

***‘Dokter, wilt u eens goed doorvragen
naar de betekenis van mijn klacht?’***

Over het herkennen van zingevingproblematiek
tijdens het spreekuur van de huisarts

B.L. Hooghoudt S2598183

Scriptie Masteropleiding Geestelijke verzorging
Faculteit Godgeleerdheid en Godsdienstwetenschap RUG
Juli 2017

Eerste begeleider: Prof. dr. T.H. Zock - RUG

Tweede beoordelaar: Prof. dr. M.N. Walton – PThU

Voorwoord

Diep van binnen weten we wel dat het leven niet altijd *maakbaar en meetbaar* is en ons soms voor lastige *levensvragen* stelt. En toch klampen we ons vaak vast aan de utopische gedachte dat de geneeskunde al onze problemen kan oplossen. Overbehandeling en nodeloze medicalisering zijn dan soms het gevolg.

Na een periode van 20 jaar *maakbaar* werken in het bedrijfsleven heb ik zelf de zoektocht met de *grote vragen* mogen aangaan. Ik ben gefascineerd geraakt door de wijze waarop we in deze geseclariseerde en individualistische samenleving allen geacht worden zonder noemenswaardige begeleiding het leven te kunnen bestormen, totdat.... we ineens tegen een (menselijke) grens aanlopen en *ziek* worden. De huisarts kan vervolgens bijna niet anders dan ons de medische, *maakbare* molen in te sturen. En welke patiënt stelt dan die virtuele titelvraag van deze scriptie aan zijn huisarts? Ik zelf deed het in ieder geval niet, 10 jaar geleden, met een vrij zinloos medisch onderzoekstraject als gevolg.

Mijn levenszoektocht bracht me 5 jaar geleden naar de UvH en een jaar later bij de studie Geestelijke verzorging aan de RUG. Voor u ligt de afsluiting hiervan; een onderzoek naar 'zingeving in de huisartsenpraktijk'. Net als het hele leven bleek ook dit onderzoek af en toe een worsteling, maar het vertrouwen op een goede afloop is altijd gebleven. Martin, dank voor je tips bij het empirisch gedeelte en Hetty, heel veel dank voor je constructieve, inhoudelijke feedback. Louise, Gerwin en Joniek, ons stabiele thuisfront was van onschatbare waarde.

Door me te verdiepen in mijn eigen kwetsbaarheid is mijn leven zo veel rijker geworden. Worstelingen zijn er nog volop maar die zijn vaak de bron van nieuwe verdieping en verbinding. Het motiveert me ook anderen te begeleiden bij hun levensvragen en in hun proces om in contact te komen met hun levensverhaal; een soort *preventieve geestelijke verzorging*.

Het zou helpen als ook beleidsmakers en verzekeraars de moed hadden meer waarde te hechten aan zaken die niet *meetbaar en maakbaar* zijn....

Samenvatting

Middels dit afstudeeronderzoek is getracht meer zicht te krijgen op de werkwijze van Noord-Nederlandse huisartsen bij mogelijke zingevingsproblematiek van hun patiënten. De nadruk is gelegd op de wijze waarop huisartsen signalen van zingevingsproblematiek (kunnen) herkennen. Naast bestudering van relevante literatuur over zingeving en visies over de samenhang tussen gezondheid, psychologie en zingeving, heeft er een empirisch onderzoek plaatsgevonden waarbij in totaal zes spreekuren bij drie huisartsen zijn geobserveerd. Direct aansluitend zijn de huisartsen via een semigestructureerd interview gevraagd te reflecteren op de mogelijke zingevingsproblematiek van de patiënten en de wijze van herkenning hiervan. Tevens is een door de onderzoeker uit de literatuur gedistilleerd signaleringsraster voorgelegd om te verkennen of dit het herkennen van zingevingsproblematiek zou kunnen vergemakkelijken.

