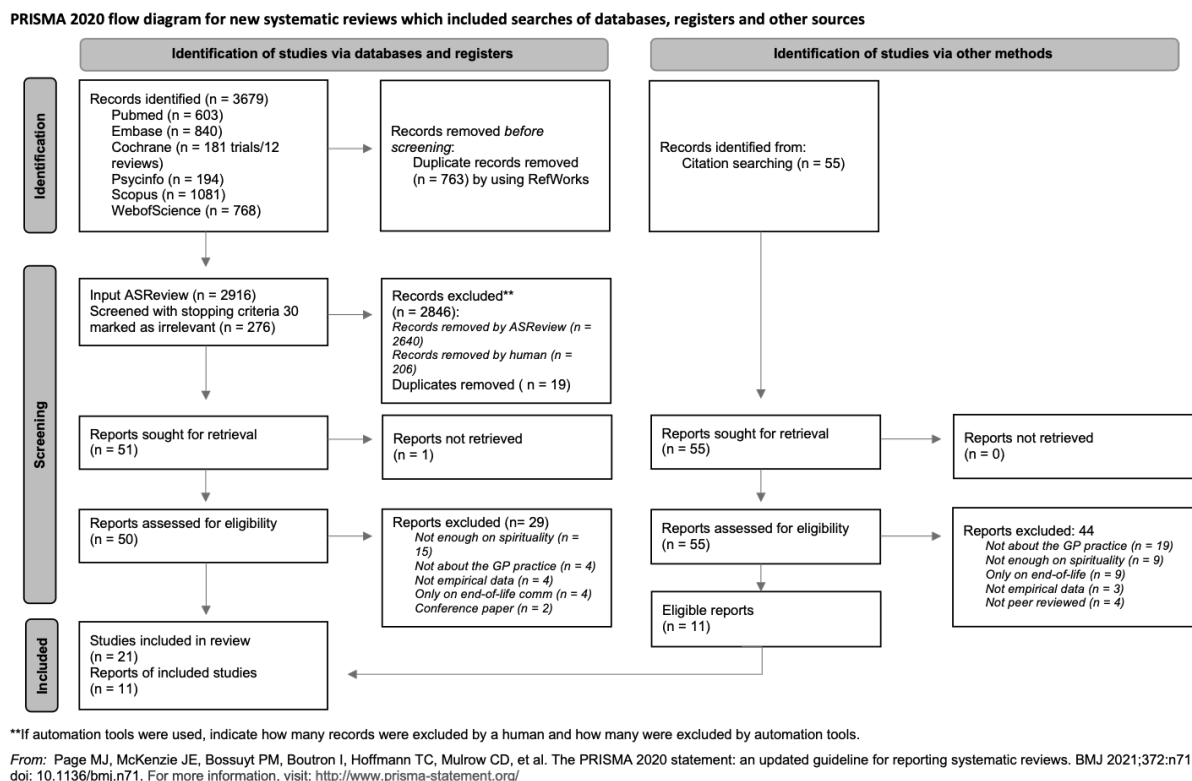
- Theoretische studies over zingeving waarin geen empirische gegevens zijn verwerkt;
- Studies met respondenten jonger dan 18 jaar;
- Soorten publicaties: boeken en boekbesprekingen.

Er is gezocht op 6, 7 en 8 december 2022 door de onderzoekers JK en RK. De volgende databases zijn gebruikt: Pubmed, Embase, Cochrane, Psycinfo, Scopus en WebofScience. In overleg tussen het onderzoeksteam en het brancheproject huisartsenzorg zijn de zoektermen opgesteld en verfijnd. De belangrijkste zoektermen zijn: 'General Practitioners', 'Nurse Practitioners' AND 'Empirical research' AND 'Spirituality' OR 'Meaning' OR 'Existential'. Een nauwkeurig overzicht van alle gebruikte zoekstrings vindt u in de bijlage. Daarnaast is een aantal kernartikelen geïmporteerd die niet uit de zoekopdrachten zijn voortgekomen, maar via de huisartsenbranche zelf waren aangedragen, of via referenties in gevonden artikelen naar voren kwamen.

Er zijn in totaal 3679 artikelen gevonden via de systematische zoekactie in de verschillende databases. De screening is gedaan met behulp van de tool ASReview, dat gebruik maakt van machine learning om grote hoeveelheden onderzoeken efficiënt te screenen (Van de Schoot et

al., 2021). De onderzoekers JK en RK hebben in ASReview een aantal studies aangemerkt als relevant en irrelevant, waarna het programma op basis van die informatie de geïmporteerde studies heeft gesorteerd op relevantie. Een stopcriterium van 30 studies werd aangehouden (Kastner et al., 2009), wat betekent dat het proces van screening werd gestopt, nadat er achtereenvolgend 30 studies als irrelevant werden aangemerkt. Door middel van het checken van referenties en artikelen die bekend waren bij de projectleider werden er nog 55 artikelen via andere kanalen gevonden. Uiteindelijk zijn er opgeteld 32 artikelen geselecteerd die voldeden aan de inclusiecriteria. In figuur 1 ziet u de precieze selectieprocedure.

De geïncludeerde artikelen zijn samengevat per thema aan de hand van de hoofdstukken voor deze kennissynthese.



Figuur 1: Flow diagram systematisch literatuuronderzoek

Methodologische overwegingen wetenschappelijke literatuur

De wetenschappelijke literatuur is op een gedegen, systematische wijze in kaart gebracht. Het gevonden onderzoek bestaat grotendeels uit kwalitatief onderzoek met focusgroepen en cross-sectioneel vragenlijstonderzoek, onder patiënten en/of professionals. De patiënten bestaan soms uit een specifieke groep, bijvoorbeeld patiënten met kanker of een levensbedreigende ziekte. Van de 32 geïncludeerde studies zijn er slechts 3 in Nederland uitgevoerd. De meeste geïncludeerde studies zijn uitgevoerd in Engeland of de Verenigde Staten. Deze landen laten wel vergelijkbare bevindingen zien, bijvoorbeeld op het vlak van barrières voor spirituele zorg. Het is onbekend in hoeverre bevindingen uit andere landen generaliseerbaar zijn naar Nederland. De thema's zingeving en spiritualiteit zijn (sterk) context afhankelijk. Het is daarom goed dat voor deze kennissynthese aanvullend empirisch bewijs is verzameld via interviews en vragenlijsten.

Grijze literatuur

In mei-september 2023 is een zoekopdracht naar Nederlandstalige grijze literatuur uitgezet. Er werd op internet gezocht naar grijze literatuur (rapporten, artikelen in vaktijdschriften, boeken, beleids- en visiedocumenten, richtlijnen en standaarden, functieprofielen, curricula van opleidingen) op het gebied van huisartsenzorg en zingeving. Er werd daarbij gefocust op drie beroepsgroepen binnen de huisartsenzorg: huisartsen, POH's-GGZ en POH's-Somatiek. Publicaties werden geïncludeerd als er informatie over stond die betrekking had op zingeving in de huisartsenzorg. Publicaties van 2010 of ouder werden buiten beschouwing gelaten (in lijn met de zoekopdracht naar wetenschappelijke literatuur).

Een combinatie van de volgende zoektermen werd gebruikt op algemene websites: 'zingeving' OF 'spiritualiteit' OF 'levensbeschouwing' OF 'geestelijk verzorger' EN 'huisarts' OF 'huisartsenzorg' OF 'huisartsenpraktijk' OF 'huisartspraktijk' OF 'praktijkondersteuner' OF 'POH-GGZ'. Op websites binnen de geestelijk verzorging setting is alleen gezocht op de huisartsenzorg termen. Op websites binnen de huisartsenzorg setting is alleen gezocht op de zingeving termen.

Er werd gezocht op de volgende websites (o.a. van onderzoeks- en kennisinstututen, beroepsverenigingen, eerstelijnszorgorganisaties, en aanbieders van scholing):

- artsenenleefstijl.nl;
- che.nl;
- elaa.nl;
- fortaopleidingen.nl;
- geestelijkeverzorging.nl;
- ggzstandaarden.nl;
- hadoks.nl;
- hbo-kennisbank.nl;
- henw.nl;
- huisartsopleiding.nl;
- iph.nl;
- leerpuntkoel.nl;
- lhv.nl;
- nhg.org;
- nivel.nl;
- ntvg.nl;
- nvvpo.nl;
- poh-ggz.nl;
- praktijksteun.nl;
- psyhag.nl;
- relief.nl;
- richtlijnen.nhg.org;
- rijnmonddokters.nl;
- rinogroep.nl;
- samergo.nl;
- sboh.nl;
- scem.nl;
- scripties.uba.uva.nl;
- thuisarts.nl;
- trimbos.nl;
- vgvz.nl;
- vilans.nl;
- wijzijnmind.nl;
- zel.nl;
- zonmw.nl

Zowel de concept zoekopdracht als de concept lijst met referenties die op basis van bovenstaande zoekopdrachten werden geselecteerd zijn gecontroleerd en aangevuld door de leden van de projectgroep. Er zijn ongeveer 70 documenten geïncludeerd. De geïncludeerde documenten zijn samengevat per thema aan de hand van de hoofdstukken voor deze kennissynthese.

Methode empirisch behoeftenonderzoek

Het doel van het empirisch behoeftenonderzoek was om inzicht te krijgen in de zingevings- en ondersteuningsbehoeften bij patiënten in de eerste lijn en hun huisarts en praktijkondersteuner(s).

De volgende onderzoeksvragen waren daarbij leidend:

1. *Welke zingevingsbehoeften hebben patiënten en wat zijn bronnen en manieren van zingeving voor hen?*
2. *Welke zorgbehoeften op het gebied van zingeving hebben patiënten ten aanzien van huisartsen, praktijkondersteuners of anderen; wat zijn hun verwachtingen en hun ervaringen daarmee?*
3. *Wat is de zinervaring van huisartsen en praktijkondersteuners in hun werk en wat is de rol daarvan in zorg voor zingeving bij cliënten?*
4. *Welke ondersteuningsbehoeften op het gebied van zingeving hebben huisartsen en praktijkondersteuners?*

Interviews patiënten en zorgverleners

Om een goed beeld te krijgen welke zingevingsvragen en behoeften aan begeleiding bij zingeving spelen in het domein van de huisartsenzorg, is gekozen om te beginnen met kwalitatief onderzoek. Door gebruik van een semi-gestructureerde vragenlijst zijn er diepte-interviews afgenomen met professionals in de huisartsenzorg, waaronder huisartsen, POH-GGZ, POH-Somatiek en POH-ouderen. Ook zijn er een aantal patiënten van de huisarts geïnterviewd, die complexe klachten ervaren, zoals depressie, burn-out, en aanhoudende onverklaarbare lichamelijke klachten. De interviews zijn uitgevoerd door onderzoekers verbonden aan de Kenniswerkplaats Zorg voor Zingeving (KWP) met ruime interviewervaring en door een masterstudent Humanistiek in het kader van haar afstudeerscriptie.

De interviews zijn gehouden aan de hand van een interviewgide die te vinden is in bijlage 1 en 2. De interviewgide diende als gesprekshulp. Door de interviewgide bij de hand te houden, zorgde de interviewer ervoor dat alle onderwerpen aan bod kwamen. Tegelijkertijd was er voor de respondent genoeg ruimte om uit te weiden over een onderwerp, en had de interviewer de mogelijkheid om door te vragen (Boeije, 2005). Bij een aantal interviews met patiënten is gebruik gemaakt van de photo-voice methode (Mysyuk & Huisman, 2020), waarbij foto's die de patiënten hadden gemaakt over zingeving de uitgangspunt van het gesprek vormden.

De werving van respondenten is gedaan via het netwerk van de projectgroep. Uiteindelijk zijn er in totaal vijftien professionals geïnterviewd, waaronder zes huisartsen, zes POH-GGZ en drie POH-Somatiek. Acht patiënten van de huisarts zijn geïnterviewd, waaronder 3 mannen en 5 vrouwen met een leeftijd tussen de 46 en 76 jaar oud. In onderstaande tabellen vindt u demografische gegevens van de respondenten.

De interviews vonden plaats op een plek die voor de respondent prettig was. Voor professionals was dit meestal in de eigen praktijkruimte. De gesprekken met de patiënten vonden meestal thuis plaats en enkele keer waren de gesprekken in de huisartsenpraktijk.

Tabel 1: Respondenten Professionals, huisartsen en POH

	Beroep	Gender	Leeftijd	Werkomgeving	Levensbeschouwing
Respondent 1	POH-GGZ	Vrouw	51-60	Stad	(opvoeding: Christelijk, gereformeerd) Niet meer praktiserend
Respondent 2	POH-Somatiek	Vrouw	51-60	Dorp	(opvoeding: Nederlands Hervormd) Niet meer praktiserend
Respondent 3	Huisarts	Man	61-70	Stad	(opvoeding: Katholiek) Niet meer praktiserend
Respondent 4	POH-Somatiek	Vrouw	41-50	Stad	Islamitisch, gaat regelmatig naar de moskee
Respondent 5	POH-GGZ	Vrouw	41-50	Stad	Agnost, in opvoeding wel kennis van christendom meegekregen
Respondent 6	Huisarts	Man	31-40	Stad	Atheïst
Respondent 7	POH-Somatiek	Vrouw	51-60	Stad	Atheïst
Respondent 8	Huisarts	Vrouw	31-40	Stad	Atheïst, islamitisch opgevoed
Respondent 9	Huisarts	Man	41-50	Stad	Atheïst
Respondent 10	POH-GGZ	Vrouw	41-50	Stad	Gelooft in 'iets', christelijk opgevoed
Respondent 11	POH-GGZ	Man	41-50	Dorp	Niet religieus, wel verbonden aan de school voor Zijnsoriëntatie
Respondent 12	POH-GGZ	Man	51-60	Dorp	Gelooft in 'iets'
Respondent 13	Huisarts	Vrouw	51-60	Dorp	Atheïst
Respondent 14	Huisarts	Vrouw	51-60	Dorp	Atheïst
Respondent 15	POH-GGZ	Vrouw	41-50	Stad	(opvoeding: Nederlands Hervormd) Nu geïnspireerd door boeddhisme, humanisme en spiritualiteit

Tabel 2 Respondenten Patiënten van de huisarts

	Leeftijd	Geslacht	Klachten	Levensbeschouwing	Woonomgeving
Patiënt 1	68	Man	chronische slaapstoornis, depressiviteit en chronische burn-out	niet gelovig; praktiseert boeddhistisch pad en gaat naar bijeenkomsten	alleenwonend; geen kinderen; woont in stad
Patiënt 2	76	Vrouw	lichamelijke klachten	niet religieus; gelooft wel dat iets het bestaan heeft gecreëerd	alleenwonend; heeft een kind; woont in stad
Patiënt 3	62	Vrouw	burn-out	katholiek opgevoed; niet meer gelovig	samenwonend met partner; heeft uitwonende kinderen; woont in dorp
Patiënt 4	65	Vrouw	depressieve klachten, overspannen	geen religie; geen specifieke levensbeschouwing	samenwonend; geen kinderen; woont in stad

Patiënt 5	60	Vrouw	lichamelijke klachten: duizeligheid, vermoeidheid	islamitisch; gaat naar de moskee als het kan	samenwonend; thuiswonend kind; woont in stad
Patiënt 6	62	Man	lichamelijke klachten: vocht in buik; cirrose van lever	katholiek opgevoed, niet gelovig	alleenwonend; woont in stad
Patiënt 7	46	Vrouw	depressieve klachten	niet gelovig	samenwonend; woont in stad
Patiënt 8	65	Man	psychische en burn-out klachten	katholiek opgevoed; niet meer gelovig	alleenwonend; geen kinderen; woont in stad

Interviews: Pioniers

Voor de werving van respondenten is via diverse kanalen een oproep verspreid. De onderzoekers gaven in de oproep aan, op zoek te zijn naar professionals die initiatiefnemer van of betrokken zijn bij veelbelovende (regionale) initiatieven op het gebied van (aandacht voor) zingeving in de huisartsenpraktijk. Bijvoorbeeld: een goede samenwerking met geestelijk verzorgers of de inzet van bepaalde interventies, technieken of (na)scholing. Er zijn geen in- of exclusiecriteria gehanteerd voor deelnemers. Potentiële deelnemers konden op basis van de oproep, een flyer en een informatiebrief over het onderzoek en de interviews zelf bepalen of zij wilden deelnemen en zich aanmelden bij de projectleider of onderzoeker. De werving is gestopt toen het vooraf bepaalde aantal van acht deelnemers werd bereikt. We beoogen daarmee geen allesomvattend beeld te geven maar vooral illustratieve initiatieven te laten zien. De oproep is via de volgende kanalen verspreid:

- Projectgroep en adviescommissie van het onderzoek;
- Bericht op forum 1sociaaldomein.nl (februari 2023);
- Flyers op PsyHAG congres Huisarts en POH-GGZ: Samen sterker. Thema: ZIN in GGZ (april 2023);
- Kenniswerkplaats Zingeving LinkedIn (april 2023);
- Een e-mail aan diverse relevante organisaties, waaronder VGVZ, Agora, Vilans, KBO-PCOB (mei 2023);
- Nieuwsbrief en LinkedIn Institute for Positive Health (augustus 2023)

Als er relevante initiatieven naar voren kwamen via de grijze literatuur zoekopdracht werden deze ook benaderd voor deelname aan het onderzoek. De semigestructureerde interviews werden door één onderzoeker (TM) online afgenomen in de periode mei-augustus 2023, met behulp van een topiclist (zie bijlage 5.c). Respondenten kregen vooraf een digitale informatiebrief ter ondertekening en kregen achteraf per e-mail de gelegenheid om het uitgetypte verslag te controleren. Er werden audio-opnames gemaakt die als back-up dienden tijdens het uittypen van het verslag. Er is ervoor gekozen om ook leden van de projectgroep zelf te interviewen, omdat zij bij het project betrokken zijn vanwege hun voorloper functie in het veld en hun expertise van waarde kon zijn voor het onderzoek. In de resultaten is omwille van de transparantie aangegeven welke deelnemers lid waren van de projectgroep. Aan de overige deelnemers is gevraagd of zij een voorkeur hadden voor anonieme of niet-anonieme deelname en de resultaten van hun interview zijn in lijn daarmee gepresenteerd. De duur van de interviews varieerde van 33 tot 72 minuten en was gemiddeld 49 minuten. De verslagen van de interviews zijn samengevat per vraag of thema.

Achtergrondkenmerken geïnterviewde pioniers

Van de acht geïnterviewden waren er drie lid van de projectcommissie (zie bijlage 2). De overige vijf deelnemers werden gevonden via 1sociaaldomein.nl, de Kenniswerkplaats Zingeving (tweemaal), het netwerk van een projectgroep lid en via de grijze literatuur. Vrijwel alle deelnemers (zeven van de acht) waren vrouw. Hun gemiddelde leeftijd was 58 jaar en zij waren gemiddeld 19 jaar actief in de functie van waaruit zij werden geïnterviewd. Vijf geïnterviewden waren werkzaam binnen de huisartsenzorg; als huisarts, POH-GGZ, POH-somatiek en/of

praktijkhouder- of manager. Meestal zijn (alle) zorgverleners binnen de huisartsenpraktijk betrokken bij het initiatief, waarbij één huisarts of praktijkondersteuner een centrale, aanjagende rol heeft. De overige drie deelnemers hadden een projectleiders- of managementfunctie binnen een welzijns-, vrijwilligers- of eerstelijnszorgorganisatie. De deelnemers waren werkzaam in diverse regio's. Alle deelnemers waren HBO- of WO-opgeleid, meestal in een medisch of sociaal beroep. Vijf van de acht deelnemers hadden een aanvullende opleiding op het gebied van zingeving, waaronder geestelijk verzorger, religiewetenschappen, existentiële psychotherapie of palliatieve zorg. Twee deelnemers gaven aan geen religie of levensbeschouwing te hebben of hiermee te zijn opgevoed. De overige deelnemers waren opgevoed, herkenden zich in en/of voelden zich verwant met: het christendom, mystiek denken, ongebonden spiritualiteit, liberaal christelijk, vrijzinnig religieus, humanisme, doopsgezinden, oecumenisch, rooms-katholiek, en/of protestants-christelijk.

Goede voorbeelden uit interviews met pioniers

Bijlage 5 Tabel 1 toont een overzicht van de acht goede voorbeelden. De inhoud van Tabel 1 is hieronder per onderwerp samengevat.

