





ESSAY
4

Zorg voor zingeving: basisbekwaamheid vereist

Door René van Leeuwen

Zorg voor zingeving: je hebt het of je hebt het niet. In de discussie over aandacht voor zingeving door zorgprofessionals wordt deze stelling wel verdedigd. Er wordt dan gesteld dat het wel of niet aandacht hebben voor de zingevingsproblemen van de patiënt afhangt van de zorgverlener die deze toevallig treft. Voorwaarde is, zo stelt men, dat er sprake moet zijn van een persoonlijke (levensbeschouwelijke) klik tussen patiënt en zorgverlener. Deze stelling kan voor zorgverleners een legitimatie zijn om de zingevingsbehoeften en of -problemen te vermijden. In de praktijk van de zorgverlening blijkt dat ook het geval te zijn. Zorg voor zingeving moet echter niet afhankelijk zijn van toevalsfactoren, maar integraal deel uitmaken van goede zorg. In verschillende bijdragen in dit signalement is de relevantie daarvan duidelijk gemaakt. Deze integrale verankering vraagt dan wel om bekwaamheid van zorgverleners. De vraag is wat die bekwaamheid moet inhouden en hoe daar in het gezondheidszorgonderwijs aan gewerkt kan worden. Dit is een aanzet tot een antwoord op die vragen.

Zingeving hoort er bij

Patiënten en cliënten kunnen in hun ziekte- en behandelproces zodanig geconfronteerd worden met zingevingsproblemen, dat aandacht daarvoor in de zorgverlening van belang is. In andere bijdragen in dit signalement is de incidentie van deze thematiek naar voren gebracht. In de actuele discussie over een nieuwe definitie van gezondheid worden zingeving en spiritualiteit expliciet genoemd als één van de dimensies van gezondheid (Huber, 2014). Het kan nodig zijn om hiervoor aandacht te hebben in het multidisciplinaire besluitvormingsproces tussen patiënt en zorgverleners en in de uitvoering van de zorgverlening. Verschillende factoren zorgen er echter voor dat structurele en geïntegreerde aandacht voor dit aspect in de zorgverlening vaak nog ontbreekt (McSherry, 2000). Het ontbreekt aan beleidsmatige- en organisatorische inbedding en aan deskundigheid bij specifieke groepen zorgverleners. De richtlijn spirituele nood, waar in een andere bijdrage in dit signalement aan is gerefereerd, vormt een goede inhoudelijke basis voor een beleidsmatige en geïntegreerde inbedding van spirituele zorg in de praktijk (IKNL, 2010). Deze richtlijn is nu nog ontwikkeld voor de palliatieve zorg, maar kan als basis dienen voor verdere uitwerking in andere sectoren van de gezondheidszorg zoals de geestelijke gezondheidszorg, waar zingeving een dimensie is in de zorgverlening (Verhagen, 2012).

De richtlijn maakt duidelijk dat zorg voor zingeving verleend kan worden in de vorm van aandacht, begeleiding en crisisinterventie. Hiermee worden verschillende deskundigheidsniveaus aangegeven. Aan deze verschillende niveaus wordt door verschillende zorgprofessionals gewerkt. Bij aandacht en (basale) begeleiding gaat het om zorg voor zingeving binnen een breder kader van professioneel handelen, zoals dat van artsen, verpleegkundigen, paramedici en sociaal werkers. Bij specialistische begeleiding en crisisinterventie gaat het om specialisten, zoals geestelijk verzorgers en psychotherapeuten. Laatstgenoemden zijn daarvoor specifiek opgeleid en functioneren in een multidisciplinair verband als experts.