De zoektocht naar signalen leverde zeven verschillende aspecten op: twee zintuigelijk waar te nemen *signalen* en vijf *factoren* die een rol spelen bij herkenning en diagnostisering van zingevingsproblematiek. Van deze laatste waren de evaluatie van de arts-patiëntrelatie en van de eigen levensbeschouwelijke visie de meest opvallende. De huisartsen gaven aan dat zingevingsproblematiek naar alle waarschijnlijkheid een rol speelt bij het merendeel van hun patiënten. Afgezien van een enkele doorverwijzing naar de praktijkondersteuner-GGZ, werd geen verdere begeleiding door henzelf geboden. Ook werd niet doorverwezen naar een geestelijk verzorger. Dit zou, behalve door mogelijk beperkte *herkenning* ook verklaard kunnen worden door de (nog) beperkte *erkenning* van zingevingsproblematiek als bron van gezondheidsklachten. Mede door deze beperkte erkenning bestaat er voor huisartsen nauwelijks methodiek en kunnen de diverse *latente signalen* niet leiden tot een duidelijke diagnose. Geadviseerd wordt het thema zingeving in de huisartsenopleiding serieus te nemen en de mogelijkheden van (schematische) hulpmiddelen met metaforische taal verder te ontwikkelen.

Inhoudsopgave

Voorwoord

Samenvatting

Inhoudsopgave

1. Inleiding en probleemstelling.....	6
2. Zingeingsvragen in de hedendaagse huisartsenpraktijk.....	12
2.1 Arts, gezondheid en zingeving	
2.2 De rol van de huisarts	
2.3 Actuele ontwikkelingen rondom zingeving	
3. Het herkennen van zingeingsvragen.....	24
3.1 Drie vereisten voor herkenning	
3.2 Opvatting over zingeving	
3.3 De verhouding tussen zingeving en psychologie	
3.4 Herkenningsvaardigheid	
3.5 Een signaleringraster	
4. Opzet van het empirisch onderzoek.....	35
4.1 Type onderzoek	
4.2 Pilot	
4.3 Werven van de kandidaten en voorbereiding van de interviews	
4.4 De uiteindelijke opzet van het onderzoek	
4.5 Samenstelling van het interviewscript inclusief signaleringsraster	
4.6 Enkele opmerkingen over de observaties en het verloop van het interviewproces	

5. Resultaten van het empirisch onderzoek.....	44
5.1 Kwantitatief resultaat van de observaties	
5.2 De visies van de huisartsen	
5.2.1 Zingeving en zingevingsproblematiek	
5.2.2 De relatie tussen gezondheid en zingeving	
5.2.3 De algemene rol van de arts en zijn omgang met patiënten	
5.2.4 De rol van de arts bij zingevingsvragen	
5.3 De signalen van zingevingsproblematiek en het signaleringsraster	
5.3.1 De signalen	
5.3.2 Het signaleringsraster	
5.4 Samenvatting van de visies	
6. Conclusie en discussie.....	64
6.1 Conclusie	
6.2 Methodische kanttekeningen van het onderzoek	
6.3 Discussie	
6.4 Aanbevelingen	
Literatuuroverzicht.....	78
Bijlage 1: Wervingsbrief huisartsen	
Bijlage 2: Interviewscript 1 en 2	
Bijlage 3: Notitieformulier tijdens spreekuur	