Aanleiding

Vaak is de aanleiding voor het initiatief persoonlijke affiniteit met en/of expertise op het onderwerp zingeving bij een zorgverlener die werkzaam is in de huisartsenpraktijk, bijvoorbeeld de geïnterviewde huisarts of praktijkondersteuner. Andere aanleidingen worden gevormd door (nieuwe) financieringsvormen, waaronder de VWS-subsidie voor Geestelijke verzorging thuis en (gemeentelijke) projecten rondom Positieve Gezondheid, Advanced Care Planning (ACP) of Welzijn op Recept. Soms worden maatschappelijke gebeurtenissen of ontwikkelingen genoemd als (mede)aanleiding voor het initiatief, zoals het gegeven dat er minder mensen naar de kerk gaan of dat er door de coronacrisis (nieuwe) zingevingsvragen speelden bij patiënten.

Betrokken hulpverleners

Meestal zijn (alle) zorgverleners binnen de huisartsenpraktijk betrokken bij het initiatief, waarbij één huisarts of praktijkondersteuner een centrale, aanjagende rol heeft.

Aanpak of werkwijze

De meeste geïnterviewde professionals geven aan dat aandacht voor zingeving verweven zit in de basishouding die zij hanteren in hun werk. Hierbij noemen zij als tekenend voor hun werkwijze: meer tijd nemen voor een consult, oog hebben voor de mens, actief luisteren, niet te snel/ geen oplossingen aandragen, nieuwsgierigheid, stil (durven) zijn, een houding van niet-weten, open vragen stellen, en doorvragen.

Methodieken die ingezet worden, met name door de geïnterviewde POH-GGZ zijn acceptance en commitment therapie (ACT) interventies, mind maps, en rituelen. Ook wordt door de geïnterviewden het Positieve Gezondheid spinnenweb genoemd als tool om zingeving (als één van de zes domeinen van gezondheid) met de patiënt te bespreken. Ook bij gesprekken in het kader van ACP komt het onderwerp zingeving aan bod.

Bij verschillende voorbeelden worden er interne scholingen en bijeenkomsten georganiseerd over zingeving voor de betrokken professionals in de huisartsenpraktijk.

Het verbeteren van de samenwerking tussen huisartsenpraktijk en geestelijk verzorgers en de verwijzingen is onderdeel van de meeste initiatieven. Wie het initiatief neemt tot de samenwerking en hoe de samenwerking precies wordt vormgegeven verschilt per voorbeeld. Zo

ligt in één geval het initiatief tot samenwerking (vooral) bij de POH-GGZ, die contact heeft opgenomen met een geestelijk verzorger in de regio voor een kennismaking, haar heeft voorgesteld aan collega's in de huisartsenpraktijk, en met haar nu regelmatig casussen bespreekt, om advies vraagt of patiënten aan haar doorverwijst. Bij doorverwijzen bij zingeingsvragen naar de geestelijk verzorger hanteert deze POH-GGZ dezelfde uitgangspunten als bij doorverwijzen bij psychische klachten: zelf begeleiden bij eenvoudige vragen, en verwijzen bij (te) complexe vragen. Bij andere voorbeelden ligt het initiatief bij de huisarts. Twee huisartsenpraktijken hebben bijvoorbeeld zelf een geestelijk verzorger in dienst genomen (eenmaal in een dubbelfunctie als geestelijk verzorger én POH-GGZ). Bij andere voorbeelden sluiten geestelijk verzorgers aan bij multidisciplinaire overleggen, bijvoorbeeld rondom palliatieve zorg. Bij één gezondheidscentrum organiseren geestelijk verzorgers een inloopspreekuur en trainen zij daar ook vrijwilligers in het voeren van gesprekken rondom zingeving. Ook is op deze locatie al jaren een overlegtafel/kern werkgroep actief rondom het thema zingeving. De manager van de overkoepelende huisartsenorganisatie geeft aan dat er vanuit hen ondersteuning wordt geboden bij aanvragen vanuit huisartsen voor geestelijke verzorging thuis. Bij in ieder geval twee van de voorbeelden is zingeving een thema wat expliciet onderdeel uitmaakt van het visiedocument dat ten grondslag ligt aan de zorg die geboden wordt op die locatie.

Doelgroep patiënten

De meeste initiatieven zijn in principe bedoeld voor alle patiënten van de huisartsenpraktijk waarbij zingeingsvragen spelen. Wel worden door de geïnterviewden – vaak dezelfde - specifieke doelgroepen genoemd, waaronder: ouderen, jongeren, palliatieve zorg patiënten en naasten, patiënten met (complexe) life events, eenzaamheid, psychische klachten, depressie, burn-out, long covid, een chronische aandoening of aanhoudende lichamelijke klachten ("frequente spreekuurbezoekers"). De geïnterviewden benadrukken dat het niet altijd of bij iedere patiënt of hulpvraag nodig is om aandacht te besteden aan zingeving; er zijn ook patiënten met concrete of acute hulpvragen bij wie er juist heel oplossingsgericht gehandeld kan worden en er geen aandacht hoeft te worden besteed aan zingeving ("de ingegroeide teennagel").

Doelen en (beoogde) resultaten

Genoemde doelen en beoogde resultaten bij patiënten zijn: Welbevinden, welzijn, gelukkig zijn, leven (weer) de moeite waarde. Betere gezondheid. Bijeffect minder zorggebruik, minder druk op huisartsenpraktijk, meer werkplezier bij zorgverleners. Nergens echt onderzocht, wel die indruk, horen het terug van patiënten, geloven er sterk in.

Kosten en financiering

Meestal valt aandacht voor zingeving volgens de geïnterviewden in te passen binnen de reguliere consulten in de huisartsenpraktijk. Zo valt het dus onder de standaard financiering. Over of aandacht aan zingeving zorgverleners (meer) tijd kost zijn de meningen verdeeld, kan beide kanten op. Regeling GVT of pilotprojecten (gemeente/welzijn). Stichting Geestelijke Zorg Levinas (www.gz-levinas.nl). Via een POH-GGZ regeling. Zelf betalen.

Bevorderende factoren in de uitvoer en/of opschaling

Als bevorderende factoren voor het continueren en/of opschalen van het initiatief naar andere locaties worden door de geïnterviewde professionals genoemd: tendens naar positieve gezondheid en herstelvisie etc. helpt. Bevorderend: leuk voor professionals die het mogen doen.

Past bij kernwaarde persoonsgerichte zorg huisartsen. Kennismaking en laagdrempelige consultatie GV helpt. Integreren GV in lokale netwerken en multidisciplinaire overleggen.

Belemmerende factoren in de uitvoer en/of opschaling

Als belemmerende factoren voor het continueren en/of opschalen van het initiatief naar andere locaties worden door de geïnterviewde professionals genoemd: er is ook twijfel/weerstand onder de beroepsgroepen, terughoudendheid om “meer” te moeten doen bij sommige collega’s. Financiering is m.n. voor jongeren beperkt. Ontbreekt visie en integratie in functieprofielen. Vooroordelen en onbekendheid terminologie. Huisartsen en poh’s worden medisch, klacht en (te) oplossingsgericht opgeleid. Kost tijd en/of intensieve nascholing om van alleen bewustwording ook tot echte (duurzame) gedragsverandering in professionele handelen te komen.

Methodologische overwegingen interviews pioniers

Achtergrondkenmerken en opleiding

Sterk punt van deze interviews is dat we een divers palet aan goede voorbeelden beschrijven. De oproep is herhaaldelijk verspreid via verschillende kanalen. Diverse professionals uit verschillende regio’s in Nederland namen deel aan de interviews. De deelnemers hadden veel expertise en werkervaring en waren daardoor in staat rijke informatie aan te leveren. Een tekortkoming van dit onderdeel van het onderzoek is dat we geen (volledig) beeld hebben van alle goede voorbeelden in Nederland. De goede voorbeelden die we geïdentificeerd hebben maar die niet deelnamen aan een interview (in totaal ruim 10) waren qua achtergrond vergelijkbaar met de geïnccludeerde goede voorbeelden; hieronder waren positieve gezondheid projecten, huisartsen met expertise op het gebied van zingeving (palliatieve zorg) en projecten om de samenwerking tussen zorg en geestelijk verzorgers te verbeteren. Een laatste tekortkoming van het onderzoek is dat er geen deelnemers zijn geïnterviewd met een niet-westerse religieuze achtergrond. De islam heeft binnen Nederland na de katholieke en protestantse kerk de meeste aanhangers¹⁸.

Rol zingeving in dagelijks leven en in werk

Op de vragen welke rol zingeving speelt in het dagelijks leven en werk van de geïnterviewden spreken zij allen, in verschillende bewoordingen, van een “rode draad” die zowel in hun privéleven als in hun werk een (grote) rol speelt. De manier waarop de deelnemers naar zingeving kijken en de mate waarin dit een (nog grotere) plek kreeg in hun dagelijks leven en professionele bestaan werd soms (sterk) beïnvloed door persoonlijke gebeurtenissen en *life events*, zoals het verlies van een naaste, een werk “crisis” of twijfels rondom de eigen religie of levensbeschouwing. Ook de opvoeding die van huis uit is meegegeven, eerdere werkervaring in de palliatieve zorg of een hospice, en geobserveerde worstelingen van patiënten met hun eigen religie of levensbeschouwing droegen bij aan meer aandacht voor zingeving bij de geïnterviewden. De deelnemers gaven bijvoorbeeld invulling aan zingeving door: mediteren, yoga, lezen, deelname aan een gemeenschap, deelname aan bijeenkomsten en lezingen, kunst en muziek, gesprekken voeren, reflecteren, en momenten van bezinning. Het werk wat de geïnterviewden doen is voor hen allen ook een belangrijke bron van zingeving. In het werk zelf krijgt zingeving bijvoorbeeld een plek door: (na)scholingen, de luisterhouding, een (basis)houding van niet weten, nieuwsgierigheid naar de verhalen van mensen, zingevingsthema’s aansnijden

¹⁸ Het CBS heeft cijfers gepubliceerd over de geloofsovertuiging in Nederland: [Welk geloof hangen we aan? - Nederland in cijfers 2021 | CBS](#)

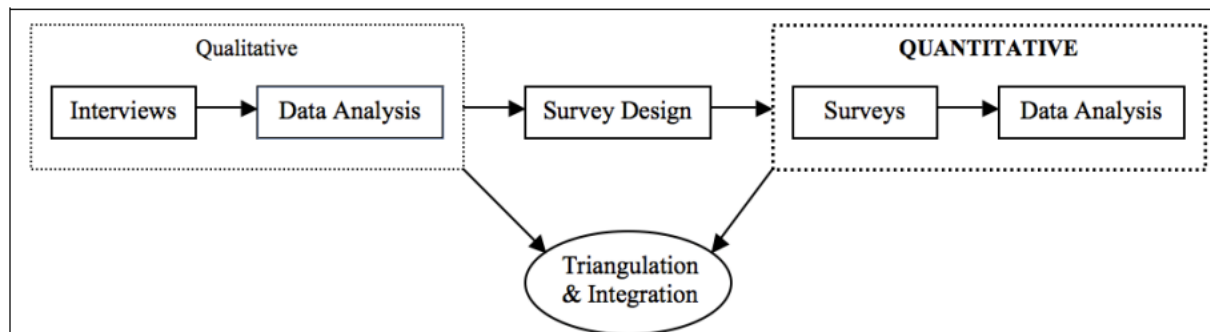
tijdens gesprekken, een oog hebben voor het welzijn van collega's, en meer rust en tijd nemen tijdens consulten.

Draagvlak voor zingeving op de werkplek of bij de organisatie

Alle geïnterviewden ervaren op hun werkplek in meer of mindere mate draagvlak voor aandacht voor zingeving. Dit wordt vooral afgelezen aan de betrokkenheid bij patiënten van collega's, die dit overigens volgens de geïnterviewden zelf niet altijd als aandacht voor zingeving zouden benoemen; zij zouden "onbewust bekwaam" zijn. Wat verder bij kan dragen aan aandacht voor zingeving op de werkplek is meer bewustwording bij collega's over wat het precies inhoudt, en als het thema onderdeel uitmaakt van een visie document binnen de organisatie.

Methoden empirisch kwantitatief onderzoek: Enquêtes patiënten en professionals

Voor het kwantitatieve deel hebben we een online vragenlijst samengesteld die vraagt naar zingeving en zingevingsbehoeften van een diverse groep respondenten, passend bij de seculiere staat van Nederland. De bevindingen van de kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeken zullen op elkaar betrokken worden en elkaar aanvullen via een Explanatory-sequential mixed methods approach, waarin achtereenvolgens eerst kwalitatief en dan kwantitatief onderzoek wordt gedaan om tot een goede verklaring van het fenomeen zingevingsbehoeften te komen. De data-analyse van de diepte-interviews en focusgroepen geeft zo een aanzet tot de vragenlijsten die gebruikt worden in het kwantitatieve deel, zie figuur 1.



Figuur 1: Sequential Explanatory Mixed Methods Design (Emphasis on the Qualitative Phase (Wu, 2011).

De vragenlijst voor professionals bestond uit drie delen: deel één ging over de begeleiding die de professional bij zingeving biedt, deel twee over de eigen zingeving van de professional en deel drie over de ondersteuning die de professional zou wensen bij de begeleiding van zingeving. De vragenlijst voor patiënten bestond uit twee delen: Deel één ging over de eigen ervaring van zin, eigen krachtbronnen en belemmeringen bij de ervaring van zingeving, deel twee over de over de behoeften rondom zingeving waren en wat zij hierin van hun huisarts of praktijkondersteuner verwachten.

Onder zingeving werd in de vragenlijst het volgende verstaan: dat wat van waarde of betekenis is in het leven of wat het doel van het leven is. Daarbij verstaan we onder zingeving meer dan alleen geloof of levensbeschouwing. Zingeving gaat ook over wat aan iemand zin geeft, wat de kracht of energie geeft om te kunnen omgaan met tegenslagen in het leven. Deze korte uitleg van het begrip zingeving werd op verschillende punten in de vragenlijst herhaald bijvoorbeeld in de introductie en voorafgaand aan een vraag over zingeving, om respondenten goed te informeren over de brede definitie van zingeving die in dit onderzoek werd gehandhaafd.

In de vragenlijst is gebruikgemaakt van zowel gesloten als open vragen. De vragenlijst is gemaakt in Qualtrics, een onlineprogramma waarmee vragenlijsten makkelijk kunnen worden uitgezet. De werving voor de patiënten-enquêtes heeft plaats gevonden via MIND¹⁹ en het NPCF²⁰. Werving van professionals heeft plaats gevonden via het netwerk (o.a. Primeur, Nivel en IPH) van de projectgroep, via Psyhag²¹ en via de beroepsvereniging van POH-GGZ²².

De vragenlijst voor patiënten heeft opengestaan van 6 oktober 2023 tot en met 8 december 2023. In totaal zijn er 322 antwoorden op de vragenlijst voor patiënten binnengekomen. De vragenlijst voor professionals heeft opengestaan van 3 oktober 2023 tot en met 20 november 2023. In totaal zijn er 91 antwoorden op de vragenlijst voor professionals binnengekomen. De analyse van de resultaten vond plaats in het programma IBM SPSS.

Methodie discussiebijeenkomst

Op een discussiebijeenkomst in november 2023 werden de voorlopige resultaten van het brancheproject per thema van de kennissynthese besproken en bediscussieerd aan de hand van vragen en stellingen. Deelnemers werden eerst gericht geworven o.b.v. hun functie en expertise. Later werd de oproep ook breder verspreid via Nivel social mediakanalen. Er waren in totaal 15 deelnemers bij de discussiebijeenkomst aanwezig (inclusief 5 leden van de projectgroep), werkzaam bij 13 verschillende organisaties. Ongeveer de helft (n=8) vertegenwoordigde en/of was werkzaam in de huisartsenzorg (praktijk, onderzoek, beroepsvereniging en/of onderwijs). De overige deelnemers vertegenwoordigden de geestelijke verzorgers of waren onderzoekers in dit veld (n=7) of vertegenwoordigden het cliëntenperspectief (n=1). De inhoud van de discussiebijeenkomst is op basis van notulen van drie aanwezige projectgroep leden samengevat per relevant thema.

Methodologische overwegingen discussiebijeenkomst

Een sterk punt van de discussiebijeenkomst is dat deze gebruikt is om met een gevarieerde groep experts een verdiepingsslag te geven aan de interpretatie van de resultaten van het onderzoek. Een beperking is dat er mogelijk sprake kan zijn van selectie bias; alleen personen die nieuwsgierig zijn naar of enthousiast zijn over het thema zingeving namen waarschijnlijk deel. Omdat er tijdens de discussiebijeenkomst vanwege de beperkte tijd vooral tijd besteed is aan het presenteren van de resultaten binnen twee thema's (zingeving bij patiënten en handelen/interventies professionals), kregen de deelnemers gelegenheid om op basis van de PowerPointpresentatie na afloop van de bijeenkomst per e-mail aanvullende input te leveren op de overige thema's (zingeving bij professionals, samenwerking, scholing). Twee deelnemers maakten hiervan gebruik. Ook deze input is meegenomen in de samenvatting. Overigens kwamen de laatste drie thema's tijdens de discussiebijeenkomst ook vanzelf aan bod tijdens het bespreken van de eerste twee thema's.

¹⁹ <https://wijzijnmind.nl/>

²⁰ www.ikzoekeenpatient.nl

²¹ <https://psyhag.nl/>

²² <https://poh-ggz.nl/onderzoek-onder-de-poh-ggz>

Bijlage 2: projectcommissie

Projectleider brancheproject	
Naam:	Corine Baar-Poort
Functie:	huisarts np & projectleider
Organisatie:	Stichting Gezondheidscentrum Levinas
E-mailadres:	corine.baar-poort@planet.nl
Telefoonnummer:	0612259421
Secretariële ondersteuning:	Resi Voorwinden Stichting Gezondheidscentrum Levinas resi.voorwinden@partnerinzorg.nl
Naam:	Miriam de Kleijn
Functie:	Adviseur Positieve Gezondheid
Organisatie:	Alles is Gezondheid Institute for Positive Health (IPH)
E-mailadres:	m.dekleijn@iph.nl
Naam:	Pieter Barnhoorn
Functie:	Huisarts-onderzoeker-docent
Organisatie:	Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC)
E-mailadres:	p.c.barnhoorn@lumc.nl
Naam:	Jaap Schuurmans
Functie:	huisarts
Organisatie:	Praktijk Ottenhoff
E-mailadres:	jschuurmans@praktijkottenhoff.nl
Naam:	Anne Stael
Functie:	Projectleider Centrum voor Levensvragen Rotterdam eo
Organisatie:	Centrum voor Levensvragen Rotterdam eo
E-mailadres:	info@annestael.nl
Naam:	Marieke van Eijkelen
Functie:	Ervaringsdeskundige / geestelijk verzorger
Organisatie:	MIND/PlusMinus
E-mailadres:	eijkelenm@hotmail.com
Naam:	Marja van Vliet
Functie:	Senior onderzoeker
Organisatie:	Institute for Positive Health
E-mailadres:	m.vanvliet@iph.nl
Naam:	Jos Somsen
Functie:	POH-GGZ, Huisartsenpraktijk Rietkampen Ede
Organisatie:	In deze werkgroep: namens LV POH-GGZ
E-mailadres:	jsomsen@huisartsrietkampen.nl
Naam:	Tessa Magnée
Functie:	Onderzoeker Huisartsenzorg en GGZ
Organisatie:	Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (Nivel)
E-mailadres:	t.magnee@nivel.nl