De richtlijn maakt expliciet duidelijk dat zorg voor zingeving ook behoort tot het professionele werkkader van de niet-specialistische zorgverleners op dit gebied, zoals artsen, verpleegkundigen, paramedici en sociaal werkers. In het vervolg van deze tekst wordt op de vorming en scholing van deze groep verder ingezoomd. In de praktijk blijkt dat voor veel van deze zorgverleners de zorg voor zingeving nog geen geïntegreerd onderdeel is van hun professionele handelen (Steemers-Winkoop, 2014;

Bouwer, 2010; Van Leeuwen, 2009A). Hierbij spelen persoonlijke en professionele factoren een rol. Er kan sprake zijn van een persoonlijke weerstand bij zorgverleners, die zich uit in het vermijden van een gesprek over zingeving. Hierbij speelt de eigen opvatting en overtuiging over zingeving en de daaraan verwante begrippen als levensbeschouwing, spiritualiteit en religie een rol. Naast deze persoonlijke weerstand kan er sprake zijn van een professionele handelingsverlegenheid, waarbij zorgverleners niet weten wat hun rol is en zich afvragen hoe ze moeten reageren op zingevingvragen van patiënten. Deze persoonlijke en professionele factoren kunnen er in de praktijk toe leiden dat zorgverleners aandacht voor zingeving vermijden.

Zingevingbekwaamheid

Het hanteren van bovengenoemde persoonlijke en professionele factoren vragen om specifieke aandacht in vorming en scholing van zorgverleners. Om tot adequate scholingsprogramma's te komen moet eerst de vraag beantwoord worden waaruit de bekwaamheid van zorgverleners moet bestaan. In dit verband wordt in de literatuur gesproken over zingeving- of spirituele competenties. Onderzoek daarnaar staat nog in de kinderschoenen en is vaak nog monodisciplinair van aard. Deze studies geven wel richting en er kan uit afgeleid worden dat een drietal basisbekwaamheden van belang zijn (Van Leeuwen, 2009B; Kelly, 2012): persoonlijke, praktische en beleidsbekwaamheid.

Persoonlijke bekwaamheid

Hierbij gaat het om de ontwikkeling van een professionele attitude van de zorgverlener ten opzichte van de zingevingproblematiek van de patiënt. Het betreft een proces van persoonlijke bewustwording door middel van reflectieve en communicatieve vaardigheden. Omgaan met zingevingproblematiek van de patiënt vraagt kunnen luisteren naar diens verhaal en afstemmen op diens waarden en overtuigingen en daarbij ook bewustwording van de invloed van de eigen waarden. Ethiek speelt hierbij ook een rol. Hoe wordt omgegaan met thema's als macht en (ten onrechte) vermijden of opdringen van zorg voor zingeving. Zingeving speelt een belangrijke rol in situaties waarin er medisch gesproken geen antwoorden of oplossingen meer zijn. Professionals worden naast persoonlijke grenzen ook geconfronteerd met professionele grenzen. Dit kan gevoelens van onmacht oproepen, die geduid kunnen worden als zingevingvragen van de professional. Het is belangrijk dat zorgprofessionals deze persoonlijke aspecten leren hanteren in relatie tot zorgvragers en in samenwerkingsverbanden.

Praktische bekwaamheid

Hierbij gaat het om de inbedding van de aandacht voor zingevingproblematiek in het methodische zorgproces. In het proces van gezamenlijke besluitvorming tussen zorgverlener en patiënt (*shared decision making*) zal de zorgverlener, waar relevant, de zingevingproblematiek moeten kunnen herkennen en verkennen, waar nodig de patiënt ondersteuning kunnen bieden en adequaat moeten kunnen verwijzen. In de verschillende fasen van het zorgproces vraagt dit om specifiek handelen (afnemen anamnese/intake, planning, uitvoering en evaluatie van zorg in een multiprofessioneel kader). Bij deze praktische bekwaamheid is er de valkuil dat zorgverleners vervallen in een instrumentele manier van werken. Belangrijk is dat zij leren te werken vanuit een benadering van presentie en niet (altijd) vanuit een probleemoplossende benadering (Baart, 2001). Zorg voor spiritualiteit en spirituele behoeften vraagt primair om een houding van aandacht en luisteren. Aandacht in onderwijsprogramma's voor deze aspecten van communicatie is belangrijk.