1. Inleiding en probleemstelling

Als we pijn hebben of ons ziek voelen gaan we naar de dokter. En van hem of haar¹ verwachten we vervolgens een snelle oplossing. Maar in de gezondheidszorg is niet alles maakbaar en klachten kunnen soms lang aanhouden, zeker als er sprake is van chronische of levensbedreigende ziektes. Dit proces kan gepaard gaan met heftige emoties als ongeloof, verdriet en woede, en uiteindelijk kan het existentiële vragen over *de zin van het leven* oproepen. Patiënten kunnen dan het overzicht over hun leven kwijtraken en zich afvragen of hun leven nog wel betekenis of zin heeft. Ze hebben geen regie meer of missen de ervaring van verbondenheid met zichzelf, de ander of het *grotere of hogere*². In dergelijke gevallen is sprake van *stagnatie van zingeving* en wordt wel gesproken van *zingevingsproblematiek*³. Geestelijk verzorgers kunnen in dergelijke situaties behulpzaam zijn om patiënten te begeleiden bij een proces van nieuwe betekenisgeving en kunnen bijdragen aan hun welbevinden door aandacht voor spirituele groei, veerkracht, weerbaarheid en vermindering van kwetsbaarheid⁴.

Ook gezonde mensen kunnen worstelen met levensvragen en ontwricht raken door min-of-meer normale, bij het leven horende, verlieservaringen of door worstelingen met identiteit, ethische kwesties of geloof. Dit roept dan de vraag op of de bijbehorende zingevingsvragen een dusdanige impact kunnen hebben dat ze ook (mede) aan de bron kunnen staan van wat wij in het dagelijks gebruik *ziekte* noemen. Een samenhang tussen zingevingsproblematiek en fysieke klachten zou kunnen ontstaan via het mechanisme van stress. In situaties waarin iemand onvoldoende effectief kan omgaan (*coping*) met stressoren is

¹ In het vervolg van dit onderzoek wordt de manlijke vorm gebruikt waar dat even goed de vrouwelijke kan zijn.

² Bedoeld worden allerlei ervaringen van transcendentie, zoals een geloof of verbondenheid met de natuur.

³ Leeuwen, R. van, 'Zorg voor zingeving: basisbekwaamheid vereist', in: ZonMW, *Zingeving in Zorg*, 2016, 41-45.

⁴ VGVZ, *Beroepsstandaard geestelijk verzorger*, 2015, 10.

bekend dat psychische of - via het proces van somatisering - lichamelijke klachten kunnen ontstaan⁵. Door verschillende wetenschappers en artsen wordt een relatie verondersteld tussen gezondheid, stress en zingevingproblematiek⁶.

De relatie tussen zingevingklachten en gezondheid kan relevant zijn voor situaties waarin klachten mogelijk onterecht medisch of psychologisch worden geïdentificeerd. Dan leidt de aanvankelijke klacht tot onnodige medicalisering en mogelijk tot overbehandeling⁷. Gezien de huidige aandacht voor kostenbeheersing in de zorg en een steeds grotere rol van de patiënt in het zorgproces lijkt het zinvol een dergelijke relatie te onderzoeken.

Zingevingproblematiek is lastig te definiëren. Als werkdefinitie voor het begrip zingeving wordt in dit onderzoek de formulering van Van der Lans⁸ gehanteerd: '...een reeks van samenhangende cognitief-affectieve processen, die voorwaarden scheppen voor inzet en betrokkenheid en voor zinbeleving...'. Van oudsher is aandacht voor zingeving en het vakgebied van de geestelijke verzorging het domein geweest van religieuze organisaties en was het vooral relevant in specifieke (zorg)omgevingen waar ziekte of ongeluk zich al in de aard der zaak manifesteerden, zoals ziekenhuizen en verpleeghuizen. Maar in de samenleving heeft zich een proces voltrokken van individualisering van religie en zingeving⁹ en vindt veel zorg plaats buiten de muren van instituten, waardoor zingevingsvragen nu soms verborgen blijven.

Om vragen rondom zingeving en spiritualiteit hanteerbaar en inzichtelijk te maken zijn er vanuit het vakgebied van de geestelijke verzorging in de afgelopen decennia vele modellen, luisterrasters en instrumenten voor *spiritual assessments* ontwikkeld. Vooral in de palliatieve zorg is de aandacht voor

⁵ Lazarus, R.S., Folkman, S., *Stress, appraisal and coping*, New York, 1984.

⁶ Zie paragrafen 2.1 en 3.3.

