

‘Eigenlijk is mijn hele vak daar gewoon voor.’

Een empirische studie naar motivatie van professionals in de ambulante GGZ om al dan niet aandacht te geven aan spiritualiteit/zingeving in hun zorg.

Line de Bruijn

Masterscriptie | Maart 2020
Universiteit voor Humanistiek

Masterscriptie Humanistiek

Universiteit voor Humanistiek

Utrecht, maart 2020

Line de Bruijn

Studentnummer: 1002252

Begeleider:

Prof. dr. Arjan Braam

Bijzonder hoogleraar Psychiatrie en Levensbeschouwing

Meelezer:

Assoc. Prof. Nicole Immler

Universitair hoofddocent Geschiedenis en Cultuurwetenschappen

Examinator:

Dr. Wander van der Vaart

Universitair hoofddocent Onderzoeksmethodologie

Line de Bruijn

‘Eigenlijk is mijn hele vak daar gewoon voor.’

Een empirische studie naar motivatie van professionals in de ambulante GGZ
om al dan niet aandacht te geven aan spiritualiteit/zingeving in hun zorg.

‘Eigenlijk is mijn hele vak daar gewoon voor (lacht). Dat is wat ik doe!
Ja ik deel ook pillen uit, en dat soort dingen, maar het heeft allemaal te maken
met mensen helpen om hier een zinvol leven te leiden.’

- Respondent

Voorwoord

Beste lezer, bedankt voor de interesse in deze masterscriptie waarmee ik een inspirerende tijd aan de Universiteit voor Humanistiek afsluit. Nadat ik mijn bachelorscriptie had geschreven over breukervaringen, werd ikzelf geconfronteerd met de kwetsbaarheid van het leven. Ik heb meegemaakt hoe breukervaringen je wereld kunnen laten instorten en aardverschuivingen veroorzaken in je mens- en wereldbeeld. Hoe de naschokken daarvan blijven doortrillen in wie en hoe je bent. Hoe het is om het vertrouwen in stabiele grond onder je voeten te verliezen. In een zoektocht naar houvast zijn gesprekken over spiritualiteit/zingeving ontzettend belangrijk voor me geweest. Dit heeft mij onder andere gemotiveerd om geestelijk verzorger in de GGZ te worden en deze masterscriptie te schrijven. Omdat ik heb ervaren hoe waardevol het kan zijn om over spiritualiteit/zingeving te kunnen praten, hoop ik met deze masterscriptie bij te dragen aan meer aandacht voor spiritualiteit/zingeving in de ambulante GGZ.

Dat had ik niet kunnen doen zonder de aandachtige begeleiding van Arjan. Bedankt Arjan, voor al je tijd, geduld, je nauwkeurige feedback en het vertrouwen dat je me gaf. Ook bedank ik mijn mee-lezer Nicole en de examinerator Wander en Herman voor de feedback die mijn scriptie op een hoger plan hebben geholpen. En Rita, bedankt voor het warme welkom bij de afspraken met Arjan. Mijn collega's van Expertisegroep Zingeving Altrecht bedank ik voor hun betrokkenheid. In het bijzonder Eva voor de toewijding waarmee ze heeft meegelezen en -gedacht en ook Anton voor zowel praktische als emotionele ondersteuning.

Natuurlijk ben ik ook mijn ouders dankbaar. Zij hebben mij emotioneel en financieel gesteund in het volgen van de opleiding waar mijn hart naar uitging. Dankzij hen heb ik de studie kunnen doen die mij zowel professioneel als persoonlijk zoveel moois heeft gebracht. Omdat ik dyslexie heb, is mijn vader als persoonlijke taal-assistent van grote waarde geweest. Pap, ontzettend bedankt voor de vele taalcorrecties die je in al mijn papers, stageverslagen essays en ook in deze masterscriptie hebt gemaakt! Voor support bij de laatste fase van mijn scriptie bedank ik naast mijn ouders ook mijn vrienden, in het bijzonder Suzanne, Wieke en Caren, mijn zusje Anne en mijn vriendje Ilja.

Tenslotte gaat grote dank uit naar de respondenten die openhartig antwoordden op mijn vaak persoonlijke vragen. Deze masterscriptie is hopelijk een bijdrage aan training en ondersteuning van jullie en jullie collega's. Dank voor jullie tijd en enthousiasme.

Samenvatting

Mensen die worden geconfronteerd met een psychiatrische aandoening hebben vaak zingeingsvragen. In psychiatrische klinieken kunnen patiënten terecht bij geestelijk verzorgers voor begeleiding op het gebied van spiritualiteit/zingeving. Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) wordt echter steeds vaker in de thuissituatie aangeboden. Omdat geestelijk verzorgers er niet voor alle thuiswonende patiënten kunnen zijn, is het belangrijk dat ook ambulante GGZ-professionals aandacht voor spiritualiteit/zingeving hebben. Onder hen is er echter een handelingsverlegenheid in het omgaan met spiritualiteit/zingeving. Inzicht in motivaties van ambulante GGZ-professionals om aandacht aan spiritualiteit/zingeving te geven draagt bij aan deskundigheidsbevordering.

Daarom luidt de onderzoeksvraag: *Wat motiveert professionals in de ambulante GGZ om al dan niet aandacht te geven aan spiritualiteit/zingeving in hun zorg en hoe verhoudt dat zich tot enerzijds hun eigen spiritualiteit/zingeving en anderzijds competenties op het gebied van spiritualiteit/zingeving?* Het gaat om zowel professionele als persoonlijke motivaties. De persoonlijke spiritualiteit/zingeving van de professionals speelt namelijk een rol. Met het oog op deskundigheidsbevordering worden de motivaties naast een competentieprofiel over spiritualiteit/zingeving gelegd. In dit onderzoek worden voor- en diepte-interviews met (N=11 en N=8) en observaties van (N=21) ambulante professionals van *Altrecht GGZ* op kwalitatief-interpretatieve wijze geanalyseerd.

Uit de resultaten blijkt dat aandacht voor spiritualiteit/zingeving volgens de onderzochte professionals een (heel) belangrijk onderdeel is van hun beroep. Volgens velen hoort dit onderdeel namelijk bij herstelgericht werken. Wat professionals verstaan onder aandacht voor spiritualiteit/zingeving binnen hun beroep, hangt samen met hun persoonlijke spiritualiteit/zingeving. Professionals die niet zo'n affiniteit met spiritualiteit/zingeving hebben, richten zich vooral op een zinvol alledaags leven van de patiënt. Professionals met uitgesproken affiniteit benadrukken meer de diepere zingeingsvragen. In zekere mate zijn professionals zich bewust van de invloed van hun eigen spiritualiteit/zingeving op het bespreken van de spiritualiteit/zingeving van de patiënt. Naast competentie is er ook handelingsverlegenheid. Professionals uiten dan ook behoefte aan deskundigheidsbevordering door geestelijk verzorgers. Met name bevordering van structurele aandacht voor spiritualiteit/zingeving in de behandeling is nodig. Nu hangt het namelijk af van de persoonlijke affiniteit van de professional of spiritualiteit/zingeving in de volle breedte aanbod komt bij patiënten die psychiatrische zorg aan huis ontvangen.

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	5
Samenvatting	6
1 Probleemstelling	10
1.1 Inleiding	10
1.2 Doelstelling	14
1.3 Vraagstelling	15
1.4 Concepten.....	16
2 Theoretisch kader.....	17
2.1 Spiritualiteit, zingeving, religie en existentiële vragen	17
2.1.1 Definitie ‘spiritualiteit’	18
2.1.2 Definitie ‘zingeving’	18
2.1.3 Definitie ‘religie’	19
2.1.4 Definitie ‘existentiële vragen’	19
2.1.5 Verhouding ‘religie’ en ‘spiritualiteit’	20
2.1.6 Verhouding ‘spiritualiteit’ en ‘zingeving’	21
2.1.7 Verhouding ‘zingeving’ en ‘existentiële vragen’	22
2.1.8 Verhouding ‘spiritualiteit’, ‘zingeving’, ‘religie’ en ‘existentiële vragen’	22
2.2 Normatieve professionaliteit.....	23
2.2.1 Het niveau van de maatschappij	25
2.2.2 Het niveau van de organisatie.....	25
2.2.3 Het niveau van het beroepsprofiel: competentieprofielen.....	26
2.2.4 Het niveau van de patiënt	29
2.2.5 Het niveau van de persoon van de professional: eigen spiritualiteit/zingeving	30
3 Methode	33
3.1 Type onderzoek	33

3.2 Populatie en operationele populatie.....	33
3.3 Dataverzameling.....	34
3.4 Werving en selectie	36
3.5 Procedure.....	37
3.6 Data-analyse	38
4 Resultaten.....	42
4.1 Benadering van spiritualiteit/zingeving door respondenten	42
4.2 Motivaties om al dan niet aandacht voor spiritualiteit/zingeving te hebben	46
4.2.1 Motivatie om wel aandacht aan zingeving te geven	47
4.2.2 Motivaties om géén aandacht aan zingeving te geven	49
4.3 Eigen spiritualiteit/zingeving van de persoon van de professional	53
4.3.1 Identiteit en affiniteit van professionals	53
4.3.2 Identiteit/affiniteit en motivatie.....	55
4.4 Competenties in spiritualiteit/zingeving	59
4.4.1 Spiritualiteit/zingeving als (standaard) onderwerp in de behandeling	62
4.4.2 Zelfreflectie en respect voor spiritualiteit/zingeving van de patiënt	64
4.4.3 Doorverwijzen en doorontwikkelen bij bewust zijn van beperkingen.....	67
5 Conclusie en discussie	72
5.1 Conclusie	72
5.2 Discussie.....	75
5.2.1 Theoretische reflectie	75
5.2.2 Beperkingen	81
5.3 Aanbevelingen voor de praktijk	84
Literatuur	87
Bijlagen.....	94
Bijlage 1 Competentieprofielen.....	94
Bijlage 2 Topic-lijst voor voor-interviews	97

Bijlage 3 Informed-consent	98
Bijlage 4 Topic-lijst voor diepte-interviews	99
Bijlage 5 Codeboom	102

‘Aandacht voor zingeving en spirituele zorg wordt gezien als een gemeenschappelijke taak van alle zorgverleners’ (Leget, 2017, p.100).

1 Probleemstelling

1.1 Inleiding

Gevolgen van ambulantisering voor aandacht voor spiritualiteit en zingeving

Confrontatie met ziekte en kwetsbaarheid gaat vaak samen met zingevingsvragen. ‘Patiënten die met een ernstige ziekte worden geconfronteerd, maken een proces door waarin spiritualiteit op verschillende manieren een rol kan spelen’ (De Jager-Meezenbroek et al., 2008, p.16). Mensen met een ernstige ziekte willen dan ook graag aandacht voor deze aspecten binnen de zorg (Ross, 2006; Jockheere, 2016; Vlasblom, 2015). Ook in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) hebben patiënten behoefte aan aandacht voor spiritualiteit en zingevingsvragen (Awara en Fasey, 2008; D’Souza, 2002; Van Uden en Pieper, 2000; Van Nieuw Amerongen-Meeuwse et al, 2019). De internationaal gangbare term ‘*spirituality*’ omvat de in Nederland gebruikelijke term ‘zingeving’ (zie 2.1.6). Omdat het voor de hand ligt de termen ‘zingeving’ en ‘spiritualiteit’ gezamenlijk aan de orde te stellen (Braam, Hoenders en Steen, 2019) houdt dit onderzoek spiritualiteit/zingeving aan.

Begeleiding bij spiritualiteit/zingeving door een geestelijk verzorger is op basis van het recht op vrijheid van godsdienst en levensbeschouwing (artikel 6 van de grondwet) gewaarborgd tijdens klinische opname¹. Patiënten in de GGZ verblijven echter steeds minder vaak en minder lang in een kliniek. In 2012 kwamen overheid, zorgbieders en zorgverzekeraars namelijk overeen tot een reductie van het aantal bedden met een derde ten opzichte van 2008 en een vervanging van deze voorzieningen door ambulante zorg². Psychiatrische zorg wordt zoveel mogelijk in de vertrouwde thuisomgeving geboden: ‘ambulant als het kan, tijdelijk een klinische opname als het moet’³. Dit beleid streeft niet alleen naar vermindering van zorgkosten maar ook naar een ‘inclusieve samenleving, zonder stigma voor mensen met GGZ-problematiek’⁴. Daarom gaat het volgens De Boer (2006) om

¹ www.vgvz.nl/over-de-vgvz/handige-beleidsstukken. Gevonden op 25-05-19.

² Trimbos-instituut. (2012). *Ambulantisering: Trendrapportage GGZ deel 1*. Utrecht: Trimbos-instituut.

³ Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg (GGZ) 2019 t/m 2020.

⁴ *Idem*.

‘een doelbewuste humanisering van de psychiatrie’ (p.217).

Deze ambulantisering heeft echter ook een negatief bijeffect. Begeleiding bij spiritualiteit/zingeving door een geestelijk verzorger met GGZ-expertise is niet gewaarborgd door de wet⁵ voor ambulante patiënten zoals dat is voor klinische patiënten. Er wordt bepleit dat geestelijke verzorging beschikbaar blijft, ook al gaan mensen eerder naar huis of krijgen ze vervangende zorg thuis (Bos, 2004). Echter, de financiering van geestelijk verzorgers met een GGZ-expertise in de thuissituatie is nog niet op orde (Janssen, 2014). Financiering is namelijk vaak nog gekoppeld aan het aantal bedden in de kliniek. Minder bedden betekent minder formatie voor geestelijke verzorging. Ook is er bezuinigd op geestelijke verzorging in de GGZ onder het devies dat gezondheidszorg beperkt moet worden tot het behandelen van ziekten (Van Loenen, 2014). Geestelijk verzorgers hebben dus onvoldoende formatie om alle ambulante patiënten met zingevingsvragen te begeleiden (Vlasblom, 2016). Tegelijkertijd vallen patiënten steeds minder terug op zorg vanuit religieuze netwerken door toenemende ontkerkelijking (Bernts en Berghuijs, 2016). Mogelijk wordt het beroep op de GGZ door dit proces versterkt (Van Loenen, 2014).

Omdat er aan de ene kant gebrek aan formatie voor geestelijk verzorging in de ambulante GGZ is en aan de andere kant de behoefte aan begeleiding bij spiritualiteit/zingeving in de GGZ toeneemt, is ‘het van belang dat de aandacht voor zingevingsvragen breder gedeeld wordt’ (Jansen, 2013, p.53). Samenwerking tussen geestelijk verzorgers en andere GGZ-professionals is nodig (Braam, 2017; Gilhuis, 2016; Van Leeuwen, Leget, Vosselman, 2016; Weaver et al, 2003) om aandacht voor spiritualiteit/zingeving in de thuissituatie te bevorderen.

Samenwerking tussen geestelijk verzorgers en andere GGZ-professionals

Geestelijk verzorgers zijn gespecialiseerd in *spiritual care* (Leget, 2013) en zingeving (Braam, 2017; Mooren, 2010). Toch is spiritualiteit/zingeving idealiter ‘een dimensie van alle zorg en niet primair een domein van een specifiek beroep’ (Van der Kolm, 2012 p.49). Zo vinden patiënten dat naast de geestelijk verzorger ook andere hulpverleners meer oog moeten krijgen voor spiritualiteit/zingeving (Van Uden en Pieper, 2000). Ook blijkt uit bevindingen van De Jager-Meezenbroek en collega’s (2008) dat de meeste Nederlandse zorgexperts⁶ het

⁵ artikel 6 van de grondwet

⁶ Het gaat hierbij om zorgexperts van het Helen Dowling Instituut, het Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken en het Taborhuis.

belangrijk vinden dat alle zorgverleners aandacht besteden aan spiritualiteit/zingeving. Tenslotte beschouwen de Wereld Gezondheid Organisatie (WHO) en de Internationale Raad voor Verpleegkundigen (ICN) spirituele zorg als een essentieel onderdeel van de gezondheidszorg (Vlasblom, 2016).

Daarnaast benadrukken verschillende benaderingen op gezondheidszorg dat spiritualiteit/zingeving van belang is voor alle disciplines. In de benadering van Positieve Gezondheid wordt zingeving als een dimensie -naast lichaamsfuncties, dagelijks functioneren, sociaal maatschappelijk participeren, kwaliteit van leven en mentaal welbevinden- gezien die aandacht van alle zorg verdient (Huber, Van Vliet en Boer, 2016). De herstelbenadering in de GGZ stelt dat psychiatrische zorg niet alleen op klachtenreductie gericht moet zijn, maar ook op herstel: het ontwikkelen van nieuwe betekenisgeving aan en nieuwe doelen in het leven met een psychische kwetsbaarheid (Anthony, 1993). *Connectedness, hope, identity, meaning in life en empowerment* (kortweg: CHIME) dragen bij aan herstel, zo blijkt uit een systematische *review* van empirisch onderzoek naar herstelprocessen (Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams en Slade, 2011). Al deze thema's, in het bijzonder *meaning in life*, houden verband met spiritualiteit/zingeving. Geestelijk verzorgers wijzen dan ook op de samenhang tussen herstel en zingeving (Anbeek, Rijbout en Van Loenen, 2011; Bos, Hyvarinen en Van Roermund, 2011; Ouwehand, 2020). Tenslotte betoogt de internationale *spiritual care* benadering die voortgekomen is uit de palliatieve zorg, multidisciplinaire samenwerking rond spiritualiteit/zingeving. Deze benadering ziet 'aandacht voor zingeving en spirituele zorg (...) als een gemeenschappelijke taak van alle zorgverleners' (Leget, 2017, p.100).

In dit licht houdt Leget (2017) een pleidooi voor het omdenken van geestelijke verzorging als een eigenstandige discipline naar *spiritual care* als een gezamenlijke opgave voor alle disciplines waarin de geestelijk verzorger een bijzondere plaats inneemt (p.103). 'De geestelijk verzorger behartigt het domein van levensbeschouwing, zingeving en spiritualiteit niet exclusief maar wel expliciet' (Bos, 2006, p.313). Vanuit deze visie bevordert de geestelijk verzorger dat andere professionals meer aandacht hebben voor spiritualiteit/zingeving. In de praktijk zijn stappen richting deze herziening van de beroepsopvatting te zien. Een vergelijking tussen rapportage van geestelijke verzorging in het ambulante veld in 2006 (Arends, 2006) met meer recentere rapportages (Van Bolhuis en Ghzili, 2012; Gilhuis, 2016; Van der Kolm, 2012; Van der Vegt, De Rijk en Muthert, 2014) laat zien dat geestelijk verzorgers steeds meer samenwerken met ambulante teams. Daarin zijn zij gericht op 'vergroting van sensibiliteit, kennis en competentie van professionals voor

zingevingsvragen' (Van der Kolm, 2012, p.50). Verder is de recentelijke financiering van geestelijk verzorgers in de thuissituaties onder andere bedoeld voor scholing van andere professionals⁷.

Handelingsverlegenheid en deskundigheidsbevordering

Deze deskundigheidsbevordering is nodig, omdat er volgens Van Leeuwen, Leget en Vosselman (2016) onder professionals handelingsverlegenheid bestaat bij het begeleiden van zingevingsvragen. Professionals krijgen onvoldoende kennis en vaardigheden met betrekking op spiritualiteit/zingeving in opleidingen (Cavenish, 2004). Verschillende (internationale) empirische studies bevestigen deze stelling. Verpleegkundigen uit diverse zorgsectoren hebben het gevoel inadequaat voorbereid te zijn op het geven van zorg omtrent spiritualiteit/zingeving (Cetinkaya et al., 2013; Ross et al., 2014; Ross, 2006; Ross, 1997; Van Leeuwen en Schep-Akkerman, 2015). Hoewel zij het belang van spirituele zorg inzien, ervaren velen van hen op dit vlak drempels zoals het niet kunnen geven van 'antwoorden' en onvoldoende scholing (Vlasblom, 2015). Ook geeft 80% van psychologen en andere GGZ-professionals in de Verenigde Staten aan dat zij spirituele en religieuze competenties belangrijk vinden (Vieten en Scammell, 2015). Tegelijkertijd zegt evenwel 70% van hen weinig of geen expliciete training te hebben gehad in het competent omgaan met spirituele en religieuze aspecten in het leven van hun patiënten. GGZ-professionals uit het Verenigd Koninkrijk benadrukken de noodzaak van training over spiritualiteit/zingeving (Greasly, Chiu en Gartland, 2001). In de Nederlandse ambulante GGZ zien professionals spiritualiteit/zingeving 'als een belangrijk perspectief in het zorgproces', maar worden zingevingsvragen 'tijdens overlegmomenten met het team niet inhoudelijk doorgesproken' (Van der Vegt, De Rijk en Muthert, 2014, p.12). Patiënten herkennen de handelingsverlegenheid van professionals. Zo geeft 50% van de ambulante GGZ-patiënten in een empirische studie uit het Verenigd Koninkrijk aan dat hun geloofsovertuigingen werden genegeerd of getrivialiseerd door professionals (Awara en Fasey, 2008). Nederlandse GGZ-patiënten benoemen dat professionals 'wel kunnen/willen luisteren naar hun geloof/levensbeschouwelijk verhaal, maar dat het hen aan vaardigheden ontbreekt in de behandeling adequate interventies op dit terrein te plegen' (Pieper en Van Uden, 2005, p.105).

Vanwege de handelingsverlegenheid wordt training met betrekking tot

⁷ FACTSHEET 2 – Subsidieregeling geestelijke verzorging thuis VERSIE APRIL 2019 gevonden op <https://vgvz.nl/informatie-eerste-lijn/24-1-202>

spiritualiteit/zingeving veelvuldig aanbevolen (Baldacchino, 2006; Baldacchino, 2008; Braam, 2017; Van der Geer et al., 2016; Van de Geer, 2017; De Jager-Meezenbroek et al., 2008; Van Leeuwen, 2008; Van Leeuwen en Cusveller, 2004; Leget, 2013; Moreira-Almeida, 2016; Narayanasamy, 1993; Pieper en Van Uden, 2005; Ross, 2006; Vlasblom et al., 2011; Vieten en Scammell, 2015, Weaver et al, 2003). In verschillende zorgcontexten is er een training over spiritualiteit/zingeving aan verpleegkundigen gegeven met positieve resultaten (Baldacchino, 2008; Geer et al., 2016; Greasly, Chiu en Gartland, 2001; Ross, 1996; Van der Geer, 2017; Van Leeuwen en Cusveller, 2004; Vlasblom et al, 2011; Vogel en Schep-Akkerman, 2018). Om deze deskundigheidsbevordering te standaardiseren, zijn verschillende richtlijnen (Moreira-Almeida, 2016)⁸ en competentieprofielen (Vieten en Scammell, 2015)⁹ opgesteld.

Het mag verondersteld worden dat motivatie van professionals nodig is voor (deskundigheidsbevordering in) aandacht voor spiritualiteit/zingeving. Motivatie is het proces waarbij waarden geconcretiseerd worden in doelen (Bohlmeijer, Bolier, Westerhof en Walburg, 2018). Daardoor is de motivatie om wel of niet de spiritualiteit/zingeving van de patiënten te bespreken niet waarde vrij. Immers ‘the practice of psychiatry is inherently value laden’ (Glas, 2019, p.33). Volgens de normatieve professionaliteit benadering zijn professionele praktijken en professionaliteit per definitie normatief (Van de Ende, 2011). Bij motivatie van normatieve professionals spelen zowel waarden op het niveau van de maatschappij, de organisatie, het beroepsprofiel, de patiënt alsook de persoon van de professional. Het huidige onderzoek tracht de motivatie om al dan niet aandacht te geven aan spiritualiteit/zingeving van professionals in de ambulante GGZ uit te diepen.

1.2 Doelstelling

Inzicht in motivaties van ambulante GGZ-professionals om al dan niet aandacht voor spiritualiteit/zingeving te hebben, is wetenschappelijk relevant omdat dit inzicht bestaande kennis nuanceert en verdiept. Hierboven beschreven studies tonen namelijk wel aan dat professionals het belang van aandacht spiritualiteit/zingeving inzien, maar niet waaróm zij dit belangrijk vinden. Het onderzoeken van motivaties op verschillende niveaus van normatieve

⁸ IKNL. (2018). *Zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase. Landelijke richtlijn. Versie 2.0.. (z.p.): IKNL.*

⁹ EPICC (2019). *Spiritual Care Education Standard. www.epicc-project.eu gevonden op 19-6-2109.*

professionaliteit in relatie tot de spiritualiteit/zingeving van de professional en competenties op het gebied van spiritualiteit/zingeving, brengt meer gelaagdheid in de literatuur.

Dit onderzoek is ook maatschappelijk relevant omdat het tracht bij te dragen aan vermindering van handelingsverlegenheid van professionals in de ambulante GGZ op het gebied van spiritualiteit/zingeving. Immers, de verwachting is dat inzicht in de relatie tussen de motivatie en de spiritualiteit/zingeving van de persoon van de professional enerzijds en competenties in spiritualiteit/zingeving anderzijds, kan bijdragen aan doeltreffende deskundigheidsbevordering. Het uiteindelijke doel daarvan is bijdragen aan meer aandacht voor spiritualiteit/zingeving bij mensen met een ernstige psychiatrische aandoening, ook wanneer zij vanwege het huidige beleid thuis wonen.

Daarmee is dit onderzoek tevens humanistisch relevant. Het onderzoek draagt namelijk bij aan een zinvol leven in een humane samenleving. Aan de ene kant kan ambulantisering gezien worden als humanisering van de GGZ omdat psychisch kwetsbare mensen niet apart worden gezet maar ín de samenleving zorg krijgen (De Boer, 2006). Aan de andere kant krijgen zij door deze humanisering beduidend minder kans op begeleiding bij zingevingsvragen door een geestelijk verzorger dan tijdens klinische opnamen. Verminderen van handelingsverlegenheid onder ambulante GGZ-professionals kan bijdragen aan meer gerichtheid op een zinvol leven binnen de meer humane setting van de thuissituatie.

1.3 Vraagstelling

Hoofdvraag:

Wat motiveert professionals in de ambulante geestelijke gezondheidszorg om al dan niet aandacht te geven aan spiritualiteit/zingeving in hun zorg en hoe verhoudt dat zich tot enerzijds hun eigen spiritualiteit/zingeving en anderzijds competenties op het gebied van spiritualiteit/zingeving?

Deelvragen:

1. Welke motivatie hebben ambulante GGZ-professionals om zich al dan niet te richten op spiritualiteit/zingeving in hun zorg?
2. Welke relatie beschrijven ambulante GGZ-professionals tussen hun motivatie en hun eigen spiritualiteit/zingeving?
3. Welke competenties op het gebied van spiritualiteit/zingeving komen naar voren in de motivatie van ambulante GGZ-professionals?

1.4 Concepten

Spiritualiteit/zingeving:

Deze begrippen worden nader uitgewerkt in 2.1.1, 2.1.2 en 2.1.6

Professionals:

In dit onderzoek wordt met ‘professionals’ verwezen naar GGZ-professionals werkzaam in de Nederlandse ambulante GGZ.

Patiënten:

Met ‘patiënten’¹⁰ wordt in dit onderzoek verwezen naar ‘personen die een episode hebben meegemaakt van psychiatrische verschijnselen of die de kwetsbaarheid voor psychiatrische verschijnselen blijvend met zich meedragen en er beperkingen van ondervinden’ (Braam, 2013, p.11) en die zorg ontvangen binnen de Nederlandse ambulante GGZ.

Spiritual care:

Spiritual care (spirituele zorg) is een benadering die aandacht voor spiritualiteit/zingeving als opdracht voor alle zorgverleners ziet (Leget, 2013) en zingeving of spiritualiteit opvat als een antropologisch gegeven’ (Leget, 2017).

Competentie:

Een competentie is het aantoonbare vermogen van een individu om een taak te begrijpen en uit te voeren op een passende en effectieve manier die consistent is met wat er van een gekwalificeerd persoon verwacht mag worden (Kaslow, 2004).

Motivatie:

Motivatie is het proces waarbij waarden geconcretiseerd worden in doelen (Bohlmeijer, Bolier, Westerhof en Walburg, 2018).

¹⁰ Zij worden ook wel aangeduid met cliënten. Beide termen hebben voor- en nadelen omdat ‘cliënt’ minder stigmatiserend zou zijn maar ook minder recht doet aan de situatie van lijden dan ‘patiënt’ (Van den Hoof en Goossens, 2012).

Of men aandacht aan spiritualiteit/zingeving besteedt,
moet geen kwestie van persoonlijke voorkeur zijn
maar een kwestie van professionaliteit (Glas, 2012).

2 Theoretisch kader

Het theoretisch kader bestaat uit twee delen. In het eerste deel wordt de theoretische afbakening van ‘spiritualiteit’, ‘zingeving’ en aanverwante termen bepaald waarmee er naar de onderzoeksvragen gekeken wordt. ‘Normatieve professionaliteit’ als theoretische bril staat in het tweede deel centraal.

2.1 Spiritualiteit, zingeving, religie en existentiële vragen

Om motivaties rond spiritualiteit/zingeving en de eigen spiritualiteit/zingeving van de professionals te kunnen begrijpen, is het nodig te bepalen vanuit welke kaders ‘spiritualiteit’ en ‘zingeving’ begrepen worden. Beide termen zijn meerduidige begrippen die in de (interdisciplinaire) literatuur (en waarschijnlijk ook in de leefwereld van professionals) verschillend worden begrepen. Daarom is een theoretische afbakening van deze termen gewenst. Zoals genoemd in de inleiding (1.1) omvat de internationaal gangbare term ‘*spirituality*’ de in Nederland gebruikelijke term ‘zingeving’ en worden spiritualiteit en zingeving daarom samen genoemd. Er is veel overlap maar er zijn ook verschillen. Daarnaast bestaat er ook ruime overlap met de termen ‘religie’ en ‘existentiële vragen’.

Een eenduidig gebruik van deze complexe termen is niet mogelijk omdat de definities niet universeel zijn, maar context gebonden. Binnen de hedendaagse westerse context zijn er vele verschillende interpretaties. Waar volgens Vieten en Scammel (2015) mensen niet-spiritueel kunnen zijn, is ‘spiritualiteit’ volgens de *spiritual care* benadering het levensbeschouwelijk functioneren van alle mensen¹¹. Deze benadering ziet ‘zingeving’ als onderdeel van ‘spiritualiteit’ terwijl De Beroepsstandaard voor Geestelijk Verzorgers¹² stelt dat ‘spiritualiteit’ (net als ‘existentiële vragen’) onderdeel van ‘zingeving’ is. Volgens de existentiële psychotherapie is de (al dan niet religieuze) spirituele dimensie dan weer één van vier existentiële dimensies (Van Deurzen, 2002).

¹¹ IKNL. (2018). *Zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase. Landelijke richtlijn. Versie 2.0. (z.p.): IKNL.*

¹² *Beroepsstandaard Geestelijk Verzorgers, VGVZ, 2015*

Binnen dit complexe debat is het nodig te bepalen welke definities de theoretische bril vormen om naar spiritualiteit/zingeving in de leefwereld van ambulante GGZ-professionals te kijken. Volgens cultureel antropoloog Geertz (1973) verschaffen nauwkeurig geconstrueerde definities ‘a useful orientation, or reorientation, of thought, such that an extended unpacking of them can be an effective way of developing and controlling a novel line of inquiry’ (Geertz, 1973, p.90). Daarom verantwoordend deelparagrafen 2.1.1 t/m 4 de gekozen definities. Deelparagrafen 2.1.5 t/m 8 laten iets zien van hoe de termen zich tot elkaar verhouden zonder te pretenderen de complexe definitieproblemen op te lossen.

2.1.1 Definitie ‘spiritualiteit’

In 67% van de definities van ‘spiritualiteit’ in de literatuur over spiritualiteit en psychologie komt ‘het heilige’ voor (Kapusinski en Masters, 2010). Ook de Vieten en Scammel (2015) verwijzen met ‘spiritualiteit’ naar ‘an individual’s internal sense of connection to or search for the sacred’ (p.51). De Amerikaanse context verschilt echter van de Europese waar ‘het heilige’ minder vanzelfsprekend is door ontkerkelijking. Daarom is hier gekozen voor de Europese definitie waarin ‘het heilige’ een optie is. Deze luidt: ‘de dynamische dimensie van het menselijk leven die verband houdt met de wijze waarop personen (individu en gemeenschap) betekenis, doel en transcendentie ervaren, tot uitdrukking brengen, en/of zoeken en de wijze waarop zij verbonden zijn met het moment, met zichzelf, met anderen, met de natuur, met datgene wat betekenisvol en/of heilig is’ (Nolan, Saltmarsh en Leget, 2011)¹³.