Beleidsmatige bekwaamheid

Dit vraagt van zorgverleners dat zij het belang van aandacht voor zingevingproblematiek kunnen betrekken bij beleidsvorming, kwaliteitszorg en deskundigheidsbevordering in de zorginstelling. Het gaat hierbij om de visie op zorg en de vertaling daarvan in de praktijk. Van zorgverleners mag verwacht worden dat zij ook een visie

hebben op zorg voor zingeving (spirituele zorg) in het licht van de hedendaagse gezondheidszorg. De door zorgverleners ervaren schaarste in de zorg (geld, personeel) stelt hen voor de uitdaging om een antwoord te vinden op te vraag hoe binnen die context zorg voor zingeving realiseerbaar is. Beroepsethische vragen kunnen hierbij ook aan de orde zijn.

Deze bekwaamheidsgebieden geven in essentie weer wat er van zorgverleners verwacht mag worden, op basis van wat er tot nu toe vanuit de literatuur bekend is. Hierbij kunnen kanttekeningen worden geplaatst. In de eerste plaats betreft het hier bekwaamheden die zijn beschreven op basis van beperkt onderzoek. Op basis van deze kennis moet er verder gewerkt worden aan het realiseren van brede consensus over bekwaamheden van zorgprofessionals in de context van de Nederlandse gezondheidszorg. Ten tweede moet worden opgemerkt dat de beschreven bekwaamheden generiek zijn geformuleerd en er geen uitwerking is gemaakt voor specifieke professionele disciplines. Moet er bijvoorbeeld een onderscheid gemaakt worden in bekwaamheid van artsen en verpleegkundigen? Onderzoek naar de inhoud van een zingevingsbekwaamheid is gewenst, waarbij moet worden gekeken naar generieke en disciplinespecifieke aspecten van bekwaamheid.

Vorming en scholing

Op basis van de bekwaamheidseisen kan er gewerkt worden aan een vorming- en scholingsprogramma voor zorgverleners dat zich richt op een zingevingsbekwaamheid. In Nederland bestaat geen landelijk vastgesteld leerplan op dit gebied voor artsen, verpleegkundigen, paramedici en sociaal werkers. In de internationale context is er over het medisch- en het verpleegkundig onderwijs het één en ander beschreven. In de literatuur daarover wordt gesproken over *spiritual care education*. Uit reviewstudies naar onderzoeken over onderwijsprogramma's blijkt dat het onderzoek op dit gebied nog beperkt plaatsvindt en vooral wordt uitgevoerd in de Verenigde Staten en in mindere mate in Europa (Luchetti, 2012; Lewinson, 2015). De kennis uit die studies is niet één op één over te nemen in leerplannen in het Nederlandse gezondheidszorgonderwijs. In scholingsprogramma's spelen contextuele en culturele aspecten een belangrijke rol. Onderzoek naar de specifieke inhoud van onderwijsprogramma's in Nederland is noodzakelijk.

Uit de medische studies komt naar voren dat bij een meerderheid van de opleidingen in de USA *spiritual care* een onderdeel is van het curriculum. Uit deze studies blijkt verder dat het onderwijs de studenten helpt te vragen naar zingeving in de anamnese, dat studenten vinden dat hun relatie met de patiënt er positief door wordt beïnvloed, zij meer begrijpen van de relatie tussen zingeving en gezondheid en dat het onderwijs hen aanzet tot zelfreflectie over hun eigen rol op dit gebied in de zorgrelatie met de patiënt. Het onderwijs vindt plaats in uiteenlopende sectoren van de gezondheidszorg (onder andere palliatieve zorg, ziekenhuis, psychiatrie, huisartspraktijk). Ook geven respondenten aan dat hun werktevredenheid is toegenomen door dit onderwijs. De studies zeggen weinig over gebruikte onderwijsmethoden. Uit studies die zijn uitgevoerd in Engeland, blijkt er onder artsen scepsis over dit onderwerp, waardoor zij een barrière ervaren om met patiënten over zingeving te spreken. Hieruit blijkt dat de persoonlijke houding van de zorgverlener ten opzichte van deze thematiek bepalend is voor het wel of niet aandacht geven aan zingeving. Persoonlijke barrières van zorgverleners en de effecten daarvan op de zorgverlening moet ook onderwerp van onderzoek zijn Nederland. In scholing dienen deze barrières expliciet aan de orde te komen.