⁷ In de zorg is sprake van overbehandeling als een aandoening wordt behandeld, die niet tot klachten zou hebben geleid. www.rivm.nl geraadpleegd 17 Maart 2017.

⁸ Lans, J. van der, 'Zingeving en zingevingfuncties van religie bij stress', in: *Religie ervaren*, KSGV Tilburg 2006, 80.

⁹ Donk, W.B.H.J. van der, Jonkers, A. P., 'Geloven in het publieke domein: een introductie in deze verkenning', in: Donk, W.B.H.J. e.a., *Geloven in het publieke domein*, WRR Amsterdam 2006, 13-25.

zingeving sterk toegenomen; hier wordt in toenemende mate met methodieken gewerkt, zoals het *ABC-model van spirituele zorg*¹⁰.

In de huisartsenzorg (1^e lijnszorg) was tot op heden relatief weinig aandacht voor zingeving¹¹ en bestaan er ook weinig mogelijkheden voor doorverwijzing naar bijvoorbeeld geestelijk verzorgers. Maar door recente maatschappelijke veranderingen zoals extramuralisering van de zorg, nieuwe visies op ziekte en gezondheid (zie *Positieve Gezondheid* – Huber¹²) en de oproep aan burgers tot participatie en zelfontwikkeling, krijgt het begrip zingeving momenteel een soort tweede kans en groeit de aandacht voor zingevingvragen bij huisartsen. Tegelijkertijd groeit bij geestelijk verzorgers de interesse voor zingeving in de huisartsenpraktijk¹³.

Huisartsen zien - als poortwachters van de zorg - gezondheidsklachten veelal als eerste en zijn bovendien vanuit hun kernwaarden¹⁴ verantwoordelijk voor de integraliteit van de zorg. Maar het duiden van klachten binnen een consult van 10 minuten is vaak een hachelijke zaak en de roep om een diagnose is sterk. De huisartsen Schuurmans en Veldhoven formuleren het als volgt: 'Allerhande problemen worden als lichamelijke klachten gepresenteerd. Het geven van een medische diagnose en behandeling schept tevredenheid, ook bij onbegrepen lichamelijke klachten, zelfs als de behandeling niet helpt'¹⁵. Blijkbaar gaan er achter lichamelijke klachten soms andere zaken schuil, maar hoe herken je als huisarts die *vraag achter de vraag*¹⁶ en de mogelijkheid dat klachten misschien wel hun wortel vinden in zingevingproblematiek? Veelal ontbreken tijd, interesse of vaardigheden en zijn concrete *handvatten* of protocollen afwezig. Anbeek constateert in haar onderzoek over zingeving in de zorg '...dat levensvragen die eerder in het ziekteproces kunnen spelen veel minder worden

¹⁰ <http://www.pallialine.nl/spirituele-zorg> geraadpleegd 17 januari 2017.

¹¹ Nipius, A., *Zorg voor zingeving*, scriptie RUG 2017, 77.

¹² Huber, M. e.a., 'Towards a 'patient-centered' operationalisation of the new dynamic concept of health.' *British Medical Journal (BMJ) Open* 5 (2016), 1-11.

¹³ <http://vgvz.nl/werkvelden/eerste-lijn/> geraadpleegd 17 januari 2017.

¹⁴ NHG-LHV, *Toekomstvisie Huisartsenzorg, Kerndocument*, Utrecht 2012, 6.

¹⁵ Schuurmans, J., Veldhoven, C., 'Het belang van de geestelijk verzorger of zingevingconsulent in de eerste lijn.', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging (TGV)* 14 (2011), 45-48.

¹⁶ <https://www.henw.org/archief/volledig/id1797-het-probleem-en-de-hulpvraag.html> geraadpleegd 7 maart 2017.

opgemerkt door de huisartsen'¹⁷. Gevolg kan zijn, dat '...problemen van mensen te snel worden gemedicaliseerd (...) en hun zorgvragen in de dure tweede of derde lijn worden behandeld, terwijl dit niet nodig is'¹⁸.