2.1.2 Definitie ‘zingeving’

Er zijn verschillende definities van zingeving gangbaar. Een definitie met een psychologische insteek sluit beter aan bij het taalveld van de GGZ dan een definitie met een filosofische of theologische insteek. Daarom houdt dit onderzoek de psychologisch georiënteerde definitie van Alma en Smaling (2010) aan. Zij definiëren zingeving als de ‘persoonlijke verhouding tot de wereld waarin het eigen leven geplaatst wordt in een breder kader van samenhangende betekenissen, waarbij doelgerichtheid, waardevolheid, verbondenheid en transcendentie worden beleefd, samen met competentie en erkenning, zodat ook gevoelens van gemotiveerd zijn en welbevinden worden ervaren’ (Alma en Smaling (red.), 2010, p.23). Deze definitie

¹³ Deze definitie wordt tevens gebruikt in: IKNL. (2018). *Zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase. Landelijke richtlijn. Versie 2.0. (z.p.): IKNL.*

verwijst niet alleen naar cognitieve en evaluatieve (psychologische) processen, maar vooral ook naar bewuste activiteiten, ervaringen of belevingen en de persoonlijke ervaren betekenissen hiervan in het eigen leven (p.23).

2.1.3 Definitie 'religie'

Door de grote variëteit aan religies is het moeilijk om tot één alles dekkende definitie te komen (Momen, 2009). Een veel gebruikte definitie is: 'religion is (1) a system of symbols which acts to (2) establish powerful, pervasive, and long-lasting moods and motivations in men by (3) formulating conceptions of a general order of existence and (4) clothing these conceptions with such an aura of factuality that (5) the moods and motivations seem uniquely realistic' (Geertz, 1973, 90). Vieten en Scammel (2015), die kennis over diversiteit van religie zien als één van de competenties die GGZ-professionals zouden moeten hebben, beschouwen 'religie' als 'affiliation with an organization guided by shared beliefs and practices, whose members adhere to a particular understanding of the divine and participate in sacred rituals' (p. 51).

2.1.4 Definitie 'existentiële vragen'

Het existentiële betreft het geheel van iemands bestaan en diens bestaansoriëntaties (Glas, 2012) waartoe fundamentele motivaties en kernwaarden behoren (Glas, 2017). Existentiële vragen kunnen deze bestaansoriëntatie ondermijnen. De existentiële benadering van psychotherapie stelt namelijk dat de grootste menselijke worstelingen gaan over de gegevens van het bestaan. Yalom (2005) vat deze existentiële vragen (*ultimate concerns*) als volgt samen (p.101-102):

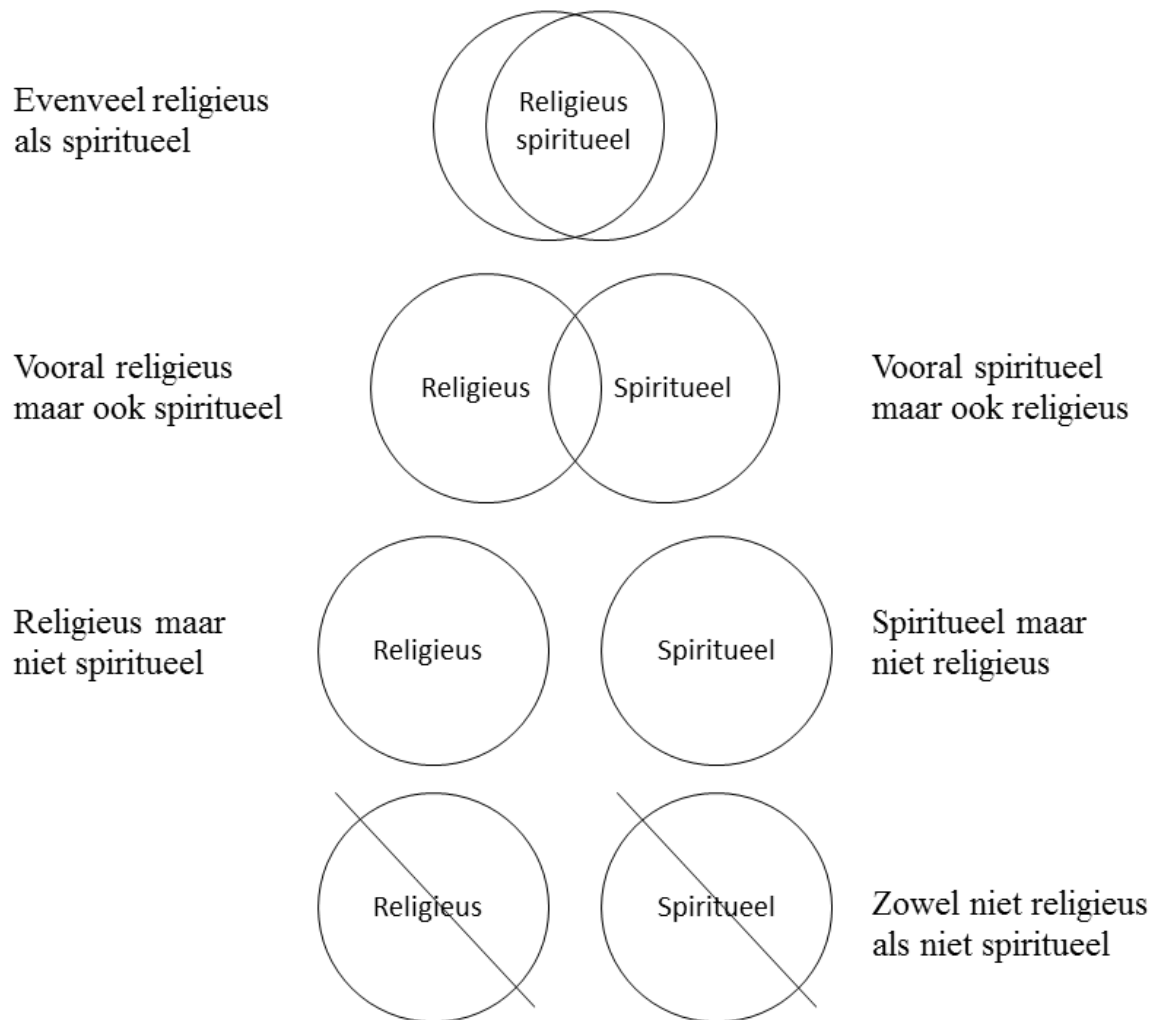
- Dood: we willen blijven bestaan terwijl we bewust zijn van onvermijdelijke dood.
- Vrijheid: we snakken naar structuur terwijl we geconfronteerd worden met de vrijheid en verantwoordelijkheid om ons eigen leven vorm te geven en met de ongegrondheid daarvoor.
- Isolatie: we verlangen naar contact, bescherming, onderdeel van een geheel zijn, terwijl we de onoverbrugbare kloof tussen onszelf en de ander ervaren.
- Betekenisloosheid: we zijn betekenis-zoekende wezens terwijl we zijn geworpen in een wereld zonder intrinsieke betekenis.

2.1.5 Verhouding 'religie' en 'spiritualiteit'

'Although the words "religion" and "spirituality" have historically often been used interchangeably, they are increasingly understood to be distinct yet overlapping constructs' (Vietsen en Scammel, 2015, p.3). Vandaag de dag roepen de termen tegenoverstelde associaties op. 'Religie' wordt gezien als oud en institutioneel en 'spiritualiteit' als flexibel, nieuw en individueel (Verhagen en Van Megen, 2012). Deze tegenstelling is echter ten onrechte zo scherp, omdat er veel overlap bestaat (Vietsen en Scammel, 2015; Verhagen en Van Megen, 2012). Dit blijkt uit de verschillende mogelijke variaties van hoe mensen zichzelf wel/niet spiritueel en/of religieus noemen (zie Figuur 1 op de volgende bladzijde). Vietsen en Scammel (2015) beschrijven de mogelijke posities als volgt (p.56-58):

- Evenveel religieus als spiritueel: mensen voor wie hun religie hun spiritualiteit is. De religie geeft richting aan hun spiritualiteit en spirituele ervaringen of praktijken liggen niet buiten hun geloof.
- Vooral religieus maar ook spiritueel: mensen die sterk verbonden zijn aan een religie en deze praktiseren, maar daarnaast ook spirituele ervaringen hebben of zoeken buiten hun geloof om.
- Vooral spiritueel maar ook religieus: mensen die sterke spirituele overtuigingen, praktijken en waarden hebben die niet binnen een religieus kader vallen, maar het ook belangrijk vinden om betrokken te blijven bij een religieuze gemeenschap.
- Religieus maar niet spiritueel: mensen die zichzelf identificeren met religie, maar de term 'spiritueel' niet geschikt vinden voor het beschrijven van hun ervaring met 'het heilige'.
- Spiritueel maar niet religieus: mensen die niet bij een religie aangesloten zijn, maar wel spiritueel zijn. Het gaat om een meer of minder diepe beleving daarvan.
- Zowel niet religieus als spiritueel: mensen die zich zowel niet-religieus als niet-spiritueel noemen. Onder hen zijn atheïsten, agnosten en mensen die zich niet voor dit onderwerp interesseren.

Mogelijke posities ten aanzien van religie en spiritualiteit



Figuur 1: Mogelijke posities ten aanzien van religie en spiritualiteit. Vrij naar Vieten en Scammel, 2015, p.56.

2.1.6 Verhouding 'spiritualiteit' en 'zingeving'

In Nederlandse zorgsector is de term 'zingeving' gebruikelijker dan 'spiritualiteit'. Toch gebruikt de Nederlandse literatuur binnen de *spiritual care* benadering de vertaling 'spirituele zorg'. Internationaal gezien is *spirituality* namelijk de gangbare term. Culturele verschillen lijken echter erg belangrijk in hoe spiritualiteit wordt geformuleerd in psychiatrische praktijken in verschillende landen (Braam, 2017). In Nederland bestaan negatieve associaties met 'spiritualiteit', zoals 'zweverig' (Vlasblom, 2016¹⁴) en lijkt 'zingeving' een positief gewaardeerde term (Braam, Hoenders en Steen, 2019). Daardoor vereist integratie van

¹⁴ IKNL. (2018). Zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase. Landelijke richtlijn. Versie 2.0. (z.p.): IKNL.

wetenschappelijke inzichten over (religie en) spiritualiteit in de Nederlandse GGZ dat deze termen worden geïntroduceerd als ‘zingeving’ (Braam, 2017). De termen zijn echter niet een-op-een naar elkaar te vertalen. In de definities van ‘spiritualiteit’ en ‘zingeving’ komen de woorden betekenis, doel, transcendentie en verbondenheid overeen en wordt de persoonlijke dimensie benadrukt. Er is veel overlap, maar competentie en erkenning spelen alleen bij ‘zingeving’ een rol en ‘het heilige komt’ alleen in de definitie van ‘spiritualiteit’ terug. De manier waarop ‘spiritualiteit’ wordt gebruikt in de *spiritual care* benadering, ligt dicht bij ‘zingeving’, omdat ‘spiritualiteit’ hierin wordt gezien als universeel menselijk. Het ligt daarom voor de hand de termen ‘zingeving’ en ‘spiritualiteit’ gezamenlijk aan de orde te stellen (Braam, Hoenders en Steen, 2019). De gekozen combinatie spiritualiteit/zingeving neemt zowel de internationale literatuur over *spiritual care* als de Nederlandse context in acht.

2.1.7 Verhouding ‘zingeving’ en ‘existentiële vragen’

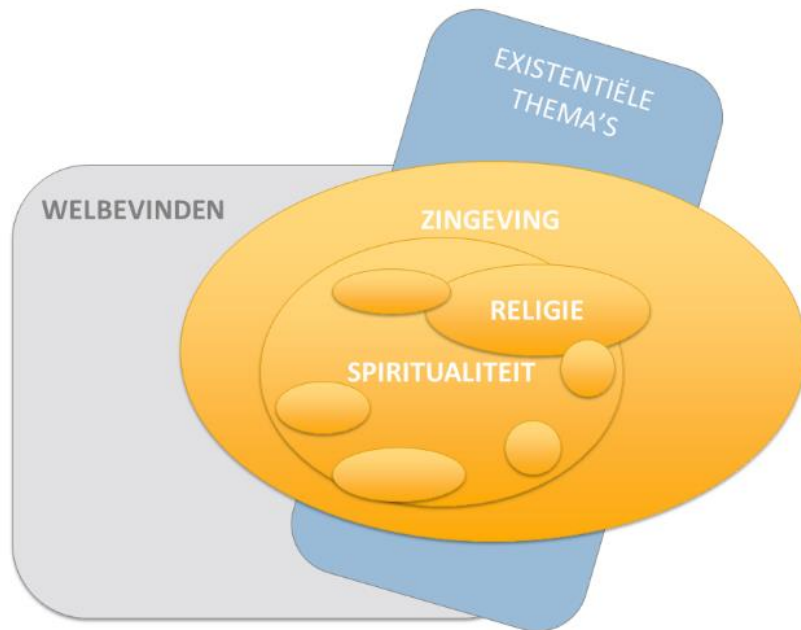
Voor Alma en Smaling (2010) is het existentiële sterk verbonden met zingeving. Zij onderscheiden alledaagse zingeving van existentiële zingeving. Door alledaagse zingeving worden zaken vanzelfsprekend begrijpelijk door er betekenis aan te geven. *Existentiële* zingeving overstijgt het hier en nu. Het gaat daarbij om het zoeken, en deels ook vinden van antwoorden op levensvragen. Confrontatie met existentiële thema’s ‘betekenisloosheid’, ‘vrijheid’, ‘dood’ of ‘isolatie’ roepen deze levensvragen op. Gebrek aan zingeving valt dus in het begrippenkader van de existentiële thematiek (Braam, Hoenders en Steen, 2019).

2.1.8 Verhouding ‘spiritualiteit’, ‘zingeving’, ‘religie’ en ‘existentiële vragen’

De voorgaande paragrafen laten zien dat een eenduidig gebruik van de vier termen ingewikkeld is. Omdat bij verwijzingen de gebruikte term van de auteur wordt genoemd, zullen alle vier de termen terugkomen in dit onderzoek en enigszins door elkaar gebruikt worden. Figuur 2 (op de volgende pagina) laat zien hoe de verhouding in dit onderzoek wordt gehanteerd. ‘Spiritualiteit’ en ‘zingeving’ zijn hierin overlappend maar ‘zingeving’ is breder dan ‘spiritualiteit’ omdat het ook over betekenisgeving los van ‘het heilige’ gaat. Daarnaast toont de Figuur dat aspecten van ‘spiritualiteit’, ‘zingeving’, ‘religie’ of ‘existentiële vragen’ ook in termen van welbevinden worden uitgedrukt. ‘Welbevinden’ staat zelfs in de gekozen definitie van ‘zingeving’. Inhoudelijk ontstaat er daarom overlap tussen kenmerken van ‘zingeving’ en de verschijnselen van psychisch disfunctioneren (Braam, Hoenders en Steen,

2019). Daarom is aandacht voor ‘spiritualiteit’, ‘zingeving’, ‘religie’ en ‘existentiële vragen’ niet altijd duidelijk te onderscheiden van aandacht voor ‘welbevinden’ bij de GGZ-patiënt. Zodoende kunnen behoeften van patiënten op dit gebied verborgen raken onder het denken in termen van ‘welbevinden’.

‘Spiritualiteit’, ‘zingeving’, ‘religie’, ‘existentiële vragen’ en ‘welbevinden’



Figuur 2: verhouding ‘spiritualiteit’, ‘zingeving’, ‘religie’, ‘existentiële vragen’ en ‘welbevinden’ tot elkaar.¹⁵

2.2 Normatieve professionaliteit

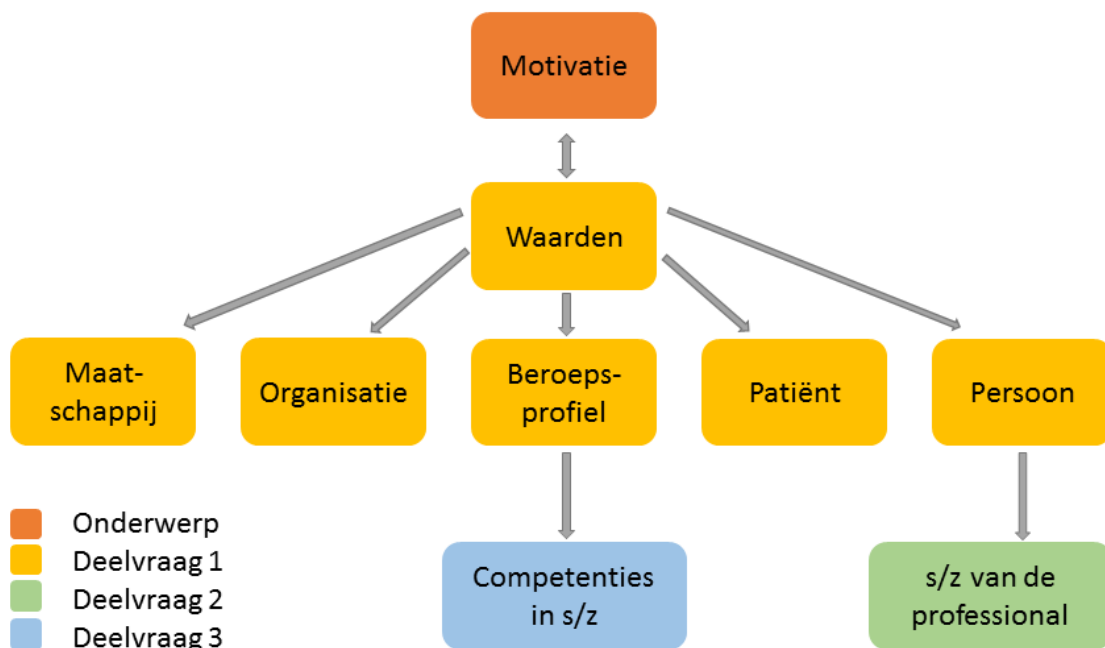
Of men aandacht aan ‘spiritualiteit’, ‘zingeving’, ‘religie’ en ‘existentiële vragen’ besteedt, moet geen kwestie van persoonlijke voorkeur zijn maar een kwestie van professionaliteit (Glas, 2012). Deze professionaliteit is echter niet waardevrij, want professioneel handelen impliceert altijd normatieve, moreel geladen keuzes (Van de Ende en Kunnenman, 2008). Het tweede deel van dit theoretisch kader gaat dan ook over normatieve professionaliteit: ‘de notie die aanduidt dat professionele praktijken en professionaliteit per definitie normatief zijn’ (Van de Ende, 2011, p.37). Immers, psychiatrische praktijk wordt niet normatief door normatieve principes toe te passen, maar psychiatrische praktijk is inherent normatief (Glas, 2019).

¹⁵ Vrij naar Braam (2018). *Existentie en Zingeving in de GGZ. Sympopna: Utrecht*

Professioneel handelen in die praktijk is daarom het ‘doen’ van waarden, ofwel idealen-in-actie (Pols, 2004).

In het dominante denkkader van technische professionaliteit raken de morele waarden van professionals op de achtergrond (Van de Ende, 2011). Het denkkader van normatieve professionaliteit pleit daarom voor professioneel handelen dat niet louter wordt geleid door economische en politieke belangen, het beleid van het management of de vraag van de consument, maar óók door waarden van de professional. Normatieve professionals maken daarom afwegingen tussen waarden op verschillende niveaus: *maatschappij, organisatie, beroepsprofiel, patiënt én de persoon van de professional* (Van de Ende, 2011). Waarden op verschillende niveaus kunnen conflicteren. Dit fenomeen komt bijvoorbeeld naar voren in het onderzoek over goede zorg in de langdurige psychiatrie door Pols (2004). Daarin blijkt dat de maatschappij en de organisatie individuele zorg belangrijk vinden, terwijl professionals en patiënten meer waarde hechten aan sociabiliteit. De door Pols onderzochte professionals maken in hun handelen afwegingen tussen deze conflicterende waarden op verschillende niveaus. Daarmee is hun handelen dus inherent normatief.

Deelvragen van dit onderzoek



Figuur 3. Schematisch overzicht onderwerp en deelvragen van dit onderzoek. S/z staat voor spiritualiteit/zingeving.

Het tweede deel van het theoretisch kader verkent daarom normatieve professionaliteit in het licht van spiritualiteit/zingeving. Figuur 3 (op de vorige pagina) laat zien hoe het concept normatieve professionaliteit samenhangt met de deelvragen. Dit onderzoek richt zich op ‘motivatie’ ofwel het proces waarin waarden worden geconcretiseerd in doelen (zie 1.4). In het geval van professionals in normatieve praktijken zoals de ambulante GGZ, gaat het dus om waarden op alle niveaus van normatieve professionaliteit. Met het oog op deelvraag 1 volgt hieronder een bespreking van spiritualiteit/zingeving op deze vijf niveaus (2.2.1 t/m 2.2.5). Niet alle niveaus zijn even relevant voor de deelvragen. Het niveau van *de persoon van de professional* (2.2.5) en niveau van *het beroepsprofiel* (2.2.3) worden uitgebreider besproken vanwege hun relevantie voor respectievelijk deelvraag 2 en 3.

2.2.1 Het niveau van de maatschappij

Op het niveau van de Nederlandse maatschappij is spiritualiteit/zingeving nog altijd aanwezig, alhoewel de sociale betekenis van religie via religieuze verbanden, organisaties en instituties afneemt door ontzuiling (Borgman en Van Harskamp, 2008). Ondanks de ontkerkelijking blijft de behoefte onder Nederlanders aan reflectie over de zin van het leven groot (Berghuijs, 2016). Spiritualiteit/zingeving is echter verschoven van het publieke naar het privédoein (Borgman en Van Harskamp, 2008; Van Ree, 2001). Religieus geïnspireerde waarden, zoals zorg voor de kwetsbaren, zijn niet verdwenen uit de maatschappij, maar worden vanuit een individueel kader in plaats van een collectief kader gezien. Dit gegeven leidt ertoe dat patiënten meer ondersteuning van professionals willen bij het begrijpen van hun ervaringen (Vietsen en Scammel, 2015) in plaats van dat zij kunnen terugvallen op religieuze netwerken¹⁶.

2.2.2 Het niveau van de organisatie

Er zijn verschuivingen zichtbaar in de manier waarop spiritualiteit/zingeving wordt gewaardeerd op het niveau van de organisatie. Met ‘organisatie’ wordt hier niet één specifieke GGZ-instelling bedoeld, maar de Nederlandse GGZ in het algemeen. Deze was voor een groot deel op een verzuilde manier georganiseerd (Oosterhuis, 2012). Door het ontzuilingsproces in de jaren zestig van de vorige eeuw maakte de GGZ zich steeds meer los van de kerken (Van Leeuwen en Cusveller, 2005). Daarbij werden de rol van arts en geestelijke steeds meer gescheiden door het afnemende gezag van levensbeschouwing (Glas, 2012). Na het

¹⁶ Zon-WM. (2017). *Zingeving in zorg: De mens centraal*. Den Haag: Zon-MW.

verdwijnen van de verzuiling raakte spiritualiteit/zingeving tientallen jaren verwaarloosd binnen de zorg (Van de Geer, 2017; Verhagen en Van Megen, 2012). De tendens was om spiritualiteit buiten beschouwing te laten, tenzij als een vorm van pathologie (Culliford, 2002).

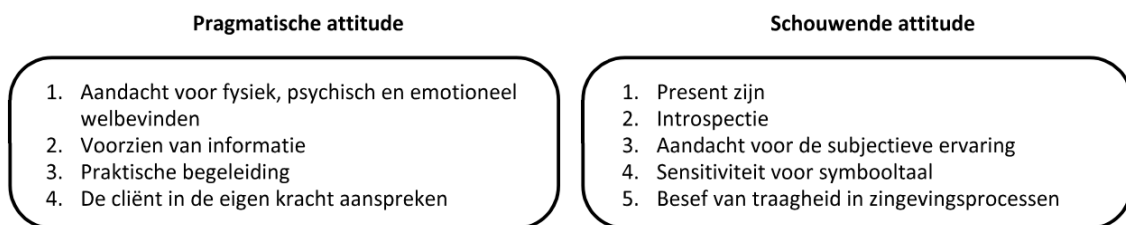
Hoewel de invoering van *evidence based* werken, normerings- en standaardiseringseisen aandacht voor spiritualiteit/zingeving nog meer inperkte, stimuleerde deze ontwikkeling professionals om toch juist meer alert te zijn op spiritualiteit/zingeving (Krikilion, 2008). De afgelopen decennia is er dan ook een toenemende interesse en openheid voor de spiritualiteit/zingeving in de GGZ (D'Souza, 2002; Glas, 2012; Krikilion, 2012; Oosterhuis, 2012; Zock, 2001). Krikilion (2012) ziet die groeiende waardering als een 'tegenreactie op objectieve kennis en de bijbehorende procedures en protocollen' (p.16). Wat lang een 'vergeten dimensie' (Kling en Van Os, 2017; Verhagen, 2003; Swinton, 2001) was in de GGZ, wordt nu geherwaardeerd. Dit geldt niet voor alle professionals. Naast uitgesproken voorstanders van aandacht voor spiritualiteit/zingeving in behandeling, zijn er volgens Hutschemaekers en Festen (2004) ook professionals die daar sceptisch tegenover staan.

2.2.3 Het niveau van het beroepsprofiel: competentieprofielen

Op het niveau van het beroepsprofiel is aandacht voor spiritualiteit/zingeving onderdeel van de taken van GGZ professionals (Grimwade en Cook, 2019). Idealiter hanteren professionals spiritualiteit/zingeving als secundaire referentiekader naast hun primair medische referentiekader (Pieper en Van Uden, 2003; Van Ree, 2001), maar in de praktijk wordt spiritualiteit/zingeving niet routinematig besproken (Cavendish et al., 2004; D'Souza, 2002). Dit hangt samen met handelingsverlegenheid bij professionals en gebrek aan training (Krikilion, 2008, Van Leeuwen, Leget, Vosselman, 2016; Van Ree, 2001; Uleyn, 1986; Vlasblom, 2015; Peteet, 2014; Pieper en Van Uden, 2005; Pearce, Pargament, Oxhandler, Vieten en Wong 2019). Omdat professionals zich vaak niet competent voelen (zie ook 1.1), bieden zij naar eigen inschatting weinig *spiritual care* (Vogel en Schep-Akkerman, 2018). Naast een ontoereikende voorbereiding zijn andere redenen voor het vermijden van spiritualiteit/zingeving: tijdgebrek, context, past niet binnen de professionele rol, fase van ziekte, en gevoel van ongemak (Van Nieuw Amerongen-Meeuse, Schaap-Jonker, Schumann, Anbeek en Braam, 2019). Tenslotte kan de eigen spiritualiteit/zingeving van de professionals reden zijn tot het vermijden van gesprek over spiritualiteit/zingeving, zoals verder uitgewerkt in 2.2.5.

Dit wil niet zeggen dat spiritualiteit/zingeving als secundaire referentiekader geheel afwezig is in de ambulante GGZ. Dit wordt zichtbaar in het *mixed-methods* onderzoek naar de manier waarop zingeving besproken wordt in ambulante teams door Van der Vegt, De Rijk en Muthert (2014). Echter, als spiritualiteit/zingeving aan bod komt, gebeurt dit hoofdzakelijk met een pragmatische inslag volgens kwalitatief onderzoek bij ambulante teams, zo blijkt uit dat onderzoek. De auteurs onderscheiden een ‘pragmatische attitude’ van een ‘schauwende attitude’ op spiritualiteit/zingeving. De ‘pragmatische attitude’ is erop gericht dat de patiënt in praktische zin weer grip op zijn leven krijgt. In de ‘schauwende attitude’ staat presentie en de traagheid van zingevingsvragen centraal.

De ‘pragmatische attitude’ en ‘schauwende attitude’



Figuur 4: Vaardigheden binnen de ‘pragmatische attitude’ en ‘schauwende attitude’ (Van der Vegt, De Rijk en Muthert, 2014)

Van der Vegt en collega’s beschrijven dat vaardigheden van de ‘schauwende attitude’ minder sterk naar voren komen bij professionals in de ambulante GGZ dan vaardigheden van de ‘pragmatische attitude’ (zie Figuur 4). Ook door de werkstructuur en werkdruk ‘lijkt het erop dat praktische zaken voorrang krijgen op de langzamere, die om bezinning vragen’ (Van der Vegt, De Rijk en Muthert, 2014, p.12)¹⁷. Omdat juist die bezinning op spiritualiteit/zingeving feitelijk wel een plek heeft binnen het beroepsprofiel van GGZ-professionals (Grimwade en Cook, 2019), maar erg weinig aandacht krijgt in opleidingen van GGZ-professionals (Pieper en Van Uden, 2005; Verhagen, 2003) is deskundigheidsbevordering gewenst.

Zowel in binnen- als buitenland wordt deskundigheid op het gebied van spiritualiteit/zingeving bevorderd door training, richtlijnen en competentieprofielen (Vieten en Scammel, 2015). In verschillende zorgcontexten is het effect van trainingen over spiritualiteit/zingeving (aan met name verpleegkundigen) gemeten met positieve resultaten

¹⁷ Dit wordt bevestigd in de masterscriptie van Kroon (2018)

(Baldacchino, 2008; Van de Geer et al., 2016; Greasly, Chiu en Gartland, 2001; Van de Geer, 2017; Vlasblom et al, 2011). De palliatieve zorg loopt voorop in deskundigheidsbevordering en heeft *Landelijke Richtlijn Zingeving en Spiritualiteit in de palliatieve fase*¹⁸ opgesteld. Een echte richtlijn voor GGZ-professionals bestaat nog niet maar het *Handboek Psychiatrie, religie en spiritualiteit* (Verhagen en Van Megen (red.), 2012) en de *WPA (World Psychiatric Association) Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry* (Moreira-Almeida et al, 2016) bieden enkele uitgangspunten. De laatste stelt dat psychiaters in hun praktijk moeten overwegen of spiritualiteit en/of religie relevant is voor de oorsprong, het begrip en de behandeling van de psychiatrische stoornis en de verhouding van de patiënt daartoe.

Voor concretisering van richtlijnen en trainingen zijn competentieprofielen handzaam. Zo vormt het competentieprofiel *Spiritual & Religious Competencies in Clinical Practice* (Vietsen en Scammel, 2015) de basis voor de *Spiritual Competency Training in Mental Health* (Pearce, Pargament, Oxhandler, Vietsen en Wong, 2019). Dit Amerikaanse competentieprofiel is gericht op alle GGZ-professionals. De Europese *Spiritual Care Education Standard*¹⁹ is voor verpleeg- en verloskundigen in alle zorgsectoren bedoeld. Beide competentieprofielen zijn te vinden in bijlage 1. De twee competentieprofielen overlappen deels (zie 3.6 en bijlage 1) en benadrukken beide reflectie op eigen spiritualiteit/zingeving. Bijvoorbeeld in de volgende competentie: ‘De GGZ-professional is zich bewust van hoe de eigen spirituele of religieuze achtergrond en overtuigingen invloed kan hebben op de professionele praktijken, houding, perceptie en aannames ten aanzien van psychologische processen’ (Vietsen en Scammel, 2015).

Deze competentie wordt tot één van de belangrijkste gerekend door GGZ-professionals zelf (Vietsen en Scammel, 2015). Reflectie op eigen levensbeschouwelijke overtuigingen maakt dat de professional zich meer bewust van is hoe deze in het contact met de patiënt naar voren komen (Cavendish et al., 2004; Vietsen en Scammel, zie 2.3.5). Door zicht op eigen spiritualiteit/zingeving kan de professional de patiënt met een meer open blik tegemoet treden (Krikilion, 2008). ‘Professionals who have better access to and have learned to cope with the existential dimension of their functioning, will better be able to address the existential dimension of their patient’s problems’ (Glas, 2017, p.542). Verpleegkundigen die in een *spiritual care* training hun eigen spiritualiteit hebben geëxploreerd, geven dan ook aan dat hun persoonlijke levensbeschouwing hen vaker helpt om spiritualiteit/zingeving met

¹⁸ IKNL. (2018). *Zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase. Landelijke richtlijn. Versie 2.0. (z.p.): IKNL.*

¹⁹ EPICC (2019). *Spiritual Care Education Standard. www.epicc-project.eu gevonden op 19-6-2019*

patiënten te bespreken (Vlasblom et al, 2011). Samen met ‘zich competent voelen’ blijkt ‘eigen spiritualiteit’ de grootste factor in het daadwerkelijk geven van aandacht voor spiritualiteit/zingeving (Vogel en Schep-Akkerman, 2018). Professionals krijgen echter weinig kans (in educatie) om te reflecteren op hoe hun eigen levensbeschouwelijke achtergrond de praktijk kan beïnvloeden (Peteet, 2014; Pieper en Van Uden, 2005).