Bijlage 3: samenwerkingspartners

Beroepsvereniging expertise contactpersoon/-personen	Alle participerende huisartsen in dit project zijn actieve leden van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) . Daardoor zijn de lijnen kort, hetgeen de implementatie van producten ten goede zal komen. De Landelijke Vereniging POH-GGZ (LV-POHGGZ) heeft actieve ondersteuning toegezegd. Ook zijn er korte lijnen met de Nederlandse Vereniging van Praktijkondersteuners en Praktijkverpleegkundigen (NVvPO) , zodat gemakkelijk kennis en tools via deze netwerken kunnen worden verspreid. Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) is de wetenschappelijke vereniging van huisartsen en heeft als doel een wetenschappelijk verantwoorde beroepsuitoefening door de huisarts te bevorderen. De Landelijke Vereniging POH-GGZ (LV-POHGGZ) behartigt de belangen van alle POH's-GGZ in Nederland. De Nederlandse Vereniging van Praktijkondersteuners en Praktijkverpleegkundigen (NVvPO) is de belangenvereniging voor alle <i>praktijkondersteuners</i> .
Praktijkinstelling 1 expertise contactpersonen	Stichting Gezondheidscentrum Levinas www.gc-levinas.nl en www.gz-levinas.nl Projectervaring: Meer dan 10 jaar ervaring met geestelijke verzorging in de eerste lijn (regio: Rotterdam) Meer dan 10 jaar geregistreerd als erkend kwaliteitsconsulent (EKC) in de huisartsenzorg. Drs C.H.Baar-Poort & R.Voorwinden
Praktijkinstelling 2 expertise contactpersoon	Huisartsenpraktijk Ottenhoff www.ottenhoffgroesbeek.nl Praktijkervaring: 10 jaar ervaring met geestelijke verzorging in de eerste lijn (regio: Nijmegen) Drs J. Schuurmans
Onderzoek- en/of kennisorganisatie expertise contactpersoon	Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) 10 jaar ervaring in m.n. kwalitatief, naar ook kwantatief onderzoek naar onder meer professionaliteit, professionele identiteitsvorming en onderwijs in (huisarts)geneeskunde, zowel in de basisopleiding geneeskunde, de huisartsopleiding als in nascholing. Drs P.C. Barnhoorn
Eventueel andere organisaties: expertise contactpersoon	Alles is Gezondheid Institute for Positive Health www.iph.nl (Sardes is de verantwoordelijke stichting, www.sardes.nl) Kennis over Positieve Gezondheid & implementatie (o.a. Onderwijs, Onderzoek, Beleid) Dr. Miriam (M.J.J.) de Kleijn
Eventueel andere organisaties: expertise contactpersoon	Centrum voor Levensvragen Rotterdam en omstreken www.centrumvoorlevensvragenrotterdam.nl Kennis over expertise en netwerk geestelijk zorgverleners in de thuissituatie Ir. A. Stael
Eventueel andere organisaties:	Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (Nivel) https://www.nivel.nl/nl , opdrachtnemer voor het (deels) uitvoeren van het onderzoek
Eventueel andere organisaties:	Landelijke vereniging POH-GGZ (LV POH-GGZ) : https://poh-ggz.nl/
Eventueel andere organisaties:	MIND: https://wijzijnmind.nl/
Eventueel andere organisaties:	NPCF: https://www.patientenfederatie.nl/
Eventueel andere organisaties:	PsyHAG: https://psyhag.nl/

Bijlage 4: Topiclijst & interviewguide interviews professionals

Interviewguide – huisartsen - professionals

Introductie [10 minuten]

- Bedanken voor deelname
- Voorstellen:
 - Onderzoeker bij Kenniswerkplaats Zingeving en Geestelijke Verzorging; verbonden aan de Universiteit voor Humanistiek.
- Uitleg van de achtergrond en het doel van het onderzoek:
 - We richten ons op uw ervaringen als professional.
 - Het interview gaat over de aandacht voor en begeleiding bij zingeving van patiënten door huisartsen en POH. Zingeving gaat over wat van waarde of betekenis is in ons leven. Dat kan (mede) bepaald worden door een godsdienst of levensbeschouwing, maar dat hoeft niet.
 - Het doel van het onderzoek is zicht krijgen op de begeleiding bij zingeving in uw werk en uw behoefte aan ondersteuning bij het bieden van begeleiding bij zingeving aan patiënten.
 - Binnen dit onderzoek worden naast professionals ook patiënten met een depressie, burn-out of SOLK geïnterviewd.
- Praktische zaken (opname interview, uitwerking interview, toestemmingsformulier):
 - In het interview richten we ons op uw eigen ervaringen en behoeften. Er zijn geen foute antwoorden op vragen.
 - Het interview bestaat uit verschillende onderdelen en duurt ongeveer een uur.
 - Eerst willen we met u kort in gesprek over hoe zingeving een rol speelt in uw professie. Daarna gaan we met u in gesprek over wat u nodig denkt te hebben om ruimte te kunnen bieden aan de zingevingsvragen van patiënten.
 - Toestemming audio-opname (wordt verwerkt tot geanonimiseerd verslag).
 - Gebruik data (geanonimiseerd, vertrouwelijk behandeld, veilig opgeslagen, alleen voor onderzoekers toegankelijk, alleen voor onderzoeksdoelen gebruikt).
 - Teken van het IC-formulier gezamenlijk.
- Biografische informatie:

Biografische informatie	
Gender	Man, Vrouw, Anders, namelijk ..., Weet niet, Wil niet zeggen
Leeftijd	... (in jaren)
Doelgroep met wie professional werkt	
Aantal jaar werkervaring	... (in jaren)
Opleiding	[Naam opleiding en opleidingsniveau]
Woonsituatie/plek in samenleving	- Woont u samen met anderen? Partner, kinderen, anders? - Woont u in een stad of dorp?
Religie/levensbeschouwing	- Tot welke religie/levensbeschouwing schaaft u zichzelf? Gaat u naar een kerk, moskee of andere plek?
Migratieachtergrond <i>Evt. toelichting geven: we stellen deze vraag omdat migratie invloed kan</i>	Bent u in Nederland geboren? Zo nee, op welke leeftijd bent u naar Nederland gekomen?

hebben op hoe u uw werk en leven ervaart en wat voor u daarin van waarde en betekenis is

Zijn uw ouders in Nederland geboren? Zo nee: in welk land dan wel?

Begeleiding bij zingeving [max. 20 minuten]

[Zingeving]

Wat is zingeving volgens u? Waarover gaat zingeving in uw beroepspraktijk? [Hier niet te lang op doorgaan, gaat om wat zingeving voor iemand betekent]

[Zingeving onderdeel van beroep]

Bent u van mening dat 'aandacht voor zingeving behoeften en -vragen' onderdeel is van uw begeleiding of ondersteuning?

- Waarom wel/niet?
- Wanneer wel/niet?

[Herkenning van en begeleiding bij zingeving]

Herkent u zingeving behoeften en -vragen bij uw patiënten?

- Welk type zingeving behoeften en -vragen van patiënten komt u tegen in uw werk?
- Kunt u een moment beschrijven waarop u een zingeving behoefte of zingeving vragen van een patiënt herkende?
- Hoe ging u hier mee om?
- Zijn er methodieken die u gebruikt als u aandacht geeft aan zingeving?
- Zijn er verschillen in de aard van de zingeving vragen per doelgroep?

[Moeite met zingeving vragen]

Zijn er situaties waarin u moeite heeft om met de zingeving behoeften of -vragen van uw patiënten om te gaan?

- Herkent u situaties waarin een patiënt met complexe zingeving vragen worstelt?
- Wat heeft u gedaan in die situaties?

[Samenwerking]

Verwijst u patiënten wel eens door naar andere professionals voor de begeleiding bij zingeving vragen?

- Naar welke professional?
- Waarom wel of niet?
- Wanneer verwijst u patiënten door?
- Werkt u samen met geestelijk verzorgers? Waarom wel of niet?

Zingeving van de professional [max 15 minuten]

[Persoonlijke zingeving]

Heeft u het idee dat uw persoonlijke zingeving van invloed is op hoe u omgaat met zingeving behoeften of zingeving vragen van patiënten?

- We hebben net besproken wat zingeving voor u betekent. Hoe is dat van invloed op uw werk?
- Kunt u een voorbeeld geven?

[Zingeving in het werk]

Op welk moment ervaart u zin/betekenis/waarde in uw werk?

- Kunt u zo'n moment beschrijven?
- Waarom ervaart u op dat moment zin?

[Belemmeringen]

We hebben het net gehad over de zin/betekenis die u in uw werk ervaart. Zijn er wel eens momenten dat u die zin minder of niet ervaart?

- Welke belemmeringen ervaart u op zulke momenten?

[Kracht- en inspiratiebronnen]

Wat of wie helpen u om dat wat belangrijk voor u is, een plaats te geven in uw werk?

(Bv. bepaalde activiteiten, gedachten, etc.)

- Wat zijn uw kracht- of inspiratiebronnen?
- Praat u wel eens met iemand over wat van belang/betekenisvol/van waarde is in uw leven?
- Met wie is dat? Waar vinden dat soort gesprekken plaats?

Ondersteuningsbehoeften in de begeleiding bij zingeving [20 min]

[Zelfredzaamheid]

Heeft u het gevoel dat u aan de zingeving behoeften en -vragen van uw patiënten tegemoetkomt?

- Waarom wel of niet?

[Behoeften aan ondersteuning]

Wat heeft u nodig om aandacht te geven aan zingeving behoeften en -vragen van patiënten? (Denk bijvoorbeeld aan kennis, vaardigheden, randvoorwaarden in de organisatie)

Hoe zou u zichzelf het liefst verder willen bekwamen in het begeleiden van patiënten met zingevingsvragen? (bv. via training, intervisie etc.)

[Zingeving in opleidingen]

Was er in uw opleiding of in nascholing aandacht voor zingeving?

- Zou dit volgens u onderdeel moeten zijn van het curriculum?
- Zo ja, hoe moet dat vorm krijgen?
Indien nee, waar moet het dan wel een plek krijgen?

Afsluiten [5 minuten]

- Is er iets dat u nog graag kwijt wilt over het onderwerp?
- Hoe heeft u dit interview ervaren?
- Bedanken en afsluiten
- Opname uitzetten
- Aanbieden het getranscribeerde interview toe te sturen (niet om iets aan te kunnen passen, maar om er iets uit te kunnen laten weghalen ivm privacy).
- Nazorg en ruimte bieden voor wanneer het lastig en emotioneel is, via Corine Baar.

Bijlage 5: Goede praktijkvoorbeelden

De achtergrond van de deelnemers aan de interviews over de goede praktijkvoorbeelden is geschetst in bijlage 1.

Deze bijlage bestaat uit drie onderdelen;

- a. Box 1 toont ter illustratie enkele quotes van geïnterviewden.
- b. Tabel 1. bevat een overzicht van de goede voorbeelden op het gebied van aandacht voor zingeving in de huisartsenpraktijk waarover de respondenten zijn geïnterviewd.
- c. Dit is de topiclist die is gebruikt voor de interviews over de praktijkvoorbeelden.

5.a Quotes

Box 1. Quotes uit interviews over goede voorbeelden op het gebied van aandacht voor zingeving in de huisartsenpraktijk

Huisartsen

“Als ik nu terugkijk: wat heeft het meeste toegevoegd? Het aansluiten van geestelijk verzorgers bij het multidisciplinair overleg. Als je ziet hoe iemand is en wat iemand doet, dan begrijp je het. En als je daar een goed gevoel bij hebt, dan verwijst je meer en heb je meer vertrouwen.” (Huisarts)

“We hebben gezegd dat het in het centrum op drie niveaus moest werken. Daar is goed over nagedacht. Geestelijk verzorgers zijn er voor de patiënten, voor professionals en collega's binnen het centrum, én bij morele of ethische dilemma's. Zij zijn dus ook beschikbaar voor consultatie. Bijvoorbeeld bij terminale zorg, wat moet je dan wel doen en wat vooral ook niet.” (Huisarts)

“Ik hoop dat de centra voor levensvragen hun plek blijven behouden, dat is ook tijdelijke financiering. Per 2-3 jaar loopt dat. Het grappige is, ik denk dat de maatschappij daar toch op de een of andere manier uit moet komen. Je hebt als patiënt in een instituut wel recht op geestelijke verzorging, maar in de eerstelijns niet. Vroeger werd dat gemakkelijk opgevangen door kerken, maar dat verdwijnt. Nadeel is ook als je dat alleen aan de kerken overlaat, er dan geen zicht is op de kwaliteit van de mensen en de begeleiding. Bij de centra kun je mensen voor allerlei charlatans behoeden, zeker omdat het gaat om mensen die kwetsbaar zijn, want anders kom je daar niet. Ik denk dat je als maatschappij wel een soort plicht hebt hierin. Vraag is hoe je opbrengsten meet, dat zagen we ook bij afspraken maken over het scoren van gesprekken bij ons. Waarschijnlijk kom je toch meer op narratieve methoden terecht. Die zijn wel wetenschappelijk steviger aan het worden. Denk dat het alleen maar op die manier kan. Het is geen getal wat je er aan kunt geven. Ingewikkeld is ook, je hebt altijd de hoop dat gesprekken rond deze thema's niet alleen in het hier en nu iets doen, maar ook voor de toekomst, draagkracht en veerkracht verhogen, bronnen daarvoor aanboren. Als je dat eenmaal gevonden hebt, kun je dat je hele leven meenemen. Metingen zijn altijd kort erna, maar je moet dan ook op de lange termijn kijken, en dat is nog ingewikkelder.” (Huisarts)

“Doordat we het centrum geestelijke verzorging hebben is inmiddels bij ieder zorgpad PaTz-overleg in Rotterdam geestelijke verzorging aangesloten. Dat zou je volgens mij ook moeten opschalen naar ouderen. In persoonlijke behandelplannen kunnen geestelijk verzorgers een hele goede rol spelen in vinger op de juiste plek leggen van welke dingen besproken moeten worden bij de patiënt. Als patiënten vervolgens meer zicht hebben op welke dingen belangrijk zijn, dan kun je ook betere keuzes maken in wel of niet en wat behandelen. Ik denk eerlijk gezegd dat het dan ook kosteneffectief zou kunnen uitpakken. Mensen hebben dan nagedacht

over waarom wil ik leven of doorleven, en worden niet door een vraag overvallen. Bij dat laatste krijg je vaak automatisch: doorgaan.” (Huisarts)

“Je kunt niet alleen maar mensen scholen, je moet ook een veilige ruimte creëren waarbinnen de uitvoer kan, anders oogst je alleen maar frustratie bij hulpverleners. Anders moeten ze iets doen waar ze negatief op afgerekend worden. Continu focussen op vinkjes en niet zien hoe de warme contacten zijn onderling tussen patiënten en professionals, terwijl dat voor zorgverleners het allerbelangrijkst is. Daar moet je een open oog voor hebben, wat zijn drijfveren van werknemers, anders is er een recept voor burn-outs. Waardering is heel belangrijk.” (Huisarts)

“Zingeving is verweven door mijn dagelijks leven en werk. Binnen de palliatieve zorg is dat een vanzelfsprekendheid. Maar ook daar bij intervisie of casusbespreking is het toch snel een ondergesneeuwd kindje. Er wordt ook daar geworsteld om dit een plek te geven. Iedereen is zo gericht op symptoombestrijding. Ook zorgvragers zijn daarop gericht. Ook wij, zelfs als we reflecteren is er weinig tijd om diep te gaan. Eigenlijk is het in mijn dagelijks werk als huisarts concreter te maken dan in de palliatieve zorg. Daar is er veel meer tijd en ruimte om te besluiten, verdiepende dingen te doen. Bijvoorbeeld aan het einde van de dag bij visites of familiegesprekken, ik ben veel meer baas over eigen tijd en indeling.” (Huisarts, kaderarts palliatieve zorg)

“Wat ook in de weg staat is de woordkeus. Je hebt echt even nodig om te omschrijven wat je bedoelt als je met zingeving af aspecten zoals existentieel voor de dag wil komen. Het helpt enorm hoe de dingen bijvoorbeeld op de website Pallialine omschreven staan. Je ziet iedereen wat glazig kijken als je met deze woorden aan komt zetten. Mij heeft het heel erg geholpen om in aanraking te komen met mensen met een medische achtergrond die het kunnen vertalen naar de beroepsgroep. Zo iemand als Yalom vond ik zelf erg verhelderend, hij heeft zelf een medische achtergrond en kan met die kennis dingen presenteren, wat hij als existentiële dilemma's ziet en kan dat schematisch goed neerzetten.” (Huisarts, kaderarts palliatieve zorg)

“Hoopvolle perspectieven zijn: door het aantal ouderen wat noodgedwongen thuis verblijft, en minder instellingsbedden, werken huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde steeds intensiever samen, en zij werken makkelijker met deze aspecten. Ik heb een deelonderzoek gedaan, dat ging om euthanasie vragen. Door specialisten ouderengeneeskunde werd spontaan tijdens interviews genoemd hoeveel geestelijk verzorgers institutioneel gebonden waren. Bij huisartsen kwamen we dat niet tegen.” (Huisarts, kaderarts palliatieve zorg)

“Ik weet dat het voor opschaling een heel dilemma is. Tijdens de woudschoten conferentie een paar jaar geleden zijn opnieuw voor de eerstelijns de kerntaken geformuleerd. Toen heeft deze discussie ook erg gespeeld. Toen had men binnen de beroepsgroep sterk de neiging, dit moet geschrapt worden. In de discussie lag erg de focus op fysieke problematiek. Vanuit het gevoel, we worden overladen met problemen, dus we willen geen sociaal maatschappelijke problemen oppakken. Ik merk een soort gespletenheid in de doelgroep. Ik ervaar juist zelf een enorme tijdswinst als je wel holistisch werkt. Dat argument staat zelf wel onder druk. Het hangt dus ook erg van de opleidingssetting en de omstandigheden af of dit aangeboden wordt of niet. De huisarts instituten hebben grote vrijheid in de invulling van hun programma. Zingeving is geen vast onderdeel. Het hangt erg af van de gedragswetenschapper, die is altijd een duo met de huisarts, of het een thema is of niet. Zo'n opleidingsgroep bestaat uit 10-15 huisartsen, die als groep met elkaar optrekken, met begeleiding door dat duo. Je merkt ook binnen universiteiten grote diversiteit tussen groepen.” (Huisarts, kaderarts palliatieve zorg)

"Aangetoond is ook wel, er is binnen de beroepsgroep huiver voor alleen maar meer werk, gesprekken en overleg. Dat geldt ook voor advance care planning. Daar is ook steeds meer onderzoek naar gedaan binnen huisartsenpraktijken, het levert juist enorme winst op. Ook als het huiver oproept en intuïtief weerstand, kan het juist veel opleveren en veel voordelen hebben. Ik merk ook wel dat die huiver wat verdwijnt. Maar ik zit zelf ook wel tussen een selectie van collega's, niet tussen degenen die dat wegwijsen." (Huisarts, kaderarts palliatieve zorg)

Praktijkondersteuners

"Je zou als reguliere POH-GGZ wel uitgerust moeten zijn om levensvragen boven water te kunnen halen om dan door te verwijzen voor begeleiding. Daar ligt eigenlijk de scheidslijn, dat zou helderder kunnen. Ik merk nu de meerwaarde. Mijn eerste insteek is geworden om POH-GGZ verder te scholen. Veel ouderen worden verwezen naar de POH-GGZ, daar zou eigenlijk misschien de geestelijk begeleider een rol kunnen spelen. De huisartsenpraktijk is laagdrempelig. De stap naar de GGZ of geestelijk begeleider buitenshuis is veel groter. Er is nog veel verwarring over de term geestelijk begeleider. Veel mensen denken dan aan de kerk, mensen zijn soms juist van hun geloof gevallen, misschien zou dan een ander woord beter werken. Het zou denk ik wel een mooie plek kunnen krijgen in de huisartsenpraktijk." (POH-GGZ, geestelijk verzorger)

"Tijdens een webinar van Akwa GGZ over zingeving waar ik pas een bijdrage aan leverde was er een bijzonder moment. De vraag van één van de kijkers was: hoe vind ik hier tijd voor? Naast alles wat ik al moet doen. Toen keken de ervaringsdeskundige en ik elkaar aan, van: hè?! Het is niets extra's. De zingeving van de patiënt is de kern waar het om draait. Het moet er in de gesprekken altijd over gaan voor wat er voor de patiënt wezenlijk toe doet, anders is het niet zo zinvol. Bijna zo: als je het er niet over hebt, als het niet centraal staat, waarom zit je daar dan met zijn tweeën. Mooie ontdekking van mijn eigen literatuuronderzoek was: dit hele denken van zingeving is ontzettend nauw verbonden met de kern van de huisartsenzorg. De eerste kernwaarde van huisartsenzorg is: persoonsgericht, nog vóór medisch-generalistisch. Dat is volgens mij ook de kern van zingevingszorg, de mens centraal, dat jij MET die persoon bent. Dat is het uitgangspunt, daaruit kan veel uit volgen." (POH-GGZ)

"Ik heb voorgesteld om regionaal een bijscholing te doen. De huisarts zei als eerste, ik weet niet of er genoeg belangstelling voor is. Zoiets kom je maar één of twee keer per jaar tegen, dan vergeet je het weer. Toen zei ik: weet je nog wie je de laatste tijd allemaal verwezen hebt? Dat waren allemaal zingevingsvragen. Eén iemand met burn out, waarvan jij zelf al zei dat die een beetje met de ziel onder de arm liep sinds hij werd afgewezen voor de kleinkunstacademie. Dat duidt op een zingevingsvraag. Ze hebben er absoluut oog voor en vinden het een goed idee om die patiënt met mij te laten praten, zonder het zingeving te noemen. Ik vind mijn collega's voor een groot deel onbewust bekwaam. Ze benoemen het meestal niet als zingeving, maar ze willen wel weten wie de mens is, hebben oog voor de mens achter de klacht. Soms wordt er te lang alleen somatisch gekeken, dan hadden ze eerder kunnen doorvragen of doorsturen. In de kern snappen ze het wel. Oog voor zingeving is gewoon huisartsenzorg en dit zijn goede huisartsen." (POH-GGZ)

"Maar ik ben ook super praktisch. Bij bijvoorbeeld een fobie leg ik uit hoe angst werkt en exposure. Dan zijn we niet heel erg met hogere doelen van het leven bezig. Als ik het uitvraag op het niveau van angst, maar ook op het niveau van wat betekent dit voor jou, dan vormt het heel vaak een beperking in iets wat wezenlijk is, dat vormt de intrinsieke motivatie. Want als dát niet meer kan, dat is dat vaak het moment dat mensen naar de huisarts gaan. Als je weet wat dat is, dan geeft het een enorme drive. Ik ben absoluut niet tegen oplossingsgericht, dat

ben ik óók, maar vooral in tweede instantie. Ik wil net als iedere POH-er dat mensen met een concreet voornemen en actie naar huis gaan. Maar alleen als ze weten waarom en de pijn ervaren daaromheen. Ik ga in ieder geval niet voorbij de pijn. Dan kan een techniek weer een manier zijn om de pijn te vermijden. Het gaat over de houding ten aanzien van lijden. Hoe meer mensen vermijden, hoe meer last ze hebben.” (POH-GGZ)

“De verbinding met de centra voor levensvragen is wel heel belangrijk, dat is net zo’n belangrijk onderdeel van het netwerk als bijvoorbeeld het sociaal team en de psychosomatisch fysiotherapeut. Het centraal stellen van de mens zelf en betekenisgeving, dat vind ik basaal, voor de hele huisartsenzorg. In hoeverre je ook daadwerkelijk begeleiding biedt, dat hangt echt af van de affiniteit en kennis en kunde van de POH-GGZ. Als dat er niet is, dan kun je dat erkennen en gewoon verwijzen. Ken ook je grenzen. POH's-GGZ hoeven geen geestelijk verzorgers te worden, die zijn er al. Ik zie het hoe überhaupt de generalistische zorg is: je moet alles een beetje kunnen, is het te ingewikkeld dan moet je verwijzen.” (POH-GGZ)

“Een bedreiging is het over de kling jagen van POH-GGZ. Sommige praktijken verwachten dat zij 13 mensen per dag zien, maar dat verhoudt zich niet met de rust en diepgang die je eigenlijk wilt hebben. Hier houdt de landelijke vereniging POH--GGZ zich ook wel mee bezig, maximaal zoveel patiënten per dag. Ik denk dat het niet meer tijd vraagt, aandacht voor zingeving, maar te veel patiënten per dag dan gaat de kwaliteit van zorg achteruit. POH's moeten daar ook gewoon goed over onderhandelen en niet meer te veel gaan doen. Dat is voor de financiering ook niet nodig. Het is belangrijk dat alle POH-GGZ hierin één lijn trekken en unaniem niet langer akkoord gaan met meer patiënten op een dag zien dan goed is voor hun gezondheid en duurzame inzetbaarheid.” (POH- -GGZ).