Uit de verpleegkundige studies blijkt dat verpleegkundigen zingeving als een onbetwist aspect erkennen van holistische verpleegkundige zorg. Verpleegkundigen zijn zich bewust van hun rol in dat verband. De studies benadrukken het belang van onderwijs op dit gebied. De studies tonen aan dat studenten meer inzicht hebben gekregen in het concept *spirituality* en dat ze meer zicht hebben gekregen op hoe ze aandacht kunnen geven aan zingeving in de praktijk van alledag en ook geven zij aan dat het onderwijs hen heeft aangezet tot zelfreflectie. Uit deze studies blijkt ook dat leren in de praktijk een belangrijk instrument is om de bekwaamheid op dit gebied te bevorderen.

Daarbij wordt ook het belang van een interprofessionele benadering benadrukt. Een studie binnen het sociale domein toont de relevantie van de thematiek aan. Verdere ontwikkeling van onderwijs, praktijk en onderzoek wordt aanbevolen (Nelson-Becker, 2012). Het streven naar een participatiesamenleving laat behoeftes en problemen zien die in verband staan met zingeving. Religieus extremisme is een probleem voor de jeugdzorg geworden, gemeenten en sociale wijkteams worden geconfronteerd met toenemende eenzaamheid onder burgers en er is een toenemende behoefte aan vrijwilligers en mantelzorgers die betrokken willen zijn bij de zorg voor cliënten.

Ondanks dat de kennis over het onderwijs in Nederland op dit gebied en de effecten daarvan nog niet systematisch in kaart zijn gebracht, zijn er al wel initiatieven die richting geven aan scholings- en vormingsprogramma's (Mulder, 2012; Vosselman, 2013; Hogeschool Viaa, Kiesopmaat). Interessant is de vraag wat het effect is van deze methodieken. Hierbij is de vraag naar de inrichting van het onderwijs ook van belang. Welke inhoud leent zich voor het initiële onderwijs en welke voor het vervolgonderwijs? Leent deze thematiek zich voor modulair of voor integratief onderwijs? De ontwikkeling van kennis over effectief onderwijs moet onderwerp zijn van onderzoek.

Kennisontwikkeling

Aandacht voor zingevingsproblematiek van patiënten vraagt deskundigheid van zorgverleners. Bij de experts op het gebied van zingeving mag die deskundigheid worden verondersteld. Een integrale aandacht voor zingeving in zorgprocessen vraagt ook wat van andere zorgverleners. Zij hebben vaak de eerste contacten met de patiënt en kunnen gezien worden als de zingevingspoortwachters. Zij luisteren, zijn present, signaleren, begeleiden en verwijzen. Een basiskwalificatie zoals hierboven omschreven mag en moet van elke zorgverlener verwacht worden. Kennisontwikkeling moet zich richten op de persoon van de zorgprofessional, de aandacht voor zingeving in het methodisch zorgproces en de bijdrage die zorgprofessionals op dit gebied leveren aan de ontwikkeling van kwaliteitsbeleid van zorginstellingen. Van daaruit kunnen leerplannen voor het (post-)initiële onderwijs worden beschreven en vervolgens kunnen lesmethodes worden ontwikkeld en geëvalueerd. Bij deze evaluatie moet vooral gekeken worden naar effecten in de beroepspraktijk, waarbij het patiënten- en zorgverlenersperspectief centraal moet staan.