2.2.4 Het niveau van de patiënt

Op het niveau van de patiënt blijkt dat patiënten aandacht voor spiritualiteit/zingeving waarderen. Een Australische kwantitatieve studie onder klinische en ambulante patiënten toont aan dat patiënten het belangrijk vinden dat therapeuten bewust zijn van de levensbeschouwelijke overtuiging van de patiënt (82%) en dat spiritualiteit/zingeving aan bod komt in therapie (69%) (D’Souza, 2002). Ook patiënten in de Nederlandse GGZ vinden dat de zorg kansen laat liggen als zij patiënten alleen laat met hun zingevingsvragen (67%) (Sisselaar, 2003). Uit een *mixed-method* studie naar religieuze ervaringen bij mensen met een bipolaire stoornis blijkt dat zij aandacht voor religiositeit in de behandeling missen en vinden dat religieuze ervaringen regelmatig tot de pathologie worden gereduceerd (Ouwehand, 2020). Volgens Hutschemaekers en Festen (2004) hebben met name patiënten die langdurige (ambulante) zorg ontvangen behoefte aan aandacht voor spiritualiteit/zingeving. Dit kan gaan om een individueel gesprek, maar ook over vertrouwde rituelen, gebruiken en omgeving, een programma omtrent spiritualiteit/zingeving en contact met hun eigen levensbeschouwelijk netwerk (Van Nieuw Amerongen-Meeuse et al., 2019).

Patiënten uiten deze behoeften vaak niet expliciet, omdat bijvoorbeeld de ziekte hen belemmert, ze niet verwachten dat professionals hier over praten (Van Nieuw Amerongen-Meeuse, Schaap-Jonker, Schumann, Anbeek en Braam, 2018) of moeite hebben met het vinden van de juiste woorden (Grimwade en Cook, 2019). Voor patiënten met een religieuze achtergrond speelt ook de spiritualiteit/zingeving van de professional een rol (Van Nieuw Amerongen-Meeuse et. al, 2018). Meestal geven zij de voorkeur aan een *religiosity match* met de professional. Omdat in westerse landen patiënten over het algemeen vaker religieus georiënteerd zijn dan professionals, is er veelal sprake van een *religiosity gap* tussen patiënten en professionals. Negatieve ervaringen met een *religiosity gap* (zoals gebrek aan respect door professional) dragen bij aan angst voor onbegrip, discussies of een extra diagnose waardoor patiënten hun behoefte aan een gesprek over spiritualiteit/zingeving niet kenbaar maken (Van Nieuw Amerongen-Meeuse et al., 2018).

Kortom, patiënten hebben wel behoefte aan aandacht voor zingeving, maar uit dit vaak niet. Omdat patiënten zich oncomfortabel voelen bij het aankaarten van het onderwerp (Banin et al, 2014) hebben ze liever dat de professionals spiritualiteit/zingeving ter sprake brengen (Nieuw Amerongen-Meeuse et al., 2019). Aangezien dit door de hierboven genoemde handelingsverlegenheid veelal niet gebeurt, heeft slechts de helft van patiënten die over spiritualiteit/zingeving wil praten, een gesprek hierover (Sisselaar, 2003; Williams et al., 2011).

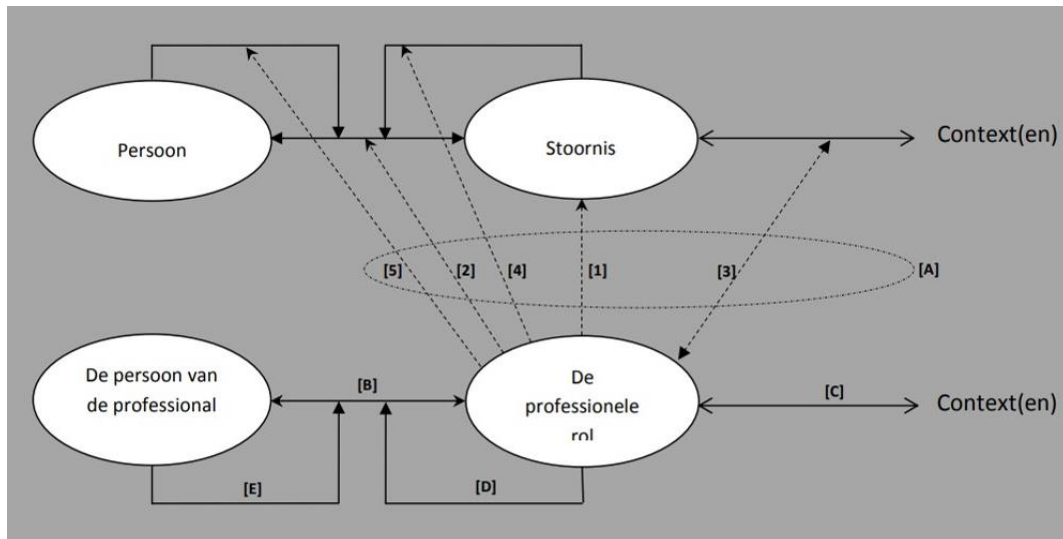
2.2.5 Het niveau van de persoon van de professional: eigen spiritualiteit/zingeving

Spiritualiteit/zingeving op het niveau van de persoon van de professional is van belang bij het al dan niet aandacht hebben voor spiritualiteit/zingeving in de zorg. De waarden en overtuigingen van de persoon van de professional spelen namelijk een rol in het al dan niet bespreken van de spiritualiteit/zingeving met de patiënt (Petee, 2014). Professionals kunnen vanuit hun eigen spiritualiteit/zingeving dit onderwerp juist bespreken of juist vermijden. Uley (1986) onderscheidt drie groepen professionals die vanuit hun eigen spiritualiteit/zingeving dit onderwerp in hun werk vermijden. Ten eerste: professionals die het gevoel hebben dat alles wat met spiritualiteit/zingeving samenhangt voor hen een gesloten en ontoegankelijk gebied vormt, omdat ze er niet mee vertrouwd zijn. Ten tweede: professionals die bang zijn dat hun persoonlijke geschiedenis, met name negatieve ervaringen met religie, het moeilijk of zelfs onmogelijk maakt om open naar de spiritualiteit/zingeving van de patiënt te kijken. Tenslotte onderscheidt hij professionals die bang zijn dat hun persoonlijke geloofsovertuiging te opdringerig of sturend zou kunnen worden.

Waarschijnlijk vallen de meeste professionals in de eerste of tweede groep aangezien zij gemiddeld genomen minder religieus zijn dan de gemiddelde Nederlander (Pieper en Van Uden, 2005; zie ook 2.2.4). ‘Because spirituality and religion are less personally important to psychologists overall than to their clients, these realms may be neglected in the general practice of therapy’ (Vietsen en Scammel, 2015, p.7). Omgekeerd vermijden professionals voor wie spiritualiteit/zingeving wél persoonlijk belangrijk is, het onderwerp minder. Zo vinden professionals in een levensbeschouwelijke GGZ-instelling integratie van spiritualiteit/zingeving in de behandeling belangrijker en kaarten het onderwerp vaker aan dan professionals in een seculiere GGZ-instelling (Nieuw Amerongen-Meeuse et al., 2018). Ook uit een Amerikaanse empirische studie blijkt dat professionals met een religieuze affiliatie meer *spiritual care* bieden dan professionals zonder religieuze achtergrond (Cavendish et al., 2004). Een vergelijkbaar beeld komt naar voren in het kwalitatieve onderzoek naar

Nederlandse ziekenhuisverpleegkundigen van Vogel en Schep-Akkerman (2018). Verpleegkundigen met een persoonlijke interesse in spiritualiteit/zingeving zijn zich meer bewust van *spiritual needs* bij patiënten en bieden meer *spiritual care* dan verpleegkundigen die niet in spiritualiteit/zingeving geïnteresseerd zijn. Daarnaast speelt de eigen spiritualiteit/zingeving vaak een belangrijke rol in de motivatie voor het werk (Bos, 2006).

De professional in de behandelrelatie



Figuur 5: Vanuit de professionele rol richt de professional zich op verschillende aspecten van ziek-zijn [1-5] en verhoudt hij/zij zich op verschillende manieren tot de eigen professionele rol [A-E.] Glas (2014).

Volgens Glas (2017) zijn in de GGZ de fundamentele motivaties, gedreven door kernwaarden van de persoon van de professional zelfs de existentiële kern van de behandelrelatie. In het schema van Glas, waarin de verbanden binnen een behandelrelatie zijn weergegeven (Figuur 5), wordt verhelderd hoe de existentiële kern intrinsiek samenhangt met andere aspecten. De professional richt zich in de behandelrelatie op [1] de stoornis van de patiënt, [2] de verhouding van de patiënt tot de stoornis, [3] de invloed van de context op stoornis, [4] de invloed van de stoornis hoe de patiënt zich tot de stoornis verhoudt en [5] de invloed van de persoon van de patiënt op hoe deze zich tot de stoornis verhoudt. Het laatste aspect [5] betreft allerlei persoonlijkheidskenmerken en kent volgens Glas ook een existentiële component. Existentiële problematiek hangt daarom intrinsiek samen met de andere aspecten en kan in de behandeling niet buiten beschouwing worden gelaten.

Hoe de professional zich op aspecten 1 t/m 5 richt, wordt mede gevormd door de manier waarop deze zich als persoon tot de professionele rol verhoudt (zie Figuur 5 op de vorige pagina). De professionele rol is namelijk niet los te zien van de persoon van de

professional. De professional heeft een rol [A] waartoe diegene zich verhoudt [B] en die mede gevormd wordt door de context [C]. Hoe de professionals zich tot diens rol verhoudt [B], wordt beïnvloed door de inhoud van die professionele rol [D] en door de persoon van de professional [E]. Ook in dit laatste aspect [E] is er sprake van een existentieel component: de fundamentele motivaties gedreven door kernwaarden van de persoon van de professional (hierna ook wel: ‘eigen spiritualiteit/zingeving’).

De existentiële component vormt volgens Glas het hart van normatieve professionaliteit omdat de professional altijd, impliciet of expliciet, communiceert over diens fundamentele motivaties (Glas, 2017). Ook Peteet (2014) komt tot de conclusie dat kernwaarden van de professional een cruciale rol spelen in hoe deze de behandelrelatie tot stand brengt en behoudt, een veilige plek creëert en therapeutische doelen identificeert en realiseert. In een puur technisch-instrumentele kijk op professionaliteit is communicatie over deze existentiële component onwenselijk. Het scheiden van de persoon en de professionele rol van de persoon is volgens Glas schadelijk. ‘The professional who implicitly detaches his professional role from his personal/professional self, communicates: “I am here for you as someone with certain knowledge and skills; however, as a person I do not have anything to do with you” ’ (Glas, 2017, p.541). Glas bepleit daarom geen technisch-instrumentele professionaliteit, maar een normatieve professionaliteit waarin professionals zich bewust zijn van hun eigen fundamentele motivaties en kernwaarden. Hierdoor heeft de professional meer zicht op hoe de eigen spiritualiteit/zingeving wordt gecommuniceerd in de behandelrelatie. Bewust zijn van de eigen spiritualiteit/zingeving wordt dan ook als één van de belangrijkste competenties op het gebied van spiritualiteit/zingeving gezien (zie 2.2.3).

Wanneer professionals bewust zijn van hun fundamentele motivaties en kernwaarden, kunnen zij deze vanuit een ‘*universalist approach*’ of ‘*particularist approach*’ (Liefbroer, Ganzevoort en Olsman, 2019) inzetten bij de aandacht voor spiritualiteit/zingeving van patiënten. In de ‘*universalist approach*’ focust de professional op universele aspecten van de spiritualiteit/zingeving van de patiënt ongeacht een eventuele *religiosity gap*. In de ‘*particularist approach*’ zet de professional de eigen specifieke levensoriëntatie expliciet in en ligt er meer nadruk op een *religiosity match*. Over het algemeen neigen professionals ernaar om verschillen tussen hun eigen spiritualiteit/zingeving en die van de patiënt te neutraliseren en nemen zij eerder een ‘*universalist approach*’ aan (Van Nieuw Amerongen-Meeuse et al., 2018).

3 Methode

3.1 Type onderzoek

Dit onderzoek naar motivatie om al dan niet aandacht te geven aan spiritualiteit/zingeving, richt zich hoofdzakelijk op de ervaring van professionals. Daarom is de fenomenologie het uitgangspunt. In een fenomenologische studie probeert de onderzoeker de realiteit door andermans ogen te zien (Benard, 2006). Het inzetten van de eigen gevoelens, waarden en overtuigingen om inzicht in de unieke menselijke ervaring te verwerven, past binnen de humanistische traditie (Benard, 2006). Om de betekeniswereld achter gedragingen, gevoelens en ervaringen te exploreren en de dagelijkse werkelijkheid te onderzoeken is kwalitatief-interpretatief onderzoek geschikt (Maso en Smaling, 2004). Dit type onderzoek richt zich op de wijze waarop mensen betekenis geven en wordt gekenmerkt door een iteratief onderzoeksproces waarin dataverzameling en data-analyse elkaar afwisselen (Boeije, 2012) (zie 3.3 en 3.6).

3.2 Populatie en operationele populatie

De verschillende vormen van dataverzameling (zie 3.3.) zijn gericht op de populatie GGZ-professionals die werkzaam zijn in de Nederlandse ambulante GGZ. De operationele populatie omvat professionals van *Altrecht GGZ* die in zogenoemde gebiedsteams werken. Zij verlenen zorg aan mensen met een ernstige psychiatrische aandoening in de thuissituatie. In de gebiedsteams werken zij samen met onder andere huisartsen, wijkteams van de gemeente en instellingen voor beschermd wonen om zorg in de thuissituatie van de patiënt goed op elkaar af te stemmen.²⁰ Deze multidisciplinaire gebiedsteams werken volgens het FACT-model dat erop gericht is klinische opnamen te voorkomen en te verkorten.²¹ De multidisciplinaire teams bestaan uit sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, casemanagers, psychiaters, psychologen, maatschappelijk werkers en medewerkers met ervaringsdeskundigheid. Geestelijk verzorgers van *Altrecht* hebben in het kader van een pilot enkele van deze gebiedsteams getraind over spiritualiteit/zingeving. Daardoor bestaat de operationele populatie uit professionals die de training al hebben gevolgd (s/z-getraind) en

²⁰ *Altrecht (2017). Op weg naar optimale herstelondersteunende zorg. Utrecht: Altrecht*

²¹ *'FACT staat voor Functie Assertive Community Treatment, intensieve en wijkgerichte ambulante ketenzorg die de kwaliteit van leven wil verhogen, opname voorkomen en verkorten' (Van der Vegt, De Rijk en Muthert, 2014, P. 7).*

professionals de training nog moeten krijgen (s/z-ongetraind).

3.3 Dataverzameling

Data zijn verzameld rond de hierboven genoemde training over aandacht spiritualiteit/zingeving (zie 3.2). In (gesprek over) deze training komt de motivatie, de relatie tot eigen spiritualiteit/zingeving en de competentie namelijk aan het licht. Er zijn drie verschillende databronnen: (A) voor-interviews die voorafgaand aan de training zijn afgenomen, (B) observaties die tijdens de training zijn gemaakt en (C) diepte-interviews die na de training zijn gehouden (zie Figuur 6).

Dataverzameling

	X	Type	Timing	N	Verzameld door
Bestaande data	A	Voor-interviews	Voor de training	N=11	2 GV'ers van Altrecht (één van hen is de onderzoeker)
	B	Observaties van training	Tijdens de training	N=21	1 GV'er van Altrecht (is ook de onderzoeker)
Nieuwe data	C	Diepte-interviews	Na de training	N=8	De onderzoeker (is ook GV'er van Altrecht)

Figuur 6: overzicht van de dataverzameling in dit onderzoek. GV'er staat voor geestelijk verzorger.

De voor-interviews (A) voorafgaand aan en de observaties tijdens de training (B) zijn bestaande data. Deze zijn voor de start van dit onderzoek verzameld door bij de training betrokken geestelijk verzorgers. Zij verzamelden deze data (A en B) in de eerste plaats ter verbetering van hun eigen praktijk en in de tweede plaats met een vooruitblik op dit onderzoek. De data zijn niet voor eerder onderzoek gebruikt. Gebruik van deze bestaande data heeft twee belangrijke voordelen. (1) Door gebruik van bestaande data kunnen relatief veel respondenten geïncludeerd worden in de beperkte omvang van dit onderzoek. (2) Analyse van bestaande data brengt meer diepgang en nuance aan bij het verzamelen van nieuwe data. Deze nieuwe data (C) zijn door de onderzoeker verzameld door middel van diepte-interviews met het oog op de onderzoeksvragen. Hieronder worden de verschillende databronnen nader toegelicht.

A: Voorinterviews voorafgaand aan de training (bestaande data)

Om de training goed aan te laten sluiten bij de deelnemers, hebben geestelijk verzorgers van Altrecht (waarvan één de onderzoeker) inventariserende interviews gehouden. Er zijn doelbewust respondenten geselecteerd op basis van discipline. Daardoor is de steekproef (N=11) een redelijke weerspiegeling van een multidisciplinair gebiedsteam. Deze selectie is gedaan met behulp van een teamleider. De respondenten zijn via interne communicatie benaderd door de geestelijk verzorgers. In de gestructureerde interviews is gevraagd naar voorkennis en opvattingen over ‘zingeving’. Ook is er gevraagd naar hoe de respondenten hun professionele rol zien ten aanzien van zingeving, wat hen helpt en belemmert om hier aandacht aan te geven en wat hun leerbehoeften zijn voor de training (Zie bijlage 2). De inventariserende voor-interviews duurden ongeveer dertig minuten en vonden plaats in de werkkamers van Altrecht. De geestelijke verzorgers hebben antwoorden van de respondenten systematisch en geanonimiseerd genoteerd.

B: Observaties tijdens de training (bestaande data)

De training is in drie gebiedsteams gegeven. Deze teams dragen zorg voor patiënten die wonen in dorpen en omgeving vlak buiten de stad Utrecht. In totaal 21 deelnemers hebben de training van drie uur gevolgd. Een geestelijk verzorger (tevens de onderzoeker) heeft participatieve observaties gedaan tijdens de drie trainingen. Participatief deelnemen houdt in: ‘het deelnemen aan alledaagse situaties en het vastleggen van de waarneming daarvan’ (Evers (red.), 2007, p.14). Dat kan door deel te nemen aan de situatie in de rol van observator of door de situatie te observeren in de rol van deelnemer. Er is gekozen om ‘als observator deel te nemen’ en niet om ‘als deelnemer te observeren’. De inbreng van de onderzoeker (tevens geestelijk verzorger) tijdens de interactieve training kan de andere deelnemers te veel sturen in hun antwoorden. Daarom heeft de onderzoeker de training bijgewoond in de rol van observator. De notities die daarbij zijn opgeschreven, zijn direct daarna digitaal uitgewerkt.

C: Diepte-interviews na de training (nieuwe data)

De bestaande data bieden wel enige informatie over motivatie, maar bereiken nog geen verzadiging. Het genereren van nieuwe data beoogt de bestaande data verder uit te diepen. Na analyse van de bestaande data (zie 3.6) worden daarom diepte-interviews gehouden. Deze bieden data met meer diepte, detail, nuance, levendigheid en rijkheid (Evers (red.), 2007). De onderzoeker (tevens geestelijk verzorger van Altrecht) heeft professionals (N=8) geïnterviewd waarvan een deel de training wel heeft gevolgd (N=5) en een deel niet (N=3) (zie 3.4). De

diepte-interviews vinden plaats in werkkamers van Altrecht waar respondenten vrijuit kunnen spreken en worden met een audiorecorder opgenomen. De audio-opnames zijn vervolgens getranscribeerd en geanonimiseerd. De diepte-interviews duren ongeveer drie kwartier met een uitzondering van één interview van ongeveer dertig minuten.

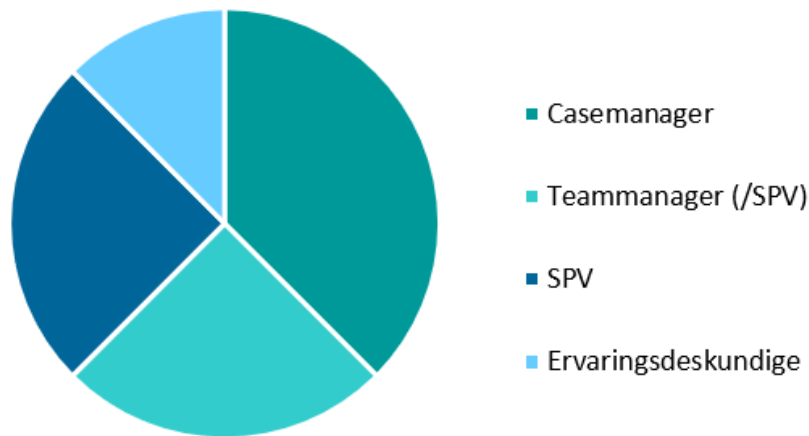
3.4 Werving en selectie

Voor de diepte-interviews zijn professionals geworven die deel hebben genomen aan de training over spiritualiteit/zingeving. Dit heeft een belangrijk voordeel. De interviewvragen betreffen geen dagelijkse onderwerpen en vermoedelijk hebben respondenten denktijd nodig om zich over spiritualiteit/zingeving uit te spreken. De ‘s/z-getrainde professionals’ hebben al over het onderwerp nagedacht voorafgaand aan het diepte-interview. Dit kan voor meer diepgang in de interviews zorgen. Een nadeel is dat de training ook storend kan zijn voor het onderzoek. Immers, de training kan hun kijk op spiritualiteit/zingeving beïnvloed hebben. Door alleen ‘s/z-getrainde professionals’ te onderzoeken, kan een vertekend beeld ontstaan waardoor de validiteit in het geding komt. Daarom zijn er ook ‘s/z-ongetrainde professionals’ geworven.

Er is een wervingsoproep gestuurd naar drie s/z-getrainde en drie s/z-ongetrainde teams. Dit gebeurde via interne communicatie, aangezien de onderzoeker tevens geestelijk verzorger is bij Altrecht. Omdat het waarschijnlijk is dat de professionals die zich aanmelden affiniteit hebben met spiritualiteit/zingeving, is er door middel van ‘*snow-ball sampling*’ actief professionals benaderd die niet direct enthousiast zijn over het onderwerp. Uiteindelijk is dit voor één respondent het geval.

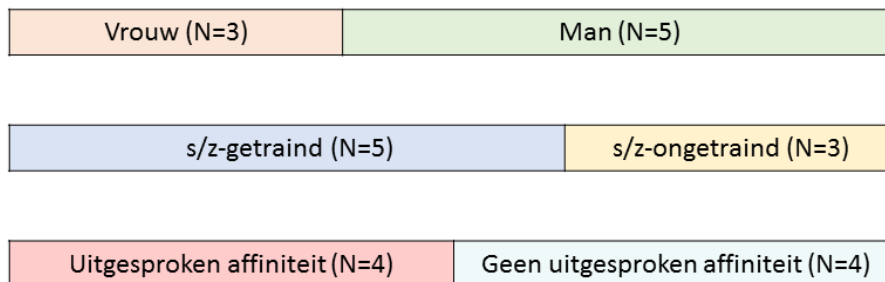
Bij de selectie van de aanmeldingen is gestreefd naar een zo representatief mogelijke afspiegeling van de verschillende disciplines in de gebiedsteams. Omdat er zich geen psychiaters hebben aangemeld en slechts één psycholoog die toch niet genoeg tijd bleek te hebben, zijn deze twee disciplines niet vertegenwoordigd. Disciplines die wel zijn vertegenwoordigd: sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV), teammanager (met achtergrond in SPV), casemanager en een medewerker met een ervaringsdeskundigheid (Figuur 7 op de volgende pagina). De discipline van ervaringsdeskundige is oververtegenwoordigd in de steekproef. Immers, deze vrij nieuwe beroepsgroep is niet groot. Verder is er bij de selectie gestreefd naar een zo gelijk mogelijke verdeling van man / vrouw, s/z-getraind / s/z-ongetraind en uitgesproken affiniteit / geen uitgesproken affiniteit (zie Figuur 8 op de volgende pagina).

Disciplines in de diepte-interviews



Figuur 7: verdeling van disciplines in de steekproef voor de diepte-interviews (N=8).

Verdeling van respondenten in diepte-interviews



Figuur 8: verdeling van gender, s/z-getraind en affiniteit in de steekproef voor de diepte-interviews (N=8).

3.5 Procedure

Het onderzoek is aan de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van Altrecht Geestelijke Gezondheidszorg voorgelegd. Respondenten zijn geïnformeerd, hebben de gelegenheid gekregen om vragen te stellen en hebben het *informed-consent* formulier (zij bijlage 3) ondertekend. Deze formulieren en alle data worden volgens UvH-protocol gearchiveerd ter bescherming van de privacy. Analyse van de voor-interviews en observaties (A+B, bestaande data) geeft richting aan de diepte-interviews (C, nieuwe data). De topiclijst voor de diepte-interviews (zie bijlage 4) wordt daarom ook gemaakt ná een eerste analyse van de bestaande data (zie 3.6).

Tijdens het diepte-interview laat de onderzoeker kaartjes zien met daarop de termen

‘Eigenlijk is mijn hele vak daar gewoon voor.’

‘spiritualiteit’, ‘zingeving’, ‘religie’, en ‘existentiële thema’s’. Gezien de meerduidigheid van deze termen (zie 2.1) wordt gevraagd naar wat de respondenten onder deze termen verstaan. Dit voorkomt dat bij analyse de onderzoeker niet weet wat de respondent met deze termen bedoelt. Ook wordt er gevraagd voor welke van de vier termen de respondent de voorkeur heeft. Deze term wordt vervolgens in de rest van het interview gebruikt. De respondenten krijgen tevens Figuur 1 (zie 2.1.5) te zien. Hun wordt gevraagd welke positie tot religie en spiritualiteit het best bij hen past. Deze zelfidentificatie is een startpunt voor vragen over de spiritualiteit/zingeving van de persoon van de professional.

De diepte-interviews worden afgenomen door de onderzoeker. In kwalitatief onderzoek oefent de onderzoeker invloed uit op de bevindingen doordat de onderzoeker zelf een rol speelt in de dataverzameling (Maso en Smaling, 2004). Dit geldt hier in het bijzonder omdat de onderzoeker als geestelijk verzorger binnen Altrecht werkt en daarmee collega van de respondenten is. Dit kan de betrouwbaarheid in gevaar brengen. Respondenten zullen eerder sociaal wenselijke antwoorden geven aan een (nieuwe) collega voor wie spiritualiteit/zingeving centraal staat in haar beroep omdat zij de (toekomstige) werkrelatie niet willen schaden. Andersom geldt ook dat de onderzoeker zich minder vrij kan voelen om door te vragen op onderwerpen die gevoelig liggen in de werkrelatie. Omdat in kwalitatief onderzoek de onderzoeker zelf een belangrijke rol speelt en als ‘onderzoeksinstrument’ dienst doet (Evers (red.), 2007), is reflectie op de eigen spiritualiteit/zingeving van de onderzoeker relevant. De onderzoeker is zowel niet religieus als niet spiritueel opgevoed en ziet zichzelf als agnostisch humanist. Zij ziet levensbeschouwingen als context gebonden mensenwerk (Derkx, 2011). Van de door Vieten en Scammel (2015) onderscheiden zelfidentificaties staat ‘religieus maar niet spiritueel’ het verst van de onderzoeker af en ‘spiritueel maar niet religieus’ het dichtst bij haar. Dit zou het onderzoek kunnen beïnvloeden, omdat zij zich gemakkelijker kan inleven in respondenten die zichzelf in deze laatste categorie plaatsen. De spiritualiteit/zingeving van de onderzoeker kan ook van invloed zijn op de uitspraken van de respondenten over hun eigen spiritualiteit/zingeving. Daarom heeft de onderzoeker bij de introductie van het interview zich geestelijk verzorger en bewust niet humanistisch geestelijk verzorger genoemd.

3.6 Data-analyse

De geanonimiseerde data zijn in vijf stappen geanalyseerd in een computerprogramma ter ondersteuning van kwalitatieve data-analyse (Atlas.ti).

Stap 1: eerste analysefase

In de eerste analysefase worden de voor-interviews (A) en observaties van de training (B) geanalyseerd. Bij de eerste lezing heeft de onderzoeker inductief gecodeerd. Vervolgens zijn globale begrippen uit de literatuur als voorlopige ordeningsprincipes vastgesteld. Deze *sensitizing concepts* komen uit de literatuur en zijn richtinggevend als een zoeklicht in waarneming en analyse (Wester en Peters, 2004). Bij de tweede lezing zijn de voor-interviews en observaties van de training geanalyseerd aan de hand van deze *sensitizing concepts*. Op basis van deze eerste analyse van de voor-interviews en observaties van de training wordt gekeken welke thema's opgenomen moeten worden in de topiclijst voor de diepte-interviews (C) (zie 3.5).

Stap 2: opstellen van deductieve codes

Voorafgaand aan de tweede analysefase worden op basis van de literatuur deductieve codes opgesteld. Bij de eerste deelvraag zijn deductieve codes gebaseerd op de theorie over normatieve professionaliteit. Bij de tweede deelvraag leveren de mogelijke posities ten aanzien van religie en spiritualiteit van Vieten en Scammel (2015) deductieve codes. Deductieve codes op basis van competentieprofielen (zie 2.2.3) liggen voor de hand voor de derde deelvraag. Figuur 9 (op de volgende pagina) laat de eerder genoemde competentieprofielen en hun overlap in vereenvoudigde vorm zien. De meer genuanceerde vergelijking tussen de competentieprofielen is te vinden in bijlage 1. Er is gekozen voor het Amerikaanse competentieprofiel omdat deze in tegenstelling tot het Europese competentieprofiel specifiek op de GGZ gericht is. De helft van de Amerikaanse competenties komt niet naar voren in het Europese competentieprofiel. Het betreft GGZ-specifieke competenties zoals het kennen van mogelijke negatieve impact van spiritualiteit/zingeving op psychische gezondheid of kennis van het verschil tussen ervaringen van spiritualiteit/zingeving en pathologische symptomen. De competenties uit het Europese competentieprofiel die niet overlappen met het Amerikaanse competentieprofiel, gaan over begrip van de *spiritual care* benadering en het evalueren van interventies. Omdat de eerste analyse van de voor-interviews en observaties van de training doen vermoeden dat deze competenties minder relevant zijn, is er voor gekozen om ze niet toe te voegen aan de codes gebaseerd op het Amerikaanse competentieprofiel.

Na stap 2 worden de diepte-interviews gehouden en getranscribeerd.

Overlap tussen Europese en Amerikaanse competentieprofiel

Europese competentieprofiel: Spiritualcare Education Standard		Amerikaanse competentieprofiel: Spiritual & Religious Competencies in Clinical Practice *	
COMPETENCE	KNOWLEDGE (COGNITIVE)	SKILLS (FUNCTIONAL)	ATTITUDE (ETHICAL)
INTRAPERSONAL SPIRITUALITY	Understands the concept of spirituality. Can explain the impact of spirituality on a person's health and well-being across the lifespan for oneself and others.	Reflects meaningfully upon one's own values and beliefs and recognizes that these may be different from other persons'.	Willing to explore individuals' personal, religious and spiritual beliefs. Is open and respectful to persons' diverse expressions of spirituality.
INTERPERSONAL SPIRITUALITY	Understands the impact of one's own values and beliefs in providing spiritual care. Understands the ways that persons' express their spirituality. Is aware of the different world/religious views and how these may impact upon persons' responses to key life events.	Recognizes the uniqueness of persons' spirituality. Interacts with, and responds sensitively to the person's spirituality.	Is trustworthy, approachable and respectful of persons' expressions of spirituality and different world/religious views. Is open, approachable and non-judgemental. Has a willingness to contain and hold emotions.
SPIRITUAL CARE: ASSESSMENT AND PLANNING	Understands the concept of spiritual care. Is aware of different approaches to spiritual assessment. Understands other professionals' roles in providing spiritual care.	Conducts and documents a spiritual assessment to identify spiritual needs and resources. Collaborates with other professionals. Be able to contain and hold emotions.	Shows compassion and presence. Shows willingness to collaborate with, and refer to others (professional/non-professional). Is welcoming, accepting and shows empathy, openness, professional humility and trustworthiness in seeking additional spiritual support.
SPIRITUAL CARE: INTERVENTION AND EVALUATION	Understands the concept of compassion and presence and its importance in spiritual care. Knows how to respond appropriately to identified spiritual needs and resources. Knows how to evaluate whether spiritual needs have been met.	Recognizes personal limitations in spiritual care-giving and refers to others as appropriate. Evaluates and documents personal, professional and organizational aspects of spiritual care-giving, and reassess appropriately.	

Attitude	C01 respect, empathie en waardering voor r/s **
	C02 r/s begrijpen als een aspect van mens
	C03 bewust eigen levensbeschouwelijke overtuigingen
Kennis	
	C04 weten over diversiteit in r/s
	C05 verschil religie en spiritualiteit begrijpen
	C06 verschil r/s en symptoom begrijpen
	C07 verandering van r/s in levensloop zien
	C08 belang van r/s bronnen praktijk
	C09 negatieve effecten van r/s begrijpen
	C10 weten legale en ethische kwesties rondom r/s
Vaardigheden	
	C11 bespreken van r/s in behandeling
	C12 standaard onderzoeken van r/s
	C13 kracht helpen halen uit r/s bronnen en praktijk
	C14 herkennen, benoemen, doorverwijzen
	C15 doorontwikkelen op het gebied van r/s
	C16 bewust van eigen beperking

* vereenvoudigde vertaling door Lime de Bruijn
 ** r/s staat voor religious and spiritual
 Overlap tussen beide competentieprofielen

Figuur 9: Overlap tussen Spiritualcare Education Standard (Eppic, 2019) en Religious & Spiritual Competencies in Clinical Practice (Vietsen en Scammel, 2015).