“Wat een grote belemmering is, is dat de subsidieregeling geestelijke verzorging thuis niet voor alle leeftijden is. Er spelen enorme zingevingsvragen bij jongeren, ik vind het bizar dat daar niets voor is. 50+ en palliatieve zorg en naasten, daarvoor wel. Pas als de dood in beeld komt is er aandacht voor, dat is een heel fout beeld wat mij betreft. Als je op jongere leeftijd hulp krijgt bij het terugvinden van je kompas en leert leven naar wat jij belangrijk vindt, kan dat een enorm positieve invloed hebben op de rest van je leven en op de wereld. Juist bij jonge mensen wil je af van de focus op klachten en de suggestie dat emoties een probleem zijn waarvoor je naar een psycholoog moet om die te fiksen. Juist hen wil je leren om emoties en gepieker te zien als signalen dat je misschien een leven leidt dat wel sociaal-wenselijk kan zijn, maar niet past bij wie je in wezen bent. Juist hen wil je aanmoedigen zich echt te verbinden met de mensen om hen heen die hen kunnen steunen.” (POH-GGZ)

“Medewerking vanuit de praktijk zelf is heel belangrijk. Je moet het als team doen. Niet dat één iemand de hele kar trekt. Je moet bespreken: wat past bij onze visie? Die teamspirit, het samen doen, dat vind ik heel belangrijk. Daar hebben we in het begin ook aandacht aan besteed. Dat komt nu allemaal bij elkaar, dat is heel fijn. Bijvoorbeeld de assistente; als die iets signaleert wordt dat ook gelijk teruggekoppeld. Ook zij hebben aandacht voor niet alleen ‘een bloeddrukje’ of ‘een oor uit spuiten’. Er is een visie document. Daar staat in dat je mensen in het geheel ziet. De teamspirit is ook beschreven. Het samen doen. En de mens met de ziekte of klacht, en niet andersom.” (POH-somatiek, praktijkmanager)

“Er zijn ook wel mensen voor wie het niet hoeft. Ik zie ook wel veel mensen met wie het prima is. Wij vragen altijd wel een beetje door. Soms gaat het wel prima, dan zie je dat ook wel weer in het dorp. Dus het is niet iedereen die dit nodig heeft. Het is afhankelijk ook van de klacht waarmee iemand bij de huisarts komt of bij mij.” (POH-somatiek, praktijkmanager)

Professionals buiten de huisartsenzorg

"Ik vind wel dat de samenwerking met huisartsenpraktijken steeds beter gaat. Dat vonden we in het begin best wel lastig. Binnenkomen met een folder of over onze projecten vertellen was al lastig. Ik snap dat ook wel. Het begint de laatste tijd beter te worden. We zijn in staat helder te vertellen dat zij er ook iets aan kunnen hebben, bijvoorbeeld bij vage klachten. Voor de vraag achter de vraag. De rol van de praktijkondersteuner is daarin ook belangrijk, de POH-somatiek en de POH-GGZ die vaker doorverwijzen. Er is in de medische sector ook wel meer aandacht voor zingeving. Laurens heeft de thuiszorg medewerkers getraind op een antenne voor zingeving: als je toch de steunkousen doet, kijk dan ook even hoe het verder gaat. Je kunt dan zelf zingeving doen of naar onze projecten doorverwijzen. Het is de laatste jaren niet meer zo'n raar onderwerp. Ook VWS heeft geld vrijgemaakt. Er is toch wel iets veranderd in de samenleving, het denken over positieve gezondheid. Er is ontstaan daardoor een antenne bij huisartsen, die willen iets anders proberen. Er zijn praktijken die heel veel doorverwijzen en toegankelijk zijn, en anderen houden de deur dicht." (Directeur stichting vrijwilligers)

"Nee, ik ken geen nascholingen over zingeving voor de huisartsenzorg. Dat zou misschien wel helpen om huisartsen sensitiever te maken op dit vlak. Ik geloof wel dat binnenkort één van de Motto collega's voorlichting gaat geven bij Rijnmond Dokters. Die hebben daar zelfs zelf om gevraagd." (Directeur stichting vrijwilligers)

"Er gebeurt al veel, maar de dominante gedachte is nog heel erg medisch. De oorzaak van rugpijn ligt vaak een halve meter hoger, zeggen ze ook wel. Aspecten van zingeving kunnen altijd een rol spelen. Het hoeft niet, maar het kan wel. Mensen moeten ook leren: hier houdt mijn expertise op. En leren om dan anderen te betrekken. Vandaar dat wij ook zo insteken op die netwerken. De huisarts kan daar een hele belangrijke rol in spelen. Ik neem zelf ook nog steeds aanvragen vanuit verwijzers voor de geestelijke verzorging thuis aan. Dat gaan sommige huisartsen ook steeds vaker aanvragen. En zij doen nu ook een steeds betere aanvragen. Dat je denkt: JA! Hiér is het voor. Die hebben dan een pagina omgeslagen in hun hoofd. Onze promotie heeft geholpen, denk ik. Ik heb zelf bijvoorbeeld praatjes gehouden bij vergaderingen van huisartsen. We hebben foldermateriaal verspreid. En het gewoon een keer doen helpt. En aan onderzoek meedoen." (Manager eerstelijnszorgorganisatie)

"Ik zat een keer bij een gesprek met een huisarts. Die zei toen: óh, is dat ook zingeving? Dat was een eyeopener. Zorgverleners zijn heel vaak onbewust bekwaam. Het draait om bewustwording; daar en daar kan ik op doorvragen. De connotatie rondom het woord zingeving is soms negatief en soms onvolledig." (Manager eerstelijnszorgorganisatie)

"Er was een landelijk format voor de invulling van de post covid netwerken. Maar wij hebben heel bewust de geestelijk verzorger ingezet in al die netwerken. Er was een kennismakingsronde, daar konden zij steeds vertellen wat het was dat zij deden. Dat was voor heel veel mensen een eyeopener. Dit was een patiëntengroep waar veel bij gebeurd was, dus daar was aandacht voor zingeving heel wenselijk. De geestelijk verzorgers draaiden mee in projecten, anderen kregen er oog voor. Dit doen we nu nog steeds in projecten, spelenderwijs, het heeft enorme meerwaarde. De zorgverlener kent die persoon, heeft er mee zitten praten, krijgt contactgegevens, zo krijgt diegene ook meer oog voor zingeving." (Manager eerstelijnszorgorganisatie)

"Maar wij denken uiteindelijk allemaal nog vanuit het medisch model. Dat veranderen is de grootste opgave. Dat stukje bewustwording, dat anders denken, dat gaat onze pet te boven. Dat vraagt een enorm open mind, een mind shift. Dat is natuurlijk gaande, dat zie je ook bij het IZA met meer regie bij de patiënt, samen beslissen. Dat alles draagt bij aan verandering. Niet

van: je hebt pijn en hier is een pil. Aan die pijnlijke rug zit ook nog een mens vast. En die kent dat lijf en zichzelf. Zingeving moet daarin een plek krijgen.” (Manager eerstelijnszorgorganisatie)

“Dat zingeving nu al geen vies woord meer is, dat is al vooruitgang. De kern is de intrinsieke motivatie dat je iets beters wilt creëren voor de patiënt.” (manager eerstelijnszorgorganisatie)

“Ook bij de uitrol van Welzijn op Recept (WoR) is er veel voorlichting over voor wie is dit geschikt. Dat gaat over weer kleur geven aan iemands leven, de uitleg gaat dan ook over zingeving. Ik was aangenaam verrast over hoe huisartsen open staan hiervoor en voor WoR. Dat ze zien dat wat zij kunnen doen binnen de praktijk, ook medisch, niet altijd goed past bij wat zij anders kunnen doen of wat nodig is in de praktijk. De meeste huisartsen staan wel open hiervoor. We zijn net in Sneek gestart, er is echt veel enthousiasme, die snappen het ook. Maar je ziet natuurlijk wel verschil, ook wel bij praktijkondersteuners. Dat ze het toch niet altijd helemaal goed kunnen vatten, waar gaat het nou om. Soms zijn zij bang voor concurrentie. De POH-GGZ zegt dan: ja, maar dat doe ik al. Dat kom je ook wel tegen. Bij sommige praktijken wordt nog te weinig verwezen. Dat betekent niet dat ze zingeving niet belangrijk vinden, maar je moet toch op bepaalde manier een gesprek openen om zingeving te kunnen adresseren. Het gaat vooral over een breed gesprek voeren. Als iemand vaak komt omdat ‘ie zich depressief of misselijk voelt, dan gaat het heel erg over een lichamelijke klacht. Je moet dat dan goed insteken, waarom doorverwijzen naar de welzijnscoach? Op een tactische manier. Huisartsen geven wel aan, wij kennen de patiënt vaak al goed. Dat betekent niet dat ze in 20 minuten nodig hebben om dit gesprek te voeren, het brede gesprek kost niet per se heel veel meer tijd. De ene patiënt haakt bij dit soort worden al af; het zit niet tussen m’n oren. Dan kunnen huisartsen inzetten dat ze al weten hoe die patiënt in elkaar zit. Iemand kent de POH-GGZ of POH-somatiek meestal nog niet zo goed. Dat maakt dat ze daar denk ik minder makkelijk het brede gesprek gaan voeren over zingeving. Er zijn sowieso veel individuele verschillen.” (Projectleider welzijn)

“Ik weet niet hoe veel mensen precies voor zingeving worden verwezen. Wat ik mondeling terugkrijg, voor veel mensen die uitstromen betekent het echt wel dat ze meer kleur in hun leven hebben. Of het dan gaat om zingeving is even de vraag, maar je merkt wel echt dat velen blijer zijn na afloop. Voor sommigen geldt ook dat ze minder vaak bij de huisarts komen. Worden ook verwezen omdat ze meer willen meedoen, dan wordt zingeving niet expliciet aangevinkt, vraag of dat dat klopt, als je meer contacten hebt, word je ook meer gezien, gehoord, dus dat is ergens ook zingeving. De registratie is dus niet helemaal sluitend, maar mijn gevoel zegt wel dat het een bijdrage levert.” (Projectleider welzijn)

“Goed contact met verwijzers is belangrijk. Het was bij het gebiedsteam een hele tijd moeizaam binnenkomen. Dat is nu wel op orde, maar daar hebben we flink aan moeten trekken. Dat zie je bij sommige huisartsenpraktijken toch ook wel. Die zeggen dan, jullie zijn toch al net langs geweest? Beide partijen moeten het belang zien van elkaar kennen en goed en regelmatig contact. Dat maakt ook dat de verwijzingen goed blijven gaan. Belangrijkste is dus meegaan in het samenwerkingsmodel.” (Projectleider welzijn)

“De ontwikkelingen in kader van IZA en GALA kunnen bij dit alles heel erg helpen. Daarmee is er aanleiding om de partijen om tafel te krijgen en het gesprek aan te gaan. Meer touwtjes in handen om het goede gesprek aan te gaan. Iedereen voelt de druk op de zorg. Er is steeds meer oog voor de kant van welzijn en welbevinden. Ik zie wel een verschuiving naar meer belangstelling voor de zingevingskant en de sociale kant. Ik hoop dat er meer ruimte komt in investeren hoe je iemand kunt bewegen om het gedrag aan te passen. Het medisch model is:

ik doe dit en het probleem is opgelost. Dat werkt als iets ook daadwerkelijk kapot is, maar niet bij andere vraagstukken.” (Projectleider welzijn)

5.b Overzicht van goede voorbeelden

Tabel 1. Overzicht van goede voorbeelden op het gebied van aandacht voor zingeving in de huisartsenpraktijk

Naam/beschrijving initiatief	Functie geïnterviewde	Betrokken hulpverleners	Doelgroep patiënten	Korte beschrijving aanpak/ inhoud	Aanleiding initiatief	Doelen en (beoogde) resultaten	Kosten (tijd en financiering)	Bevorderende factoren bij uitvoer en/of opschaling	Belemmerende factoren bij uitvoer en/of opschaling
Geestelijke verzorging door de POH-GGZ	POH-GGZ en geestelijk verzorger	Alle zorgverleners in de huisartsenpraktijk, huisartsen en praktijkondersteuners somatiek verwijzen naar POH-GGZ bij zingevingsvragen	In principe alle patiënten van de huisartsenpraktijk; in het bijzonder die met zingevingsvragen (met name jongeren en ouderen)	Aandacht voor zingeving en geestelijke verzorging tijdens POH-GGZ consulten; een basishouding van actief luisteren en 'niet weten'	Coronacrisis brandhaard in religieuze regio, er speelden daardoor veel (nieuwe) zingevingsvragen bij patiënten. De huisartsenpraktijk is toen op zoek gegaan naar een POH-GGZ met een GV achtergrond	Patiënten voelen zich gehoord Een ander perspectief bij patiënten; durven andere afslag te nemen Draagt bij aan vertrouwensrelatie tussen patiënt en POH-GGZ Verhoogt plezier in werk bij POH-GGZ	De POH-GGZ consulten rondom GV vallen nu onder de reguliere financiering; mogelijk kost het iets meer gesprekken om tot de (levens)vragen te komen dan bij "reguliere" POH-GGZ begeleiding. Verkend wordt of het GV werk wat de POH-GGZ doet in de toekomst op een andere manier gefinancierd moet/kan worden, voor betere positionering en minder vertroebeling tussen de functies.	De huisartsenpraktijk is laagdrempelig De stap naar de GGZ of geestelijk begeleider buitenshuis is veel groter. Uitrusting reguliere POH-GGZ om zingevingsvragen boven water te halen en hoe en wanneer te verwijzen naar GV. De geïnterviewde verzorgt een driedaagse nascholing training aandachtig luisteren voor collega POH-GGZ. De training maakt onderdeel uit van het verplichte aanbod van de stichting waarbinnen respondent werkzaam is; onbekend is hoeveel animo er onder de potentiële deelnemers is. Onderdeel van de training is het gedachtegoed van Frankl. Aanpakken terminologie en vooroordelen over zingeving en GV	De training lijkt bewustzijn te verhogen, maar cursisten vinden het moeilijk toe te passen. Mogelijk is voor echte verandering een intensievere scholing nodig
Expertise en verbindersrol geestelijke verzorging bij POH-GGZ	POH-GGZ*	POH-GGZ, geestelijk verzorger en huisartsen	In principe alle patiënten van de huisartsenpraktijk; in het	De POH-GGZ heeft expertise op het gebied van zingeving en kan deze	Persoonlijke ontwikkeling en affiniteit bij POH-GGZ, o.a. in de	Patiënten begrijpen zichzelf beter, hebben meer inzicht,	De POH-GGZ neemt ruim de tijd voor het eerste gesprek (45-60 minuten).	Aandacht voor zingeving past bij de huisartsenzorg kernwaarde 'Persoonsgerichte zorg'	Ontbreken landelijke visie op de rol van huisartsen en POH-GGZ in het

Naam/beschrijving initiatief	Functie geïnterviewde	Betrokken hulpverleners	Doelgroep patiënten	Korte beschrijving aanpak/ inhoud	Aanleiding initiatief	Doelen en (beoogde) resultaten	Kosten (tijd en financiering)	Bevorderende factoren bij uitvoer en/of opschaling	Belemmerende factoren bij uitvoer en/of opschaling
			bijzonder die naar de POH-GGZ worden verwezen	signaleren en passende begeleiding bieden, via luistervaardigheden, niet altijd of (te) snel oplossingen bieden, ACT-technieken, mind maps en rituelen. De POH-GGZ werkt nauw samen met een geestelijk verzorger en kan deze laagdrempelig consulteren. Voor verwijzingen naar de GV hanteert de POH-GGZ dezelfde afkappunten als bij andere klachten: begeleiden bij eenvoudige vragen en verwijzen bij (te) complexe vragen. Casus besprekingen voorafgaand aan verwijzing naar de POH-GGZ en kennismaking met de geestelijk	palliatieve zorg gewerkt	<p>maken bewust (andere) keuzes, vinden hun intern kompas</p> <p>Op de lange termijn kan het een preventieve werking hebben, patiënten kunnen centraal stellen wat ze belangrijk vinden en hebben meer veerkracht</p> <p>Meer werkplezier bij de POH-GGZ</p> <p>Uitkomstmaten, die ook uit de literatuur naar voren komen moeten zijn: 1) de patiënt moet zich gezien voelen 2) de patiënt moet ruimte ervaren voor wat niet opgelost kan worden, 3) de</p>	<p>Dit kan binnen de reguliere vergoeding van consulten.</p> <p>De POH-GGZ denkt misschien iets meer gesprekken per patiënt in te zetten dan gemiddeld, maar is niet langer bezig per gesprek. Soms kan de focus op zingeving maken dat een traject juist heel snel verloopt, als iemand heel depressief is en toch opeens weer op het goede spoor komt omdat diegene in contact komt met wat wezenlijk is. Weten waar je 't voor doet kan het zetten van lastige stappen enorm veel makkelijker maken.</p>	<p>Samenwerking met geestelijk verzorgers of het centrum voor levensvragen cruciaal; zij moeten net als bijvoorbeeld sociaal team en psychosomatisch fysiotherapeut (standaard) onderdeel zijn van het netwerk van de POH-GGZ (huisarts) zijn</p> <p>Diverse ontwikkelingen dragen bij aan belangstelling voor het onderwerp, zoals positieve gezondheid, herstelvisie, ACT</p>	<p>signaleren, bespreekbaar maken, begeleiding bieden en verwijzen bij zingevingsvragen. Uit onderzoek blijkt dat veel patiënten dit wel belangrijk vinden. Vermoedelijk bieden dat huisartsen en poh's 'vanzelf al wel enige zorg op dit vlak, maar dit moet meer bewust gebeuren om te kunnen reflecteren en te verbeteren. Zingeving is ook geen onderdeel van het functienetwerk van de POH-GGZ</p> <p>Variatie in in hoeverre huisartsen persoonsgericht werken en aandacht hebben voor de context van een patiënt</p> <p>Huisartsen en POH-GGZ zijn</p>