Op basis van het voorgaande wordt een onderzoeks- en implementatieagenda aanbevolen voor de ontwikkeling van een basisbekwaamheid zingeving van zorgprofessionals. Het uitwerken van de agenda vergt financiële middelen om samenwerking op het gebied van onderzoek en onderwijs te faciliteren. ZonMw kan hierin een coördinerende rol spelen. De onderzoeks- en implementatieagenda moet de realisatie van de volgende doelstellingen beogen:

- 1 Bereik met relevante stakeholders consensus over een multiprofessionele beschrijving van basisbekwaamheden van zorgverleners op het gebied van zorg voor zingeving, waarbij (zo nodig) onderscheid is voor generieke en (discipline) specifieke bekwaamheden.
- 2 Beschrijf op basis van de vastgestelde bekwaamheden relevante onderdelen over zorg voor zingeving voor de leerplannen van het (post-)initiële onderwijs van zorgverleners en de wijze waarop deze in het curriculum kunnen worden verwerkt.
- 3 Ontwikkel lesmethoden/onderwijsprogramma's zodat de vereiste basisbekwaamheden kunnen worden aangeleerd bij (aankomende) zorgprofessionals.
- 4 Onderzoek wat de effecten van dergelijke onderwijsprogramma's zijn op de bekwaamheid van zorgverleners en de kwaliteit van de zorgverlening in de praktijk.

Referenties

- Academie Health Care, Hogeschool Viaa, Minor Mens en Zorg. (201X?). *Aandacht voor zingeving*. Lesprogramma opleiding HBO-V. Zwolle: auteur.
- Baart, A. (2001). *Een theorie over presentie*. Utrecht: Lemma.
- Bouwer, J. & Haar, B. de. (2012). *Kwaliteit van zorg. Optimaal zonder levensbeschouwing*. Assen: Van Gorcum.
- Huber, M. (2014). *Towards a new, dynamic concept of Health. Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food* (Proefschrift Maastricht University, Maastricht) Enschede: Ipskamp Drukkers.
- IKNL (2010). Palliatieve zorg: Richtlijnen voor de praktijk. *Richtlijn spirituele zorg*. www.pallialine.nl/spirituele-zorg
- Kelly, E. (2012). Competences in spiritual care education and training. In: M Cobb, CM Puchalski, B Rumbold. Oxford textbook of Spirituality and Healthcare; 435-441. University Press, Oxford.
- Leeuwen, R. van & Schep-Akerman, A. (2009). Spirituele zorg; vanzelfsprekend, maar niet vanzelf. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 119, 11/12, 34-39. (ref. 2009A).
- Leeuwen, van R., Tiesinga, L.J., Middel, B., Post, D., Jochemsen, H. (2009). The validity and reliability of an instrument to assess nursing competencies in spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, 18, (20), 2857-69. (ref. 2009B).
- Lewinson, L.P., McSherry, W. & Kevern P. (2015). Spirituality in pre-registration nurse education and practice: A review of the literature. *Nurse Education today*, 35: 806-814.
- Luchetti, G., Luchetti, A.L.G. & Puchalski, C.M. (2012). Spirituality in medical education: Global reality? *Journal of Religion and Health*, 51, 3-19.
- McSherry, W. (2000). *Making sense of spirituality in nursing and health care practice*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Mulder, A. & Snoek, H. (2012). *Werken met diepgang. Levensbeschouwelijke communicatie in de praktijk van onderwijs, zorg en kerk*. Zoetermeer: Meinema.
- Nelson-Becker, H., & Sullivan, M.P. (2012). Social care. In: M. Cobb, CM Puchalski, B Rumbold (Ed.) *Oxford textbook of spirituality in healthcare*. (pp. 409-416). Oxford: University Press.
- Steemers-Winkoop, M. (2014). *Spiritualiteit en gezondheid*. Budel: Damon.
- Verhagen, P.J. & Megen, H.J.G.M. van. (2012). *Handboek psychiatrie, religie en spiritualiteit*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Vosselman, M. & Hout, K. van. (2013). *Zingevende gespreksvoering. Helpen als er geen oplossingen zijn*. Amsterdam: Boom/Nelissen.
- Zingeving in Social Work*. Geraadpleegd 20-02-2015, van www.kiesopmaat.nl/modules/han/FGGM/137348/