'Eigenlijk is mijn hele vak daar gewoon voor.'

Stap 3: tweede analysefase ronde 1

In de tweede analysefase worden alle data (A, B en C) geanalyseerd. Dit gebeurt in drie rondes. De eerste ronde is ‘open coderen’. Deze start vanuit *close reading* van de observaties van de training en de voor- en diepte-interviews. De gegevens worden hanteerbaar en overzichtelijk gemaakt door deze uit een te rafelen in fragmenten en die één of meerdere codes te geven (Boeije, 2012). Deze codes zijn ofwel inductief, vanuit de empirie, ofwel deductief, vanuit de theorie (zie stap 2). De gegevens worden herlezen om te zien of codes die later in het proces van open coderen zijn gemaakt ook van toepassing zijn op fragmenten die eerder in het proces voorbij zijn gekomen. Wanneer er geen nieuwe codes meer nodig zijn om de fragmenten te labelen, is er sprake van verzadiging (Boeije, 2012).

Stap 4: tweede analysefase ronde 2

Waar bij ‘open coderen’ wordt geredeneerd van de gegevens naar de codes, wordt bij ‘axiaal coderen’ geredeneerd vanuit de codes naar de gegevens (Boeije, 2012). In deze tweede ronde worden codes beschreven en indien nodig samengevoegd of gesplitst. Er wordt onderscheiden wat belangrijke en minder belangrijke codes zijn voor het onderzoek en de omvang van de codes wordt gereduceerd. Vervolgens worden de codes gecategoriseerd en ingedeeld in hoofd- en subcodes. Deze stap resulteert in een codeboom (zie bijlage 5).

Stap 5: tweede analysefase ronde 3

De laatste ronde betreft ‘selectief coderen’. Hierin worden gezocht naar relaties tussen categorieën die vervolgens worden geverifieerd op hun juistheid (Boeije, 2012). Er wordt gekeken naar hoe verschillende elementen zich tot elkaar verhouden en de belangrijkste thema’s worden onderzocht. Verbanden en thema’s worden geïnterpreteerd aan de hand van de literatuur. Zo wordt er gezocht naar verklaringen en antwoorden op de deelvragen. De resultaten van de data-analyse worden beschreven in het volgende hoofdstuk.

‘Eigenlijk is mijn hele vak daar gewoon voor (lacht). Dat is wat ik doe!
Ja ik deel ook pillen uit, en dat soort dingen, maar het heeft allemaal
te maken met mensen helpen om hier een zinvol leven te leiden’.
- Respondent

4 Resultaten

Het eerste deel (4.1) laat zien hoe professionals spiritualiteit/zingeving benaderen. Om de resultaten bij de deelvragen te kunnen plaatsen, is het namelijk van belang inzicht te hebben in hoe de respondenten spiritualiteit/zingeving zien. In het tweede deel (4.2 t/m 4.4) worden de resultaten per deelvraag beschreven. De afkortingen tonen of een quote komt van een respondent uit de training (R-T), voorinterviews (R-V) of diepte-interviews (R-D).

4.1 Benadering van spiritualiteit/zingeving door respondenten

Reflecteren op spiritualiteit/zingeving

Het valt op dat veel respondenten niet gewend zijn om te reflecteren op spiritualiteit/zingeving.

R-D: [Als ik nu al merk hoe lastig ik het vind om, om hier gewoon even snel een antwoord op te geven (lacht). Dat is ‘n ander niveau van insteken. Want ik, ik vind het op zich leuke onderwerpen (...) Maar ... dat betekent ook dat ik veel meer naar mezelf moet gaan en dat is niet de normale houding waarmee ik in contact ben].

Met name voor de professionals zonder uitgesproken affiniteit met spiritualiteit/zingeving is het moeilijk om woorden aan dit onderwerp te geven.

R-D: [Ik moet zeggen dat ik die niet zo, zo, terwijl ik denk van misschien wel, maar dat weet ik niet, heb ik nooit zo over nagedacht].

Om de respondenten te helpen hun opvattingen te formuleren en misverstanden te voorkomen, zijn in de diepte-interviews kaartjes met de termen ‘zingeving’, ‘spiritualiteit’, ‘religie’ en ‘existentiële thema’s’ voorgelegd (zie bijlage 4). Daarbij valt op dat alle respondenten ‘zingeving’ het meest bruikbare woord vinden. Deze term wordt als het minst zwaar of zweverig en als het meest universeel gezien. Ook respondenten die wel positieve associaties hebben bij deze ‘spiritualiteit’, ‘religie’ en ‘existentiële thema’ geven toch de voorkeur aan ‘zingeving’.

R-D: [Liever ‘zingeving’ dan ‘existentieel’, omdat het.. begrijpelijker is en wat minder, zwaar].

Omdat ‘zingeving’ duidelijk de voorkeursterm is, wordt deze ook gebruikt in de rest van de diepte-interviews. Daarom wordt er in de rest van deze paragraaf en in paragraaf 4.2 ‘zingeving’ gebruikt in plaats van ‘spiritualiteit/zingeving’.

Wat professionals onder ‘zingeving’ verstaan

Figuur 10 geeft een impressie van de associaties die professionals hebben bij de term ‘zingeving’. Hoe vaker de woorden zijn gecodeerd, hoe groter dit woord is afgebeeld.



Figuur 10: Woorden die professionals associëren met ‘zingeving’. Hoe vaker het woord is gecodeerd, hoe groter deze is afgebeeld.

‘Eigenlijk is mijn hele vak daar gewoon voor.’

Professionals verstaan onder de term ‘zingeving’ hoofdzakelijk plezier (24x gecodeerd), diepgang (23x) en verbondenheid (19). Ook beschrijven zij zingeving met zingevingsvragen (12x). Verder wordt ‘zingeving’ uitgelegd als dat waarvoor je leeft (10x), dat wat het leven de moeite waard maakt (10x), zoals betekenisvol zijn (11) of autonomie (7x) ervaren. ‘Zingeving’ is volgens professionals een bron van kracht die richting geeft in het leven en een drijfveer is.

Dus, professionals associëren de term ‘zingeving’ zowel met alledaagse zingeving (bijvoorbeeld ‘plezier’ en ‘verbondenheid met anderen’) als met existentiële zingeving (bijvoorbeeld ‘diepgang’ en ‘zingevingsvragen’). Er bestaat echter een discrepantie tussen waarmee de professionals de term ‘zingeving’ associëren en wat de professionals verstaan onder aandacht voor zingeving binnen hun zorgpraktijk. Hoewel professionals existentiële zingeving wel belangrijk lijken te vinden, geven zij in de behandeling hoofdzakelijk aandacht aan alledaagse zingeving. De meesten benadrukken begeleiding bij betekenisgeving aan het alledaagse leven. Zij noemen bijvoorbeeld zinvolle activiteiten om voor uit bed te komen.

R-D: [Dan gaat het over van waar voel jij je goed bij en dan kan het ook zijn van ... boodschappen doen voor de buurvrouw, tot aan op tijd op mijn afspraken komen].

Het begeleiden bij levensvragen die het hier en nu overstijgen, oftewel existentiële zingeving, komt bij de meeste professionals dus minder sterk naar voren dan alledaagse zingeving. Het valt op dat voor professionals die een uitgesproken affiniteit hebben met spiritualiteit/zingeving juist het omgekeerde geldt. Aandacht voor zingeving gaat volgens hen vooral over existentiële zingeving.

R-D: [Ik denk dat het heel .. prettig is juist om dingen te bespreken die juist wat dieper gaan, of meer dan de alledaagse werkelijkheid gaat, zeg maar].

Pragmatische en schouwende attitude

Respondenten kunnen over het algemeen beter uit de voeten met het bespreken van praktische zaken die aan (alledaagse) zingeving gerelateerd zijn dan praten óver (existentiële) zingeving.

R-D: [Dan heb je het ook over twee niveaus als je, op het moment dat je die woorden gebruikt dan, dan ben je even aan het overvliegen zeg maar, terwijl als je het over gewoon concrete dingen kunt hebben, dan, denk ik van ja dan vind ik het niet zo heel ingewikkeld].

De pragmatische attitude (zingeving vinden in grip krijgen op het leven, zie 2.2.3) is dus sterker zichtbaar dan de schouwende attitude (gerichtheid op presentie en traagheid van zingevingsvragen, zie 2.2.3). Het zijn vooral de respondenten die persoonlijk affiniteit hebben met spiritualiteit/zingeving die een schouwende attitude tonen.

‘Eigenlijk is mijn hele vak daar gewoon voor.’

R-D: [Dat je over vele wezenlijke dingen nadenkt en over hele wezenlijke dingen met elkaar praat].

Hoewel de schouwende attitude ten aanzien van existentiële zingeving niet afwezig is, wordt er dus hoofdzakelijk met een pragmatische attitude naar alledaagse zingeving gekeken.

Aandacht voor zingeving wordt veelal praktisch ingevuld.

R-D: [Bijvoorbeeld het tuinieren dat, daar maak je het eigenlijk al heel concreet en praktisch, terwijl je het eigenlijk hebt over dat toch wel grote, vage begrip].

Deze praktische invulling van aandacht voor zingeving komt voor professionals trouwens pas aan de orde als er eerst aandacht aan, soms meer urgente praktische zaken is besteed. Met name in de acute fase heeft praktische ondersteuning op andere terreinen dan zingeving meer prioriteit.

R-D: [We hebben in ons werk ook best veel, nou ja, crisisachtige situaties waarin er gewoon, ja gehandeld moet worden (...) en soms, kom je pas daarna goed in gesprek].

Samenvatting

De meeste respondenten zijn niet gewend om te reflecteren op spiritualiteit/zingeving. Respondenten hebben moeite met het vinden van de juiste woorden en geven de voorkeur aan de term ‘zingeving’. Zingeving in de behandeling wordt vooral begrepen als alledaagse zingeving en minder als existentiële zingeving. De pragmatische attitude gericht op alledaagse zingeving is zichtbaarder dan de schouwende attitude gericht op existentiële zingeving. Deze laatste komt het sterkst voor bij de professionals die hier persoonlijk affiniteit mee hebben. ‘Zingeving’ wordt gezien als iets wat pas aan bod komt na de praktische zaken in de acute fase (zie figuur 11 op de volgende pagina).

Samenvatting: benadering van spiritualiteit/zingeving door respondenten



Figuur 11: schematische samenvatting van resultaten buiten de deelvragen. S/z staat voor spiritualiteit/zingeving.

4.2 Motivaties om al dan niet aandacht voor spiritualiteit/zingeving te hebben

Deze paragraaf bespreekt de resultaten bij deelvraag 1: *Welke motivatie hebben ambulante GGZ-professionals om zich al dan niet te richten op spiritualiteit/zingeving in hun zorg?*

Tijdens de training is er niet gevraagd naar de motivatie van de respondenten ten aanzien van zingeving. Wel blijkt er uit de reacties op de training een enthousiasme om zingeving in de behandeling te betrekken. De observaties suggereren dat dit enthousiasme voortkomt uit het gemis aan aandacht voor zingeving binnen de gebruikelijke werkstructuur.

R-T: [Normaal zijn we zoveel met protocollen bezig terwijl dit belangrijker is of minstens zo belangrijk].

R-T: [Dit zegt allemaal veel meer over waar het nu écht om gaat].

Uit zowel de observaties van de training als de voor- en diepte-interviews blijkt motivatie voor samenwerking met geestelijk verzorgers te bestaan. Zij zien dit als een ingang om meer bewust met aandacht voor zingeving bezig te zijn.

R-D: [Dat die (geestelijk verzorgers) daarin ook meer zichtbaar zouden kunnen worden bij ons (in het team) dat zou ik ook mooi vinden ja].

‘Eigenlijk is mijn hele vak daar gewoon voor.’

R-D: [Jammer dat het team Zingeving maar zo'n klein teampje is, (...) ik wil meer ook gewoon met elkaar ook van gedachte willen wisselen].

Dus, professionals lijken over het algemeen enthousiast over aandacht voor zingeving. Toch geven zij naast motivaties om wel aandacht voor zingeving te hebben óók motivaties om dat niet te doen. In 4.2.1 en 4.2.2 worden deze motivaties op de verschillende niveaus van normatieve professionaliteit besproken.

4.2.1 Motivatie om wel aandacht aan zingeving te geven

In deze paragraaf worden de motivaties om wél aandacht aan zingeving te geven beschreven per niveau van normatieve professionaliteit. Op het niveau van de maatschappij en van de organisatie zijn geen motivaties om wél aandacht aan zingeving te geven naar voren gekomen. Deze niveaus worden hier dan ook niet genoemd.

Motivatie op het niveau van het beroepsprofiel

De respondenten zien aandacht voor zingeving in behandeling als onderdeel van hun professionele rol. Voor de één gaat om het alleen om aanstippen en signaleren. Anderen vinden het tot hun taak behoren om samen met de patiënt op zoek te gaan naar zingeving. Enkelen noemen basiskennis van religie een onderdeel van hun beroep, omdat het helpt inzicht te krijgen in bepaalde pathologie.

R-D: [Nou, ik vind dat dat eigenlijk wel... bij het beroep hoort, hè, ik bedoel, je hebt ook mensen die vanuit... de godsdienst, ja, ja een godsdienstwaan ofzo, of, hè, om, in die zin, de grip op de werkelijkheid kwijtraken].

Soms zien respondenten dus een samenhang tussen specifieke vormen van zingeving en psychiatrische klachten. Vaker leggen zij echter het verband tussen zingeving en herstel. De meeste professionals zien het als hun taak om de patiënt te begeleiden in het geven van zin aan het leven met een psychische kwetsbaarheid. Veel professionals leggen daarom expliciet het verband tussen aandacht voor zingeving en herstelgericht werken.

R-D: [Natuurlijk zijn er subdoelen als dat je probeert dat iemand aan medicatie te krijgen, of dat iemand minder last heeft van zijn aandoening. Maar het hoofddoel is herstel, en herstel is een zinvol bestaan hebben. (...) Dat is wel mijn drive, zal ik maar zeggen, in mijn contact met cliënten].

Omdat professionals herstel erg belangrijk vinden en dit verbinden met zingeving, zijn zij gemotiveerd om aandacht voor zingeving te hebben in de behandeling. Veel respondenten noemen aandacht voor zingeving dan ook [*enorm*], [*heel*], [*uiterst*] en [*super*] belangrijk.

Hun beroep gaat volgens hen –naast klachtreductie- namelijk over bijdragen aan een meer zinvol bestaan.

R-D: [Eigenlijk is mijn hele vaak daar gewoon voor (lacht). Dat is wat ik doe! Ja ik deel ook pillen uit en dat soort dingen maar het heeft allemaal te maken met mensen helpen om hier een zinvol leven te leiden].

Ook al is de behandeling niet altijd expliciet op zingeving gericht, een zinvol leven is volgens de professionals wel het doel van de behandeling. Een kleine minderheid vindt zingeving daarom zelfs ‘essentieel’, het ‘hoofddoel’ of ‘de kern’ van hun beroep.

R-D: [Ja, ik vind het meer heh, naast de praktische kanten, die denk ik ook best wel met zingeving (lacht) te verbinden zijn, vind ik het de kern van het verpleegkundig beroep].

Zij zien het als hun werk om naast klachtreductie samen met patiënten over zingeving na te denken en hun in dit proces mee te nemen. Vanuit deze visie is aandacht voor zingeving een essentieel deel van behandeling naast therapie en medicatie.

R-D: [Dat (zingeving) is waar het uiteindelijk dan natuurlijk ook om draait, ik bedoel je kan iemand behandelen, je kan cognitieve gedragstherapie gaan geven, je kan iemand onder medicatie zetten, maar dat is maar zo’n klein gedeelte. (...) Uiteindelijk draait het natuurlijk om de, dat dat je weer een doel in het leven hebt en je eigen weg weer vorm kan geven. Dus als daar geen aandacht voor is, dan, is de behandeling zo beperkt zeg maar].

Motivatie op het niveau van de patiënt

Hoewel professionals aangeven dat ze er niet altijd bij stil staan, zien zij wel dat zingevingsvragen opkomen bij psychiatrische klachten. Met name de ervaringsdeskundige kaart dit aan:

R-D: [Mensen (patiënten) maken hele ingrijpende dingen mee in hun leven, waardoor die zingeving verstoord raakt].

Professionals zien dat patiënten bezig zijn met zingevingsvragen en zijn daardoor gemotiveerd op het niveau van de patiënt.

R-D: [(Sommige patiënten) zeggen: ‘ik heb een relatie met God’ dus dat is dan heel belangrijk voor ze dus dan hebben we het daar ook over, van hoe geef je dat vorm in je leven en wat betekent dat dan voor je kwetsbaarheid, wat betekent dat in de contacten met je omgeving].

Motivatie op het niveau van de persoon van de professional

Sommige respondenten zijn daarnaast ook persoonlijk gemotiveerd om aandacht te geven aan zingeving. Voor deze respondent is het helpen van mensen, door bijvoorbeeld aandacht te geven aan spiritualiteit/zingeving, een belangrijk onderdeel van wie zij is.

R-D: [Als mijn instelling al is, vanuit gewoon mezelf, van ... ik zie het als mijn mensenplicht].

Respondenten die persoonlijk gemotiveerd zijn vinden hun werk niet alleen leuker, maar halen er zelf meer zin uit wanneer zij aandacht voor zingeving van de patiënt hebben.

R-D: [Daardoor voel ik ook zin, snap je, dat je iemand kan, iets mee kan geven. Dat iemand de deur uit gaat en die heeft iets meegenomen dan, ben ik ook, het geeft mij ook zin, voor mijn bestaan].

Voor sommigen is motivatie sterk verbonden met hun eigen levenservaringen rondom zingeving. Bijvoorbeeld voor respondenten die zelf een zoektocht naar antwoorden op zingevingsvragen hebben doorgemaakt.

R-D: [Ik heb zelf ook wel het een en ander meegemaakt, waardoor ik ook heel erg daarmee bezig ben om, ja wat heeft het leven voor zin, of wat voor dingen zijn daarin belangrijk?].

Omdat zij zelf weten hoe het is om zoekend te zijn naar antwoorden op zingevingsvragen, zijn zij gemotiveerd anderen hierbij te helpen. Een ervaringsdeskundige die zelf deze aandacht voor zingeving in de GGZ heeft gemist, haalt hier duidelijk motivatie vandaan om dit in zijn professionele rol juist wel te doen.

R-D: [Toen (ik als patient in aanraking kwam met de GGZ) was er geen openheid. (...) Er werd toen opgeleid met de gedachte, professionele afstand bewaren en... heel medisch denken en ik vond dat eigenlijk helemaal niet goed. (...) Dus toen dacht ik in mijn jonge overmoed, dat ga ik veranderen (door in de psychiatrie te gaan werken)].

4.2.2 Motivaties om géén aandacht aan zingeving te geven

In deze paragraaf worden de motivaties om géén aandacht aan zingeving te geven beschreven per niveau van normatieve professionaliteit. De volgorde waarin de niveaus aan bod komen, is bepaald door de relevantie van de bevindingen en wijkt daarom af van de hierboven aangehouden volgorde.

Motivatie op het niveau van het beroepsprofiel:

Professionals zijn van mening dat zingeving hoort bij hun beroep. Daarbij valt op dat zij het dan vooral hebben over patiënten te helpen om een zinvol bestaan te leiden. Bepaalde aspecten van aandacht voor spiritualiteit/zingeving daarentegen horen volgens de professionals niet direct binnen hun beroep. Hierbij gaat het met name over diep ingaan op religieuze zingevingsvragen.

R- D: [Met name als het gaat over religie. (...) als iemand echt veel verder daar in zou willen gaan. (...) dan moet je gewoon... passen. Ja dan is het gewoon niet jouw kopje thee].

Het bespreken van religieuze zingevingvragen hoort volgens de meeste professionals niet bij hun professionele rol. Zij zien dat meer als taak van de geestelijk verzorger (zie 4.4.3)

R-D: [Als het gaat over religie, dat kan ik moeilijk invoegen in mijn behandeling. En als mensen daarover willen praten, dan verwijs ik wel door].

Daarnaast is een belangrijke motivatie om geen aandacht aan zingeving te besteden een gevoel van onbekwaamheid. De handelingsverlegenheid die professionals ervan weerhoudt op spiritualiteit/zingeving in te gaan, wordt uitgebreider besproken in 4.4.

Motivatie op het niveau van de persoon:

Als het om religie gaat, spelen niet alleen professionele maar ook persoonlijke grenzen.

R-D: [Het enige waarvan ik dan denk van: 'ja, daar ga ik dan voor passen' is als het heel erg over religie gaat. Want dan, ja, dan heb ik, ben ik niet de, de persoon om daar nou...].

Als religie niet past bij de persoon van de professional, dan vormt dat voor hen een belangrijke motivatie om niet op religieuze zingevingvragen in te gaan. Ook professionals die wel religieus zijn, vinden sommige aspecten van religieuze zingevingvragen niet passend. Samen bidden bijvoorbeeld is, met of zonder religieuze achtergrond, een stap te ver.

R-D: [Als je bidt dan, dan praat je met iemand, in dit geval dus met God. Dat is voor mij heel persoonlijk (...) ik kan het wel hebben óver bidden].

R-D: [(Als de ander bidt) dan kan ik stil zijn, zeg maar eventjes, je kan ook met iemand mediteren, dat maakt niet (uit), maar ik, samen bidden, (...) daar zou ik dan tegen mijn eigen grenzen aanlopen].

Ook noemen professionals specifieke gevallen waarin zij niet te veel ingaan op de spiritualiteit/zingeving van de patiënt. In deze gevallen is dat waar de patiënt zin uit haalt, strijdig met de waarden van de persoon de professional.

R-D: [Als iemand zijn leven wilt invullen omdat ie zegt "ja maar ik vind het bijvoorbeeld heerlijk om iemand pijn te doen", ja daar kan ik niet .. nee, daar kan ik niets mee].

Als doelen die zinvol zijn voor de patiënt fundamenteel tegen de waarden van de persoon van de professional ingaan, helpen professionals de patiënt niet bij het realiseren daarvan.

Motivatie op het niveau van de patiënt

Naast de invulling van zingeving van de patiënt, kan ook diens toestand een motivatie zijn om niet over zingeving te praten. Als de pathologie te zeer op de voorgrond staat, heeft spiritualiteit/zingeving geen prioriteit of speelt het niet volgens de respondenten.

R-D: [Sommige mensen hebben helemaal niet zo'n zingeingsvraag, omdat ze bijvoorbeeld heel veel te erg in de war zijn].

Bij patiënten die te ziek zijn of niet zien dat ze ziek zijn, geven professionals niet zo'n aandacht aan spiritualiteit/zingeving.

R-D: [Als er geen ziekte-inzicht is of er is een acute toestand van de patiënt staat zingeving op een laag pitje].

Professionals vinden het beter om niet (zo veel) op zingeving in te gaan in de acute fase van de ziekte. Er is volgens hen niet genoeg ruimte om over zingeingsvragen te spreken.

Regelmatig is er in deze fase ook nog geen vertrouwen binnen de werkrelatie met de patiënt (zie 4.4.1).

Motivatie op niveau van de maatschappij

Gebrek aan vertrouwen binnen de werkrelatie met de patiënt is vaak aan de orde bij gedwongen hulpverlening. Hierbij wordt er vanuit de maatschappij op basis van het rechtssysteem hulp opgedrongen. Respondenten vertellen dat aandacht voor spiritualiteit/zingeving niet aan de orde is wanneer patiënten die geen hulp willen dat toch krijgen.

R-D: [We hebben te maken met gedwongen hulpverlening. Met, naja, met mensen die eigenlijk niet willen maar waarbij je toch je hulp opdringt. En dan is het zoeken, naar toch weer, nou ja, die motivatie, mensen gemotiveerd te krijgen om toch een stap te zetten].

Hoewel respondenten dan de drijfveren van de patiënt proberen te vinden om hem te motiveren staat gedwongen hulpverlening een gesprek over zingeving vaak in de weg. Immers, patiënten die gedwongen hulpverlening krijgen zitten niet altijd te wachten op een gesprek met de professional over zoiets persoonlijks als spiritualiteit/zingeving.

Motivatie op het niveau van organisatie

De meeste respondenten geven aan dat er binnen de organisatiestructuur van de GGZ te weinig ruimte is voor zingeving:

R-D: [Onze taken worden smaller, specialistischer (...)] Dat geeft minder aanliegroutes voor zingeving].

Hierdoor raken zij minder gemotiveerd om aandacht voor spiritualiteit/zingeving te hebben. Wanneer zij tijdsdruk ervaren, heeft spiritualiteit/zingeving geen prioriteit. Uit observaties van de training blijkt dat spiritualiteit/zingeving weinig en alleen impliciet aan bod komt in

teamoverleg. De respondenten benoemen in de training dat zingeving/spiritualiteit lang niet altijd aan bod komt of alleen tussen de regels door. Bijna alle respondenten vinden dat spiritualiteit/zingeving wel meer besproken zou moeten worden. Dit beeld wordt bevestigd in de voor- en diepte-interviews.

R-V: [Diepere zingeving wordt niet vaak besproken (in teamoverleg)].

R-D: [Het meest ideale zou zijn, dat er genoeg tijd is om dat hier ook veel beter nog neer te zetten (...) dat we er allemaal als team daar heel erg mee bezig zijn].

Dus zowel de bredere organisatiestructuur als de organisatiestructuur op het teamniveau, maakt dat zingeving niet structureel en niet expliciet besproken wordt (zie 4.4.1).

Samenvatting

Figuur 12 geeft een schematische samenvatting van de resultaten bij deelvraag 1.

Samenvatting: Motivaties om al dan niet aandacht voor spiritualiteit/zingeving te hebben



Figuur 12: schematische weergave van de resultaten bij deelvraag 1. S/z staat voor spiritualiteit/zingeving.

Uit de positieve reacties op de training en de behoefte aan meer samenwerking met geestelijk verzorgers blijkt dat respondenten over het algemeen gemotiveerd zijn om aandacht aan zingeving te geven. Professionals herkennen zingevingsvragen bij patiënten. Zij zien zingeving -in het kader van herstel- als een (heel) belangrijk onderdeel van hun beroep. Ook levenservaring (met de psychiatrie) speelt een rol in de persoonlijke motivatie. Professionals

motiveerden ook waarom zij in bepaalde gevallen geen aandacht voor zingeving hebben. Bij het bespreken van religieuze zingevingsvragen lopen zij tegen professionele of persoonlijke grenzen. Ook wanneer de patiënt in de acute fase zit of gedwongen hulpverlening het contact belemmert, bespreken de professionals zingeving niet. Daarnaast ervaren respondenten weinig ruimte voor zingeving binnen de organisatiestructuur (zie figuur 12 op de vorige pagina).

4.3 Eigen spiritualiteit/zingeving van de persoon van de professional

Hier volgen resultaten die relevant zijn voor deelvraag 2: *Welke relatie beschrijven ambulante GGZ-professionals tussen hun motivatie en hun eigen spiritualiteit/zingeving?* Om deze relatie te kunnen beschrijven, is het eerst nodig de spiritualiteit/zingeving van de professionals in kaart te brengen. Dit wordt gedaan aan de hand van hun identiteit en affiniteit (4.3.1). Vervolgens komt de relatie tussen de eigen spiritualiteit/zingeving en de motivatie aan bod (4.3.2).

4.3.1 Identiteit en affiniteit van professionals

Identiteit

In de diepte-interviews hebben respondenten zichzelf ingedeeld in één van de zes categorieën ten aanzien van religie en spiritualiteit zoals omschreven door Vieten en Scammel (2015) (zie figuur 13).



Figuur 13: zelfidentificatie van respondenten in diepte-interviews op basis van de categorieën van Vieten en Scammel (2015) zoals weer gegeven in figuur 1.

De meeste respondenten identificeren zich als ‘zowel niet religieus als niet spiritueel’. ‘Spiritueel’ wordt door hen vooral met ‘zweverig’ geassocieerd. Wel is er een voorzichtige openheid naar deze term zichtbaar.

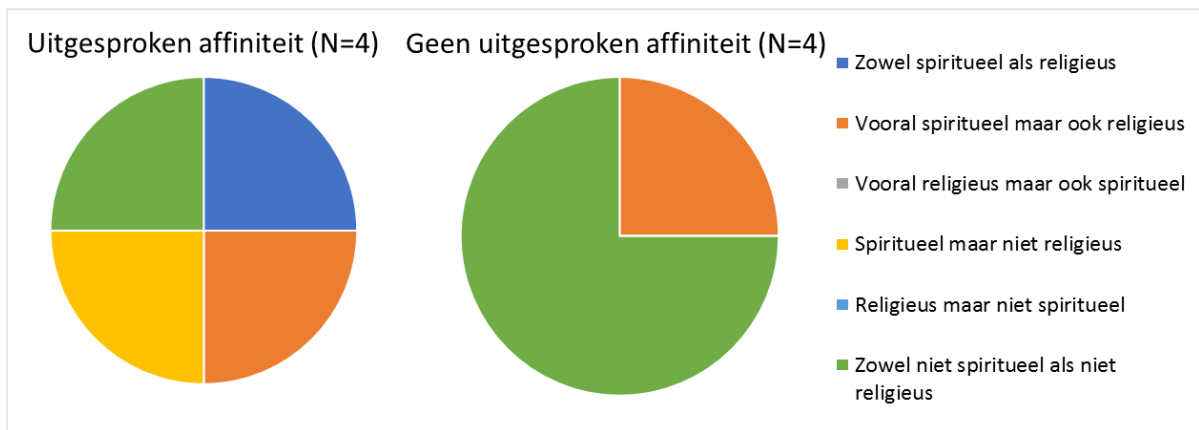
R-D (zowel niet religieus als niet spiritueel): [Spiritualiteit, koppel ik ook vaak aan (...) als een iemand bepaalde problemen wil oplossen met, kristallen enzo. (...) maar dat is ... het grappige is, daar maak je een soort van ... groei of ontwikkeling in door. Ik was eerst echt heel erg niet spiritueel ingesteld, in de zin van dat vond ik echt stom maar dat, vind ik niet meer. Alleen .. ja ik heb nog wel wat allergieën (lacht)].

Van de respondenten die zich wél ‘spiritueel’ noemen, halen de meesten inspiratie uit religie (in alle gevallen christendom). Zij voelen zich echter niet of nauwelijks verbonden met de institutionele kant van religie. Religie is voor sommigen een belangrijke zingevingbron, maar voor geen van de professionals in de diepte-interviews vormt institutionele religie een onderdeel van hun identiteit.

Affiniteit

Naast verschillen in identiteit zijn er verschillen in hoeverre de respondenten in de diepte-interviews affiniteit hebben met spiritualiteit/zingeving.

Zelfidentificatie in vergelijking met affiniteit



Figuur 14: verdeling van zelfidentificatie bij wel of geen uitgesproken affiniteit

In Figuur 14 is de verdeling van zelfidentificaties binnen de groep met en zonder uitgesproken affiniteit met spiritualiteit/zingeving weergegeven. Respondenten zijn in de groep ‘uitgesproken affiniteit’ geplaatst als zij zich graag verdiepen in theologie, spiritualiteit of filosofie.

R-D (zowel spiritueel als religieus): [Het blijft ook een onderwerp waar ik nog steeds heel erg veel over nadenk en nog steeds geen ... conclusie kan trekken zeg maar. Van wat is nou ... een belang van religie, God, ..., en hoe zit dat dan met de mens, hoe zit dat dan met goed en kwaad zeg maar. Dat zijn allemaal dingen waar ik dan heel erg veel over nadenk].

Respondenten zijn in de groep ‘geen uitgesproken affiniteit’ geplaatst als zij niet zo met deze onderwerpen bezig zijn.

R-D (zowel niet spiritueel als niet religieus): [Ik heb dat altijd een beetje buiten mijzelf gehouden, nouja, zo van, ja daar, heb ik niet zo'n, ja affiniteit mee].

In Figuur 14 wordt zichtbaar dat ‘vooral spiritueel maar ook religieus’ zijn niet per se samengaat met een uitgesproken affiniteit met spiritualiteit/zingeving. Andersom is een deel van de respondenten met uitgesproken affiniteit ‘zowel niet spiritueel als niet religieus’. Dus, of professionals wel of geen uitgesproken affiniteit hebben, wordt niet uitsluitend door hun identiteit bepaald.

4.3.2 Identiteit/affiniteit en motivatie

De diversiteit in identiteit en affiniteit (zie 4.3.1) blijkt een rol te spelen in hoe de eigen spiritualiteit/zingeving motiverend, helpend of belemmerend werkt.