Naam/beschrijving initiatief	Functie geïnterviewde	Betrokken hulpverleners	Doelgroep patiënten	Korte beschrijving aanpak/ inhoud	Aanleiding initiatief	Doelen en (beoogde) resultaten	Kosten (tijd en financiering)	Bevorderende factoren bij uitvoer en/of opschaling	Belemmerende factoren bij uitvoer en/of opschaling
				verzorger maakt dat de huisartsen in de praktijk bij levensvragen vaker verwijzing naar de geestelijk verzorger overwegen in plaats van naar de POH-GGZ.		patiënt moet ruimte ervaren voor wat niet of moeilijk uitgedrukt kan worden of moeilijk te verwoorden is.			klacht- en oplossingsgericht opgeleid, terwijl zingevingsvragen (juist) niet om een (snelle) oplossing vragen De subsidieregeling geestelijke verzorging thuis is alleen bedoeld voor 50-plussers en palliatieve zorg, terwijl je (juist) ook jongeren wil leren omgaan met zingevingsvragen, ook in het kader van normaliseren van psychische klachten
Aandacht voor zingeving binnen diverse projecten georganiseerd vanuit een welzijnsorganisatie	Projectleider	Professionals uit welzijn en professionals uit de huisartsenpraktijk (verwijzers)	Diverse welzijnsprojecten en hebben verschillende doelgroepen. Voor Welzijn op Recept moet het bijvoorbeeld gaan om patiënten met psychosociale klachten, en exclusiecriteria zijn bijvoorbeeld	Binnen diverse projecten die vanuit de welzijnsorganisatie worden georganiseerd is er aandacht voor zingeving, bijvoorbeeld binnen Welzijn op Recept en positieve gezondheid (als onderdeel van het spinnenweb).	Gemeentelijk beleid en bewegingen in het zorglandschap	Zorg op de juiste plek; preventief werken; het voorkomen van zorgvragen; minder zorg op indicatie; minder druk op de huisartsenpraktijk Bijdragen aan welbevinden	Gesprekken voeren en verwijzen naar de welzijnsprojecten kan binnen de reguliere consulten in de huisartsenpraktijk De gemeente financiert alle welzijnsprojecten	Bewegingen in het zorglandschap rondom positieve gezondheid, preventie, zorg op de juiste plek, IZA, GALA, dragen bij aan aandacht voor zingeving Voortvarende aanpak gemeente op het gebied van gezondheid (ambitie om de gezondste gemeente van de provincie te zijn)	Onvoldoende financiering, bijvoorbeeld om domeinoverstijgende samenwerking vorm te geven In eerste instantie was er terughoudendheid bij huisartsenpraktijken om samen te werken

Naam/beschrijving initiatief	Functie geïnterviewde	Betrokken hulpverleners	Doelgroep patiënten	Korte beschrijving aanpak/ inhoud	Aanleiding initiatief	Doelen en (beoogde) resultaten	Kosten (tijd en financiering)	Bevorderende factoren bij uitvoer en/of opschaling	Belemmerende factoren bij uitvoer en/of opschaling
			een niet stabiele psychiatrische aandoening of vergevorderde dementie.	Maar ook bij wijkgericht werken en projecten rondom een integrale aanpak eenzaamheid en gezond ouder worden. Er worden binnen deze projecten bijvoorbeeld informatiebijeenkomsten en workshops verzorgd die (ook) aan professionals uit de huisartsenpraktijken worden aangeboden. Ook wordt ingezet op regelmatig overleg en contact tussen zorg en welzijn.		van bewoners/patiënten Patiënten die stilstaan bij wat belangrijk is, bewustwording, het gevoel van een zinvol leven versterken		Goed contact tussen welzijn en verwijzers; beide partijen moeten het belang zien van elkaar kennen en goed en regelmatig contact. Dat maakt ook dat de verwijzingen goed blijven gaan Als verwijzer kennis over en oog hebben voor zingeving bij patiënten als om goed te kunnen screenen en door te verwijzen	
Gezondheidscentrum met mensgerichte visie op basis van filosofisch gedachtegoed	Huisarts* (per 2023 gepensioneerd) / voorzitter stichting	Alle zorgverleners in het gezondheidscentrum; geestelijk verzorgers	Patiënten met (ingewikkelde) life events, bijvoorbeeld suicide van een naaste of een abortus of miskraam, of klachten zoals rouw, eenzaamheid, depressie, burn-out. Bij	Het visiedocument van het gezondheidscentrum stelt de mensgerichte filosofie van Levinas centraal Er is ongeveer dertien jaar geleden een	Persoonlijke ontwikkeling en affiniteit bij huisarts. Ook ervaringen met patiënt casussen, bijvoorbeeld rondom euthanasie of klachten of problemen gerelateerd	Patiënten helpen die (dreigende) zingevingsproblemen hebben te helpen en hen betere kwaliteit van zorg te bieden	In het begin werden de geestelijk verzorgers betaald uit fondsen van de stichting. De Stichting Geestelijke Zorg Levinas is opgericht, om de geestelijke zorg een	Die visie draagt bij aan breed gedragen aandacht en ruimte voor zingeving en spiritualiteit. Er wordt een jaarlijkse bijeenkomst georganiseerd Veel toegevoegde waarde heeft het aansluiten van de geestelijk verzorgers bij	Het is soms een uitdaging om continu aandacht te blijven geven aan het thema Veel mensen hebben geen beeld van wat zingeving inhoudt. Er is lange tijd een sceptische

Naam/beschrijving initiatief	Functie geïnterviewde	Betrokken hulpverleners	Doelgroep patiënten	Korte beschrijving aanpak/ inhoud	Aanleiding initiatief	Doelen en (beoogde) resultaten	Kosten (tijd en financiering)	Bevorderende factoren bij uitvoer en/of opschaling	Belemmerende factoren bij uitvoer en/of opschaling
			<p>frequente spreekuurbezoekers met herhaalde lichamelijke klachten of patiënten met een chronische ziekte kunnen ook zingevingsvragen spelen. Door de betrokken geestelijk verzorgers is een lijst gemaakt met tien punten wanneer je aan zingeving zou kunnen denken</p>	<p>behoefteonderzoek uitgevoerd (door de Hogeschool Rotterdam) onder bewoners/patiënten</p> <p>Er is een kerngroep met professionals opgericht. Er worden binnen het gezondheidscentrum diverse scholingen en een (inloop) spreekuur (het Luisteruur) voor geestelijke verzorging georganiseerd (dit vond eerder bij een verpleeghuis plaats). Deze consulten worden geregistreerd met bijv. achtergrondnummers en ICPC code. Het spreekuur is vrij toegankelijk, zonder tussenkomst van de huisarts</p>	aan (andere) religies	<p>Patiënten in palliatieve zorg en ouderen kunnen door de betrokkenheid van een geestelijk verzorger bij hun behandelplan een betere keuze maken over zorg en behandeling</p> <p>De geestelijk verzorgers zijn er ook voor gesprekken met professionals, en kunnen daarnaast door hen geconsulteerd worden bij morele of ethische dilemma's, bijvoorbeeld bij terminale zorg</p>	<p>volwaardige plaats te geven binnen het gezondheidscentrum.</p> <p>De definitie POH-GGZ is op een moment iets opgerekt door de zorgverzekeraar, toen kon er een uur per week gereserveerd worden voor geestelijk verzorgers. Sinds enkele jaren is er WWS-subsidie, maar niet voor patiënten onder de 50 jaar en ook niet voor meer dan tien gesprekken. Dan wordt teruggevallen op de POH-regeling. Patiënten betalen het soms zelf</p> <p>Er is sinds kort een subsidie vanuit de gemeente voor de inzet van vrijwilligers voor een goed gesprek (Motto).</p>	<p>de multidisciplinaire overleggen. Bekendheid maakt vertrouwd en zorgt voor meer verwijzingen</p> <p>Praktijkondersteuners zijn iets alerter dan de huisarts zelf op doorverwijzen naar de geestelijk verzorgers en hebben daar ook meer gelegenheid toe</p> <p>Wachtkamerfilmpjes helpen met uitleg over zingeving en geestelijke verzorging en voor welke patiënten dat een optie zou kunnen zijn. Er is een apart filmpje voor de doelgroep palliatieve zorg</p> <p>Het zou helpen als de financiering van het centrum voor levensvragen, die nog enkele jaren loopt, daarna gecontinueerd wordt om zo geestelijke verzorging in de eerstelijns te kunnen blijven bieden (wat uiteindelijk een soort maatschappelijke plicht is). Via deze weg kan ook zicht gehouden worden op de kwaliteit van de begeleiding (meer dan bij de kerken, die natuurlijk ook steeds meer verdwijnen).</p>	<p>houding geweest ten opzichte van alles wat met religie te maken heeft, al zijn er voorzichtigte aanwijzingen voor veranderingen (bijvoorbeeld recent vragen vanuit een regionale huisartsencoöperatie over de inzet van geestelijk verzorgers)</p> <p>Zorgverleners en geestelijk verzorgers spreken een "andere taal", zij moeten daaraan wennen in de samenwerking</p> <p>Alleen een professionals scholen over zingeving is niet voldoende; de werkomgeving moet ruimte bieden om aandacht te besteden aan zingeving en bijvoorbeeld niet alleen focussen op vinkjes en afrekenen op</p>

Naam/beschrijving initiatief	Functie geïnterviewde	Betrokken hulpverleners	Doelgroep patiënten	Korte beschrijving aanpak/ inhoud	Aanleiding initiatief	Doelen en (beoogde) resultaten	Kosten (tijd en financiering)	Bevorderende factoren bij uitvoer en/of opschaling	Belemmerende factoren bij uitvoer en/of opschaling
				<p>Binnen diverse multidisciplinaire zorgpaden, bijvoorbeeld voor ouderen, palliatieve zorg, depressie en burn-out, hebben geestelijk verzorgers een vaste rol. De onderlinge rollen taakverdeling in de samenwerking rondom patiënten is beschreven in interne documenten.</p>			<p>Een traject voor mensen ertussenin, die graag willen vertellen. Dan wordt er geluisterd, maar het is niet zo complex dat er geestelijke verzorging nodig is.</p> <p>Het gezondheidscentrum stelt (kosteloos) een ruimte beschikbaar aan geestelijk verzorgers, voor gesprekken en trainingen. Zij ontvangen daarnaast nascholing en intervisie.</p> <p>Het Fonds Achterstandswijken heeft het gezondheidscentrum af en toe financieel ondersteund, voor aandacht voor multiculturele zingeving.</p> <p>De huisarts denkt zelf minder tijd kwijt</p>	<p>Duidelijke afspraken tussen zorg en geestelijke verzorging, o.a. over de communicatie (niet te veel) en bereikbaarheid. De huisarts kan niet verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van de geestelijke verzorging; in het veld zelf wordt gewerkt aan een professionaliseringsslag bijvoorbeeld in hoe om te gaan met privacy en veiligheid.</p>	<p>(direct) meetbare resultaten maar ook op warme contacten etc.</p> <p>Doelstelling is om kennis over de ervaringen die zijn opgedaan binnen het gezondheidscentrum rondom samenwerking met geestelijke verzorgers, bijvoorbeeld afspraken en verwijsregels, te verspreiden naar andere locaties, bijvoorbeeld via een O&I organisatie.</p> <p>De opbrengsten van geestelijke verzorging zijn soms moeilijk meetbaar in cijfers, zeker op de korte termijn. Mogelijk kan er gebruik gemaakt worden van narratieve methoden.</p>

Naam/beschrijving initiatief	Functie geïnterviewde	Betrokken hulpverleners	Doelgroep patiënten	Korte beschrijving aanpak/ inhoud	Aanleiding initiatief	Doelen en (beoogde) resultaten	Kosten (tijd en financiering)	Bevorderende factoren bij uitvoer en/of opschaling	Belemmerende factoren bij uitvoer en/of opschaling
							te zijn aan patiënten, omdat een ander hen (ook) helpt en patiënten meer draagkracht krijgen.		
Meer tijd en aandacht voor zingeving in huisartsenpraktijk	Huisarts*	Met name de huisarts, en de POH-GGZ	Met name oudere patiënten en patiënten die palliatieve zorg krijgen van de huisarts. De POH-GGZ ziet jongeren met zingevingsvragen. Extra aandacht voor zingeving is minder of niet nodig bij patiënten met acute(re) vragen op het inloopsprekuur	De huisarts neemt extra tijd tijdens consulten om naar het verhaal van de patiënt te luisteren.	Persoonlijke ontwikkeling en affiniteit bij huisarts, kaderarts palliatieve zorg, opleiding existentiële psychotherapie. Ook de POH-GGZ heeft een aanvullende opleiding op existentieel vlak	Als huisarts meer open en met rust in gesprekken staan, beter luisteren, voorop stellen wat voor patiënten belangrijk is Patiënten voelen zich meer ontspannen en gehoord Tijds winst voor huisarts door holistisch werken	Er wordt in het kader van complexe ouderenzorg/palliatieve zorg gebruik gemaakt van financieringsstromen via de WLZ/het zorgkantoor. Dit kost extra administratie, maar zorgt dat er meer tijd is voor patiënten	Opname thema zingeving in jaarverslag; aandacht aan besteden op de website van de praktijk; vast onderdeel maken van casus besprekingen en multidisciplinaire overleggen Er heeft lange tijd een geestelijk verzorger in de praktijk gewerkt. Zij zette het onderwerp zingeving steeds op de agenda, ook tijdens teamoverleg in het kader van zelfzorg. Deze geestelijk verzorger is vertrokken in verband met een verhuizing en het bleek vooralsnog lastig om een (vaste) opvolger te vinden Steeds nauwere samenwerking (en consultatie) tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde kan aandacht voor zingeving en samenwerking met geestelijke verzorging bevorderen	Zowel zorgvragers als zorgverleners zijn (te) gefocust op symptoombestrijding Terughoudendheid bij (deel) huisartsen om sociaal maatschappelijke problemen op te pakken; het valt niet onder de kerntaken die in 2019 geformuleerd zijn door de beroepsgroep Grote variatie in curriculum van huisartsenopleidingen en in aandacht voor zingeving daarin; hangt bijvoorbeeld af van de betrokken gedragswetenschapper

Naam/beschrijving initiatief	Functie geïnterviewde	Betrokken hulpverleners	Doelgroep patiënten	Korte beschrijving aanpak/ inhoud	Aanleiding initiatief	Doelen en (beoogde) resultaten	Kosten (tijd en financiering)	Bevorderende factoren bij uitvoer en/of opschaling	Belemmerende factoren bij uitvoer en/of opschaling
								Informatie over betekenis zingeving en vertaling naar medische context	Geestelijk verzorgers als beroepsgroep zijn soms nog wat te beschouwend en weinig praktisch en kunnen zich verder ontwikkelen qua ondernemingszin /zakelijkheid
Lokale domeinoverstijgende samenwerking en praktijkvisie	Praktijkondersteuner somatiek, tevens praktijkmanager	Alle zorgverleners in de huisartsenpraktijk; lokale netwerk	Met name patiënten met chronische aandoeningen (COPD, diabetes), bij palliatieve zorg, en ouderen (o.a. in het kader van advanced care planning)	Intensieve regionale samenwerking tussen huisartsenpraktijk en andere partijen, waaronder buurthuis, wijkteam, gemeente en dominee. Tijdens consulten wordt verder gevraagd dan ziekte maar ook naar bijv. sociale contacten. Hierbij wordt soms de spinnenweb tool vanuit de positieve gezondheid ingezet. Er is een praktijkvisie met aandacht	Eerdere deelname praktijk in project rondom positieve gezondheid. Training ACP bij poh-s. Ook: recente overname praktijk door twee jonge praktijkhouders met visie op zingeving	Dat patiënten gelukkig zijn, kleine dingen waarderen, dicht bij zichzelf blijven Meer bewustwording bij patiënten over wat belangrijk is in het leven, zodat ziekte en ouder worden minder op de voorgrond staat Zorgverleners zijn in staat meer rust te creëren en ervoor te zorgen dat patiënten zich	Het kost aanvankelijk misschien meer tijd, maar levert dat uiteindelijk ook weer op (als patiënten uiteindelijk minder vaak aan de bel trekken) Gesprekken worden via de reguliere financiering vergoed	Geïnterviewde werkt al (heel) lang in de huisartsenpraktijk en is een bekend gezicht voor veel patiënten, er is een bestaande vertrouwensrelatie Laagdrempelige communicatie met andere partijen via VIPlive Dorpse omgeving helpt met 'ons kent ons' en korte lijntjes in de samenwerking Interdisciplinaire overleggen ruim van tevoren in agenda inplannen (via jaarschema) helpt om tijd vrij te kunnen maken Helpt vooral: het samen doen, team-work, inclusief bijvoorbeeld de assistentes, de gedeelde visie op papier	Te weinig tijd en de toenemende druk op de eerstelijnszorg o.a. door vergrijzing en beroep op zelfredzaamheid

Naam/beschrijving initiatief	Functie geïnterviewde	Betrokken hulpverleners	Doelgroep patiënten	Korte beschrijving aanpak/ inhoud	Aanleiding initiatief	Doelen en (beoogde) resultaten	Kosten (tijd en financiering)	Bevorderende factoren bij uitvoer en/of opschaling	Belemmerende factoren bij uitvoer en/of opschaling
				voor persoonsgerichte zorg en teamwork		gehoord voelen		Wat verder nog zou kunnen helpen is om de aanpak/aandacht voor zingeving uit te wisselen met andere huisartsenpraktijken	
Verbeteren verbinding tussen huisartsenpraktijk en sociale stichting met geestelijk verzorgers en vrijwilligers (Samen 010): maatjesproject Motto en groepsbijeenkomsten Zin in leven	Directeur (sociale organisatie / vrijwilligerswerk)	Huisartsenpraktijken, geestelijk verzorgers, vrijwilligers	Met name ouderen, met name die met eenzaamheid, psychische klachten, die zich niet gehoord voelen, of over het verleden willen praten. Door de GGZ wachtlijsten worden er steeds meer mensen met ernstigere problemen aangemeld, maar dat past soms niet bij de inzet van een vrijwilliger. Zij worden dan doorverwezen naar Corridor. Er wordt geprobeerd om actief meer patiënten met een migratieachtergrond te bereiken,	Huisartsenpraktijken (en andere verwijzers) verwijzen patiënten naar de stichting. Bij maatjesproject Motto krijgen zij een intake bij een geestelijk verzorger, die hen koppelt aan een vrijwilliger die hen gedurende een jaar (of langer indien nodig) eenmaal per 1-2 weken bezoekt. Er worden daarnaast ook groepsbijeenkomsten Zin in leven georganiseerd, meestal in seniorencomplexen. De vrijwilligers ontvangen	Het Motto project is ooit gestart voor (oudere) patiënten die een poliklinische opname hadden gehad en bijvoorbeeld uitbehandeld waren. Voor hen was na ontslag uit het ziekenhuis geen geestelijke begeleiding (meer) beschikbaar. Later zijn ook de groeps gesprekken ontstaan voor mensen die die vorm aantrekkelijk vonden. Algemene aanleiding voor de projecten is ook de	Welbevinden patiënten verbeteren	Verwijzing kost de huisartsenpraktijk in principe geen (extra) tijd. De initiatieven vanuit de stichting worden gefinancierd door de gemeente, bijdragen van kerken, fondswerving en giften.	Verwijzingen vanuit de huisartsenpraktijken lopen steeds beter; daarbij helpt dat de stichting beter hun meerwaarde kan uitdragen (goede voorlichting geven), dat de praktijkondersteuners oog hebben voor doorverwijzen, en dat er in de medische sector meer aandacht komt voor zingeving Vergoeding via de subsidieregeling geestelijke verzorging thuis Bekendheid met de website van het centrum voor levensvragen en de persoonlijke profielen van geestelijk verzorgers Er start binnenkort een vrijwilliger met een POH-achtergrond; mogelijk kan deze een verbindende rol hebben naar huisartsenpraktijken	Eerste contact leggen met de huisartsenpraktijken, "binnenkomen" was lastig