Motivatie uit eigen spiritualiteit/zingeving

Eigen levensbeschouwelijke overtuigingen spelen een motiverende rol in het geven van aandacht aan spiritualiteit/zingeving in de behandeling.

R-D (zowel niet spiritueel als niet religieus): [Ja, nou, dat speelt zeker mee, (...) ja... na regen komt zonneschijn is zo'n leuk gezegde, maar dat ... dat is ook, daar ben ik heilig van overtuigd. En daar heb ik het ook over en dat neem ik wel mee in mijn gesprek of in mijn bejegening. Natuurlijk, je kan heel diep in de put zitten, maar die put houdt op].

Eigen levensbeschouwelijke overtuigingen zoals deze motiveren professionals om patiënten perspectief op een zinvol leven te bieden. De eigen spiritualiteit/zingeving heeft dus invloed op de realiteit met patiënten, zoals deze respondent beschrijft.

R-D (zowel spiritueel als religieus): [Ja heel erg. Dat is bij mij heel erg, heel erg heeft gespeeld en nog steeds speelt, in mijn leven, het zijn, het heeft mijn jeugd bepaald. (...) het is nu nog een onderwerp waar ik gewoon dagelijks mee bezig ben (...) het behelst voor mij alles, dus dan, neem ik dat ook heel erg mee in de relatie met cliënten met collega's].

Motivatie kan dus voortkomen uit waarden binnen de eigen spiritualiteit/zingeving. Een respondent vertelt bijvoorbeeld dat het voor hem belangrijk is om kracht te halen uit verbondenheid met anderen. Deze waarde neemt hij mee in het begeleiden van zijn patiënten door te letten op hoe zij steun halen uit verbinding met anderen. Een andere respondent vertelt

dat hij wat betreft spiritualiteit/zingeving een lange tijd zoekende is geweest. Zelf heeft hij ervaren hoe belangrijk het is daarin gesteund te worden. Hij ontleent motivatie aan deze levenservaring. Hij wil anderen ondersteunen in hun zoektocht in zingevingsthema's en vindt het mooi als hij *[een stukje mee kan lopen]*.

Identiteit/affiniteit als helpend

Respondenten brengen vooral naar voren hoe de eigen spiritualiteit/zingeving hun gevoel van (on)bekwaamheid beïnvloedt (zie ook 4.4.2). De eigen spiritualiteit/zingeving of affiniteit kan helpen bij het bespreken van spiritualiteit/zingeving.

R-D (vooral spiritueel maar ook religieus): [Ik denk dat in ieder geval meespeelt omdat ik dan ook daar bij anderen wat eerder bij stil sta. Een hele concrete manier waarschijnlijk, maar toch (...) nee, ik denk dat het meestal helpend is. En ik denk ook omdat je dan eerder, tenminste ik, ik hoop dat ik dan eerder op zoek ga naar .. he los van, van het, de rol die je hebt zeg maar eventjes, ook naar een anders soort verbinding. Ja dit klinkt heel zweverig misschien].

Een uitgesproken affiniteit maakt dat professionals makkelijker zicht krijgen op de spiritualiteit/zingeving van de patiënt.

R-D (zowel niet spiritueel als niet religieus): [Ik ben ook heel erg opgevoed met nadenken over dingen, mijn ouders zijn behoorlijk filosofisch ingesteld ook. Dan ben je sowieso al, dan ben je je er al wat getrainder in, in nadenken wat zal iets voor iemand betekenen enzo].

Niet alleen de affiniteit, maar ook de identiteit kan helpen. In een enkel voorbeeld komt naar voren dat patiënten professionals opzoeken die (ongeveer) dezelfde spiritualiteit/zingeving hebben.

R-D (vooral spiritueel maar ook religieus): [Je hebt ook cliënten die willen graag met mij over het geloof praten, omdat ze weten dat ik een gelovig man ben (...). Een jongedame, die vroeg speciaal naar mij, omdat ze via via hoorde dat ik ook christelijk was. Dat vindt ze erg prettig en dat doet haar goed, dus dat is goed voor haar welzijn].

In dit voorbeeld helpt een overeenkomstige identiteit in spiritualiteit/zingeving. Ook als er verschillen zijn in die identiteit, kan de eigen spiritualiteit/zingeving toch helpend zijn. Deze professional kijkt bijvoorbeeld graag voorbij verschillen tussen vormen van spiritualiteit/zingeving.

R-D (vooral spiritueel maar ook religieus): [Ik weet wel gesprekken van mensen die, uitleggen hoe zij vanuit .. vanuit de Islam zijn opgevoed en ik ben Katholiek opgevoed en hoeveel ... ik heb wel eens gesprekken gehad van: hoeveel overeenkomsten zitten daartussen].

De eigen spiritualiteit/zingeving kan dus bijdragen aan verbinding tussen de professionals en de patiënt. In enkele voorbeelden komt naar voren dat waarden die voortkomen uit de eigen

spiritualiteit/zingeving helpen om open en onbevooroordeeld aandacht te hebben voor de (spiritualiteit/zingeving van de) ander.

R-D (spiritueel maar niet religieus): [Ik geloof ook dat .. Dat je in omstandigheden, dat je ook altijd lang niet altijd goed kan doen of zo, (...) dat in ieder mens ook wel echt een hele duistere kant kan schuilen. Dat je ja. Dat ik ja. Dat je niet kan zeggen ik zou dat nooit doen, of ik zou dat nooit doen, daar geloof ik niet in].

Eén respondent geeft bijvoorbeeld aan dat het niet binnen zijn eigen spiritualiteit/zingeving past om voor anderen te bepalen wat zij moeten denken of doen. Zijn eigen spiritualiteit/zingeving helpt dus om op een open manier te kijken naar de spiritualiteit/zingeving van de patiënt.

R-D (spiritueel maar niet religieus): [Over religie van mensen, die dat onder druk zetten, dat vind ik dus zelf heel erg naar. (...) volgens mij kan ik het ook doen, beetje te veel sturen ook of zo. Of te veel dingen daar, die kant gaan we op, terwijl je vergeet dan even het contact met diegene .. van ja wat wil die eigenlijk? Dus daar ben ik veel alerter op].

Tenslotte helpt ook eigen levenservaring met een zoektocht in spiritualiteit/zingeving. Sommige respondenten vertellen dat er ten aanzien van hun identiteit en affiniteit met spiritualiteit/zingeving sprake is geweest van een zoektocht of zelfs een worsteling. Deze respondenten vertellen dat hun levenservaring op het gebied van spiritualiteit/zingeving helpt anderen hierin te begeleiden.

R-D (zowel niet spiritueel als religieus): [dat maakt ook wel, en zeker naarmate ik langer meega zal ik maar zeggen (lacht), dat het ook makkelijker wel wordt. Om ook de dingen te delen van jezelf, en van je persoonlijke leven, of te zeggen: 'ik heb eens een keer voor deze keuze gestaan' zo heh, dat soort dingen. Het helpt wel].

Identiteit/affiniteit als belemmerend

Naast helpend kan de eigen spiritualiteit/zingeving ook als belemmerend worden ervaren.

Wanneer respondenten dit ter sprake brengen, gaat het vrijwel altijd over religie.

R-D (zowel niet spiritueel als niet religieus): [Voor mij is praten over echt specifiek religieuze dingen, dat niet persé, mijn kwaliteit want ik mis affiniteit].

Dit geldt vanzelfsprekend vooral voor de niet-religieuze respondenten. Veel van hen hebben weerstand tegen religie.

R-D (Zowel niet religieus als niet spiritueel): [Sowieso heb ik niet heel veel met religie, of juist heel veel niet met religie (lacht), mag ik misschien wel zeggen. Ja voor mij (zit daar) een negatieve connotatie bij].

Wanneer professionals weerstand hebben tegen de spiritualiteit/zingeving van de patiënt, vinden zij het moeilijker om hierover open en onbevooroordeeld te praten.

R-D (zowel niet spiritueel als niet religieus is): [Als iemand die bijvoorbeeld echt diepgelovig is, naja ik ben echt niet gelovig, en ik kan ook weleens me ergeren aan sommige overtuigingen vanuit een geloof. (...) Als iemand nou heel specifiek, "ik denk dat god dit en dit voor mij bedoeld heeft", ja dat kan ik niet beantwoorden (...) ik kan wel zeggen bijvoorbeeld van: "ik ben zelf niet gelovig dus dat weet ik niet zo goed" maar dat, dat is dan ook het eindpunt].

De eigen spiritualiteit/zingeving kan een onbevooroordeelde blik op de spiritualiteit/zingeving van de patiënt in de weg staan. Dit geldt niet alleen voor niet-religieuze professionals. Ook religieuze professionals voelen weerstand tegen sommige religieuze uitspraken van de patiënt.

R-D (vooral spiritueel maar ook religieus): [Ik heb wel een beetje weerstand tegen sommige dingen vanuit die, bij een bepaalde religie horen. (...) Daar zit voor mij ook een grens op een gegeven moment ergens en dan kan ik niet meer neutraal insteken, dan denk ik van, naja werkelijk, moet dat? (...) Dan kan ik niet meer professioneel insteken, want, ik zit hier niet om iemands geloof.. te beoordelen].

Mogelijk beïnvloedt weerstand tegen religie het signaleringsvermogen van professionals. Respondenten met weerstand tegen religie lijken religieuze zingevingsvragen minder te herkennen dan professionals die wel affiniteit met religie hebben.

R-D (zowel niet spiritueel als niet religieus): [Religieuze thema's kom ik zelden tegen. Echt in die zin hebben we een aardig ontkerkte samenleving. Een enkele keer heb ik bij, bij mensen van Marokkaanse afkomst, heb je nog wel eens iets ... is het (religie) nog wel eens een thema. Maar ook niet vaak, vaak toch ook niet. Nee niet echt].

Het zou eventueel kunnen dat patiënten religieuze zingevingsvragen minder snel naar voren brengen bij professionals met weerstand. Het valt namelijk op dat de respondenten die zelf een uitgesproken affiniteit met religie hebben, wél aangeven dat patiënten regelmatig religieuze zingevingsthema's met hen willen bespreken. Of spiritualiteit/zingeving aan bod komt, blijkt dus samen te hangen met de spiritualiteit/zingeving van de professional.

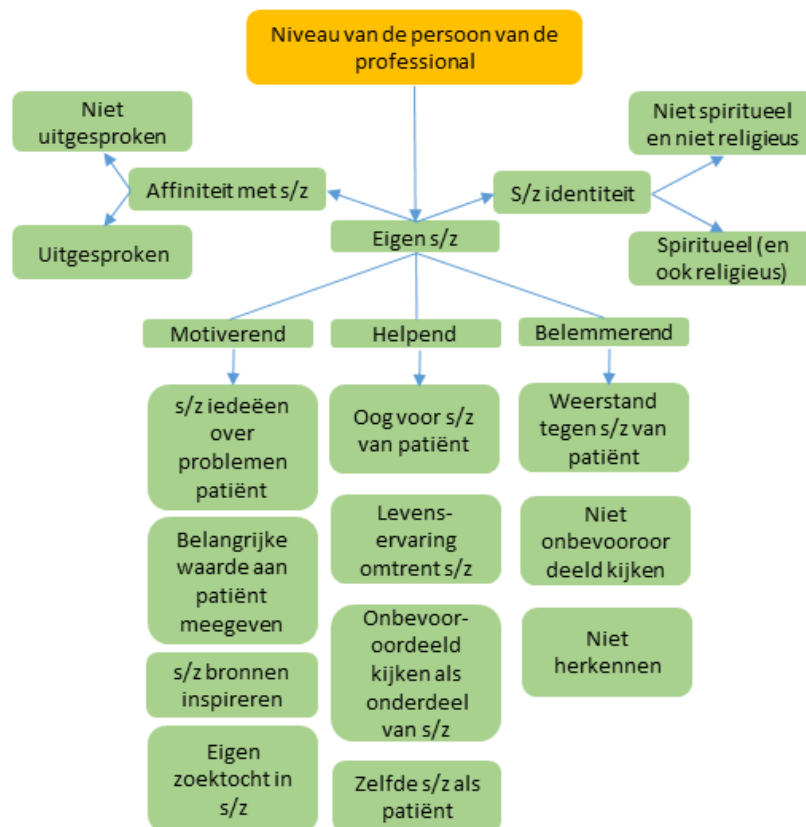
R-V: [Het is erg van de persoon van de hulpverlener afhankelijk]

Samenvatting

De meeste professionals zijn zowel niet spiritueel als niet religieus. Of professionals wel of geen uitgesproken affiniteit hebben met spiritualiteit/zingeving, wordt niet uitsluitend door hun al dan niet religieuze en/of spirituele identiteit bepaald. Op verschillende manieren vormt de eigen spiritualiteit/zingeving een motivatie om aandacht te besteden aan spiritualiteit/zingeving van patienten. De eigen spiritualiteit/zingeving helpt, bijvoorbeeld doordat de professionals meer oog hebben voor spiritualiteit/zingeving. De eigen

spiritualiteit/zingeving kan ook belemmerend zijn. Met name wanneer de professional weerstand ervaart tegen de spiritualiteit/zingeving van de patiënt. (Zie figuur 15 op de volgende pagina).

Samenvatting: eigen spiritualiteit/zingeving van de persoon van de professional



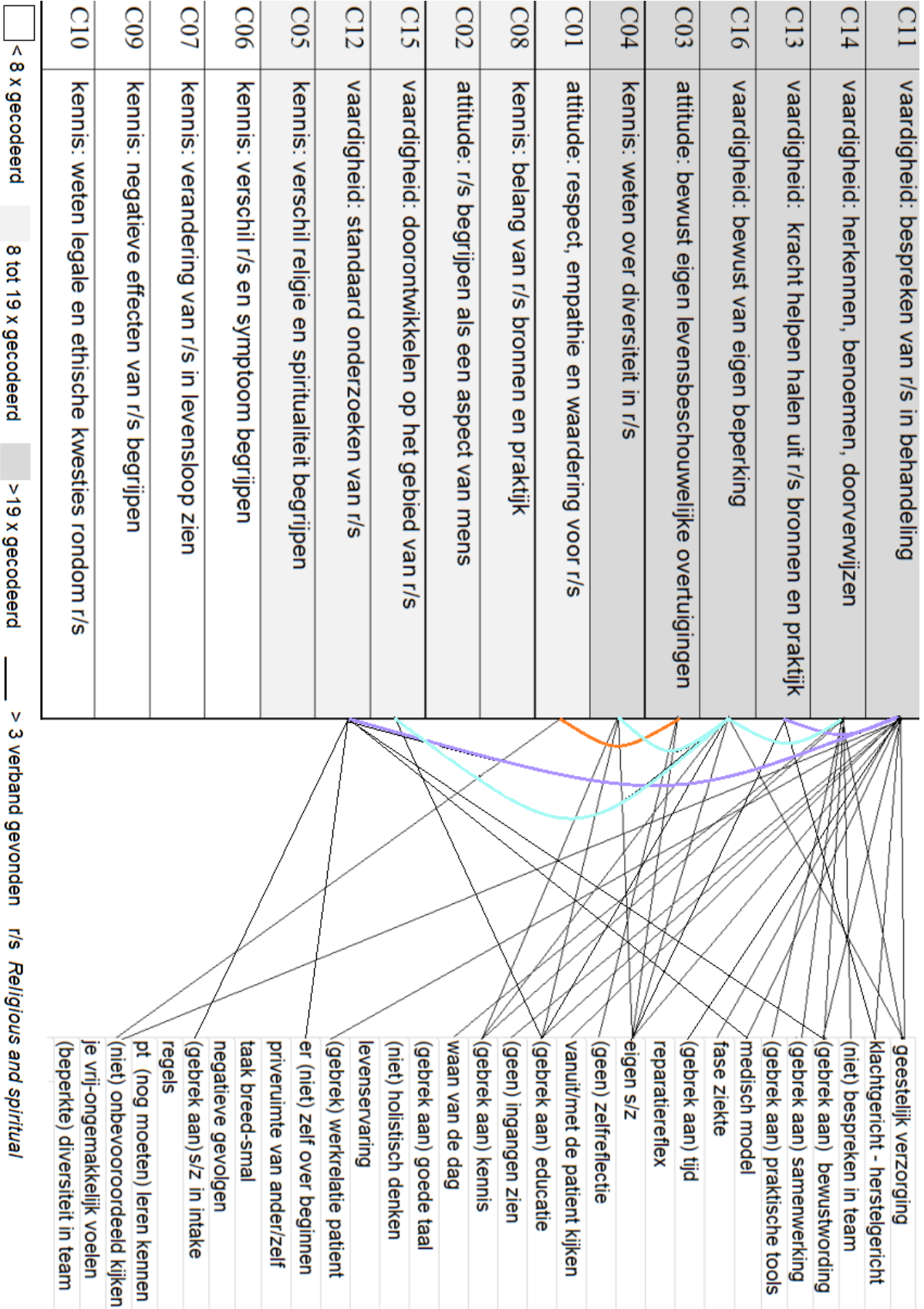
Figuur 15: schematische weergaven van de resultaten bij deelvraag 2. S/z staat voor spiritualiteit/zingeving.

4.4 Competenties in spiritualiteit/zingeving

Een gevoel van onbekwaamheid kwam in 4.2.2 naar voren als een motivatie om niet diep op spiritualiteit/zingeving in te gaan. Deze (denkbare) handelingsverlegenheid wordt in deze paragraaf toegelicht. Ook bekwaamheid in aandacht voor spiritualiteit/zingeving wordt besproken in de resultaten bij deelvraag 3: *Welke competenties op het gebied van spiritualiteit/zingeving komen naar voren in de motivatie van ambulante GGZ-professionals?* Bekwaamheid in ‘*Religious & Spiritual Competencies in Clinical Practice*’ (Vieten en Scammel, 2015) is niet uitgevraagd of getest maar komt wel naar voren in de training, de voor- en diepte-interviews. Links in Figuur 16 (zie volgende bladzijde) staan de zestien competenties in volgorde van frequentie in dit onderzoek. De grijstinten laten zien hoe vaak de competenties gecodeerd zijn.

‘Eigenlijk is mijn hele vak daar gewoon voor.’

Competenties in spiritualiteit/zingeving en helpende/belemmerende factoren



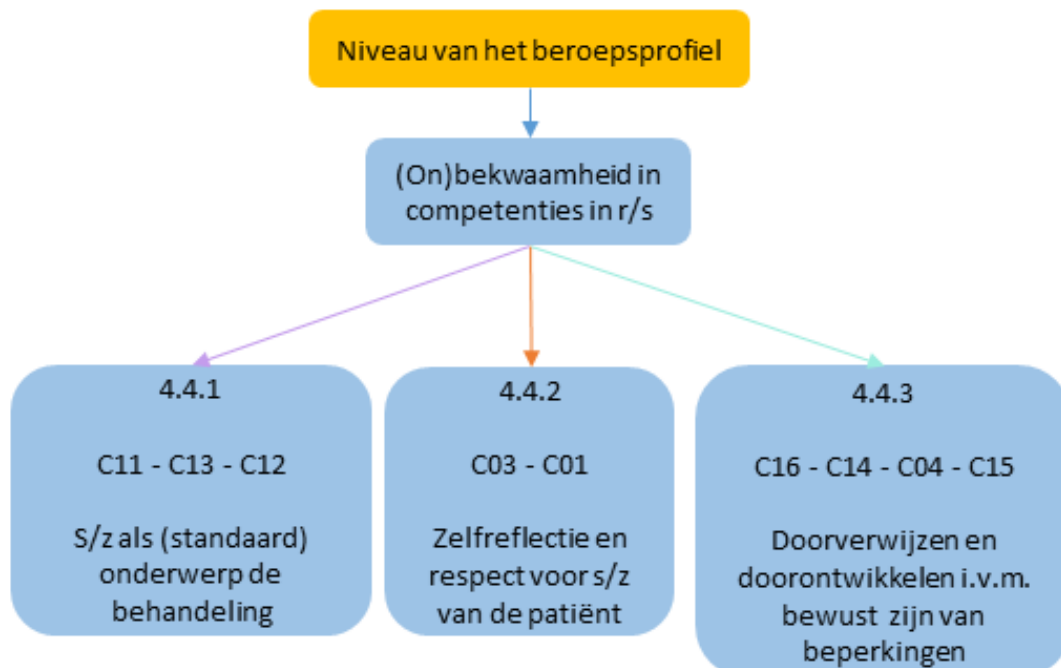
Figuur 16: deductieve codes 'Religious & Spiritual Competencies in Clinical Practice' (Viets en Scammel, 2015) en inductieve codes 'helpende/belemmerende factoren' in volgorde van frequentie en met onderlinge sterke verbanden.

'Eigenlijk is mijn hele vak daar gewoon voor.'

De competenties verwijzen naar r/s (*religious and spiritual*) maar de analyse houdt spiritualiteit/zingeving aan. Rechts in Figuur 16 (vorige pagina) staan helpende en belemmerende factoren voor het geven van aandacht aan zingeving. Deze zijn inductief naar voren gekomen en tevens op volgorde van frequentie weergegeven. Daarbij zijn de helpende kant (bijvoorbeeld tijd) en de belemmerende kant (bijvoorbeeld gebrek aan tijd) van de factor samengevoegd. De rechte lijnen staan voor sterke verbanden (vaker dan drie keer gevonden) tussen de deductieve competenties en de inductieve helpende/belemmerende factoren. Sterke verbanden (vaker dan drie keer gevonden) tussen competenties onderling zijn weergegeven met de gebogen lijnen.

Alleen de competenties en de helpende/belemmerende factoren waartussen sterke verbanden bestaan, worden in deze paragraaf besproken. Dus, alleen de rechten en gebogen lijnen uit figuur 16 (vorige pagina) worden toegelicht. Daarbij wordt níet de volgorde van frequentie aangehouden. Competenties waartussen onderling een sterk verband is, worden daarentegen samen besproken (zie figuur 17). C11 is bijvoorbeeld sterk verbonden met C13 en C12. Deze samenhang wordt in 4.4.1 besproken. 4.4.2 bespreekt het sterke verband tussen C01 en C03. Tenslotte bespreekt 4.4.3 hoe C16 sterk verbonden is met C14, C04 en C15. De deelparagrafen behandelen dus een groepje competenties waartussen de onderlinge verbanden sterk zijn.

Deelparagrafen op basis van sterk met elkaar verbonden competenties



Figuur 17: de deelparagrafen bespreken elk een thema dat hoort bij een groepje competenties die onderling sterk met elkaar verbonden zijn. S/z staat voor spiritualiteit/zingeving. R/s staat voor Religious and Spiritual.

‘Eigenlijk is mijn hele vak daar gewoon voor.’

4.4.1 Spiritualiteit/zingeving als (standaard) onderwerp in de behandeling

Hier worden de sterke verbanden tussen C11 en C13 / C12 besproken. Daarbij worden ook de sterke verbanden tussen deze competenties en helpende/belemmerende factoren uitgelicht.²²

C11: het bespreken van spiritualiteit/zingeving in behandeling

C13: patiënt helpen kracht te halen uit zingevingbronnen en -praktijken

C12: het standaard bespreken van spiritualiteit/zingeving

Zingeving bespreken (C11)

Respondenten uiten zowel gevoelens van bekwaamheid als onbekwaamheid in C11: het bespreken van spiritualiteit/zingeving in behandeling. Veel respondenten geven aan dat ze de thematiek niet eenvoudig vinden.

R-D: [Dat naar boven krijgen, het gesprek daarover hebben, dingen naar boven krijgen, dat is lastig. (...) hoe kom je nou eigenlijk bij dat diepgaande gesprek?].

Tegelijkertijd is er bekwaamheid in C11 zichtbaar wanneer respondenten vertellen onbevooroordeeld en vanuit de patiënt te kijken naar wat voor diegene een zinvol leven is.

R-D: [Dus, en dan weer zoeken naar ‘goh hoe kunnen we die ingrijpende dingen repareren, of enigszins repareren, en, en dan is het, en is het dan nog zinvol? Hoe is jouw leven dan? En hoe kan je het weer zinvol ervaren. (...) Mensen kunnen soms lang blijven hangen in, nouja, die nare, die nare ervaringen. Hoe, hoe kan je dit nou omdraaien? Wat kan je er nou van leren?].

De manier waarop respondenten aandacht voor spiritualiteit/zingeving zeggen te geven, is sterk herstelgericht. Wanneer zij aandacht voor spiritualiteit/zingeving hebben, zijn zij niet bezig met de klachten, maar met wat er toe doet voor de persoon achter de klachten. Een uitsluitend medisch perspectief op de patiënt staat daarom de aandacht voor spiritualiteit/zingeving in de weg, volgens de professionals.

Zingevingbronnen bespreken (C11 - C13)

Wanneer respondenten spiritualiteit/zingeving op een herstelgerichte wijze bespreken, is er naast C11 vaak ook sprake van C13: patiënt helpen kracht te halen uit zingevingbronnen en -praktijken. De respondenten proberen de patiënt in hun kracht te zetten door bronnen van zin aan te boren.

²² De sterke verbanden tussen C11 en ‘educatie’ en ‘geestelijke verzorging’ zijn weggelaten om deze twee helpende/belemmerende factoren sterker naar voren komen in. 4.4.4

R-D: [Kijken wat iemands drijfveer eigenlijk is, wat ie leuk vind, of wat hem nou sterker maakt en wat dus zin geeft aan het leven, waarom je leeft en wat daarbij belangrijk is om het vol te houden als je het heel zwaar hebt].

Volgens professionals is het hierbij belangrijk om te kijken vanuit de patiënt en te zien wat voor diegene belangrijk is op dat moment. Daarnaast delen sommige respondenten ook hun eigen bronnen van spiritualiteit/zingeving. Dit geeft een ingang om met de patiënt te zoeken naar diens bronnen van kracht.

R-D: [Als je een gemeenschappelijke zingevingbron hebt, dan kan je, los van de praktische dingen die je met elkaar doet, het ook hebben over wat kan je ontleen aan die zin].

Standaard zingeving bespreken (C11- C12)

Hoewel er dus duidelijk voorbeelden van bekwaamheid in het bespreken van spiritualiteit/zingeving in de behandeling zichtbaar zijn, blijkt dit niet structureel te gebeuren. Respondenten noemen het gebrek aan tijd en bewustwording als belemmerende factoren.

Over patiëntgesprekken: R-D: [Het komt wel af en toe voorbij, maar je gaat nooit echt dieper].

Over teambesprekingen: R-V: [We raken het onderwerp wel aan, maar niet zo bewust].

Spiritualiteit/zingeving word niet standaard onderzocht (C12). Veel professionals beginnen niet zelf over spiritualiteit/zingeving. Tegelijkertijd doet de patiënt dat vaak ook niet, is hun ervaring. Binnen de werkstructuur is er niet standaard ruimte voor spiritualiteit/zingeving (zie 4.2.2). Eén van de respondenten vertelt dat ze er daardoor pas na een jaar achter is gekomen welke levenbeschouwing belangrijk is voor haar patiënt. Dit bleek een belangrijke ingang te zijn voor herstel en de professional vond het dan ook een gemiste kans dat daar niet eerder aandacht voor was.

R-D: [Dát wist ik niet! Daar hebben we het nog nooit over gehad. Ik denk: dat is toch eigenlijk ook raar. (...)] (Terwijl) ik zo aan het zoeken ben naar wie zij nou is, los van haar klachten.]

Respondenten zien dat een gesprek over spiritualiteit/zingeving lang niet altijd vanzelf ontstaat. Sommigen stellen daarom het bespreken van spiritualiteit/zingeving in de intake voor. De meeste respondenten zijn het er over eens dat ze spiritualiteit/zingeving meer structureel willen bespreken in teamvergaderingen en patiëntgesprekken:

Over teambesprekingen: R-V: [(We moeten het) standaard bespreken in plaats van er tussendoor flieberen].

Over patiëntgesprekken: R-D: [Ik denk wel dat je het ... actief aan de orde moet stellen. Dat geloof ik wel. Want ... het is natuurlijk, veel mensen zijn

ook jaren in behandeling en dat gaat dan eigenlijk steeds over hetzelfde en over alle praktische dingen].

Niet bespreken van zingeving (C11 - C12)

Bij sommige patiënten is het moeizaam om een band op te bouwen. Gebrek aan vertrouwen binnen de werkrelatie met de patiënt staat daarom het standaard bespreken van spiritualiteit/zingeving in de weg (zie ook 4.2.2).

R-D: [De helft van mijn patiënten komt tegen hun zin in. Nah, dus die willen ook niet altijd even graag ergens over praten].

Wanneer patiënten niet graag over zichzelf praten met de professionals, zijn zij niet zo geneigd om over een persoonlijk onderwerp als spiritualiteit/zingeving te beginnen. Ook de fase van de ziekte is een belangrijke belemmerende factor voor het bespreken van spiritualiteit/zingeving. Professionals zijn over het algemeen van mening dat je dit pas doet ná de acute fase. Als spiritualiteit/zingeving toch tijdens de acute fase aan de orde komt, kunnen professionals die als pathologisch zien. In dat geval bespreken zij spiritualiteit/zingeving niet te veel. Diep ingaan op spiritualiteit/zingeving draagt tijdens de acute fase niet bij aan herstel volgens hen.

R-D: [Als iemand psychotisch is en die krijgt allemaal ideeën, associaties en je gaat er wel over praten, heel diep, dan kan iemand alleen nog maar meer in de war raken].

R-D: [Ik heb wel eens mensen hier gehad die waren gewoon echt psychotisch. En die wilden dan over het geloof praten ... (met euforische stem) en ik heb het gevonden! ja, dan ben ik, daar ga ik niet op door].

Tussensamenvatting C11 - C13 - C12

Professionals benoemen zowel gevoelens van bekwaamheid als onbekwaamheid in het bespreken van spiritualiteit/zingeving in de behandeling (C11). Als zij spiritualiteit/zingeving bespreken, doen zij dat vaak op een herstelgerichte manier. Daarbij helpen professionals de patiënt kracht te halen uit zingevingbronnen (C13). Echter, spiritualiteit/zingeving wordt niet standaard besproken (C12). Ook kan gebrek aan vertrouwen binnen de werkrelatie of de fase van de ziekte het standaard bespreken van spiritualiteit/zingeving in de weg staan.

4.4.2 Zelfreflectie en respect voor spiritualiteit/zingeving van de patiënt

Hier worden de sterke verbanden tussen C03 en C01 besproken. Daarbij worden ook de sterke verbanden tussen deze competenties en helpende/belemmerende factoren uitgelicht.

‘Eigenlijk is mijn hele vak daar gewoon voor.’

C03: bewust van eigen levensbeschouwelijke overtuigingen op de behandeling

C01: respect, empathie en waardering voor spiritualiteit/zingeving van de patiënt

Zelfreflectie (C03)

Zelfreflectie op de eigen spiritualiteit/zingeving ziet men als helpende factor. De meeste respondenten zijn dit echter niet gewend (zie 4.1.1). Zij worden er niet alleen tijdens het voor- of diepte-interview, maar ook in patiëntgesprekken een beetje door overvallen.

R-D: [Totdat soms in één keer een onverwachte vraag (over spiritualiteit/zingeving) terugkomt, dan vind ik het soms best lastig. (Neemt ongemakkelijke houding aan). Dan ga ik meteen zo zitten (lacht). Maar, dat kan best wel lastig zijn soms. Dat, dat mensen dan zeggen goh hoe is dat dan voor jou of zo, dat ik dan denk: 'wow...'].

Toch lijken respondenten in zekere mate bewust te zijn van de invloed van de eigen spiritualiteit/zingeving op de behandeling. In gesprek over de spiritualiteit/zingeving van de patiënt proberen de respondenten hun eigen overtuigingen te parkeren.

R-D: [Als je het hebt over 'maar wat vind jij nou belangrijk', dat je niet gelijk vooraan staat met, van ja maar dat is niet goed (lacht)].

De respondenten zijn er alert op dat zij hun eigen waarden en overtuigingen even aan de kant zetten om onbevooroordeeld te kunnen kijken.

R-D: [Dan is het zaak om daar niet zelf een mening over te hebben maar meer van hoe is hij, of zij dat beleefd heeft. He wat, die daaruit opgepikt heeft. Als ik denk, als is denk aan Jehova's getuigen vaak dat is toch dat er negatieve kanten aan zitten maar iemand kan het zelf heel erg ... als prettig of gestructureerd ervaren hebben].

De respondenten willen recht doen aan de ervaringen en opvattingen van de ander, ook wanneer zij er zelf anders naar kijken. Daarbij laten zij hun eigen overtuigingen bewust even buiten beschouwing.

Respect (C03 - C01a)

In de manier waarop de respondenten over de patiënten praten blijkt enige mate van bekwaamheid in C01 dat uit drie delen bestaat: (a) respect, (b) empathie en (c) waardering voor de spiritualiteit/zingeving van de patiënt. Ten eerste respect (1a): als zij iets van hun eigen spiritualiteit/zingeving inbrengen doen ze dat op een respectvolle manier door te benadrukken dat het om hun eigen perspectief gaat en de patiënt dat ook anders mag zien.

R-D: [Dat is het grootste gevaar. Dat ik mijn perspectief ga plakken op die van de ander zeg maar. Ik gebruik het soms wel eens hoor maar dan noem ik dat ook wel heel bewust, dat dat mijn ervaring is. (...) (Want) dat wil niet zeggen dat het voor die ander ook zo is omdat die context gewoon zo anders is].

'Eigenlijk is mijn hele vak daar gewoon voor.'

Respect blijkt dus uit het niet-sturen van de eigen spiritualiteit/zingeving. Een respondent vertelt dat hij mensen graag begeleidt in hun zoektocht binnen spiritualiteit/zingeving maar er voor waakt dat hij die zoektocht niet aanstuurt op zijn eigen spiritualiteit/zingeving.

R-D: [Ik heb hier ook mensen begeleid die vonden het in het boeddhisme, ja, oké, voor ieder zijn recht hè. Ik bedoel daar moet je een ander ook vrij in laten. En.. Maar dan kan ik wel zeggen, ja, ik heb het ook een paar jaar daar gezocht, maar ik heb het daar (in het christendom) gevonden en als jij het daar (in het boeddhisme) vindt, ja, oké. Ja, ik ga mensen niet sturen].

Empathie (C03 - C01b)

Het tweede element van C01 betreft empathie. Over het algemeen tonen de respondenten veel bereidheid tot empathie voor de spiritualiteit/zingeving van de patiënt (C01b). Tegelijkertijd zijn professionals er zich er ook bewust van hoe hun empathie beperkt kan worden door hun eigen spiritualiteit/zingeving (C03).

R-D: [Ik ben niet volkomen atheïstisch of anti, maar, .. ja als iemand bepaalde problemen wil oplossen met, kristallen enzo... Dat dat ... dat zit in mijn allergie].

De meeste respondenten die zowel niet spiritueel als niet religieus zijn, geven aan dat zij het moeilijk vinden zich in te leven in de spiritualiteit of religieusiteit van de patiënt.

R-D: [Als iemand met mij daarover in gesprek gaat, dat is niet zo dat ik zeg van, ja, maar nee, sorry hoor, maar dat gaat even niet (lacht). Ik bedoel, ik ben, ik ben daar wel in geïnteresseerd van wat dan, wat een persoon beweegt maar om het helemaal goed te kunnen bevatten...].

Dat beïnvloedt het gevoel van bekwaamheid in inlevingsvermogen met betrekking tot de spiritualiteit/zingeving van de patiënt.

R-D: [Ik vind het dan heel moeilijk om me, om dan, dan heb ik het gevoel dat ik, ja, dat ik diegene tekort doe, omdat ik me niet voor de volle 100 procent daarin kan, kan verplaatsen].

Waardering (C03 - C01c)

Het derde element van C01 waardering komt vooral naar voren in voorbeelden waarin dit níet goed lukt. Sommige patiënten proberen de professionals te overtuigen van hun spiritualiteit/zingeving. Waardering voor de spiritualiteit/zingeving van de patiënt (C01c) komt hierdoor onder druk te staan.

R-D: [Ik vind wel alle persoonlijke ervaringen heel mooi (...) maar het is ... waar ik wel gevoelig voor ben denk ik, is het opdringen, dat ik dat ook zou moeten vinden].

R-D: [Het is zo dat ik met iedereen om kan gaan die een bepaalde religie of wat, dat maakt allemaal niet zo veel uit.(...) maar wat wel lastig is .. als iemand dat probeert op te dringen, of te veel neerlegt bij een ander, of bij mij of wie dan ook zeg maar].

Professionals kunnen het niet waarderen wanneer patiënten hun spiritualiteit/zingeving opdringen die niet overeenkomen met hun eigen spiritualiteit/zingeving (C03). Toch blijven zij wel respectvol:

R-D: [Ik denk ook niet, dat het voor hun goed is als ik bijvoorbeeld ineens zou zeggen ‘nou ik denk dat God helemaal niet bestaat’. Dat zou ik ook kwetsend vinden. Dus dan is mijn .. manier van denken zou niet goed voor hun zijn, ook. Dus ik ga niet mensen kwetsen op die manier].

Tussensamenvatting C03 – C01

Professionals zijn in zekere mate bewust van de invloed van de eigen spiritualiteit/zingeving op de behandeling (C03). Zij proberen in het gesprek met de patiënt over spiritualiteit/zingeving hun eigen levensbeschouwelijke overtuigingen te parkeren.

Professionals tonen respect voor en bereidwilligheid tot empathie en waardering van de spiritualiteit/zingeving van de patiënt (C01). Bekwaamheid wordt zichtbaar door alertheid in het niet opleggen van de eigen overtuigingen. Wanneer de patiënt dit wel bij hen doet, beïnvloedt dat de wil tot empathie en waardering. De professionals hebben wel de intentie respectvol te blijven.

4.4.3 Doorverwijzen en doorontwikkelen bij bewust zijn van beperkingen

Hier worden de sterke verbanden tussen C16 en C04 / C14 / C15 besproken.

Daarbij worden ook de verbanden tussen deze competenties en helpende/belemmerende factoren uitgelicht.

C16: bewust van eigen beperkingen in het bespreken van spiritualiteit/zingeving

C04: weten over diversiteit binnen spiritualiteit/zingeving

C14: herkennen, benoemen spiritualiteit/zingeving en indien nodig doorverwijzen

C15: doorontwikkelen op het gebied van spiritualiteit/zingeving

Een andere spiritualiteit/zingeving dan de patiënt (C16 – C04)

Respondenten geven aan aandacht te hebben voor spiritualiteit/zingeving, maar hierin ook tegen hun grenzen aan te lopen. Hierin is bekwaamheid in C16 zichtbaar: bewust van eigen beperkingen op het gebied van spiritualiteit/zingeving. Bijvoorbeeld wanneer respondenten een andere spiritualiteit/zingeving heeft dan de patiënt, ervaren de respondenten grenzen tot

waaraan zij aandacht voor spiritualiteit/zingeving kunnen hebben (zie 4.3.2). Vaak speelt beperkte kennis van overtuigingen van de patiënt een rol. Er is dan ook een sterk verband tussen C16 en C04: weten over diversiteit in spiritualiteit/zingeving.

R-D: [Dan kom ik wel op een stuk religie, denk ik, ik vind het... heel, dat is voor mij heel lastig, om daar... (zucht) als het puur, puur over godsdienst, religie, en, en, en dat stukje gaat, om daar diepgaand op in te gaan, want ik weet daar gewoon niet zo heel veel van].

Veel professionals voelen zich onbekwaam in omgaan met religieuze zingevingsvragen vanwege gebrek aan kennis over de levensbeschouwing van de ander. Dit maakt dat zij geneigd zijn niet diep op het onderwerp in te gaan en door te verwijzen.

Doorverwijzen (C16 – C14)

Het bewust zijn van eigen beperkingen door gebrek aan kennis wordt vaak genoemd in verband met doorverwijzen naar een geestelijk verzorger. Respondenten kaarten dit als helpende factor aan (maar uit de diepte-interviews kan niet opgemaakt worden hoe vaak doorverwijzingen daadwerkelijk plaatsvinden).

R-D: [Kijk als, iemand bijvoorbeeld zegt .. ik zit heel erg met een God en .. ik weet niet hoe ik dat vorm moet geven en ik zou graag daar meer vanaf willen weten. Dan kan het verstandig zijn om iemand erbij te halen die er meer vanaf weet dan ik].

R-D: [Dus een aanzet geven en praten over zin, prima, maar als iemand echt zich wil ontwikkelen in het geloof en meer wil weten over geloof en over het verschil tussen geloven, dan verwijs ik ze door].

Doorverwijzen naar een geestelijk verzorger brengt de respondent met name in verband met religie. Ook een algemeen gevoel van onbekwaamheid in aandacht voor spiritualiteit/zingeving is een reden om door te verwijzen naar een geestelijk verzorger.

R-V: [Wel signaleren maar niet het gesprek zelf voeren. Dat kan ik beter doorschuiven naar een geestelijk verzorger in plaats van zelf wat aanrommelen. Ik voel me namelijk zo erg met lege handen staan].

Doorontwikkelen (C16 – C15)

Respondenten geven dus aan dat zij aan hulp van een geestelijk verzorger denken wanneer zij zichzelf onbekwaam voelen in het omgaan met (specifieke) zingevingsvragen. Geestelijk verzorgers komen niet alleen aan bod als het gaat om doorverwijzen, maar ook voor ondersteuning en educatie. Respondenten geven bijvoorbeeld aan dat zij het leuk zouden vinden om een lunchreferaat over zingeving te volgen of van de geestelijk verzorgers af te kijken hoe zij aandacht hebben voor spiritualiteit/zingeving.

R-V: [Ik zou het leuk vinden als er een geestelijk verzorger bij een gesprek komt]

Uit deze vraag naar ondersteuning van geestelijke verzorging spreekt bereidheid tot C15: doorontwikkelen op het gebied van spiritualiteit/zingeving. Dit blijkt ook uit de overwegend enthousiaste reacties op de training (zie 4.2.1). Behoeftte aan ondersteuning van de geestelijk verzorger gaat vooral uit naar bekwaamheid in gespreksvoering (C11) zo blijkt uit de inventarisatie van leerbehoeften in de voor-interviews. De respondenten geven aan methodes te willen leren om zingeving ter sprake te kunnen brengen.

R-V: [Ondersteuning op gebied van bruikbare taal: hoe snijd ik het onderwerp op een goede manier aan?].

Verder blijkt dat enkele professionals met uitgesproken affiniteit zich doorontwikkelen op het gebied van spiritualiteit/zingeving door zelf hun kennis over diversiteit (C04) uit te breiden:

R-D: [Ik heb er dingen over gelezen, ook over Surinaamse hulpverlening met Wintibehandeling dus ik kan het allemaal niet maar ik vind het wel heel interessant om te onderzoeken].

R-D: [Ik verdiep me in de geloofsachtergrond van een patiënt, bijvoorbeeld opzoeken wat een koosjere keuken inhoudt].

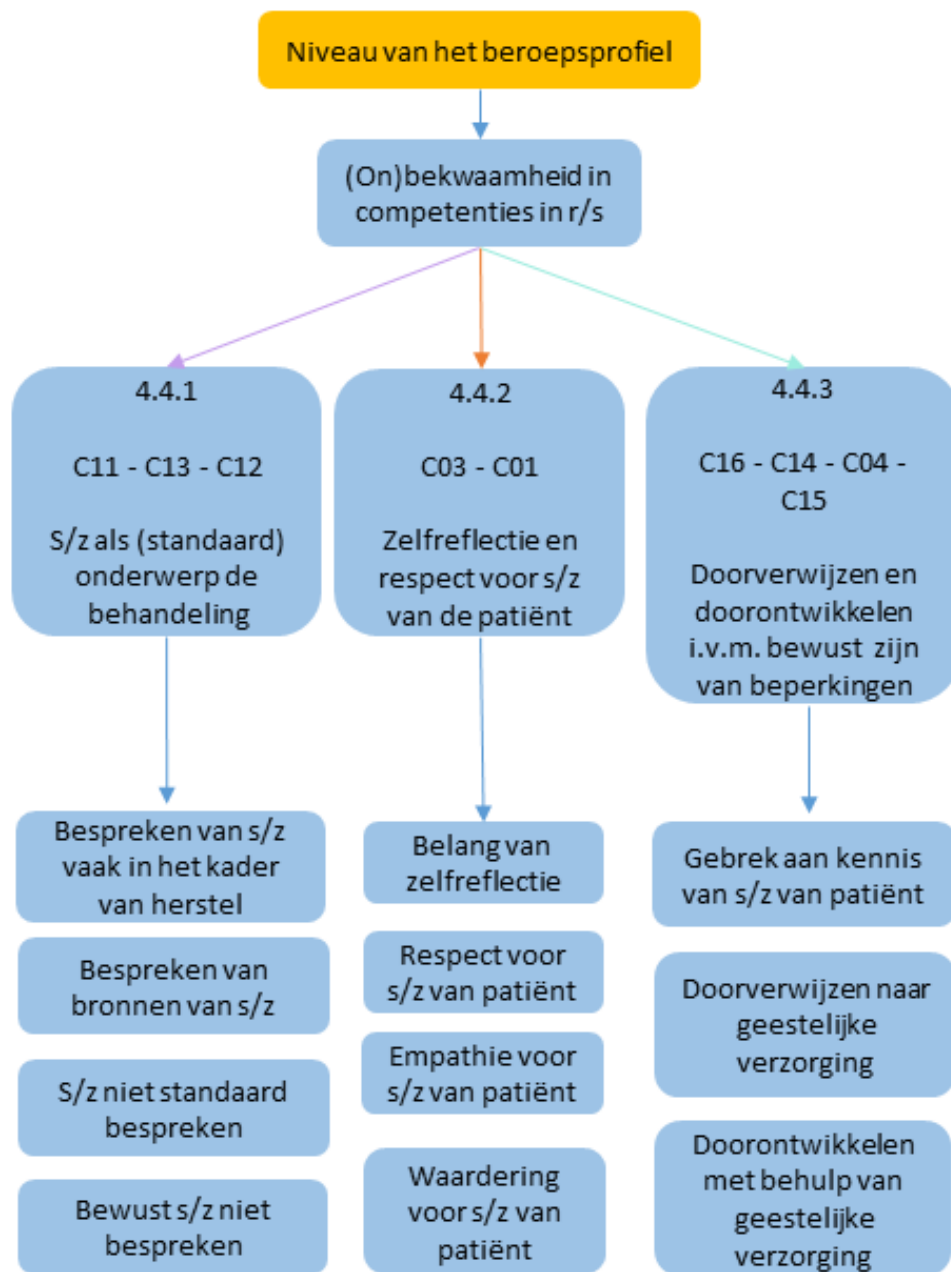
Tussensamenvatting C16 – C04 – C14 – C15

Professionals zijn zich bewust van hun eigen beperking in het aandacht geven van spiritualiteit/zingeving (C16). Zij voelen zich het meest onbekwaam wanneer zij te weinig weten van de spiritualiteit/zingeving van de patiënt (C04). Bij gevoelens van onbekwaamheid zien respondenten de mogelijkheid tot doorverwijzen naar een geestelijk verzorger (C14). De respondenten spreken behoefte uit aan ondersteuning en educatie door geestelijk verzorgers. De meeste respondenten willen doorontwikkelen in competenties op het gebied van spiritualiteit/zingeving (C15).

Samenvatting

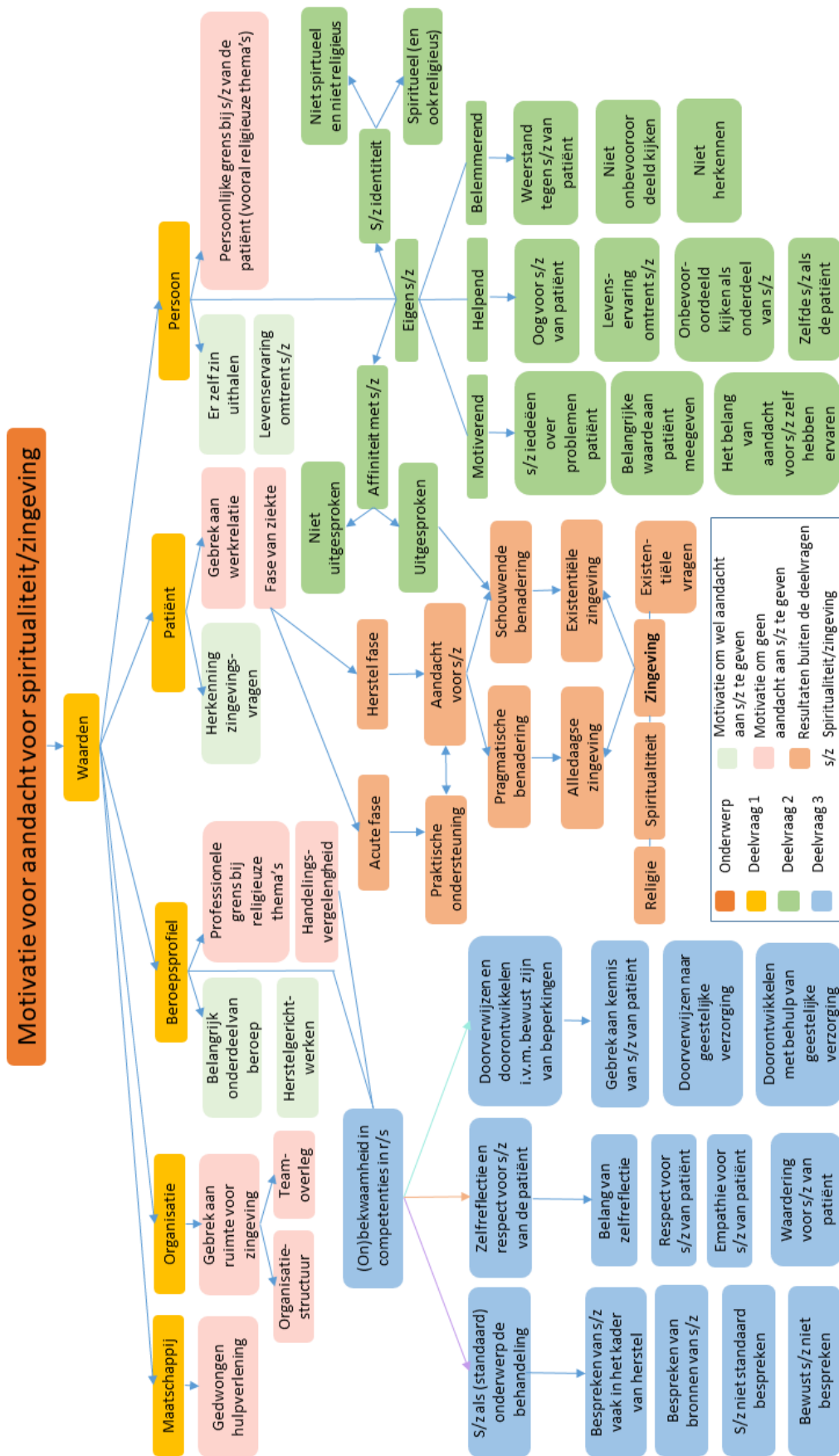
De restulaten bij deelvraag 3 zoals besproken in paragraaf 4.4 zijn schematisch samengevat in Figuur 18 (op de volgende pagina). De hierboven besproken tussensamenvattingen van de groepjes competenties die sterk met elkaar verbonden zijn, worden in deze Figuur in beeld gebracht. Figuur 19 (pagina 71) geeft een overzicht van de resultaten die in dit hele resultatenhoofdstuk zijn besproken. Bevindingen bij alle deelvragen en daarbuiten worden hier samen getoond. De figuur laat zien hoe de resultaten zich tot elkaar verhouden. In het volgende hoofdstuk volgt de conclusie en de beantwoording van de hoofd- en deelvragen aan de hand van deze resultaten. Figuur 19 dient daarbij als kaart van de resultaten.

Samenvatting: competenties in spiritualiteit/zingeving



Figuur 18: schematische weergave van resultaten bij deelvraag 3. S/z staat voor spiritualiteit/zingeving. R/s staat voor Religious and Spiritual.

Samenvatting: alle bevindingen



Figuur 19: schematische weergave van resultaten in hoofdstuk 4. S/z staat voor spiritualiteit/zingeving.

‘Eigenlijk is mijn hele vak daar gewoon voor.’

5 Conclusie en discussie

De hoofdvraag wordt beantwoord in de conclusie. In de discussie volgt een theoretische reflectie en worden de methodologische beperkingen van het onderzoek besproken. Ten slotte volgen er enkele aanbevelingen voor de praktijk.

5.1 Conclusie

In deze paragraaf worden conclusies getrokken uit de resultaten (zie Figuur 19 op vorige pagina) met betrekking tot de hoofdvraag: *Wat motiveert professionals in de ambulante geestelijke gezondheidszorg om al dan niet aandacht te geven aan spiritualiteit/zingeving in hun zorg en hoe verhoudt dat zich tot enerzijds hun eigen spiritualiteit/zingeving en anderzijds competenties op het gebied van spiritualiteit/zingeving?* In Figuur 20 is de driehoeksverhouding tussen motivatie, de eigen spiritualiteit/zingeving en competenties in spiritualiteit/zingeving weergegeven.

Schematische weergave van de conclusie



Figuur 20: schematische weergave van de verhouding tussen motivatie om al dan niet aandacht te geven aan spiritualiteit/zingeving, de eigen spiritualiteit/zingeving en competenties op het gebied van spiritualiteit/zingeving. S/z staat voor spiritualiteit/zingeving.

De respondenten geven aan meer ruimte voor spiritualiteit/zingeving te waarderen. Dit valt te verklaren aan de hand van motivaties om al dan niet aandacht aan spiritualiteit/zingeving te geven op de verschillende niveaus van normatieve professionaliteit (in Figuur 19 aangeduid met geel, lichtgroen en lichtrood). Professionals zien dat spiritualiteit/zingeving van belang is voor patiënten (niveau van de patiënt). Aandacht voor spiritualiteit/zingeving draagt volgens hen bij aan herstel. Daarom vinden ze aandacht voor spiritualiteit/zingeving een (heel) belangrijk onderdeel van hun beroep (niveau van het beroepsprofiel). Hoewel expliciet religieuze thema's meer bij geestelijk verzorgers thuishoren volgens de professionals, zien zij het als hun taak om patiënten te begeleiden bij een meer zinvol leven. Naast professionele motivatie is er ook persoonlijke motivatie zichtbaar. Sommigen zijn bijvoorbeeld gemotiveerd omdat zij het belang van aandacht voor spiritualiteit/zingeving zelf hebben ervaren (niveau van de persoon van de professional).

Tegelijkertijd maken de normatieve professionals in bepaalde gevallen de afweging om niet te veel op spiritualiteit/zingeving in te gaan. Bijvoorbeeld wanneer patiënten gedwongen hulpverlening krijgen (niveau van de maatschappij), wanneer er sprake is van een acute fase van de ziekte (niveau van de patiënt) of bij persoonlijke grenzen rond religieuze thema's (niveau van de persoon van de professional). Ook tijdsdruk, specialisatie, structuur van teamoverleg (niveau van de organisatie) en handelingsverlegenheid (niveau van het beroepsprofiel) weerhouden professionals er regelmatig van om op spiritualiteit/zingeving in te gaan.

De conflicterende motivaties maken dat professionals niet altijd aandacht aan spiritualiteit/zingeving geven, terwijl ze dit wel zouden willen. Deze discrepantie kan de positieve reacties van de respondenten op de ontwikkeling naar meer samenwerking met geestelijk verzorgers verklaren. Voor een deel van de professionals is aandacht voor spiritualiteit/zingeving essentieel of het hoofddoel van hun werk. Zij zien samenwerking met geestelijk verzorgers als een mogelijkheid om meer ruimte te maken voor wat ze echt belangrijk vinden in hun zorg.

Een kanttekening hierbij is dat niet iedere professional hetzelfde verstaat onder aandacht voor spiritualiteit/zingeving (in Figuur 19 aangeduid met bruin). Alle professionals gebruiken bij voorkeur de term 'zingeving'. De meesten verstaan hier alledaagse zingeving onder. Zij zijn met een pragmatische attitude gericht op een alledaags zinvol leven voor de patiënt. Aandacht voor spiritualiteit/zingeving binnen hun beroep zien zij als een praktische bijdrage aan een zinvolle invulling van het leven van de patiënt. Een minderheid benadrukt juist de existentiële zingeving. Zij tonen een schouwende attitude gericht op presentie en

zingevingsvragen. Voor hen is aandacht voor spiritualiteit/zingeving binnen hun beroep het begeleiden van zingevingsvragen die het hier en nu overstijgen.

Wat professionals onder aandacht voor spiritualiteit/zingeving verstaan en welke attitude zij hebben, hangt samen met hun persoonlijke spiritualiteit/zingeving. Daarin is niet zozeer hun (al dan niet spirituele en/of religieuze) identiteit, als wel hun affiniteit met spiritualiteit/zingeving van belang. Professionals met een uitgesproken affiniteit hebben namelijk een meer schouwende attitude en leggen meer nadruk op existentiële zingeving dan professionals zonder uitgesproken affiniteit.

Hoewel de persoonlijke spiritualiteit/zingeving van de onderzochte professionals divers is, zijn zij allemaal gemotiveerd om aandacht te geven aan spiritualiteit/zingeving. De eigen spiritualiteit/zingeving kan een motiverende en helpende rol spelen. In sommige gevallen is de eigen spiritualiteit/zingeving juist belemmerend (in Figuur 19 aangeduid in groen). Wanneer professionals weerstand ervaren bij de spiritualiteit/zingeving van de patiënt, worden zij belemmerd om hier open over te praten, bijvoorbeeld. Zingevingsbronnen op het niveau van de patiënt kunnen dus in strijd zijn met waarden op het niveau van de persoon van de professional. In dat geval maken de professionals meestal de afweging om niet te veel op spiritualiteit/zingeving in te gaan.

Hieruit blijkt een zekere mate van bekwaamheid in één van de belangrijkste competenties in aandacht voor spiritualiteit/zingeving: bewust zijn van de invloed van de eigen spiritualiteit/zingeving op de behandeling. De meeste professionals zijn niet gewend te reflecteren op hun eigen spiritualiteit/zingeving. Wel zijn zij er alert op dat de eigen spiritualiteit/zingeving niet op de voorgrond staat wanneer het gaat over de spiritualiteit/zingeving van de ander. Daarin tonen zij respect, empathie en waardering voor de spiritualiteit/zingeving van de patiënt (in figuur 19 aangeduid in blauw).

De professionals lijken over het algemeen bekwaam in het met een pragmatische attitude bespreken van alledaagse zingeving tijdens de behandeling. Zoals met de patiënten zoeken naar plezierige zinvolle activiteiten en herstellen van verbondenheid met anderen. Professionals die een uitgesproken affiniteit hebben met spiritualiteit/zingeving lijken meer competent in de schouwende attitude ten aanzien van existentiële zingeving dan professionals zonder uitgesproken affiniteit. Zij zijn meer gericht op een diepgaand gesprek over zingevingsvragen die het hier en nu overstijgen. Verder valt het op dat professionals goed zijn in het helpen om de patiënt kracht te laten halen uit diens zingevingsbronnen. Deze vorm van aandacht voor spiritualiteit/zingeving sluit goed aan bij het herstelgericht werken.

Tegelijkertijd bestaat er ook een handelingsverlegenheid die professionals ervan weerhoudt om aandacht aan spiritualiteit/zingeving te geven. Professionals zijn zich bewust van hun beperkingen in het geven van aandacht voor spiritualiteit/zingeving. Onvoldoende kennis van spiritualiteit/zingeving speelt hierin een grote rol. Zij geven aan bij onvoldoende kennis of een algemeen gevoel van onbekwaamheid door te verwijzen naar geestelijk verzorgers. De professionals in dit onderzoek willen echter niet alleen kunnen doorverwijzen, maar zich ook door kunnen ontwikkelen in aandacht voor spiritualiteit/zingeving. Ze geven aan behoefte te hebben aan educatie en ondersteuning van geestelijk verzorgers.

Deze ondersteuning is vooral nodig bij het structureel bespreken van spiritualiteit/zingeving. Er is wel een zekere mate van bekwaamheid zichtbaar, maar deze lijkt niet altijd te worden benut. Spiritualiteit/zingeving komt niet standaard aan bod in behandeling. Professionals met affiniteit zijn meer actief met de spiritualiteit/zingeving van de patiënt bezig. Professionals zonder affiniteit zijn meer reactief: zij beginnen niet zelf over spiritualiteit/zingeving. Aangezien de patiënt dat vaak ook niet doet, blijft spiritualiteit/zingeving nog wel eens onbesproken. Het hangt daarom van de affiniteit van de persoon van de professional af of spiritualiteit/zingeving aan bod komt. Dat geldt met name voor existentiële zingeving. Dus, ondersteuning door geestelijk verzorgers is nodig bij structurele aandacht voor alledaagse én existentiële zingeving. Het sterker ontwikkelen van de schouwende attitude kan bijdragen aan herstel van de patiënt.

5.2 Discussie

5.2.1 Theoretische reflectie

Attitude ten aanzien van zingeving

Professionals zijn overwegend gemotiveerd om aandacht aan spiritualiteit/zingeving te geven, maar gebruiken liever het woord ‘zingeving’ dan ‘spiritualiteit’. Dit onderzoek bevestigt dat ‘spiritualiteit’ met ‘zweverig’ geassocieerd wordt (Vlasblom, 2016) en dat ‘zingeving’ een positief gewaardeerde term is (Braam, Hoenders en Steen, 2019). Nederlandstalige literatuur over *spiritual care* gebruikt de term ‘spiritualiteit’. Bij integratie van wetenschappelijke inzichten over *spiritual care* in de Nederlandse GGZ lijkt de term ‘zingeving’ het meest bruikbaar (Braam, 2017) omdat deze aansluit bij de taal van de professionals.

De deelnemende professionals hebben moeite met het vinden van taal voor ‘zingeving’. De meeste professionals vatten ‘zingeving’ op als alledaagse zingeving.

Daardoor dreigt de term ‘zingeving’ samen te vallen met ‘welbevinden’ (Braam, Hoenders en Steen, 2019). Professionals mét uitgesproken affiniteit met spiritualiteit/zingeving benadrukken juist existentiële zingeving. Cavendish en collega’s (2004) waarschuwen dat er niet helder over zingevingsvragen gecommuniceerd kan worden wanneer professionals verschillende betekenissen geven aan *spiritual care*. Volgens deze auteurs geven professionals vaak geen *spiritual care* doordat zij een te nauwe opvatting hebben van wat *spiritual care* inhoudt. Wanneer professionals zonder uitgesproken affiniteit aandacht voor spiritualiteit/zingeving nauw opvatten als aandacht voor een alledaagse zinvol leven, blijft existentiële zingeving buiten beeld. Een eenzijdig pragmatische benadering ten aanzien van alledaagse zingeving maakt dus dat existentiële zingeving onvoldoende aan bod komt.

Net als in het onderzoek van Van der Vegt, De Rijk en Muthert (2014) naar ambulante GGZ-professionals is de pragmatische attitude dominanter aanwezig dan de schouwende attitude. Het huidige onderzoek nuanceert dat van Van der Vegt, De Rijk en Muthert (2014), omdat de schouwende attitude het sterkst zichtbaar blijkt bij professionals die persoonlijk affiniteit hebben met spiritualiteit/zingeving. Zij lijken meer vertrouwd met vaardigheden die volgens Van der Vegt, De Rijk en Muthert (2014) bij de schouwende attitude horen: present zijn, introspectie, aandacht voor subjectieve ervaring, sensitiviteit met symbooltaal en besef van de traagheid van zingevingsvragen. Affiniteit blijkt een belangrijke factor in het daadwerkelijk geven van *spiritual care* volgens het kwalitatieve onderzoek van Vogel en Schep-Akkerman (2018) naar ziekenhuisverpleegkundigen. Het huidige onderzoek nuanceert dat verband. Alle ambulante GGZ-professionals, met of zonder uitgesproken affiniteit, zeggen *spiritual care* te geven. Dit is mogelijk te verklaren omdat ambulante GGZ-professionals, meer dan ziekenhuisverpleegkundigen, focussen op praktische ondersteuning van het alledaagse leven. Wel zijn er net als in het onderzoek van Vogel en Schep-Akkerman (2018) verschillen te zien tussen professionals met of zonder uitgesproken affiniteit. Professionals zonder uitgesproken affiniteit hebben vooral een pragmatische attitude ten aanzien van alledaagse zingeving en zijn daar meer reactief mee bezig. Professionals met uitgesproken affiniteit hebben daarnaast ook een schouwende attitude ten aanzien van existentiële zingeving en betrekken zingeving actief in de behandeling.

Motivaties om al dan niet aandacht aan spiritualiteit/zingeving te hebben

Dit onderzoek vertrekt vanuit de internationale *spiritual care* benadering waarin ‘aandacht voor zingeving en spirituele zorg wordt gezien als een gemeenschappelijke taak van alle zorgverleners’ (Leget, 2017, p.100). Ook volgens Grimwade en Cook (2019) en Vieten en

Scammel (2015) heeft spiritualiteit/zingeving feitelijk een plek binnen het beroepsprofiel van GGZ-professionals. De resultaten uit dit onderzoek komen overeen met én nuanceren de bevinding van Vlasblom (2015) dat professionals aandacht voor spiritualiteit/zingeving als onderdeel van hun beroep zien. Immers, de meeste professionals verstaan onder ‘zingeving’ hoofdzakelijk alledaagse zingeving waardoor aandacht voor existentiële zingeving niet voor alle professionals vanzelfsprekend bij hun discipline past. Met name ingaan op religieuze zingevingsvragen valt voor (al dan niet religieuze) professionals buiten de professionele en vaak ook persoonlijke grens. Voor de meesten is diep ingaan op religieuze zingevingsvragen niet een gemeenschappelijke taak, maar vooral de taak van de geestelijk verzorger. Professionals zien aandacht voor spiritualiteit/zingeving als een dimensie van alle zorg en niet alleen van de geestelijk verzorger (Van der Kolm, 2012). Religieuze zingevingsvragen vormen hier echter een uitzondering op. Er zijn dus grenzen aan wat volgens de professionals binnen hun professionele rol valt, maar over het algemeen lijken zij het uitgangspunt van de *spiritual care* benadering te onderschrijven.