Naam/beschrijving initiatief	Functie geïnterviewde	Betrokken hulpverleners	Doelgroep patiënten	Korte beschrijving aanpak/ inhoud	Aanleiding initiatief	Doelen en (beoogde) resultaten	Kosten (tijd en financiering)	Bevorderende factoren bij uitvoer en/of opschaling	Belemmerende factoren bij uitvoer en/of opschaling
			omdat die nog minder vaak worden aangemeld.	intervisie en begeleiding van de geestelijk verzorgers	ontwikkeling dat mensen steeds minder vaak naar de kerk gaan.				
Bevorderen aandacht voor zingeving in de brede eerstelijnszorg via diverse projecten en initiatieven	Programmamanager (eerstelijnszorgorganisatie)	Alle professionals uit de eerstelijnszorg	In principe alle patiënten waarbij zingevingsvragen (kunnen) spelen. In het bijzonder: patiënten in palliatieve zorg en hun naasten, patiënten met een somatische of psychische chronische aandoening, patiënten met multiproblematiek	Er door de eerstelijnszorg organisatie samenwerking met twee geestelijk verzorgers gezocht en het thema zingeving opgenomen in het jaarplan. De organisatie neemt aanvragen van huisartsen bij verwijzing voor de GVT-regeling in behandeling. De organisatie probeert bewustwording en kennis onder eerstelijnsprofessionals op het gebied van zingeving te vergroten, bijvoorbeeld via scholingen. Tevens worden de geestelijk verzorgers geïntegreerd in diverse regionale	Regionale invoering aanbod geestelijke verzorging thuis naar aanleiding (financiering VWS 2019). Er is hierna geparticipeerd in een ZonMw actieonderzoek rondom zingeving	Stimuleren bewustwording en kennis over zingeving bij professionals Erkenning bij professionals dat iets anders dan een medische oplossing ook kan helpen Preventie, meer welbevinden en gezondheids winst bij patiënten Patiënten krijgen hun leven weer op de rit, gesprekken bieden een ander perspectief Mogelijke kostenbesparing in de gehele zorg	Het kost mogelijk meer tijd of gesprekken om een hulpvraag op het gebied van zingeving uit te vragen/ te formuleren	Bestaande vertrouwensrelatie tussen patiënten en huisarts, vertrouwen in de huisartsenzorg Laagdrempelige kennismaking met de geestelijk verzorgers en hen integreren in regionale samenwerkingsverbanden en netwerken Huisartsen waren positief over de goede (snelle) toegankelijkheid voor een gesprek bij de geestelijk verzorger Diverse ontwikkelingen dragen bij aan belangstelling voor het onderwerp, zoals positieve gezondheid, Welzijn op Recept, Eigen verhouding tot zingeving kan bijdragen	Het kost zorgverleners tijd om het onderwerp eigen te maken en ook echt te integreren in het dagelijks werk Hoge werkdruk bij professionals Dominantie van het medisch model in denken en doen van zorgprofessional s; dit verandert niet zomaar van de ene op de andere dag en vraagt om een lange adem Financiering via de regeling geestelijke verzorging thuis is alleen voor 50+ of palliatieve zorg Onbegrip rondom de term zingeving

Naam/beschrijving initiatief	Functie geïnterviewde	Betrokken hulpverleners	Doelgroep patiënten	Korte beschrijving aanpak/ inhoud	Aanleiding initiatief	Doelen en (beoogde) resultaten	Kosten (tijd en financiering)	Bevorderende factoren bij uitvoer en/of opschaling	Belemmerende factoren bij uitvoer en/of opschaling
				samenwerking sverbanden en netwerken, waaronder die rondom patiënten met long covid en bij palliatieve zorg					

*Lid van de projectgroep

5.c Topiclist interviews goede voorbeelden

Algemeen

- Wat is uw functie?
- Hoe lang werkt u in deze functie?
- Bij welke organisatie(s) bent u werkzaam?
- Welke opleiding heeft u gevolgd?
- In welke regio bent u werkzaam?
- Wat is uw leeftijd?
- Wat is uw gender?
- Heeft u een religie/levensbeschouwing? Zo ja, welke?
- Welke rol speelt (aandacht voor) zingeving in uw (dagelijkse) leven?
- Welke rol speelt (aandacht voor) zingeving in uw (dagelijkse) werk?
- Welke aandacht besteedt uw werkgever of de organisatie waarvoor u werkzaam bent aan zingeving (bij medewerkers)?

Good practice

- Kunt u het initiatief op het gebied van zingeving in de huisartsenzorg waar u bij betrokken bent (kort) beschrijven?
- Wat is de naam van het initiatief?
- Wat was de aanleiding voor het initiatief?
- Wat is het doel van het initiatief?
- Wat is de patiënten doelgroep van het initiatief? *Denk aan: leeftijd, geslacht/gender, sociaaleconomische status, geografische locatie, etnische/culturele/religieuze achtergrond, taal, vaardigheden, functie. Beschrijf eventuele in- en/of exclusiecriteria.*
- Welke zorgverlener(s) en/of andere professional(s) is/zijn betrokken bij het initiatief?
- Hoe ziet de werkwijze eruit?
- Wat zijn de resultaten van het initiatief? Voor patiënten, zorgverleners, naasten, anderen? Waaruit blijkt dat?
- Wat is de tijdsinvestering of -opbrengst van het initiatief vanuit zorgverlenersperspectief?
- Op welke wijze wordt het initiatief gefinancierd?
- Wat verloopt wel en niet goed binnen het initiatief?
- Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren tijdens de uitvoer van het initiatief? *Bijvoorbeeld op het niveau van de patiënt, de professional of zorgverlener of de (zorg)organisatie.*
- Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren voor verdere of blijvende implementatie van het initiatief op de huidige locatie?
- Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren voor opschaling van het initiatief naar andere locaties of regio's?
- Zijn er materialen, handleidingen, documenten en/of (onderzoeks)publicaties beschikbaar over het initiatief? Zo ja, waar zijn deze te vinden?

Overig

- Kent u andere voorbeelden van initiatieven of (na)scholingen op het gebied van zingeving in de huisartsenzorg? Zo ja, welke?
- Wilt u nog iets kwijt over dit interview of over zingeving in de huisartsenzorg?

Bijlage 6: Tools voor verkenning van zingeving

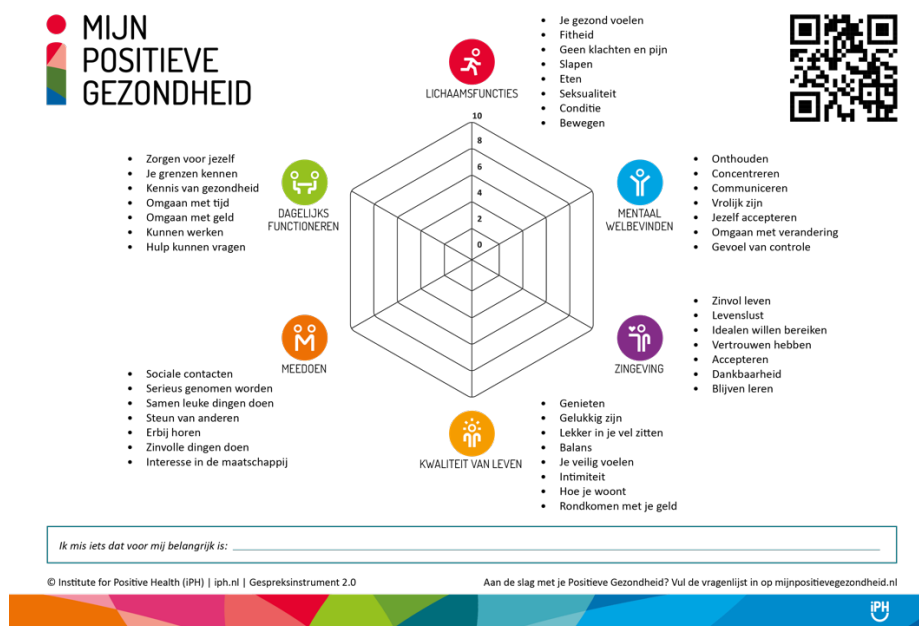
Algemene tools

Het 'stress-steun-kracht-kwetsbaarheid'-model (**SSKK**-model), wordt ingezet om kwetsbaarheidsfactoren en veerkrachtfactoren in kaart te brengen. Deze factoren zijn onderverdeeld in biologische, psychologische, sociale, culturele en existentiële of zingevingsfactoren. Elementen van dit model zijn wetenschappelijk onderbouwd (Lamkaddem et al. (2021) in NTvG).

Het **SCEGS**-model vraagt niet expliciet naar zingevingproblematiek maar de zorgverlener kan door focus op bewustwording van ineffectieve gedachten zelf kiezen voor vervolgstappen waarbij existentiële thema's aan de oppervlakte kunnen komen.

In situaties waarin de vraag van de patiënt of de aard van de problematiek moeilijk duidelijk wordt kan het **Spinnenweb** (Positieve Gezondheid) in het kader van 'het brede gesprek' een goed hulpmiddel zijn om zingevingvragen en bronnen van zingeving naar boven te halen.

<https://www.iph.nl/kennisbank/video-het-spinnenweb-in-de-huisartspraktijk/>



Ook in het kader van Advance Care Planning (**ACP**) zijn er tools die helpen om het gesprek over existentiële vragen en waarden te voeren, zoals de keuzehulpen van thuisarts (www.thuisarts.nl), de handreiking 'tijdig praten over het levenseinde' van de KNMG en het boekje 'in gesprek over de dag van morgen' van Genero. Zie ook: <https://acptoolbox.nl/>

De **AAA**-checklist is ontwikkeld voor de huisarts(-in-opleiding) en berust op onderzoek naar bevorderende en blokkerende factoren voor de huisarts-patiëntcommunicatie in de palliatieve zorg. Literatuuronderzoek leverde drie aandachtsgebieden (AAA) voor effectieve communicatie in de palliatieve zorg op: Aanwezig zijn voor de patiënt, Actuele onderwerpen aan de orde stellen,

Anticiperen op diverse scenario's. "Unfinished business" als thema is onderdeel van de checklist en ligt vaak op existentieel terrein (Van der Male et al., 2014).

Verder werden in de diepte-interviews genoemd: **CANVAS** en inzet van de **SBARR**. CANAS van Stichting OOK: www.stichting-ook.nl

De SBARR is een instrument om op systematische wijze een vraagstuk binnen de palliatieve zorg te bespreken met een andere hulpverlener: <https://palliaweb.nl/netwerk-rotterdam/nieuws/zingeving-in-de-palliatieve-zorg-presentatie-ploeg>

Uit de interviews kwamen nog de volgende methodieken naar voren waarin (ook) zingeving wordt uitgevraagd: De **Lastmeter**, de methode “**signalering in de palliatieve fase**” en het **Utrechts Symptoom Dagboek**.

Specifieke tools voor signalering en verkenning van zingevingsvragen

In de literatuur worden diverse tools beschreven die zijn ontwikkeld voor de eerste lijn en die specifiek tot doel hebben de zingevingdimensie te verkennen, m.n. voor palliatieve patiënten.

De **FICA** bestaat uit vragen rond geloof/levensovertuiging (Faith), het belang daarvan voor de patiënt (Importance), lidmaatschap van een (levensbeschouwelijke) gemeenschap (Community) en hoe de patiënt graag wil dat in de zorg hiermee rekening gehouden wordt (Address). Uit een kwalitatief onderzoek (Vermandere et al., 2012) blijkt dat huisartsen de vragen van het instrument zien als relevant, maar ook als te gestructureerd en voorgeschreven met een beperking in spontaniteit als gevolg. Ook was er zorg over mogelijke weerstand van patiënten bij inzetten van het instrument en bestond de wens de vragen te herformuleren naar spreektaal. In twee Duitse studies (Mächler et al., 2022; Huperz et al., 2022) werden patiënten en huisartsen bevraagd over hun ervaringen met gesprekken aan de hand van de SPIR, de Duitse versie van de

FICA. 63% van de patiënten vond het gesprek behulpzaam. Bijna alle patiënten raadden aan om een dergelijk gesprek standaard in de eerstelijnszorg op te nemen. Uit interviews bleek dat huisartsen het bespreken van de spirituele geschiedenis gemakkelijker vonden dan verwacht. Wel vonden sommige huisartsen het gespreksmodel niet bruikbaar voor patiënten met een lager opleidings- of intellectueel niveau. Veel patiënten bleken spiritualiteit met religie of de kerk te associëren en reageerden verrast of afwijzend reageerden. Voordelen voor patiënten waren de mogelijkheid om te praten over niet-medische onderwerpen en een groter bewustzijn van hulpbronnen. Voordelen voor huisartsen hadden waren vooral het inwinnen van informatie en een verbeterde vertrouwensrelatie.

Het Diamant- of **Ars Moriendi**-model verkent vijf thema's die in de palliatieve fase van belang kunnen zijn: Ik en de ander; Doen en laten; Vasthouden en loslaten; Vergeven en vergeten; Geloven en weten). Hoewel (Vermandere et al., 2015) het voor de zorgverleners vaak 'onnatuurlijk' voelde om met behulp van de tool het gesprek over zingeving aan te gaan, en sommige patiënten terughoudend waren in het bespreken van deze onderwerpen, vonden zorgverleners de tool over het algemeen wel bruikbaar en waardevol voor de praktijk. Het hielp de juiste woorden te vinden en te structureren. Daarnaast leverde het meer relevante informatie op over de patiënt zoals over de wensen en behoeftes rondom het levenseinde, de context, het levensverhaal en betekenisvolle connecties. Soms kwamen nieuwe onderwerpen naar boven. De meeste zorgverleners gaven aan dat ze liever het gesprek over zingeving verspreidden, geïntegreerd in de dagelijkse zorg in plaats van als apart gesprek.

Onder Britse huisartsen is onderzoek gedaan naar de gesprekstoel **HOPE**, waarmee het gesprek wordt gevoerd aan de hand van vier thema's: 1. (bronnen van) Hoop, kracht, welzijn, betekenis, vrede, liefde en verbinding, 2. De rol van georganiseerde (Organized) religie/levensbeschouwing voor de patiënt, 3. Persoonlijke spiritualiteit en praktijken van zingeving, 4. Effecten van de zingeving op medische zorg en beslissingen rondom het levenseinde. Uit een online-vragenlijst-onderzoek (Whitehead et al., 2021) bleek dat in de praktijk bijna nooit (door 94% van de huisartsen) gebruik gemaakt werd van een tool ter ondersteuning van gesprekken over spirituele gezondheid . Twee derde vond de HOPE tool wel acceptabel.

Een Deense studie (Assing-Hvidt et al., 2017) beschrijft de ontwikkeling van de **EMAP**-tool, die communicatie over existentiële problemen faciliteert tussen huisarts en patiënten met kanker. De voorgestelde tool bestaat uit vier onderdelen met voorbeeldvragen: 1) introductie door huisarts, 2) identificatie van problemen, 3) identificatie van hulpbronnen (resources), en 4) conclusie en actieplan. Zowel huisartsen als patiënten vinden het belangrijk dat de tool niet als checklist wordt gebruikt, maar meer als een richtlijn en inspiratiebron. De auteurs benadrukken in de conclusie dat de tool barrières rondom handelingsverlegenheid weg kan nemen, maar dat er (ook) nog steeds meer culturele barrières op meso- of macroniveau bestaan (zie Hvidt et Assing al., 2017, paragraaf 6.1).

Het Mount Vernon Cancer Network heeft een tool ontwikkeld met 3 vragen (de **MVCN**-vragen) om zingevingsvragen op het spoor te komen en krachtbronnen te mobiliseren: "Wat houdt u in het bijzonder bezig op dit moment? Aan wat of wie had u steun in eerdere situaties? Wie zou u op

dit moment graag bij u willen hebben ter ondersteuning?" We hebben geen onderzoeken gevonden naar gebruik van deze vragen in de huisartsenpraktijk, maar de vragen zijn wel opgenomen in de Signalerings- en verwijzingstool 'Zorg voor zingeving' voor de eerste lijn, die in het kader van het PLOEG 3 project rond zingeving ontwikkeld en ook voor huisartsenpraktijken bruikbaar is (<https://palliaweb.nl/overzichtspagina-hulpmiddelen/sbarr-en-zingeving-palliatieve-zorg>). Het Zakkaartje Zingeving in de palliatieve fase (2022, vindbaar via www.palliaweb.nl) geeft professionals handvatten voor een gesprek over zingeving in de palliatieve fase (met informatie over wanneer, voorwaarden, inhoud, doorverwijzen, begeleiding, links) en gebruikt ook de MVCN-vragen in een iets andere formulering ("Wat houdt u bezig? Wat geeft u kracht? Met wie praat u daarover?"). De MVCN-verkenningsvragen worden ook benoemd in de Richtlijn Zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase (IKNL, 2018).

SVP: Signaleren, Verkennen van zingevingsvragen en Proactief integreren in de zorgplanning (o.a column Agora/ Palliatieve benadering 15-02-24) is meer nodig. De afkorting SVP is een mooi hulpmiddel om de zorgverlener daarbij te ondersteunen.

<https://projecten.zonmw.nl/nl/project/signaleren-verkennen-proactief-svp-ii-transmurale-proactieve-multidimensionele-zorgplanning>

Bijlage 7: Topics in de vragenlijsten kwantitatief onderzoek

Patiënten huisartsenzorg

Demografische gegevens:

1. Gender
2. Leeftijd
3. Woonsituatie (alleenstaand of samen met anderen)
4. Werksituatie (bv betaalde baan, vrijwilligerswerk, mantelzorg, uitgevallen..)
5. Geboorteland
6. Geboorteland van de ouders
7. Opleidingsniveau
8. Verbondenheid met een levensbeschouwelijke stroming
9. Welke klachten momenteel op de voorgrond:
 - Sombereheidsklachten
 - Burn-outklachten
 - Langdurig onverklaarde lichamelijke klachten
 - Anders, namelijk

De ervaring van zin, krachtbronnen en belemmeringen:

10. De ervaring van zin.
11. Bronnen en manieren van zingeving.
12. Belemmeringen bij zin, in welke situaties geen zin ervaren

Behoeften rondom zingeving:

13. Hoe erg houden zingevingsvragen u bezig
14. Met welke professional heeft u recent of ongeveer in het afgelopen jaar het meest contact gehad?
15. U heeft net aangegeven welke levensvragen bij u spelen. Wat verwacht u van de in het antwoord op vraag 14 aangegeven professional ten aanzien van deze levensvragen: aandacht? Bespreking? Begeleiding? Doorverwijzing?
16. Wat zijn uw ervaringen met deze professional ten aanzien van deze levensvragen: aandacht? Bespreking? Begeleiding? Doorverwijzing?
17. Vind u dat deze professional aandacht moet hebben voor zingeving/ Kunt u uw antwoord toelichten?

Slotvraag:

18. In de zorg moet meer kennis komen over het onderwerp zingeving. Stel dat u zou mogen bepalen wat er op de agenda komt, is er dan een belangrijke vraag of een onderwerp dat u op de agenda zou willen zetten. U mag meerdere onderwerpen noemen. U mag deze vraag ook overslaan.

Afsluiting van de vragenlijst:

19. Is er iets dat u nog kwijt wilt over de onderwerpen die langskwamen op deze vragenlijst?

Professionals huisartsenzorg

Demografische gegevens:

1. Gender
2. Leeftijd
3. Opleidingsniveau
4. Geboorteland
5. Geboorteland van de ouders
6. Verbondenheid met een levensbeschouwelijke stroming
7. Wat is uw huidige functie?
8. Hoeveel jaar werkervaring heeft u in deze of een vergelijkbare functie?
9. Welke opleiding(en) heeft u gedaan die relevant is voor deze functie? U kunt meerdere antwoorden aankruisen.

Deel 1: Signaleren, bespreken, begeleiden en eventueel doorverwijzen bij zingeving:

10. Hoe vaak signaleert u bepaalde zingeingsvragen? Hoe vaak signaleert u zingeingsvragen bij de volgende patiëntengroepen:
 - Patiënten met complexe lichamelijke problematiek
 - Ouderen
 - Patiënten met somberheid
 - Patiënten met burn-out klachten
 - Patiënten met ALK/SOLK
 - Patiënten met overige psychische problematiek
 - Patiënten met levensfase gerelateerde problematiek
11. Aard van het contact met patiënten ten aanzien van zingeving:
 - Aandacht
 - Bespreken
 - Begeleiden
 - Verwijzen
12. Inventarisatie van belemmeringen bij aandacht voor zingeingsvragen van patiënten.
13. Hoe vaak verwijst u patiënten met zingeingsvragen door en naar welke professional? Werkt u rondom zingeingsvragen wel eens samen met andere professionals?
14. Bent u het eens met de volgende uitspraak: Aandacht voor zingeingsbehoeften is onderdeel van mijn taak als professional in de huisartsenzorg? Kunt u deze vraag toelichten?

Deel 2: Ervaring, manieren en bronnen van zingeving (vragen over eigen zingeving):

15. Bent u het eens met de volgende uitspraak: Mijn eigen zingeving is van invloed op hoe ik omga met zingeingsbehoeften of zingeingsvragen van patiënten. Kunt u deze vraag toelichten?
16. De ervaring van zin.