Het onderzoek van Van Nieuw Amerongen-Meeuse en collega's (2019) toont dat niet alleen beperkingen van de professionele rol maar ook de fase van de ziekte een reden is voor professionals om niet in gesprek te gaan over spiritualiteit/zingeving. De bevindingen in dit onderzoek bevestigen dat. In de acute fase is aandacht voor spiritualiteit/zingeving vaak lastig en geven professionals meer prioriteit aan praktische ondersteuning. Mogelijk worden zij hier beïnvloed door de gedachte dat lagere behoeften uit Maslows *Hierarchy of Needs* eerst bevredigd moeten zijn voordat hogere behoeften naar bijvoorbeeld zingeving ontstaan. Echter, Maslow (1987) zegt achteraf over zijn *Hierarchy of Needs* dat deze niet zo rigide is (p.68). Behoeftes aan (aandacht voor) spiritualiteit/zingeving is er wellicht óók wanneer er niet in een basisbehoefte is voorzien²³. Volgens Braam (2017) is aandacht voor spiritualiteit/zingeving in alle fasen belangrijk, zij het op verschillende manieren. Praktijkonderzoek is nodig om aandacht voor spiritualiteit/zingeving in de acute fase vorm te geven. De professionals vinden aandacht voor spiritualiteit/zingeving vooral op zijn plek in de herstelfase. Net als geestelijk verzorgers (Anbeek, Rijbout en Loenen, 2011; Bos, Hyvarinen en Van Roermund, 2011; Ouwehand, 2020) leggen zij verband tussen herstelgericht werken en aandacht voor spiritualiteit/zingeving²⁴. Kwalitatief onderzoek zou kunnen verdiepen hoe herstelgericht werken hen motiveert aandacht voor spiritualiteit/zingeving te hebben.

²³ Dit komt tevens naar voren in de masterscriptie van Ringlever (2018)

²⁴ Dit komt tevens naar voren in de masterscriptie van Bies (2018)

Motivatie wordt gedreven door waarden (Bohlmeijer, Bolier, Westerhof en Walburg, 2018). Volgens Peteet (2014) spelen waarden en overtuigingen die horen bij de spiritualiteit/zingeving van de persoon van de professional een rol in het al dan niet bespreken van de spiritualiteit/zingeving met de patiënt. In dit onderzoek zijn die motivaties onderzocht op alle niveaus van normatieve professionaliteit (Van de Ende, 2011). Er komen vooral motivaties naar boven op het niveau van het beroep, het niveau van de patiënt en het niveau van de eigen persoon van de professional. Het niveau van de maatschappij en het niveau van de organisatie blijven onderbelicht. Deze twee niveaus van normatieve professionaliteit komen alleen aan bod wanneer professionals motiveren waarom zij géén aandacht aan spiritualiteit/zingeving geven. Net zoals in het onderzoek van Van der Vegt, De Rijk en Muthert (2014)²⁵ is er sprake van een werkstructuur waarin ‘praktische zaken voorrang krijgen op de langzamere die om bezinning vragen’ (p.12). Vermoedelijk zijn openheid en ruimte voor spiritualiteit/zingeving in het maatschappelijke klimaat en in de organisatiestructuur voorwaarden voor het daadwerkelijk geven van aandacht voor spiritualiteit/zingeving. Gezien het feit dat spiritualiteit/zingeving van het publieke naar het privé-domein is verschoven (Borgman en Van Harskamp, 2008; Van Ree, 2001) en deze lang een ‘vergeten dimensie’ binnen de GGZ is geweest (Kling en Van Os, 2017; Verhagen, 2003; Swinton, 2001), is die ruimte niet vanzelfsprekend. In actieonderzoek zou onderzocht kunnen worden binnen welke werkstructuur professionals structureel aandacht voor spiritualiteit/zingeving kunnen vormgeven.

Eigen spiritualiteit/zingeving van de persoon van de professional

Cavendish en collega's (2004) tonen aan dat Amerikaanse professionals met een religieuze identiteit vaker *spiritual care* geven dan professionals zonder religieuze identiteit. Het huidige onderzoek geeft een enigszins ander beeld. Affiniteit met spiritualiteit/zingeving komt in de huidige studie sterker naar voren dan religieuze en/of spirituele identiteit. Waar affiniteit verband lijkt te houden met de schouwende benadering op existentiële zingeving, is er geen verschil waargenomen tussen de groep die religieus en/of spiritueel is en de groep die zowel niet religieus als niet spiritueel is. Een kanttekening is dat in Nederland GGZ-professionals minder religieus zijn dan GGZ-patiënten (Pieper en van Uden, 2005; Van Nieuw Amerongen-Meeuwse et. al., 2018). Volgens Vieten en Scammel (2015) en Van Nieuw Amerongen-Meeuwse en collega's (2018) kan dit ertoe leiden dat het spreken over religie wordt

²⁵ Dit geldt ook voor de masterscriptie van Kroon (2019)

vermeden. Twee van de drie door Uleyn (1986) onderscheiden neigingen om het gesprek over religie te vermijden vanwege de eigen spiritualiteit/zingeving, komen terug in dit onderzoek. (1) Niet met religie vertrouwd zijn: professionals die niet religieus zijn opgevoed en affiniteit missen, hebben het gevoel zich niet goed genoeg in te kunnen leven in religieuze patiënten. Ook lijken zij niet veel op dit onderwerp in te gaan vanwege onvoldoende kennis over religie. (2) Negatieve ervaringen met religie: professionals die vanuit persoonlijke ervaring weerstand voelen tegen religie in het algemeen zijn bang als gevolg hiervan niet neutraal te kunnen luisteren naar religieuze overtuigingen van de patiënt. (3) Angst om sturend te zijn: het vermijden van het gesprek over religie uit angst om te sturend te zijn, is niet naar voren gekomen. Wel vinden professionals het -net zoals het *WPA Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry* (Moreira-Almeida et al, 2016)- belangrijk om te voorkomen dat zij de eigen overtuigingen op het gebied van spiritualiteit/zingeving opdringen. Overeenkomstig de bevindingen van Van Nieuw Amerongen-Meeuse en collega's (2018) neigen de professionals dus meer naar wat Liefbroer, Ganzevoort en Olsman (2019) een '*universalist approach*' noemen.

Door het onderwerp religie te vermijden vanwege de eigen spiritualiteit/zingeving, communiceert de professional indirect over diens eigen spiritualiteit/zingeving. Volgens Glas (2017) vindt er altijd impliciete communicatie over fundamentele motivaties en kernwaarden van de professional plaats. In dit onderzoek zijn er voorbeelden waarin communicatie bijdraagt aan het zingevingproces van de patiënt. Bijvoorbeeld wanneer professionals expliciet eigen bronnen van kracht of levenservaring delen. Dit pleit, in lijn met Glas (2017), voor een normatieve professionaliteit in plaats van een technisch-instrumentele kijk waarin communicatie over de eigen fundamentele motivaties en kernwaarden onwenselijk is. Omdat er hoe dan ook over de spiritualiteit/zingeving van de persoon van de professional wordt gecommuniceerd, is het belangrijk dat professionals bewust zijn van hun eigen fundamentele motivaties en kernwaarden. Ook in dit onderzoek blijkt dat zicht hebben op eigen spiritualiteit/zingeving helpt om de spiritualiteit/zingeving van de patiënt met een open blik tegemoet te treden (Krikilion, 2008) en te bespreken (Vlasblom et al, 2011; Glas, 2017).

Competenties in aandacht voor spiritualiteit/zingeving

Zicht op eigen spiritualiteit/zingeving is een van de belangrijkste competenties in aandacht voor spiritualiteit/zingeving volgens GGZ-professionals, blijkt uit empirisch onderzoek van Vieten en Scammel (2015). Ook de onderzochte professionals zien dat hun eigen spiritualiteit/zingeving invloed heeft op de behandeling. Tegelijkertijd is in het huidige

onderzoek zichtbaar dat niet alle professionals gewend zijn om hierop te reflecteren. Dit bevestigt onderzoeken van Peteet (2014) en Pieper en Van Uden (2005). Er is zowel bekwaamheid als handelingsverlegenheid (Van Leeuwen, Leget, Vosselman, 2016) zichtbaar in de andere competenties in aandacht voor spiritualiteit/zingeving. Professionals voelen zich soms met lege handen staan. Zij uiten behoefte aan ondersteuning van geestelijk verzorgers en aan methodes om spiritualiteit/zingeving bespreekbaar te maken²⁶.

Vermoedelijk zijn vaardigheden van de pragmatische attitude sterker ontwikkeld dan die van schouwende attitude. In vervolgonderzoek zou uitgezocht kunnen worden of dit daadwerkelijk zo is in de alledaagse zorgpraktijk. Ook is het interessant om te onderzoeken in hoeverre de onderzochte disciplines hierin verschillen van ambulante psychologen en psychiaters. De pragmatische inslag zou eventueel kunnen samenhangen met het beoogde werk van de onderzochte disciplines. Het sterker ontwikkelen van de schouwende attitude kan bijdragen aan het herstelgericht werken. Een nieuwe betekenis geven aan het leven met een psychische kwetsbaarheid (Anthony, 1993) vraagt onder andere om bezinning op zingevingvragen. Ook is een schouwende attitude meer geschikt om te reflecteren op de vijf thema's die bijdragen aan herstel: *connectedness, hope, identity, meaning in life* en *empowerment* (CHIME) (Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams en Slade, 2011). Een pragmatische attitude is dan weer meer geschikt voor het werken aan doelen die uit deze reflectie voortkomen. Daarom draagt het versterken van de schouwende attitude naast de pragmatische attitude bij aan herstelgericht werken.

Vieten en Scammel (2015) en de *WPA Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry* (Moreira-Almeida et al, 2016) stellen dat spiritualiteit/zingeving systematisch moet worden besproken. Overeenkomstig met de bevindingen van D'Souza (2002) en Cavendish en collega's (2004) blijkt dit niet te gebeuren. Tegelijkertijd uiten patiënten de behoefte aan gesprek over spiritualiteit/zingeving vaak niet (Van Nieuw Amerongen-Meeuse et al., 2018/2019, Banin et al, 2014), maar stellen zij het op prijs als de professional erover begint (Nieuw Amerongen-Meeuse et al., 2019). Het hangt echter van de affiniteit van de persoon van de professional af of deze existentiële zingeving ter sprake brengt, blijkt uit de huidige resultaten. Vermoedelijk hebben daardoor niet alle ambulante patiënten die dat zouden willen een gesprek over spiritualiteit/zingeving met een professional, zoals ook bleek uit binnenlands en buitenlands onderzoek (Sisselaar, 2003; Williams et al., 2011).

Of professionals aandacht aan spiritualiteit/zingeving besteedt, moet geen kwestie van

²⁶ Dit komt tevens naar voren in de masterscriptie van Bies (2018)

persoonlijke voorkeur zijn maar een kwestie van professionaliteit, volgens Glas (2012). Om te voorkomen dat het uitsluitend afhangt van de affiniteit van de persoon van de professional of spiritualiteit/zingeving besproken wordt, is deskundigheidsbevordering nodig. Dit wordt ook aanbevolen in de literatuur (Baldacchino, 2006; Baldacchino, 2008; Braam, 2017; Van der Geer et al., 2016; Van de Geer, 2017; De Jager-Meezenbroek et al., 2008; Van Leeuwen, 2008; Van Leeuwen en Cusveller, 2004; Leget, 2013; Moreira-Almeida, 2016; Narayanasamy, 1993; Pieper en Van Uden, 2005; Ross, 2006; Vlasblom et al., 2011; Vieten en Scammel, 2015, Weaver et al, 2003). Net zoals GGZ-professionals in het Verenigd Koninkrijk, spreken de onderzochte professionals zich positief uit over training in en ondersteuning bij aandacht voor spiritualiteit/zingeving (Greasly, Chiu en Gartland, 2001). De training van Pearce, Pargament, Oxhandler, Vieten en Wong (2019) bijvoorbeeld, is gericht op bekwaamheid in de competenties van Vieten en Scammel (2015). Het huidige onderzoek laat zien dat de schouwende attitude meer aandacht vraagt in deskundigheidsbevordering dan de pragmatische attitude. Het is echter de vraag of van iedere professional verwacht mag worden om de schouwende attitude (verder) te ontwikkelen. Immers, professionals zonder affiniteit wordt geadviseerd om door te verwijzen (Braam, 2017). Daarom is onderzoek nodig naar werkstructuren waarin het standaard bespreken van zowel alledaagse als existentiële zingeving gewaarborgd kan worden, ook als een professional persoonlijk geen affiniteit heeft met (een specifieke vorm van) spiritualiteit/zingeving.

5.2.2 Beperkingen

Omdat er naast diepte-interviews ook voor-interviews en observaties van de training zijn gedaan, zijn er relatief veel respondenten geïncludeerd voor de omvang van dit onderzoek. Toch zijn de resultaten niet zonder meer te generaliseren naar de populatie GGZ-professionals die werkzaam zijn in de Nederlandse ambulante GGZ. Dit geldt bijvoorbeeld voor de bevinding dat professionals een verband leggen tussen spiritualiteit/zingeving en herstel. De operationele populatie betreft professionals uit gebiedsteams die zorg dragen voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening. Het herstelgericht werken bij deze doelgroep is nadrukkelijker aanwezig dan in andere sectoren van de GGZ. Daardoor kunnen bevindingen over herstel niet gegeneraliseerd worden naar de gehele ambulante GGZ. Bovendien zijn de huidige resultaten op het niveau van organisatie gebaseerd zijn op dataverzameling binnen één GGZ-instelling. Er kan dus geen uitspraak gedaan worden over hoe spiritualiteit/zingeving besproken wordt in andere GGZ-instellingen.

Bij de werving van respondenten voor de nieuwe data is gestreefd naar een

representatie van de operationele populatie: GGZ-professionals van *Altrecht GGZ* die in zogenoemde gebiedsteams werken met thuiswonende patiënten. De disciplines van psychiater en psycholoog zijn niet vertegenwoordigd in de steekproef voor de diepte-interviews. Daardoor zijn de huidige resultaten niet zonder meer te generaliseren naar de operationele populatie. Aan de andere kant is er een meer homogene groep ontstaan doordat er geen psychiaters en psychologen deelnamen. Door de grote vertegenwoordiging van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen in dit onderzoek is er meer saturatie en hogere generaliseerbaarheid naar deze discipline.

De voor-interviews zijn afgenomen bij en de training is gegeven in drie teams waarbij het contact met de geestelijk verzorgers soepel verloopt. De geestelijk verzorgers van *Altrecht* hebben sterk de indruk dat deze teams bovengemiddeld enthousiast zijn over aandacht voor spiritualiteit/zingeving. De geestelijk verzorgers ervaren dat contact met andere gebiedsteams minder gemakkelijk verloopt. Oververtegenwoordiging van enthousiaste respondenten doet zich waarschijnlijk ook voor in de steekproef voor de diepte-interviews. De selectie van respondenten voor de diepte-interviews is gedaan onder de professionals die zichzelf hebben aangemeld voor deelname. Vermoedelijk maken met name geïnteresseerde professionals tijd vrij om deel te nemen aan een diepte-interview. Oververtegenwoordiging van enthousiaste respondenten doet echter afbreuk aan de interne validiteit van het onderzoek. Resultaten over motivatie en affiniteit van deze respondenten zijn waarschijnlijk niet representatief voor de operationele populatie. Er zijn met het oog op dit verschijnsel expliciet professionals geworven die niet direct enthousiast zijn voor deelname. Deze werving leverde slechts één respondent op. De verdeling tussen uitgesproken affiniteit en geen uitgesproken affiniteit met spiritualiteit/zingeving in de diepte-interviews is daardoor vermoedelijk niet representatief. In vervolgonderzoek zou de verdeling tussen uitgesproken of geen uitgesproken affiniteit met spiritualiteit/zingeving onder GGZ-professionals in het ambulante veld onderzocht kunnen worden. Daarbij zou vervolgonderzoek gericht op competenties van GGZ-professionals zonder uitgesproken affiniteit meer zicht kunnen geven op wat nodig is in deskundigheidsbevordering. Door de *bias* in zowel de voor-interviews, de training en de diepte-interviews moet in acht worden genomen dat motivatie in dit onderzoek mogelijk hoger uitvalt dan in de realiteit.

De onderzoeker is tevens geestelijk verzorger bij *Altrecht*. Zoals al genoemd in 3.5 kan zowel het collega-zijn als het geestelijk verzorger-zijn van de onderzoeker invloed gehad hebben op de betrouwbaarheid van de bevindingen. Hoewel de humanistische achtergrond van de onderzoeker voorafgaand aan de diepte-interviews bewust niet is genoemd, was het

humanist-zijn van de onderzoeker bij sommigen al bekend. Respondenten kunnen zich als gevolg van de kenmerken van de interviewer op een bepaalde manier gedragen (Boeije, 2012). Mogelijk hebben zij sociaal wenselijke antwoorden gegeven om de (toekomstige) werkrelatie niet te schaden of zijn hun uitspraken over bijvoorbeeld religie onbedoeld toch beïnvloed door de humanistische achtergrond en taakopvatting van de onderzoeker.

Het humanistisch geestelijk verzorger-zijn van de onderzoeker speelt tevens een rol in de data-analyse. Zowel de professionele identiteit als de eigen spiritualiteit/zingeving van de onderzoeker (zoals uiteengezet in 3.5) vormen de achtergrond waartegen de data zijn geïnterpreteerd. Volgens Gadamar zijn subjectieve vooronderstellingen noodzakelijk want ‘elke daad van interpretatie is per definitie een vorm van inpassing in de horizon van het interpreterende subject’ (Leezenberg en De Vries, 2005, p.150). Begrip zonder context is onmogelijk. Een andere subjectieve context zou andere interpretaties op kunnen leveren. Tegen de achtergrond van een theologisch perspectief had mogelijk het concept ‘roeping’ een meer prominente plaats ingenomen. Volgens het *WPA Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry* (Moreira-Almeida et al, 2016) speelt voor veel professionals roeping een rol. De relatie tussen roeping en motivatie voor aandacht voor spiritualiteit/zingeving is hier echter niet onderzocht.

Voor de beantwoording van deelvraag 3 (*Welke competenties op het gebied van spiritualiteit/zingeving komen naar voren in de motivatie van ambulante GGZ-professionals?*) zijn alleen deductieve codes gebaseerd op het competentieprofiel van Vieten en Scammel (2015) gebruikt. In 3.6 is beargumenteerd dat dit Amerikaanse competentieprofiel beter aansluit bij de onderzoeksvragen dan het Europese competentieprofiel. Het Amerikaanse competentieprofiel is in tegenstelling tot het Europese competentieprofiel namelijk specifiek gericht op GGZ-professionals. Competenties uit het Europese competentieprofiel die niet overlapt met het Amerikaanse competentieprofiel zijn niet meegenomen (zie Figuur 9 en bijlage 1). Dat beperkt de inhoudsvaliditeit. Immers, de gebruikte deductieve codes dekken niet geheel wat er in het Europese competentieprofiel onder aandacht voor spiritualiteit/zingeving wordt verstaan. Dit geldt in zekere zin ook voor de vaardigheden binnen de pragmatische en schouwende attitude (zie Figuur 4). Omdat er een overkoepelende code is gebruikt in plaats van een aparte code voor elke vaardigheid, zijn de concepten pragmatische attitude en schouwende attitude onvoldoende geoperationaliseerd.

In het interview is gevraagd naar hoe respondenten zelf de relatie zien tussen hun eigen spiritualiteit/zingeving en hun motivatie om aandacht te geven aan spiritualiteit/zingeving voor patiënten (zie bijlage 3). Deze vraag is gericht op motivatie.

Echter, de antwoorden waren veelal gericht op competentie. Respondenten hebben vooral geantwoord hoe hun eigen spiritualiteit/zingeving hen wel of niet helpt bij het geven van aandacht voor de spiritualiteit/zingeving. Zij zijn minder ingegaan op hoe de eigen spiritualiteit/zingeving hen motiveert. Omdat deze interviewvraag niet scherp genoeg blijkt te zijn, is dit deel van het diepte-interview niet geheel valide. Tenslotte, geeft dit onderzoek alleen informatie over wat en hoe de respondenten vertellen over spiritualiteit/zingeving. Omdat er geen observaties zijn gedaan in de alledaagse zorgpraktijk kan er binnen dit onderzoek geen uitspraak worden gedaan over hoe er daadwerkelijk aandacht voor spiritualiteit/zingeving wordt gegeven.

5.3 Aanbevelingen voor de praktijk

In de huidige praktijk van de GGZ zijn er minder en kortere klinische opnames en groeit de groep thuiswonende patiënten²⁷. Wanneer patiënten door ambulantisering thuis zorg krijgen, blijft hun behoefte aan aandacht voor spiritualiteit/zingeving bestaan. De mogelijkheid om een geestelijk verzorger met expertise in de GGZ te raadplegen is echter afgenomen. Geestelijke verzorgers zouden beschikbaar moeten blijven in de thuissituatie (Bos, 2004). Omdat de financiering van geestelijk verzorgers daar nog niet op ingesteld is, krijgen geestelijk verzorgers onvoldoende ruimte om er voor alle thuiswonende patiënten te zijn (Janssen, 2014; Vlasblom, 2016). Samenwerking tussen geestelijk verzorgers en ambulante professionals is dan ook nodig (Braam, 2017; Gilhuis, 2016; Jansen, 2013; Van Leeuwen, Leget, Vosselman, 2016; Weaver et al, 2003) om structurele aandacht voor spiritualiteit/zingeving in de thuissituatie te waarborgen.

Aandacht voor spiritualiteit/zingeving is een dimensie van alle zorg en niet alleen van geestelijk verzorgers (Van der Kolm, 2012). Ambulante professionals blijken spiritualiteit/zingeving dan ook als een (heel) belangrijk onderdeel van hun beroep te zien. Hoewel professionals sterk gemotiveerd zijn om aandacht aan spiritualiteit/zingeving te geven, worden zij ervan weerhouden door bijvoorbeeld handelingsverlegenheid (niveau van het beroepsprofiel) of gebrek aan ruimte om hierover te praten in teamoverleg (niveau van het beroepsprofiel). Beide aspecten bieden aanknopingspunten om aandacht voor spiritualiteit/zingeving als gezamenlijke opgave voor alle disciplines (Leget 2017) te concretiseren in de praktijk.

Het eerste aanknopingspunt richt zich op competenties. Een belangrijke factor in het

²⁷ Trimbos-instituut. (2012). *Ambulantisering: Trendrapportage GGZ deel 1*. Utrecht: Trimbos-instituut.

daadwerkelijk geven van aandacht voor spiritualiteit/zingeving is ‘zich competent voelen’ (Vogel en Schep-Akkerman, 2018). Er lijkt een zekere mate van competentie onder de professionals te bestaan. Tegelijkertijd is er ook handelingsverlegenheid. Daarom is het aan te bevelen dat geestelijk verzorgers enerzijds professionals bewust maken van wat zij al doen en anderzijds training en ondersteuning bieden. Gedacht kan worden aan methodes om spiritualiteit/zingeving boven tafel te krijgen in patiëntgesprekken en hier dieper op in te gaan. Ook zouden geestelijk verzorgers reflectie op invloed van eigen spiritualiteit/zingeving op de behandeling kunnen bevorderen²⁸. ‘Affiniteit met spiritualiteit/zingeving’ is tevens een belangrijke factor in het daadwerkelijk geven van aandacht voor spiritualiteit/zingeving (Vogel en Schep-Akkerman, 2018). Het is de vraag of van professionals zonder uitgesproken affiniteit met spiritualiteit/zingeving gevraagd kan worden om naast competentie in de pragmatische attitude óók competentie in de schouwende attitude te ontwikkelen. Dit behoeft vervolgonderzoek. De al aanwezige schouwende attitude ten aanzien van existentiële zingeving van professionals mét affiniteit kan sterker ingezet worden. Bijvoorbeeld door te werken met aandachtsfunctionarissen, zoals in sommige GGZ-instellingen gebeurt (Van der Kolm, 2012). Professionals met affiniteit die er voor kiezen aandachtsfunctionaris zingeving te zijn, worden extra geschoold door en staan in nauw contact met geestelijk verzorgers. Zo ondersteunen ook aandachtsfunctionarissen collega’s die minder vertrouwd zijn met de schouwende attitude ten aanzien van existentiële zingeving.

Daarmee komen we bij het tweede aanknopingspunt: aandacht voor spiritualiteit/zingeving in het teamoverleg. Spiritualiteit/zingeving wordt niet standaard besproken in behandeling en het hangt van de affiniteit van de persoon van de professional af of existentiële zingeving aan bod komt. Structurele bespreking van spiritualiteit/zingeving in teamoverleg biedt kansen om aandacht voor existentiële zingeving te waarborgen, ook wanneer individuele professionals affiniteit met (een specifieke vorm van) spiritualiteit/zingeving missen. Mogelijk zouden aandachtsfunctionarissen, in samenwerking met geestelijk verzorgers, ruimte voor een schouwende attitude ten aanzien van existentiële zingeving in teamoverleg kunnen bevorderen. Gedacht kan worden aan methodes om binnen de huidige werkstructuur van een teamoverleg zowel alledaagse als existentiële zingeving te bespreken.

Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op het evalueren van samenwerking tussen geestelijk verzorgers en ambulante professionals in praktijk. Bijvoorbeeld onderzoek naar hoe

²⁸ Dit komt tevens naar voren in de masterscriptie van Bies (2018)

ambulante professionals -die worden ondersteund door geestelijk verzorgers- daadwerkelijk gesprekken over spiritualiteit/zingeving voeren in de dagelijkse zorgpraktijk. Ook zou de bekwaamheid van professionals in de competenties in spiritualiteit/zingeving gemeten kunnen worden voor en na deskundigheidsbevordering. Daarbij is het effect van structurele aandacht voor spiritualiteit/zingeving op patiënten van belang voor verdere ontwikkeling. Dit vervolgonderzoek kan bijdragen aan de vormgeving van de gezamenlijke opdracht van geestelijk verzorgers en andere professionals: aandacht voor de spiritualiteit/zingeving van patiënten, óók in de thuissituatie.

Literatuur

- Alma, H. A., & Smaling, A. (2010). *Waarvoor je leeft. Studies naar humanistische bronnen van zin*. Amsterdam: Humanistic University Press SWP.
- Anbeek, C. W., Rijnbout, M., & Loenen, G. van (2011). Herstel en geestelijke verzorging. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 14, 40-43.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Innovations & Research in Clinical Services, Community Support, and Rehabilitation*, 2(3), 17-24.
- Arends, C. (2006). Van persoonlijk pastoraat tot secundaire zingeving: modellen van pastorale zorg in een transmurale setting. In: Doolgaard, J. (red), *Nieuw handboek geestelijke verzorging* (pp. 271-277). Kampen: Uitgeverij Kok.
- Awara, M., & Fasey, C. (2008). Is spirituality worth exploring in psychiatric out-patient clinics? *Journal of Mental Health*, 17(2), 183-191.
- Baldacchino, D. R. (2006). Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, 15(7), 885-896.
- Baldacchino, D. R. (2008). Teaching on the spiritual dimension in care to undergraduate nursing students: The content and teaching methods. *Nurse Education Today*, 28(5) 550-562.
- Banin, L. B., Suzart, N. B., Guimarães, F. A. G., Lucchetti, A. L. G., Santos de Jesus, M. A. & Lucchetti, G. (2014). Religious beliefs or physicians' behavior: What makes a patient more prone to accept a physician to address his/her spiritual issues? *Journal of Religion and Health*, 53(3), 917-928.
- Benard, H. R. (2006). *Research methods in anthropology: qualitative and quantitative approaches*. Oxford: AltaMira Press.
- Berghuijs, J. (2016). Nieuwe spiritualiteit, meervoudige religieuze betrokkenheid en zingeving. In: Zock, H., Pieper, J., & Krikilion, W. (red.). *Zin buiten beeld? Zorg voor Zinzoekers vandaag* (pp. 16-38). Tilburg: KSGV.
- Bernts, T., & Berghuijs J. (2016). *God in Nederland 1966-2015*. Utrecht: Ten Have.
- Boeije, H. (2012). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Boer, B. de. (2006). Geestelijke verzorging in de geestelijke gezondheidszorg: een stand van zaken. In: Doolgaard, J. (red), *Nieuw handboek geestelijke verzorging* (pp. 271-277). Kampen: Uitgeverij Kok.
- Bohlmeijer, E., Bolier, L., Westerhof, G., & Walburg, J. (2018). *Handboek positieve psychologie theorie, onderzoek en toepassingen*. Amsterdam: Boom.
- Bolhuis, M. van., & Ghzili, A., (2012). FACT en geestelijke verzorging. *Tijdschrift geestelijke verzorging*, 15(66), 46-49.
- Borgman, E., & Harskamp, A. van. (2008). Tussen secularisering en hernieuwde sacralisering. In: Borg, M. ter., Borgman, E., Buitelaar, M., Kuiper, Y., & Plum, R., (red.). (2008). *Handboek religie in Nederland. Perspectief – overzicht – debat* (pp. 14-25) Zoetermeer: Uitgeverij Meinema.

- Bos, C. (2004). Geestelijke verzorging, een basis voorziening. In: Hutschemaekers et al. *Vragen naar Zin; Het perspectief van de GGZ-cliënt* (pp. 50-56). Tilburg: KSGV.
- Bos, T. (2006). Advisering inzake levensbeschouwing, zingeving en spiritualiteit. In: Doolaard, J. (red). (2006) *Nieuw handboek geestelijke verzorging* (pp. 271-277). Kampen: Uitgeverij Kok.
- Bos, T., Hyvarinen, I., & Roermund, K. van. (2011). 'Heel de mens': Herstelondersteunende zorg en geestelijke verzorging. In: *Tijdschrift voor Rehabilitatie. 1*, pp. 4-14.
- Braam, A. W. (2013). Levensbeschouwing en psychiatrie: Christuswaan of Chi-kwadraat? Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Braam, A. W. (2017). Towards a multidisciplinary guideline religiousness, spirituality, and psychiatry: What do we need? *Mental Health, Religion & Culture*, 20(6), 579-588.
- Braam, A. W., Hoenders, H. J. R., & Steen, A. (2019). Zingeving als term in psychische hulpverlening: Benaderingen vanuit de humanistiek. *Psyche En Geloof*, 30(4), 267-276.
- Cavendish, R., Kraynyak, B., Russo, D., Mitzeliotis, C., Bauer, M., McPartlan Bajo, M., Calvino, C., Horne, K., & Medefindt, J. (2004). Spiritual Perspectives of Nurses in the United States Relevant for Education and Practice. *Western Journal of Nursing Research*, 26(2), 196-212.
- Cetinkaya, B., Azak, A., & Dundar, S. A. (2013). Nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 31(1), 5-10.
- Culliford, L. (2002). Spiritual care and psychiatric treatment: An introduction. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8(4), 249-258.
- Derckx, P. (2011). *Humanisme, zinvol leven en nooit meer 'ouder worden'. Een levensbeschouwelijke visie op ingrijpende biomedisch-technologische levensverlenging*. Brussel: VUBpress.
- Deurzen, E. van (2002). Clarification of personal worldview. Taking Stock. In: Deurzen, E. van. *Existential counselling & psychotherapy in practise* (pp. 62-125). London, UK: Sage.
- D'Souza, R. (2002). Do patients expect psychiatrists to be interested in spiritual issues? *Australasian psychiatry*, 10(1), 44-47.
- Ende, T. van de., & Kunnenman, H. (2008). Normatieve professionaliteit en normatieve professionalisering. Een pleidooi voor een conceptuele verdieping. In: Jacobs, G. C., *Goed werk. Verkenning van normatieve professionalisering* (pp. 68-87). Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Ende, T. van de. (2011). *Waarden aan het werk. Over kantelmomenten en normatieve complexiteit in het werk van professionals*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Evers, J. (red.). (2007). *Kwalitatief interviewen: kunst én kunde*. Den Haag: Uitgeverij Lemma.
- Geer, J. van de., Zock, H., Leget, C. J. W., Veeger, N., Prins, J., Groot, M., & Vissers, K. (2016). Training spiritual care in palliative care in teaching hospitals in the Netherlands. A multicenter trial. *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*, 6(1), 1-15.

- Geer, J. van de. (2017). *Learning spiritual care in Dutch hospitals: The impact on healthcare of patients in palliative trajectories*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Geertz, C. (1973). Religion as a Cultural System. In: Geertz, C. *The Interpretation of Cultures. Selected Essays by Clifford Geertz* (pp. 87-125). New York: Basic Books Publishers.
- Gilhuis, M. (2016). Hoe kijk je tegen je leven aan? Interdisciplinaire samenwerking en zorg voor levensbeschouwing. In: Zock, H., Pieper, J., & Krikilion, W. (red.). *Zin buiten beeld? Zorg voor Zinzoekers vandaag* (pp. 100-115). Tilburg: KSGV.
- Glas, G. (2012). Filosofie van de Psychiatrie. In: Verhagen, P., & Van Megen, H. (red.). *Psychiatrie, religie en spiritualiteit* (pp. 63-74). Utrecht: De Tijdstroom.
- Glas, G. (2014). Biomedisch denken in de GGZ – oplossing of deel van het probleem? In: Glas, G., Janssen, R., Meekeren, E., Coture, M., Fruyt, K. de., Verleyen, A., & Schaffler, F. *Zuinig op zin. Aandacht voor zingeving als kostenpost en als winstfactor in de zorg* (pp. 13-31). Tilburg: KSGV.
- Glas, G. (2017). On the existential core of professionalism in mental health care. *Mental Health, Religion & Culture*, 20(6), 536-543.
- Glas, G. (2019). Psychiatry as normative practice. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 26(1), 33-48.
- Greasley, P., Chiu, L. F., & Gartland, R. M. (2001). The concept of spiritual care in mental health nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 629-637.
- Grimwade, L., & Cook, C. (2019). The Clinician's View of Spirituality in Mental Health Care. In: Fletcher, J. (ed.). *Chaplaincy and Spiritual Care in Mental Health Setting* (pp. 31-43). Londen and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Hoof, S. V. D., & Goossensen, M. A. (2012). Patiënt of cliënt? De betekenis van aanspreektermen. *Denkbeeld. Tijdschrift Voor Psychogeriatric*, 24(3), 6-8.
- Huber, M., Vliet, M. van., & Boer, I. (2016). Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid'. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 160: A7720, 1-5.
- Hutschemaekers, G., & Festen, T. (2004). Waarover praten zij? Over hulpvragen van cliënten en antwoorden van hulpverleners. In: Hutschemaekers et al. *Vragen naar Zin; Het perspectief van de GGZ-cliënt* (pp.15-33). Tilburg: KSGV.
- Jager-Meezenbroek, E. de., Pool, G., Staps, T., Bisschop, S., Visser, A., & Garssen, B. (2008). Spiritualiteit in de gezondheidszorg. *Tsg*, 86(1), pp. 15-17.
- Jansen, S. (2013). Geestelijke verzorging in een RIBW. *Tijdschrift geestelijke verzorging*. 16(71), 51-53.
- Janssen, R. (2014). Zingeving: de kost gaat voor de baat? In: Glas, G., Janssen, R., Meekeren, E., Coture, M., Fruyt, K. de., Verleyen, A. & Schaffler, F. *Zuinig op zin. Aandacht voor zingeving als kostenpost en als winst factor in de zorg* (pp. 32-55). Tilburg: KSGV.
- Jockheere, A. (2016). Zorg voor zinbeleving vandaag: zoeken naar taal voor wat grond en richting geeft. In: Zock, H., Pieper, J. & Krikilion, W. (red.). *Zin buiten beeld? Zorg voor Zinzoekers vandaag* (pp. 42-50). Tilburg: KSGV.

- Kapuscinski, A. N., & Masters, K. S. (2010). The current status of measures of spirituality: A critical review of scale development. *Psychology of Religion and Spirituality*, 2(4), 191-205.
- Kaslow, N. J. (2004). Competencies in Professional Psychology. *American Psychologist*, 59(8), 774-781.
- Kling, H., & Os, J. van. (2017). Existentiële overwegingen: de vergeten integratief subjectieve dimensie en haar betekenis voor de gezondheidszorg. *Psyche & Geloof*, 28(2), 52-62.
- Kolm, G. J. van der. (2012). Levensbeschouwing en FACT. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 68(15), 48-52.
- Krikilion, W. (2008). Religie en spiritualiteit als uitdaging in de GGZ: Handvatten voor de praktijk. *Psychopraxis*, 10(6), 252-256.
- Krikilion, W. (2012). *Geestelijke gezondheidszorg in het licht van zingeving en spiritualiteit*. Antwerpen; Apeldoorn: Garant.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 199(6), 445-452.
- Leeuwen, R. van., & Cusveller, B. (2004). Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Advanced Nursing*, 48(3), 234-246.
- Leeuwen, R. van., & Cusveller, B. S. (2005). *Verpleegkundige zorg en spiritualiteit: Professionele aandacht voor levensbeschouwing, religie en zingeving*. Utrecht: Lemma.
- Leeuwen, R. van. (2008). *Towards nursing competencies in spiritual care*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Leeuwen, R. van & Schep-Akkerman, A. (2015). Nurses' perceptions of spirituality and spiritual care in different health care settings in the Netherlands. *Religions*, 6(4).1346-1357.
- Leeuwen, R. van., Leget, C. J. W., & Vosselman, M. (2016). *Zingeving in zorg en welzijn*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Leezenberg, M. & Vries, G. de. (2005). *Wetenschapsfilosofie voor geesteswetenschappen*. Amsterdam: University Press.
- Leget, C. (2013). Spirituele zorg en geestelijk verzorgers. *Bijblijven*, 29(7), 45-51.
- Leget, C. (2017). Spiritual care als toekomst van de geestelijke verzorging. *Religie & Samenleving*, 12(2/3). 96-106.
- Liefbroer, A., Ganzevoort, R., & Olsman, E. (2019). Addressing the spiritual domain in a plural society: what is the best mode of integrating spiritual care into healthcare? *Mental health, religion & culture*, 22(3), 244-260.
- Loenen, G. van. (2014). Voorwoord. In: Glas, G., Janssen, R., Meekeren, E., Coture, M., Fruyt, K. de., Verleyen, A. & Schaffler, F. *Zuinig op zin. Aandacht voor zingeving als kostenpost en als winst factor in de zorg* (pp. 7-12). Tilburg: KSGV.
- Maslow, A. H. (1987). *Motivation and personality*. New York, NY: Harper & Row.

- Maso, I., & Smaling, A. (2004). *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Momen, M. (2009). *Understanding Religion. A Thematic Approach*. Oxford: One world Publications.
- Mooren, J.H.M. (2010). Zinvol leven en de praktijk van het humanistisch raadswerk.
In: Alma, H., en Smaling, A., (red). *Waarvoor je leeft. Studies naar humanistische bronnen van zin*. (pp. 199-208). Amsterdam: SWP.
- Moreira-Almeida, A., Sharma, A., Rensburg, B. J. van, Verhagen, P. J., & Cook, C. C. H. (2016). WPA position statement on spirituality and religion in psychiatry. *World Psychiatry, 15*(1), 87-88.
- Narayanasamy, A. (1993). Nurses' awareness and educational preparation in meeting their patients' spiritual needs. *Nurse Education Today, 13*(3), 196-201.
- Nieuw Amerongen-Meeuwse, J. C. van., Schaap-Jonker, H., Schuhmann, C., Anbeek, C., & Braam, A. W. (2018). The “religiosity gap” in a clinical setting: Experiences of mental health care consumers and professionals. *Mental Health, Religion & Culture, 21*(7), 737-752.
- Nieuw Amerongen-Meeuse, J. C. van., Schaap-Jonker, H., Hennipman-Herweijer, C., Anbeek, C., & Braam, A. W. (2019). Patients' needs of religion/spirituality integration in two mental health clinics in the Netherlands. *Issues in Mental Health Nursing, 40*(1), 41-49.
- Nolan, S., Saltmarsh, P., & Leget, C.J.W. (2011). Spiritual care in palliative care: Working towards an EAPC task force. *European Journal of Palliative Care, 18*(2), 86-89.
- Oosterhuis, H. (2012). Religie in de Nederlandse psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg. In: Verhagen, P. & Megen, H. van (red.). *Handboek Psychiatrie, religie, en spiritualiteit* (pp. 17-30). Utrecht: De Tijdstroom.
- Ouwehand, E. (2020). *Mania and Meaning: a Mixed Methods Study into Religious Experiences in People with Bipolar Disorder: Occurrence and Significance*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Pearce, M., Pargament, K., Oxhandler, H., Vieten, C., & Wong, S. (2019). A novel training program for mental health providers in religious and spiritual competencies. *Spirituality in Clinical Practice, 6*(2), 73-82.
- Peteet, J. R. (2014). What is the place of clinicians' religious or spiritual commitments in psychotherapy? A virtues-based perspective. *Journal of Religion and Health, 53*(4), 1190-1198.
- Pieper, J. & Van Uden, R. (2005). Religie en coping in de geestelijke gezondheidszorg. *Gedrag en Gezondheid, 33*(3), 101-106.
- Pols, A. J. (2004). *Good care: Enacting a complex ideal in long-term psychiatry*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Ree, F. van. (2001). Het ontbrekende referentiekader. In: Zock, H.; Glas, G. *Religie in de psychiatrie* (pp. 51-65). Tilburg: KSGV.
- Ross, L. (1997). *Nurses' perceptions of spiritual care*. Aldershot; Brookfield: Avebury.

- Ross, L. (2006). Spiritual care in nursing: An overview of the research to date. *Journal of Clinical Nursing*, 15(7), 52-862.
- Ross, L., Leeuwen, R. van., Baldacchino, D., Giske, T., McSherry, W., Narayanasamy, A., ... Schep-Akkerman, A. (2014). Student nurses perceptions of spirituality and competence in delivering spiritual care: A European pilot study. *Nurse Education Today*, 34(5), 697-702.
- Sisselaar, A. (2003). Cliënten en levensbeschouwing. In: Ree, F. van (red.). *GGZ en Levensbeschouwing; psychiatrische hulp aan Nederlanders en Medelanders* (pp. 27-38). Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.
- Swinton, J. (2001). *Spirituality and mental health care: Rediscovering a 'forgotten' dimension*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Uden, M. van., & Pieper, J. (2000). *Geestelijke verzorging op Van Gogh. Onderzoek onder cliënten van het Vincent van Gogh Instituut naar hun geloof/levensbeschouwing en hun behoefte aan geestelijke verzorging*. Venray: Van Gogh.
- Uleyn, A. (1986). Zingevingvragen en overdrachtsproblemen in de psychotherapie. In M. Kuilman, & A. Uleyn (Eds.), *Hulpverlener en zingevingvragen* (pp. 35-67). Baarn: Uitgeverij Ambo.
- Vegt, A. van der., Rijk, P. de., & Muthert, H. (2014). Zingeving in de ambulante zorg voor patiënten met ernstig psychische aandoeningen: verslag van een verkennend onderzoek bij FACT Groningen. *Sociale Psychiatrie*, 33(108), 7-14.
- Verhagen, P. (2003). Psychiatrie en religie: opleiding, bij- en nascholing. In: Ree, F. van (red.). *GGZ en Levensbeschouwing; psychiatrische hulp aan Nederlanders en Medelanders* (pp. 157-172). Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.
- Verhagen, P., & Megen, H. van. (2012). Voorwoord. In: Verhagen, P.; Van Megen, H. (red.). *Handboek Psychiatrie, religie, en spiritualiteit* (pp. 11-16). Utrecht: De Tijdstroom.
- Vieten, C. & Scammell, S. (2015). *Spiritual and religious competencies in clinical practice: Guidelines for psychotherapists and mental health professionals*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Vlasblom, J. P. (2016). Spirituele zorg door verpleegkundigen. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 83(19), 20-29.
- Vlasblom, J. P., Steen, J. T. van der., Knol, D. L., & Jochemsen, H. (2011). Effects of a spiritual care training for nurses. *Nurse Education Today*, 31(8), 790-796.
- Vlasblom, J. P. (2015). *Spiritual care by nurses and the role of the chaplaincy in a general hospital*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Vogel, A. & Schep-Akkerman, A. E. (2018). Competence and frequency of provision of spiritual care by nurses in the Netherlands. *SCS Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(4), 1314-1321.
- Weaver, A. J., Flannelly, K. J., Flannelly, L. T., & Oppenheimer, J. E. (2003). Collaboration between clergy and mental health professionals: A review of professional health care journals from 1980 through 1999. *Counseling and Values*, 47(3), 162-171.
- Wester, F. P. J., & Peters, V. A. M. (2004). *Kwalitatieve analyse: Uitgangspunten en procedures*. Bussum: Coutinho.

- Williams, J. , Meltzer, D., Arora, V., Chung, G., & Curlin, F. A. (2011). Attention to inpatients' religious and spiritual concerns: Predictors and association with patient satisfaction. *Journal of General Internal Medicine*, 26(11), 1265–1271.
- Yalom, I. D., & Reijzer, H. M. (2005). *Groepspsychotherapie in theorie en praktijk*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Zock, H. (2001). De toren van Babel. In: Zock, H.; Glas, G. *Religie in de psychiatrie* (pp. 10-22). Tilburg: KSGV.

Overige bronnen

- Altrecht. (2017). *Op weg naar optimale herstelondersteunende zorg*. Utrecht: Altrecht GGZ.
- Bies (2018). *Zingeving en herstel. Verwachtingen en opvattingen van FACT-medewerkers inzake aandacht voor zingeving in de herstelgerichte behandeling als basis voor scholing door de dienst GV*. Masterscriptie Rijksuniversiteit Groningen.
- IKNL. (2018). *Zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase. Landelijke richtlijn. Versie 2.0.* (z.p.): IKNL.
- EPICC (2019). *Spiritual Care Education Standard*. www.epicc-project.eu gevonden op 19-6-2019.
- Kroon, J. (2019). *Ambulatory mental health professionals discussing spiritual care in a multidisciplinary meeting*. Masterscriptie Universiteit Utrecht.
- Ringlever, D. (2018). *De straathumanist. Een kwalitatief onderzoek naar de verhouding tussen humanistische geestelijke verzorging, zingeving en de leefwereld van dak- en thuislozen*. Masterscriptie Universiteit Utrecht.
- Trimbos-instituut. (2012). *Ambulantisering: Trendrapportage GGZ deel 1*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- VGvZ (2015). *Beroepsstandaard Geestelijke Verzorging*. www.vgvz.nl. gevonden op 20-9-2019.
- ZonMW. (2017). *Zingeving in zorg: De mens centraal*. Den Haag: ZonMW.

Bijlagen

Bijlage 1 Competentieprofielen

Spiritual & Religious Competencies in Clinical Practice (Vieten en Scammel, 2015) en *Spiritual Care Education Standard* (Epicc, 2019) en vergelijking

<i>Spiritual & Religious Competencies in Clinical Practice</i> (Vieten en Scammel, 2015) (vertaling door Line de Bruijn)	
Attitude	
1	De GGZ-professional toont empathie, respect en waardering voor patiënten van diverse spirituele, religieuze of seculiere achtergronden en bindingen.
2	De GGZ-professional ziet religie en spiritualiteit als een belangrijk aspect van menselijke diversiteit net zoals factoren als ras, etniciteit, seksuele geaardheid, sociaaleconomische status, handicap, sekse en leeftijd
3	De GGZ-professional is bewust van hoe de eigen spirituele of religieuze achtergrond en overtuigingen invloed kan hebben op de professionele praktijken, houding, perceptie en aannames ten aanzien van psychologische processen.
Kennis	
4	De GGZ-professional weet dat er een grote diversiteit aan spiritualiteit en religie bestaat en exploreert de spirituele en religieuze overtuigingen, gemeenschappen en praktijken die belangrijk zijn voor patiënten.
5	De GGZ-professional kan beschrijven hoe religie en spiritualiteit gezien kunnen worden als zowel verschillend als overlappend.
6	De GGZ-professional begrijpt dat patiënten ervaringen kunnen hebben die te maken hebben met hun spiritualiteit of religie, maar die tegelijkertijd moeilijk zijn te onderscheiden van psychopathologische symptomen.
7	De GGZ-professional herkent dat spirituele of religieuze overtuigingen, praktijken en ervaringen zich ontwikkelen en veranderen tijdens de levensloop.
8	De GGZ-professional is bewust van interne en externe spirituele of religieuze bronnen, en praktijken van patiënten die volgens onderzoek psychologisch welzijn en herstel van psychosociale stoornissen kunnen bevorderen.

9	De GGZ-professional kan spirituele en religieuze ervaringen, praktijken en overtuigingen herkennen zoals die potentieel een negatieve impact hebben op de psychische gezondheid.
10	De GGZ-professional kan juridische en ethische kwesties gerelateerd aan spiritualiteit en religie identificeren die naar boven komen bij het werken met patiënten.
Vaardigheden	
11	De GGZ-professional is in staat om empathische en effectieve therapie te geven aan patiënten van diverse spirituele of religieuze achtergronden en diverse bindingen en mate van betrokkenheid bij spirituele of religieuze instituties.
12	De GGZ-professional onderzoekt spirituele of religieuze achtergrond, ervaring, praktijken, houdingen en overtuigingen als een standaard onderdeel van het begrip van de geschiedenis van een patiënt.
13	De GGZ-professional helpt patiënten hun spirituele en religieuze bronnen te verkennen, er toegang tot te krijgen om er kracht uit te halen.
14	De GGZ-professional kan spirituele en religieuze problemen herkennen en benoemen en verwijst indien nodig door.
15	De GGZ-professional blijft op de hoogte van onderzoek en professionele ontwikkeling op het gebied van spiritualiteit en religie gerelateerd aan de GGZ-praktijk, en blijft doorgaand zijn/haar eigen competenties op dit vlak ontwikkelen.
16	De GGZ-professional herkent de beperkingen van zijn/haar kwalificatie en competentie in het spirituele en religieuze domein, inclusief zijn/haar reacties op de spiritualiteit of religiositeit van de patiënt die de professionele praktijk storen, zodat hij/zij (1) consultatie van en samenwerking met andere gekwalificeerde GGZ-professionals of geestelijk verzorgers kan zoeken, (2) meer training en educatie kan zoeken en (3) indien gepast patiënten door kan verwijzen naar meer gekwalificeerde personen en bronnen.

Spiritual Care Education Standard (Epicc, 2019)

De rode cijfers verwijzen naar overlap met competenties uit het competentieprofiel van Vieten en Scammel (2015)

	COMPETENCE	KNOWLEDGE (COGNITIVE)	SKILLS (FUNCTIONAL)	ATTITUDE (ETHICAL)
A	INTRAPERSONAL SPIRITUALITY Is aware of the importance of spirituality on health and well-being.	Understands the concept of spirituality. Can explain the impact of spirituality on a person's health and well-being across the lifespan for oneself and others. 78 Understands the impact of one's own values and beliefs in providing spiritual care. 3 Understands the ways that persons' express their spirituality. 4 Is aware of the different world/religious views and how these may impact upon persons' responses to key life events. 4 Understands the concept of spiritual care.	Reflects meaningfully upon one's own values and beliefs and recognises that these may be different from other persons'. 3 Recognises the uniqueness of persons' spirituality. 1 Interacts with, and responds sensitively to the person's spirituality. 1 Conducts and documents a spiritual assessment to identify spiritual needs and resources. 12 Collaborates with other professionals. 14 Be able to contain and 'hold' emotions. 1	Willing to explore individuals' personal, religious and spiritual beliefs. 4 Is open and respectful to persons' diverse expressions of spirituality. 1 Is trustworthy, approachable and respectful of persons' expressions of spirituality and different world/religious views. 1 Is open, approachable and non-judgemental. 1 Has a willingness to contain and 'hold' emotions. 1
B	INTERPERSONAL SPIRITUALITY Engages with persons' spirituality, acknowledging their unique spiritual and cultural worldviews, beliefs and practices.	Understands the concept of spiritual care. Is aware of different approaches to spiritual assessment. 12 Understands other professionals' roles in providing spiritual care. 14	Recognises personal limitations in spiritual care-giving and refers to others as appropriate. 16 Evaluates and documents personal, professional and organisational aspects of spiritual care-giving, and reassess appropriately.	Shows compassion and presence. 1 Shows willingness to collaborate with, and refer to others (professional/non-professional). 14 Is welcoming, accepting and shows empathy, openness, professional humility and trustworthiness in seeking additional spiritual support. 1
C	SPIRITUAL CARE: ASSESSMENT AND PLANNING Assesses spiritual needs and resources using appropriate formal or informal approaches, and plans spiritual care, maintaining confidentiality and obtaining informed consent where necessary.	Understands the concept of spiritual care. Is aware of different approaches to spiritual assessment. 12 Understands other professionals' roles in providing spiritual care. 14	Recognises personal limitations in spiritual care-giving and refers to others as appropriate. 16 Evaluates and documents personal, professional and organisational aspects of spiritual care-giving, and reassess appropriately.	Shows compassion and presence. 1 Shows willingness to collaborate with, and refer to others (professional/non-professional). 14 Is welcoming, accepting and shows empathy, openness, professional humility and trustworthiness in seeking additional spiritual support. 1
D	SPIRITUAL CARE: INTERVENTION AND EVALUATION Responds to spiritual needs and resources within a caring, compassionate relationship.	Understands the concept of compassion and presence and its importance in spiritual care. 1 Knows how to respond appropriately to identified spiritual needs and resources. 1 Knows how to evaluate whether spiritual needs have been met.	Recognises personal limitations in spiritual care-giving and refers to others as appropriate. 16 Evaluates and documents personal, professional and organisational aspects of spiritual care-giving, and reassess appropriately.	Shows compassion and presence. 1 Shows willingness to collaborate with, and refer to others (professional/non-professional). 14 Is welcoming, accepting and shows empathy, openness, professional humility and trustworthiness in seeking additional spiritual support. 1

Bijlage 2 Topic-lijst voor voor-interviews

Topiclijst voor-interviews

Wat is ‘zingeving’ voor jou?

Wat helpt of belemmert jou om aandacht aan ‘zingeving’ te geven?

Wat heeft jouw team, volgens jou, nodig om aandacht aan ‘zingeving’ te geven?

Hoe zie jij jouw rol of taak met betrekking tot zingeving in behandeling?

Welke vragen heb jij rondom zingeving in de behandeling?

Bijlage 3 Informed-consent

Toestemmingsverklaringformulier

Bij onderzoek Universiteit voor Humanistiek en Expertisegroep Zingeving

Ik verklaar hierbij op voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard en methode van het onderzoek, zoals uiteengezet in de mail. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord. Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud daarbij het recht deze instemming weer in te trekken zonder dat ik daarvoor een reden hoeft te geven en besef dat ik op elk moment mag stoppen met mijn deelname. Indien mijn onderzoeksresultaten gebruikt zullen worden in wetenschappelijke publicaties, dan wel op een andere manier openbaar worden gemaakt, zal dit volledig geanonimiseerd gebeuren. Mijn persoonsgegevens zullen niet door derden worden ingezien zonder mijn uitdrukkelijke toestemming. Als ik nog verdere informatie over het onderzoek zou willen krijgen, nu of in de toekomst, kan ik me wenden tot l.de.bruijn@altrecht.nl. In tweevoud getekend:

Naam respondent:

Handtekening:

Ik heb toelichting verstrekt op het onderzoek. Ik verklaar mij bereid nog opkomende vragen over het onderzoek naar vermogen te beantwoorden.

Naam onderzoeker: Line de Bruijn,
Masterstudent bij Universiteit voor Humanistiek
Geestelijk verzorger bij Expertisegroep Zingeving
Altrecht

Handtekening:

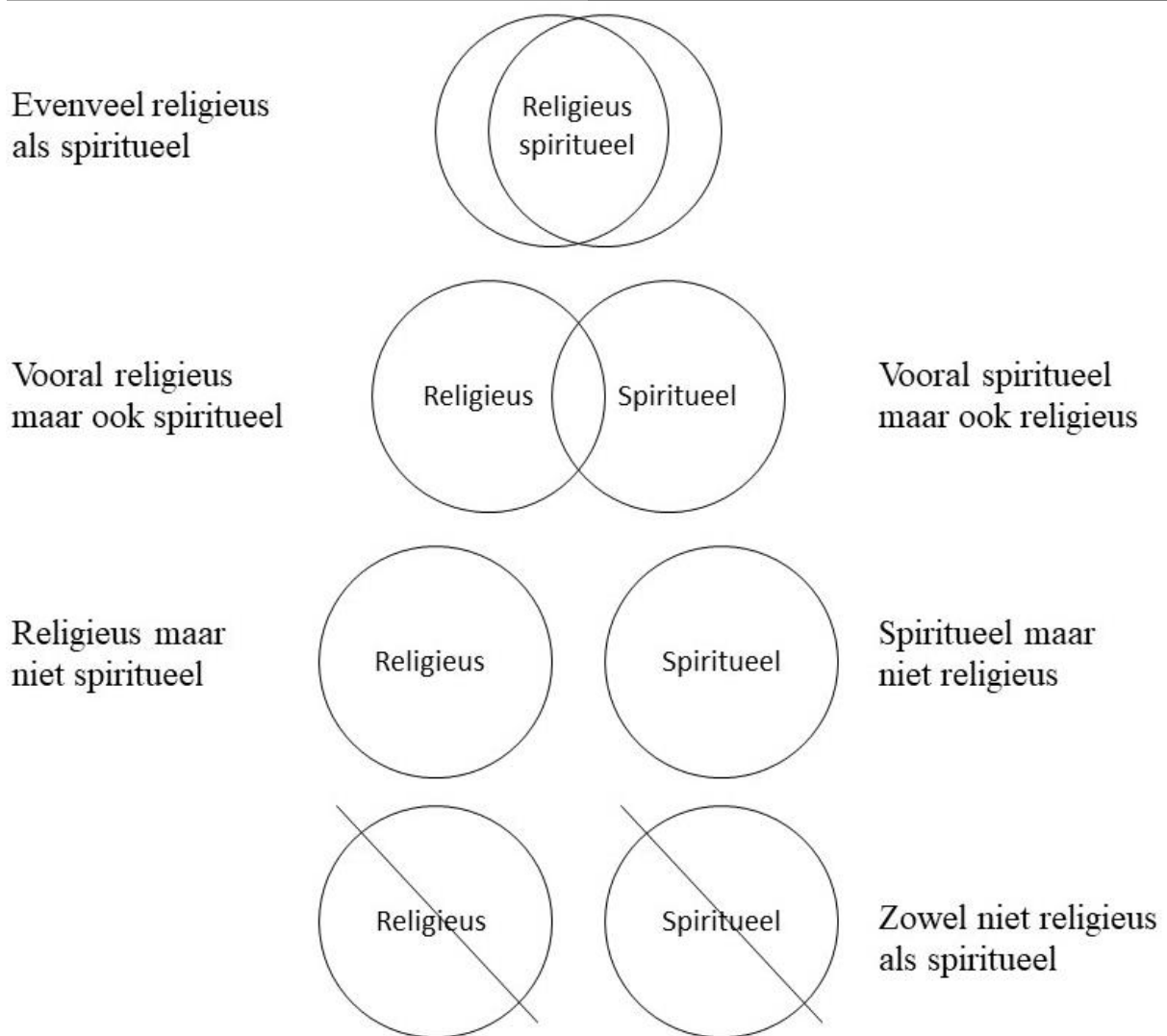
Bijlage 4 Topic-lijst voor diepte-interviews

- Welkom
- Het interview duurt 1 uur en gaat over zingeving in de ambulante GGZ
- Ik ga het interview opnemen. Natuurlijk wordt alles geanonimiseerd
 - Alleen ik weet de namen bij de interviews
 - In het openbare onderzoeksrapport alleen geanonimiseerde fragmenten
- Akkoord? Vragen? Toestemmingsformulier onderteken.
- Begin 2 korte vragen. Inkomen en achtergrond. Daarna langere vragen
Het gaat om jou eigen perspectief. Antwoorden zijn nooit fout.

OPNAMEAPPERATUUR AANZETTEN!

- Wat motiveert jou om met deze doelgroep te werken?
 - Waar komt motivatie vandaan?
- In de aankondiging van dit onderzoek is het woord ‘zingeving’ gebruikt. Woorden als ‘existentieel’, ‘religie’ of ‘spiritualiteit’ zijn niet hetzelfde maar wel verwant aan ‘zingeving’. Welk woord spreekt jou ‘t meest aan ?
 - Wat versta je onder dat woord?
 - Is er ook een woord wat weerstand oproept? Welke en waarom?
 - Ben je r/s? Welke van de opties in het schema past het best bij jou?
 - Kun je iets vertellen over je levensbeschouwelijk achtergrond?

Zingeving	Existentieel
Spiritualiteit	Religie



'Eigenlijk is mijn hele vak daar gewoon voor.'

- Hoe zie jij je rol als professional als het gaat om aandacht voor spiritualiteit/zingeving/religie/existentiële thema's bij patiënten?
 - Wat hoort volgens jou wel en niet bij jou beroep?
 - Heb je de indruk dat patiënten met jou als professional over spiritualiteit willen praten?

- Hoe belangrijk vind jij het om aandacht te geven aan spiritualiteit/zingeving/religie/existentiële thema's in jou zorg?
 - Waarom vind je dat heel erg/een beetje/niet zo/niet belangrijk?
 - Wat motiveert/weerhoud jou om hier mee bezig te zijn?
 - Kun je daar een concreet voorbeeld bij geven?

- Hoe speelt jou eigen spiritualiteit/zingeving/religie/existentiële thema's mee in dit gemotiveerd zijn en/of weerhouden worden?
 - Kun je daar iets meer over vertellen?
 - Weet je daarbij een concreet voorbeeld te noemen?

- Is er iets wat je zou willen vertellen wat niet aanbod gekomen is?
 - Heb je nog vragen?

Bedankt!

Bijlage 5 Codeboom

Hoofdcode: Normatieve professionaliteit

- maatschappij
- beroepsprofiel
 - beroepsidentiteit
- organisatie
- patiënt
- persoon van de prof
 - s/z/r/e van de persoon van de prof
 - evenveel religieus als spiritueel
 - vooral religieus maar ook spiritueel
 - vooral spiritueel maar ook religieus
 - religieus maar niet spiritueel
 - spiritueel maar niet religieus
 - zowel niet spiritueel als niet religieus
- botsing van waarde op verschillende niveaus

Hoofdcode: Termen 'religie', 'spiritualiteit', 'zingeving' en 'existentiële thema's'

- religie
 - religiousity gap/Match
 - religie opdringen
- spiritualiteit
- zingeving
 - pragmatische attitude – schouwende attitude
 - alledaags – existentieel
 - associatie luchtig - zwaar
 - associatie positief - negatief
 - begrip vaag - concreet
 - prioriteit hoog - laag
 - motivatie hoog - laag
 - Opvatting van zingeving door professionals
 - autonomie
 - bestaansrecht
 - betekenisvolzijn
 - breed
 - bron van kracht
 - de moeite waard
 - diepgang vinden
 - het grotere geheel
 - hoop
 - liefde
 - meedoen
 - mensbeeld
 - narratief
 - plezier
 - richtinggevend
 - steun
 - verbonden
 - waarvoor je leeft
 - welbevinden

'Eigenlijk is mijn hele vak daar gewoon voor.'

zelfbeeld
zingeving is ook r/s
zingeving is wat mij drijft
zingeving kwaliteit van leven
zingevingsvragen
zinnvolle activiteiten

Existentieel
thema's: dood/vrijheid/isolatie/betekenisloosheid

Hoofdcode: competenties

attitude
 respect empathie waardering
 aspect van mens
 bewust eigen zingeving
kennis
 weten over diversiteit
 verschil religie en spiritualiteit
 verschil r/s en symptoom
 verandering in levensloop
 belang r/s bronnen praktijk
 negatieve effecten
 legale en ethische kwesties
vaardigheden
 r/s in therapie
 standaard bespreken
 kracht uit r/s bronnen en praktijk
 herkennen, benoemen, doorverwijzen
 doorontwikkelen
 bewust van beperking

Hoofdcode: helpende en belemmerende factoren

(gebrek aan) goede taal
regels
(gebrek aan) samenwerking
(gebrek aan) praktische tools
je vrij-ongemakkelijk voelen
(geen) ingangen zien
geestelijk verzorging
vanuit/met de patiënt kijken
(gebrek aan) bewustwording
medisch model
(gebrek aan) educatie
(niet) bespreken in team
(gebrek aan) tijd
(geen) zelfreflectie
(gebrek aan) zingeving in intake
reparatiereflex - latende modus
taak breed-smal
negatieve gevolgen
fase ziekte

(beperkte) diversiteit in team
waan van de dag
klachtgericht - herstelgericht
(gebrek) werkrelatie patiënt
(niet) onbevooroordeeld kijken
privéruimte van ander/zelf
levenservaring
(nog moeten) leren kennen
(gebrek aan) kennis
eigen s/z
er (niet) zelf over beginnen
(niet) holistisch denken

Hoofdcodes: overige relevante codes

training
 bruikbaarheid tool om s/z te bespreken
 herkenning van s/z vragen bij professionals
 initiatief vanuit professionals
 lachen in training
 meta-niveau training
 motivatie training hoog-laag
 ongemak in training
positieve gezondheid
kritische reflectie op beroep
verwevenheid professioneel en persoonlijk
motivatie doelgroep ambulante hoog-laag
discipline ervaringsdeskundige
praktische ondersteuning
positiviteit