Deel 3: Vaardigheden en ondersteuningsbehoeften bij zorg voor zingeving:

17. Vragen over kennis en vaardigheden, ondersteuningsbehoeften rondom de zorg voor zingeving
18. Aan welke opleiding(en) en /of ervaring(en) heeft u het meeste gehad bij het ter sprake brengen van zingeving in contact met patiënten?
19. Zou u zichzelf verder willen bekwamen in het begeleiden van patiënten met zingeingsvragen?
20. Als u zich verder wilt bekwamen in het begeleiden van patiënten met zingeingsvragen hoe zou u dat willen doen?

Tot slot:

21. In de zorg moet meer kennis komen over het onderwerp zingeving. Stel dat u zou mogen bepalen wat er op de agenda komt, is er dan een belangrijke vraag of een onderwerp dat u

op de agenda zou willen zetten. U mag meerdere onderwerpen noemen. U mag deze vraag ook overslaan.

Afsluiting van de vragenlijst:

22. Is er iets dat u nog kwijt wilt over de onderwerpen die langskwamen op deze vragenlijst?

Bijlage 8: Overzicht inventarisatie (kern) opleidingen en (na)scholingen met aandacht voor zingeving in de huisartsenpraktijk

Nummer	Aanbieders/auteurs	Titel	Jaar	Doelgroep
Kerndocumenten/ centrale opleidingen				
1	LV POH-GGZ i.s.m. anderen	Functie- & competentieprofiel 'Praktijkondersteuner huisarts GGZ' 2020. Versie 1.0	2020	POH-GGZ
2	Huisartsopleiding Nederland/NHG/LHV	Competentieprofiel van de huisarts (bijlage van het Landelijk Opleidingsplan van de huisartsopleiding)	2023	Huisarts
3	Huisartsopleiding Nederland/projectgroep revisie Landelijk opleidingsplan	Landelijk opleidingsplan Voor de opleiding tot huisarts	2023 (Concept in afwachting van CGS-goedkeuring - verwachting per 2024 in gebruik)	Huisarts
4	Expertgroep ingesteld door de Stichting Sociaal Fonds Huisartsenzorg (SSFH)	Rapport POH Transitie/ Competentieprofiel POH	2017	POH-s
5	LHV/CAO huisartsenzorg	Functieprofiel POH-s / Handleiding FWHZ Functiewaardering Huisartsenzorg	2023	POH-s
Nascholingen/cursussen				
6	"Van Ijssel, S, Mous, R, Rietveld, M. Jacobs, G.	Handleiding voor opleiders: Training Zingeving in het werk van de POH-GGZ (en aanvullende toolbox)	2022	POH-GGZ
7	NHG (UMCG Huisartsgeneeskunde)	NHG-Kaderopleiding GGZ	2023	Huisarts
8	NHG (de postacademische Kaderopleiding Palliatieve Zorg wordt georganiseerd door Amsterdam UMC, afdeling Huisartsgeneeskunde en GERION, opleiding tot specialist ouderengeneeskunde, afdeling Ouderengeneeskunde)	NHG-Kaderopleiding Palliatieve Zorg	2023	Huisarts
9	LHV	Nascholing Organisatie rond palliatieve zorg	2023	Huisarts
10	LHV	Nascholing Leergang Medisch Leiderschap	2023	Huisarts

11	LHV	Nascholing bezinning tweedaagse	2023	Huisarts
12	CHE	https://www.che.nl/opleidingen/deeltijd/post-hbo/praktijkondersteuner-huisartsenzorg-ggz-poh-ggz	2023	POH-GGZ
13	VGZ/UvH	https://vgz.nl/evenement/studiemiddag-samenzin/	2022	POH-GGZ
14	ELANN/MedischeScholing.nl	Webinar Zingeving in de huisartsenpraktijk	2022	Huisarts en POH
15	UvH Academie	Tweedaagse cursus Zingeving in het werk van de Praktijkondersteuner Huisarts GGZ	2023	POH-GGZ
16	IpH	Diverse trainingen rondom positieve gezondheid	2023	Huisarts en POH
17	Levinas/ Gezondheidscentrum en andere pionierende zorggroepen	Interne scholing bij Levinas en intern bij andere zorggroepen (pioniers)	2023	Huisarts en POH-GGZ
18	Hogeschool Zwolle	Vanuit het ZonMw actieonderzoek is door de Hogeschool Zwolle een blended learning ontwikkeld, met aandacht voor eigen zingeving en hoe men het thema samen met collega's kan oppakken	2023	Zorgprofessionals
19	Agora	Scholingen palliatieve zorg en masterclasses zingeving voor huisartsenpraktijk georganiseerd binnen ZonMw project	2023	Huisarts en POH

Bijlage 9: Referenties (in alfabetische volgorde)

Abell CH, Garrett-Wright D, Abell CE. Nurses' Perceptions of Competence in Providing Spiritual Care. *Journal of Holistic Nursing*. 2018;36(1):33-37. doi:10.1177/0898010116684960

Agora. 2021. Infographic. Zingevingsvragen in de huisartsenpraktijk. Beschikbaar via: <https://www.agora.nl/wp-content/uploads/2021/10/Agora-infographic-C-Huisarts-DEF.pdf> (geraadpleegd op 4 maart 2024)

Akwa GGZ. (2023a). Aandacht voor zingeving in de behandeling (samenvatting onderzoek): Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/site_products/bfe5ec7f200c86c1e323ddab71d0899e.pdf (geraadpleegd op 4 maart 2024)

Akwa GGZ. (2023b). Zorgstandaard Zingeving in de psychische hulpverlening. Beschikbaar via: <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/zingeving-in-de-psychische-hulpverlening/introductie> (geraadpleegd op 4 maart 2024)

Altschuld, J. W., & Watkins, R. (2014). A primer on needs assessment: More than 40 years of research and practice. In J. W. Altschuld & R. Watkins (Eds.), *Needs assessment: Trends and a view toward the future*. *New Directions for Evaluation* 144, 5-18.

Anbeek, C, Schuurmans, J. (2010). Zingevingvragen in een huisartsenpraktijk. *Humanistiek*;42:665.

Anandarajah, G., Roseman, J., Mennillo, L. G., & Kelley, B. (2021). Spirituality in Primary Palliative Care and Beyond: A 20-Year Longitudinal Qualitative Study of Interacting Factors Impacting Physicians' Spiritual Care Provision Over Time. *Journal of pain and symptom management*, 62(6), 1216-1228. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.05.013>

Appleby, A., Swinton, J., Bradbury, I., & Wilson, P. (2018a). GPs and spiritual care: signed up or souled out? A quantitative analysis of GP trainers' understanding and application of the concept of spirituality. *Education for primary care : an official publication of the Association of Course Organisers, National Association of GP Tutors, World Organisation of Family Doctors*, 29(6), 367-375. <https://doi.org/10.1080/14739879.2018.1531271>

Appleby, A., Swinton, J., & Wilson, P. (2018b). What GPs mean by 'spirituality' and how they apply this concept with patients: a qualitative study. *BJGP open*, 2(2), bjgpopen18X101469. <https://doi.org/10.3399/bjgpopen18X101469>

Appleby, A., Swinton, J., & Wilson, P. (2019). Spiritual care training and the GP curriculum: where to now?. *Education for primary care : an official publication of the Association of Course Organisers, National Association of GP Tutors, World Organisation of Family Doctors*, 30(4), 194-197. <https://doi.org/10.1080/14739879.2019.1600383>

Appleby, A., Wilson, P., & Swinton, J. (2018). Spiritual Care in General Practice: Rushing in or Fearing to Tread? An Integrative Review of Qualitative Literature. *Journal of religion and health*, 57(3), 1108-1124. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0581-7>

Assing Hvidt, E., Hansen, D. G., Ammentorp, J., Bjerrum, L., Cold, S., Gulbrandsen, P., Olesen, F., Pedersen, S. S., Søndergaard, J., Timmermann, C., Timm, H., & Hvidt, N. C. (2017). Development of the EMAP tool facilitating existential communication between general practitioners and cancer patients. *The European journal of general practice*, 23(1), 261-268. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1326479>

Assing Hvidt, E., Søndergaard, J., Ammentorp, J., Bjerrum, L., Gilså Hansen, D., Olesen, F., Pedersen, S. S., Timm, H., Timmermann, C., & Hvidt, N. C. (2016a). The existential dimension in general practice: identifying understandings and experiences of general practitioners in Denmark. *Scandinavian journal of primary health care*, 34(4), 385-393. <https://doi.org/10.1080/02813432.2016.1249064>

Assing Hvidt, E., Søndergaard, J., Hansen, D. G., Gulbrandsen, P., Ammentorp, J., Timmermann, C., & Hvidt, N. C. (2017b). 'We are the barriers': Danish general practitioners' interpretations of why the existential and spiritual dimensions are neglected in patient care. *Communication & medicine*, 14(2), 108-120. <https://doi.org/10.1558/cam.32147>

Avendonk, van, M, Oeij S, Seeleman J, Starmans R, Terluin B, Wewerinke A, Wiersma TJ. NHG-Standaard Overspanning en burn-out (M110, Versie 1.0, november 2018). Beschikbaar via: <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/overspanning-en-burn-out>

Barnhoorn PC, Essers GTJM, Numans ME, Van Mook WNKA. Hoe begeleid je een aios die zich onprofessioneel gedraagt? Huisarts Wet 2023;66:DOI:10.1007/s12445-023-2372-y.

Barnhoorn, P. Zingevingzorg in de praktijk. Huisarts Wet 2021;1:1.

Baumeister, R. F., Leary, M. R. (1995). "The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation". Psychological Bulletin. 117 (3): 497–529.

Best, M., Butow, P., & Olver, I. (2015). Do patients want doctors to talk about spirituality? A systematic literature review. Patient education and counseling, 98(11), 1320–1328. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.04.017>

Best, M., Butow, P., & Olver, I. (2016a). Doctors discussing religion and spirituality: A systematic literature review. Palliative medicine, 30(4), 327–337. <https://doi.org/10.1177/0269216315600912>

Best, M., Butow, P., & Olver, I. (2016b). Why do We Find It so Hard to Discuss Spirituality? A Qualitative Exploration of Attitudinal Barriers. Journal of clinical medicine, 5(9), 77. <https://doi.org/10.3390/jcm5090077>

Bolhuis, A. Wie zorgt er voor de huisarts? Huisarts Wet 2014;57(12):636-637.

Boeije, H. (2005). Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen.

Boevink, W., Kroon, H., Delespaul, P., & Van Os, J. (2016). Empowerment according to persons with severe mental illness: development of the Netherlands empowerment list and its psychometric properties. Open Journal of Psychiatry, 7(1), 18-30.

Bonelli, R., Dew, R. E., Koenig, H. G., Rosmarin, D. H., & Vasegh, S. (2012). Religious and spiritual factors in depression: review and integration of the research. Depression research and treatment, 2012, 962860. <https://doi.org/10.1155/2012/962860>

Buijs, M. Een nieuwe kijk op gezondheid. Staat de patiënt centraal of vooral verwarring? Ned Tijdschr Geneesk. 2017;161:C3563.

Busser, S. T., Rens, J., Thoonsen, B., Engels, Y., & Wichmann, A. B. (2022). The GP's perceived role and use of language concerning the existential dimension of palliative patients: a Dutch interview study. BMC primary care, 23(1), 182. <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01789-6>

Büssing, A and Frick,E (2010) Spiritual Care Competence Questionnaire (SCCQ)* <http://www.spiritual-competence.net/>

Büssing, A., & Koenig, H. G. (2010). Spiritual needs of patients with chronic diseases. Religions, 1(1), 18-27.

Buis, S, Veen, C. Wel of niet naar het ziekenhuis? Beperkingen bij interpretatie van behandelwensen in acute thuissituaties. Ned Tijdschr Geneesk. 2017;161:D1971.

Carron, R. and Cumbie, S.A. (2011), Development of a conceptual nursing model for the implementation of spiritual care in adult primary healthcare settings by nurse practitioners. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 23: 552-560. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2011.00633.x>

Chiang, Y.-C., Lee, H.-C., Chu, T.-L., Han, C.-Y., & Hsiao, Y.-C. (2016). The impact of nurses' spiritual health on their attitudes toward spiritual care, professional commitment, and caring. Nursing Outlook, 64(3).

Claassen N, Groeneweg BF, Heineman H, Kool M, Kurver MJ, Magnee T, Oud M, Ruhe HG, Van der Does AMB, Zelst-Wind LA. NHG-Standaard Depressie (M44, Versie 3.3, januari 2024). Beschikbaar via: <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/depressie>

Cornette, Katrien. 2001. "Zorg voor Spirituele Pijn." Tijdschrift voor Geneeskunde 57: 1022-1028.

Damen A, Klop H, Rooij van H, Structurele implementatie van Zingeving in opleidingscurricula (2023) Deelproject H van het 'Onderwijsplan Zingeving in Zorg en Sociaal Domein' 2020-2025

Damen, A, de Jonge, A, Heikens, M, Kok, M, Rietveld, M, Leget, C. Zorg voor zingeving in de palliatieve thuissituatie: Observaties en resultaten van het PLOEG 3-project. Tijdschrift Geestelijke Verzorging 2022;25:10-19.

De Bree, M. Werkgeluk. Ned Tijdschr Geneesk. 2019;163:D4615.

Deijck, van, RHPD, Veldhoven CMM, Hasselaar JGJ, Verhagen SCAHHVM, Vissers KCP, Koopmans RTCM. Existentieel lijden als indicatie voor palliatieve sedatie. Huisarts Wet 2018;61:DOI:10.1007/s12445-018-0253-6.

Derx P. The future of humanism. In: Copson A and Grayling A (eds) The Wiley Blackwell handbook of humanism. Hoboken: John Wiley & sons, 2015, pp.426-439.

Desmet, L., Dezutter, J., Vandenhoeck, A., & Dillen, A. (2020). Spiritual needs of older adults during hospitalization: An integrative review. Religions, 11(10), 529.

Dun, van, L, Warmenhoven, F. Positieve gezondheid en de gelaagdheid van de zingevingdimensie. Tijdschrift Geestelijke Verzorging 2023;26:22-29.

Duynham, J, Muijsenbergh van den M, Wollersheim H, Annalen van het [Thijngenootschap](#), Jaargang 112, aflevering 1, Ik zie u staan. De helende kracht van empathie.

Edwards A, Pang N, Shiu V, Chan C. The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research. Palliat Med. 2010 Dec;24(8):753-70. doi: 10.1177/0269216310375860. Epub 2010 Jul 21. PMID: 20659977.

Frick E, Theiss M, Rodrigues Recchia D, Büssing A (2019) Validierung einer deutschsprachigen Skala zur Messung der Spiritual Care Kompetenz. Spiritual Care 2019; 8(2) aop (<https://doi.org/10.1515/spircare-2018-0066>)

FWG. (2023). Handleiding FWHZ 2023 – Functiewaardering huisartsenzorg. Utrecht: FWG.

Geerts, M. 2023. Interview over het ACP-gesprek in de huisartsenpraktijk: "We krijgen van de mensen terug dat het rust en zekerheid geeft". Beschikbaar via: <https://www.dokterdrenthe.nl/nieuws/interview-over-het-acp-gesprek-in-de-huisartsenpraktijk>

Geestelijkeverzorging.nl. Beslisboom. Wanneer schakel ik aanvullende ondersteuning in? Beschikbaar via: https://geestelijkeverzorging.nl/wp-content/uploads/2019/12/Beslisboom-GV-MMW-PCLD-2019_geestelijkeverzorging_nl_pdf (geraadpleegd op 4 maart 2024)

Giffen, S. and Cowey, E. (2020). Why GPs refer to chaplaincy: a qualitative study. Health and Social Care Chaplaincy, 8(1), 5-25. <https://doi.org/10.1558/hsc.40236>

Grant, E., Murray, S., Kendall, M., Boyd, K., Tilly, S. & R. Desmond (2005) Spiritual issues and needs: Perspectives from patients with advanced cancer and nonmalignant disease. A qualitative study. Palliative & supportive care, 12(1), doi: 10.1017/S1478951504040490.

Hamilton, I. J., Morrison, J., & Macdonald, S. (2017). Should GPs provide spiritual care?. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners, 67(665), 573-574. <https://doi.org/10.3399/bjgp17X693845>

Hansen, J.T. (2016). *Meaning Systems and Mental Health Culture. Critical Perspectives on Contemporary Counseling and Psychotherapy*. Lexington Books.

Harbers, L. 'Er zijn meer manieren om menswaardig te sterven'. *Huisartsen over goede levenseindezorg*. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2020;164:C4536.

Hassel, D. van, Korevaar, J., Batenburg, R., Schellevis, F. *De Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022, waar staat de huisartsenzorg anno 2014?* Utrecht: NIVEL, 2015.

H&W (redactie). *Palliatieve zorg is voor verbetering vatbaar*. *Huisarts Wet* 2017;60(7):366-7.

H&W (redactie). *De vlucht vooruit: dilemma's aan het einde van het leven*. *Huisarts Wet* 2017;60(6):304-5.

Hof, van 't, K. (2023). *Zorg voor zingeving in de huisartsenpraktijk: Een explorerend onderzoek naar de ervaringen van huisartsen en praktijkondersteuners bij het begeleiden bij zingevingvragen* [Mastersthesis, Universiteit voor Humanistiek].

Hölsgens, V. (2020). *Gebroken verhalen aan de keukentafel, over zingeving in de Nederlandse verzorgingsstaat*. Utrecht: UvH. (dissertatie)

Huber, Machteld. "Naar een nieuw begrip van gezondheid: Pijlers voor Positieve Gezondheid." *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen* 91 (2013): 133-134.

Huber, Jung & van den Brekel-Dijkstra (2021) *Handboek Positieve Gezondheid in de huisartspraktijk*

Huber M, van Vliet M, Boer I. *Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid'*. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*. 2016;160:A7720.

Huisartsopleiding Nederland. *Landelijk opleidingsplan huisartsgeneeskunde. Verantwoord vertrouwen*. Utrecht: Huisartsopleiding Nederland, 2023.

Huisartsopleiding Nederland. *Competentieprofiel van de huisarts*. Utrecht: Huisartsopleiding Nederland, 2023.

Huperz, C., Sturm, N., Frick, E., Mächler, R., Stolz, R., Schalhorn, F., Valentini, J., Joos, S., & Straßner, C. (2023). Experiences of German health care professionals with spiritual history taking in primary care: a mixed-methods process evaluation of the HoPES3 intervention. *Family practice*, 40(2), 369–376. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmab106>

HZW Huisartsenzorg. *Nieuws: Welke hulp kan een geestelijk verzorger bieden?* Beschikbaar via: <https://hzwhuisartsenzorg.nl/nieuws/welke-hulp-kan-een-geestelijk-verzorger-bieden/>

Ijssel, van, S, Mous, R, Rietveld, M, Jacobs, G. 2022. *Handleiding voor opleiders. Training Zingeving in het werk van de POH-GGZ*. Beschikbaar via <https://www.uvh.nl/zorgvoorzingeving> (geraadpleegd op 4 maart 2024)

IKNL. (2018). *Richtlijn Zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase*. Landelijke richtlijn. Beschikbaar via: <https://palliaweb.nl> (geraadpleegd op 4 maart 2024)

IKNL. (2022). *Richtlijn Depressie in de palliatieve fase*. Beschikbaar via: <https://palliaweb.nl> (geraadpleegd op 4 maart 2024)

Jacobs, G. (2020). *Zin in geestelijke verzorging*. Utrecht: Oratie UvH.

Johansen, F., Loorbach, D., & Stoopendaal, A. (2023). *Positieve Gezondheid. Beleid en Maatschappij*, 50(1), 4.

Jones, K. F., Paal, P., Symons, X., & Best, M. C. (2021). The Content, Teaching Methods and Effectiveness of Spiritual Care Training for Healthcare Professionals: A Mixed-Methods Systematic Review. *Journal of pain and symptom management*, 62(3), e261–e278. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.03.013>

Jung HP, Jung T, Liebrand S, Huber M, Stupar-Rutenfrans S, Wensing M. Meer tijd voor patiënten, minder verwijzingen? *Huisarts Wet* 2018;61(3):39-41. DOI: 10.1007/s12445-018-0062-y.

Kastner, M., Straus, S. E., McKibbin, K. A., & Goldsmith, C. H. (2009). The capture–mark–recapture technique can be used as a stopping rule when searching in systematic reviews. *Journal of clinical epidemiology*, 62(2), 149-157.

Keizer D, Luiten WE, Schouten F, Van den Donk M, Veldhoven CMM, Verbree-Willemsen L, Vossenbergt PCTJ. 2023. NHG-Standaard Pijn (M106, Versie 2.4, september 2023). Beschikbaar via: <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/pijn#volledige-tekst-literatuur>

Kevern, P., & Hill, L. (2015). 'Chaplains for well-being' in primary care: analysis of the results of a retrospective study. *Primary health care research & development*, 16(1), 87–99. <https://doi.org/10.1017/S1463423613000492>

Klop H, Koper I, Schweitzer B, Jongen E, Onwuteaka-Philipsen B (2019). Versterken van het spirituele domein in eerstelijns palliatieve zorg: verslag van een pilot waarin luistersprekuren met geestelijk verzorgers in PaTz-groepen zijn geïmplementeerd en geëvalueerd. Amsterdam: Amsterdam UMC, VUmc.

Klop, H. T., Koper, I., Schweitzer, B. P. M., Jongen, E., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2020). Strengthening the spiritual domain in palliative care through a listening consultation service by spiritual caregivers in Dutch PaTz-groups: an evaluation study. *BMC palliative care*, 19(1), 92. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00595-0>

Koets, F. Kaderhuisarts verankert positie. *Huisarts Wet* 2021; 3:2-4.

Koets, F. 'Kaderhuisarts vertraagt'. *Huisarts Wet* 2021; 1:2.

Koper, I., Pasman, H. R. W., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2018). Experiences of Dutch general practitioners and district nurses with involving care services and facilities in palliative care: a mixed methods study. *BMC-health services research*, 18(1), 841. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3644-2>

Koppejan, M, van Holten, W, van Leeuwen, T. Onbekend maakt onbemind? Onderzoek naar beweegredenen van huisartsen in de verwijzing naar geestelijke verzorgers in de eerstelijns. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 2023; 26:46-56.

Koslander, T., Barbosa da Silva, A., Roxberg, Å (2008). Existential and Spiritual Needs in Mental Health Care. An Ethical and Holistic Perspective. *Journal of Holistic Nursing*, 10.1177/0898010108323302

Kremer, J. A. M., du Perron, L. J., Dannenberg, H. J., Vissers, M. E., & Olde Rikkert, M. G. M. (2021). Het tijdperk na de coronacrisis. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 165, D6427.

Lamkaddem, M, van den Muijsenbergh, M, Laban, K. Vluchtelingen in de praktijk. Persoonsgerichte zorg en veerkrachtgericht werken. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2015;159:A9447.

https://www.lhv.nl/wp-content/uploads/2021/06/kernwaarden_kaart_toekomst_huisartsenzorg.pdf

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). (2022). Visie Huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging.

Landelijke Vereniging POH-GGZ (2020). Functie- & competentieprofiel 'Praktijkondersteuner huisarts GGZ' 2020. Versie 1.0. Harderwijk: Landelijke Vereniging POH-GGZ. Beschikbaar via: <https://www.poh-ggz.nl/wp-content/uploads/2020/03/Definitief-Functie-en-competentieprofiel-POH-GGZ-2020-versie-1.0-04032020.pdf> (geraadpleegd op 4 maart 2024)

Loenen, R. van (2015). *Zingeving in de verpleegkundige extramurale zorg*. Eindscriptie Master Theologie en Geestelijke Verzorging, Universiteit Utrecht.

Lucassen, P. Is positieve gezondheid een aanwinst voor de huisarts? *Huisarts Wet* 2021; 9:1-2.

Mächler, R., Straßner, C., Sturm, N., Krisam, J., Stolz, R., Schalhorn, F., Valentini, J., & Frick, E. (2023). GPs´ Personal Spirituality, Their Attitude and Spiritual Competence: A Cross-Sectional Study in German General Practices. *Journal of religion and health*, 62(4), 2436–2451. <https://doi.org/10.1007/s10943-022-01536-2>

Mächler, R., Sturm, N., Frick, E., Schalhorn, F., Stolz, R., Valentini, J., Krisam, J., & Straßner, C. (2022). Evaluation of a Spiritual History with Elderly Multi-Morbid Patients in General Practice-A Mixed-Methods Study within the Project HoPES3. *International journal of environmental research and public health*, 19(1), 538. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010538>

Male, van der, A. 2014. Levenseindevragen. Ontmoeting van patiënt en dokter. Beschikbaar via: <https://mijn.bsl.nl/bijblijven/433414> (geraadpleegd op 4 maart 2024)

Mesman R, Ranke S, Groenewoud S, Heijnders M. Essentiële bestanddelen van Welzijn op Recept. *Huisarts Wet* 2020;63: DOI:10.1007/s12445-020-0850-z.

Mind (2018) <https://docplayer.nl/146681051-Focus-op-gezondheid-zorg-voor-herstel.html>

Mok, L. (red). Handboek POH-GGZ. Leidraad voor behandeling van psychische klachten in de huisartsenpraktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2023.

Molenaar, CSA. (2016). Hart voor de zorg & zorg voor het hart: Een kwalitatief onderzoek naar de samenwerking tussen huisartsen, praktijkondersteuners GGZ en geestelijk verzorgers [Mastersthesis, Universiteit voor Humanistiek].

Movisie (2022). Krachten bundelen rondom mentale gezondheid. Te lezen op: <https://www.movisie.nl/artikel/krachten-bundelen-rondom-mentale-gezondheid>

Mysyuk, Y., & Huisman, M. (2020). Photovoice method with older persons: A review. *Ageing & Society*, 40(8), 1759-1787.

Nipius, A. (2017). Zorg voor zingeving: Literatuuronderzoek naar de taak van de huisarts op het gebied van zingeving [Mastersthesis, Rijksuniversiteit Groningen].

Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). (2018). Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde. Utrecht: NHG.

NHG, LHV, InEen, VPH. (2019). Uitwerking kernwaarden: wat zijn de kernwaarden van de huisartsenzorg en wat betekenen deze voor de wijze waarop huisartsen hun vak beoefenen? Beschikbaar via: <https://toekomsthuisartsenzorg.nl/downloads/>. Geraadpleegd op 4 maart 2024.

NHG Werkgroep Visie Palliatieve zorg. Visie Palliatieve zorg in de huisartsenzorg. Passende zorg in de laatste levensfase. Utrecht: NHG, 2020.

Olde Hartman TC, Blankenstein AH, Molenaar AO, Bentz van den Berg D, Van der Horst HE, Arnold IA, Burgers JS, Wiersma TJ, Woutersen-Koch H. NHG-Standaard Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) (M102, Versie 1.1, januari 2023). Beschikbaar via: <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/somatisch-onvoldoende-verklaarde-lichamelijke-klachten-solk>

Olsman E, Brijan BNM, Rosie XJS, Muthert JK (Eds.) (2023). *Recovery: The interface between psychiatry and spiritual care*. Eburon.

Olsman E, Willems D, Leget C. Omgaan met hoop in de palliatieve zorg. *Huisarts Wet* 2016;59(1):14-6.

Oskam, K. E., Veldhoven, C. M. M., & Desar, I. M. E. (2019). Oncologie in vogelvlucht. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 163, D3817.

Paal P, Helo Y, Frick E. Spiritual Care Training Provided to Healthcare Professionals: A Systematic Review. *Journal of Pastoral Care & Counseling*. 2015;69(1):19-30. doi:10.1177/1542305015572955

Prilleltensky, I. & O. Prilleltensky (2021). *How People Matter. Why it Affects Health, Happiness, Love, Work, and Society*. Cambridge University Press.

Raad van Ouderen. 2019. Advies Raad van Ouderen – Zingeving. Beschikbaar via: [Advies Raad van Ouderen over zingeving | Brief | Rijksoverheid.nl](#) (geraadpleegd op 4 maart 2024)

Rombola, T. (2019). Australian doctors' perspectives on spiritual history-taking skills. Focus on Health Professional Education: A Multi-Professional Journal, 20(1), 69–86. <https://doi.org/10.11157/fohpe.v20i1.227>

Rosa, H. Democratie vraagt om religie. Amsterdam: Boom Filosofie, 2023.

Rosa, H. Leven in tijden van versnelling, Amsterdam: Boom Filosofie, 2016.

Rosa, H. Onbeschikbaarheid, Amsterdam: Boom Filosofie, 2022.

RVS (2017). *Recept voor maatschappelijke probleem. Medicalisering van levensfasen*. Advies. Den Haag: RVS. Te downloaden via <https://www.raadvsv.nl/documenten/publicaties/2017/04/04/recept-voor-maatschappelijk-probleem>

RVS (2017). *Zonder context geen bewijs*. Advies. Den Haag: RVS. Te downloaden via: <https://www.raadvsv.nl/documenten/publicaties/2017/06/19/zonder-context-geen-bewijs>

RVS (2023). *De basis op orde Uitgangspunten voor toekomstgerichte eerstelijnszorg*. Den Haag: RVS. Te downloaden via <https://www.raadvsv.nl/documenten/publicaties/2023/04/04/de-basis-op-orde>

Ryff, C. (2018) Eudaimonic wellbeing. Highlights from 25 years of inquiry. In: Shigemasu, K., Kuwano, S., Sato, T. & T. Matsuzawa (eds). *Diversity in harmony. Insights from psychology*. Wiley Blackwell, pp. 375-395.

Saguil, A., Fitzpatrick, A. L., & Clark, G. (2011). Is evidence able to persuade physicians to discuss spirituality with patients?. *Journal of religion and health*, 50(2), 289–299. <https://doi.org/10.1007/s10943-010-9452-6>

Schermer, MHN, van der Horst, HE. Het concept 'positieve gezondheid' nader bekeken. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2021;165:D5897.

Selman, L. E., Brighton, L. J., Sinclair, S., Karvinen, I., Egan, R., Speck, P., Powell, R. A., Deskur-Smielecka, E., Glajchen, M., Adler, S., Puchalski, C., Hunter, J., Gikaara, N., Hope, J., & InSpirit Collaborative (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. <https://doi.org/10.1177/0269216317734954>

Scheepers, F. Mensen zijn ingewikkeld. Amsterdam: de Arbeiderspers, 2021.

Schnell, T. & C. Hoffmann (2020). ME-Work: Development and Validation of a Modular Meaning in Work Inventory. *Frontiers in Psychology* 11

Scholte P. Vluchtelingen met psychische klachten. *Huisarts Wet* 2020;63: DOI:10.1007/s12445-020-0768-5.

Smyre, C. L., Tak, H. J., Dang, A. P., Curlin, F. A., & Yoon, J. D. (2018). Physicians' Opinions on Engaging Patients' Religious and Spiritual Concerns: A National Survey. *Journal of pain and symptom management*, 55(3), 897–905. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.10.015>

Snowden, A., Gibbon, A. & Grant, R. (2019). What is the impact of chaplaincy in primary care? The GP perspective. *Health and Social Care Chaplaincy*, 6(2), 200-214. <https://doi.org/10.1558/hsc.34709>

Somsen, J. (2020). Spirituele zorg door de praktijkondersteuner GGZ [Pre-master werkstuk, Radboud Universiteit Nijmegen].

Somsen J, Barnhoorn PC, Jacobs G. Zingevingsvragen signaleren, bespreken en begeleiden. *Huisarts Wet* 2023;66(3):38-40. DOI:10.1007/s12445-023-2187-x.

Stael, A. Dilemma's en uitdagingen voor geestelijke verzorging in de thuissituatie. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 2022; 25:48-55.

Stichting Sociaal Fonds Huisartsenzorg. (2017). Rapport POH Transitie. Tilburg: SSFH.

Swaay, van, A, Tummers, R, Nogarede, R. Het spiegelgesprek. Handvatten voor het bespreken van spirituele thema's. *Pallium: Multidisciplinair tijdschrift over palliatieve zorg* 2013; 15: 8-10.

Thirioux B, Birault F and Jaafari N (2016) Empathy Is a Protective Factor of Burnout in Physicians: New Neuro-Phenomenological Hypotheses Regarding Empathy and Sympathy in Care Relationship. *Front. Psychol.* 7:763. doi: 10.3389/fpsyg.2016.00763

Thoonsen, Bregje. (2016). Early proactive palliative care in general practice. 10.13140/RG.2.2.24528.51207

Tiew, L. H., & Creedy, D. K. (2010). Integration of spirituality in nursing practice: A literature review. *Singapore Nursing Journal*, 37(1), 15.

Van De Schoot, R., De Bruin, J., Schram, R., Zahedi, P., De Boer, J., Weijdema, F., Kramer, B., Huijts, M., Hoogerwerf, M., Ferdinands, G., Harkema, A., Willemsen, J., Ma, Y., Fang, Q., Hindriks, S., Tummers, L., & Oberski, D. L. (2021). An open source machine learning framework for efficient and transparent systematic reviews. *Nature machine intelligence*, 3(2), 125-133.

Van den Brekel-Dijkstra K, Cornelissen M, Van der Jagt EJ. De dokter gevloerd. Hoe voorkomen we burn-out bij huisartsen? *Huisarts Wet* 2020;63: DOI:10.1007/s12445-020-0765-8.

Van der Vaart, W. (2024). Technische notitie 'vragenlijst zingeving': gebalanceerd en positief geformuleerde versies van de zingevingsschaal. Utrecht: Universiteit voor Humanistiek.

Veldman, D. Interview Mieke Buuts. TvPO; januari 2022: 26-29.

Vermandere, M., De Lepeleire, J., Smeets, L., Hannes, K., Van Mechelen, W., Warmenhoven, F., van Rijswijk, E., & Aertgeerts, B. (2011). Spirituality in general practice: a qualitative evidence synthesis. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 61(592), e749–e760. <https://doi.org/10.3399/bjgp11X606663>

Vermandere M, De Lepeleire J, Smeets L, Hannes K, Van Mechelen W, Warmenhoven F, van Rijswijk E, Aertgeerts B. (2013) Spiritualiteit in de huisartsenpraktijk Een kwalitatieve onderzoekssynthese. *Huisarts Nu*; 42:119-22.

Vermandere, M., Warmenhoven, F., Van Severen, E., De Lepeleire, J., & Aertgeerts, B. (2015). The Ars Moriendi Model for Spiritual Assessment: A Mixed-Methods Evaluation. *Oncology nursing forum*, 42(4), E294–E301. <https://doi.org/10.1188/15.ONF.294-301>

Vermandere, M., Choi, Y. N., De Brabandere, H., Decouttere, R., De Meyere, E., Gheysens, E., Nickmans, B., Schoutteten, M., Seghers, L., Truijens, J., Vandenbergh, S., Van de Wiele, S., Van Oevelen, L. A., & Aertgeerts, B. (2012). GPs' views concerning spirituality and the use of the FICA tool in palliative care in Flanders: a qualitative study. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 62(603), e718–e725. <https://doi.org/10.3399/bjgp12X656865>

Viaa/Universiteit voor Humanistiek. 2022. Zakkaartje: Zingeving in de palliatieve fase. Beschikbaar via: www.palliaweb.nl (geraadpleegd op 4 maart 2024)

Warmenhoven F, Vermandere M, Lucassen P, Vissers K, Aertgeerts B, De Lepeleire J. Somberheid in de palliatieve fase. *Huisarts Wet* 2014;57(5):236-8.

Whitehead, O., Jagger, C., & Hanratty, B. (2021). What do doctors understand by spiritual health? A survey of UK general practitioners. *BMJ open*, 11(8), e045110. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045110>

WRR (2021). Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak. Te downloaden via <https://www.wrr.nl/publicaties/rapporten/2021/09/15/kiezen-voor-houdbare-zorg>

Whitehead, I. O., Jagger, C., & Hanratty, B. (2022). Discussing spiritual health in primary care and the HOPE tool-A mixed methods survey of GP views. *PloS one*, 17(11), e0276281. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276281>

Wu, Philip. (2011). A Mixed Methods Approach to Technology Acceptance Research. *Journal of the Association for Information Systems*. 13. 10.17705/1jais.00287.

ZonMw actie-onderzoek "Linking-Zin: Zinvolle Samenwerking tussen Geestelijk Verzorgers en Vrijwilligers Levensvragen" zijn te vinden op de website van ZonMw (www.zonmw.nl); onderdeel van het programma Zingeving en Geestelijke verzorging).

Zorginstituut (2022). Kader passende zorg. Te downloaden via [Kader Passende zorg | Advies | Zorginstituut Nederland](#)

Bijlage 10: Referenties uit het onderzoeksvoorstel

- Borgsteede SD, Deliens L, Van der Wal G, Francke AL, Stalman WA, Van Eijk JT. Interdisciplinary cooperation of GPs in palliative care at home: a nationwide survey in The Netherlands. *Scandinavian journal of primary health care*. 2007;25(4):226-31.
- Brekel-Dijkstra, van den K, Cornelissen M, van der Jagt L. De dokter gevloerd. *Huisarts en wetenschap*. 2020;63(7):40-3.
- Evangelista CB, Lopes MEL, Costa SFGd, Batista PSdS, Batista JBV, Oliveira AMdM. Palliative care and spirituality: an integrative literature review. *Revista brasileira de enfermagem*. 2016;69:591-601.
- Horst, van der HE, de Wit N. Redefining the core values and tasks of GPs in the Netherlands (Woudschoten 2019). *British Journal of General Practice*. 2020;70(690):38-9.
- <https://publicatieszonmw.nl/zingeving-in-de-zorg/>.
- https://www.pallialine.nl/index.php?pagina=richtlijn/item/pagina.php&id=41857&richtlijn_id=1081&tab=4.
- <https://www.pastoralezorg.be/page/elisabeth/>.
- <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/life-sciences-health/programmas/project-detail/citizen-science-voor-gezondheid-en-zorg/emovere-uit-solk-eeen-nieuwe-weg-van-herstel-door-ervaringsdeskundigen-en-professionalse-movere/>.
- Huber M, Knottnerus JA, Green L, Van Der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? *Bmj*. 2011;343.
- Huber M, van Vliet M, Boer I. Heroverweeg uw opvatting van het begrip'gezondheid'. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*. 2016;160:A7720.
- Janssen-Niemeijer A, Visse M, Van Leeuwen R, Leget C, Cusveller B. The role of spirituality in lifestyle changing among patients with chronic cardiovascular diseases: a literature review of qualitative studies. *Journal of religion and health*. 2017;56(4):1460-77.
- Karuna C, Palmer V, Scott A, Gunn J. Prevalence of burnout among GPs: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract*. 2022 Apr 28;72(718):e316-e324. doi: 10.3399/BJGP.2021.0441. PMID: 34990391; PMCID: PMC8869191.
- Keizer G. Het nieuwe competentieprofiel POH en PVH. Springer; 2017.
- Lemmen CH, Yaron G, Gifford R, Spreuwenberg MD. Positive Health and the happy professional: a qualitative case study. *BMC-family practice*. 2021;22(1):1-12.
- Liefbroer AI, Ganzevoort RR, Olsman E. Addressing the spiritual domain in a plural society: What is the best mode of integrating spiritual care into healthcare? *Mental health, religion & culture*. 2019;22(3):244-60.
- Loo, van de D, Saämena N, Janse P, van Vliet M, Braam A. De waardering van de zes dimensies van positieve gezondheid in de ggz. *Tijdschrift voor Psychiatrie*. 2022;64(2):87-93.
- Molenaar C. Hart voor de zorg en zorg voor het hart: [sl]: sn; 2016.
- NHG/LHV-Standpunt Geestelijke gezondheidszorg in de huisartsenzorg. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap/Landelijke Huisartsen Vereniging. 2015.
- Philippens N, Janssen E, Verjans-Janssen S, Kremers S, Crutzen R. HealthyLIFE, a Combined Lifestyle Intervention for Overweight and Obese Adults: A Descriptive Case Series Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(22):11861.
- Selman L, Young T, Vermandere M, Stirling I, Leget C. Research priorities in spiritual care: An international survey of palliative care researchers and clinicians. *Journal of pain and Symptom Management*. 2014;48(4):518-31.
- Slort W, Schweitzer BP, Blankenstein AH, Abarshi EA, Riphagen I, Echteld MA, et al. Perceived barriers and facilitators for general practitioner–patient communication in palliative care: a systematic review. *Palliative medicine*. 2011;25(6):613-29.

Sprong-Brouwer M. Ouderen doen ertoe: hoe de oudere mens vanuit een (zorg) gemeenschap van betekenis kan zijn: Uitgeverij Boekencentrum; 2014.

Vehling S, Kissane DW. Existential distress in cancer: Alleviating suffering from fundamental loss and change. *Psycho-Oncology*. 2018;27(11):2525-30.

Vermandere M, Choi Y-N, De Brabandere H, Decouttere R, De Meyere E, Gheysens E, et al. GPs' views concerning spirituality and the use of the FICA tool in palliative care in Flanders: a qualitative study. *British Journal of General Practice*. 2012;62(603):e718-e25.

Vreugdenhil L, Ottevanger L. 21ste eeuw. Wordt geestelijke verzorging onderdeel van de eerste lijn? Onderzoek naar de behoefte aan geestelijke verzorging onder eerstelijns gezondheidswerkers in de deelgemeente Kralingen-Crooswijk te Rotterdam. Rotterdam: Hogeschool Rotterdam en omstreken; 2009.