Vraagstelling

De in het voorgaande geformuleerde probleemschets leidt tot de volgende onderzoeksvraag:

Welke signalen van mogelijke zingevingsproblematiek herkennen Noord-Nederlandse huisartsen in hun consulten en hoe zijn deze signalen te plaatsen binnen een praktisch signaleringsraster?

Dit onderzoek richt zich daarmee op het classificeren en evalueren van opgemerkte signalen van zingevingsvragen. Het gaat niet in op andere vragen, zoals de mate waarin de herkende signalen ook daadwerkelijk worden erkend als zingevingsproblematiek, welke wegen er voor huisartsen openstaan hun patiënten te (laten) begeleiden bij zingevingsproblematiek en wat de eventuele effecten van die begeleiding kunnen zijn voor de gezondheid of het welbevinden.

Ter beantwoording van de hoofdvraag zijn de volgende drie deelvragen gesteld:

- a. Welke rol speelt zingevingsproblematiek in het spanningsveld tussen ziek en gezond?
- b. Welke werkdefinities, modellen en methodieken zijn mogelijk bruikbaar bij het proces van herkennen van zingevingsproblematiek?
- c. Welke concrete signalen van zingevingsproblematiek zijn mogelijk te herkennen in een regulier huisartsenspreekuur?

Doelstelling

Dit onderzoek heeft een tweetal doelstellingen beoogd:

¹⁷ Anbeek, C., e.a., 'Bestaansconsulenten binnen eerstelijns behandelteams: Een verborgen vraag en mogelijkheden voor een nieuw aanbod.', in: Erp, S. van, Goris, H., *De theologie gevierendeeld*, Nijmegen 2013, 137–159.

¹⁸ Loenen, G. van, 'Voorwoord', in: Glas e.a., *Zuinig op zin*, KSGV Tilburg 2014, 7.

1. Inzicht verkrijgen in welke signalen de huisarts tijdens het spreekuur opvangt rondom zingeingsvragen en hoe hij deze signalen vertaalt naar de behandelstrategie.
2. Inzicht verkrijgen hoe deze bevindingen zich verhouden tot een - op grond van de literatuur zelf ontworpen - signaleringsraster om zingeingsproblematiek te herkennen.

Onderzoeksopzet

De studie is begonnen met literatuuronderzoek ter beantwoording van de drie deelvragen. Hierbij is nadrukkelijk gezocht naar literatuur binnen het vakgebied van de Nederlandse huisartsengeneeskunde (zoals naar hun taakopvatting en diagnostische vaardigheden) en recente studies en publicaties over de ontwikkeling van zingeving in de 1^e lijn. Ook de relatie tussen psychologie en zingeving is verkend, omdat worstelingen met levensvragen stress kunnen veroorzaken en de wijze van omgang met stress (*coping*) bepalend kan zijn voor het ontstaan van gezondheidsproblematiek.

Ten behoeve van het empirische gedeelte van het onderzoek zijn zes spreekuren bij drie verschillende huisartsen bijgewoond en zijn de patiënten en arts-patiënt communicatie geobserveerd. Na afloop van het spreekuur is een semigestructureerd interview met de huisarts afgenomen. Aan de hand van de klachten van de patiënten is samen met de huisarts gereflecteerd op de mogelijke *vraag achter de vraag*, zoals een zingeingsvraag. De huisarts is gevraagd naar de signalen van zingeingsproblematiek die hij had opgemerkt. De onderzoeker heeft daarna de door hemzelf opgevangen signalen ingebracht. Uiteindelijk zijn de signalen gerubriceerd naar thema en naar wijze waarop ze herkend konden worden. Aan het einde van het interview werd een door de onderzoeker zelf uit de literatuur samengesteld schema, een *signaleringsraster*, ingebracht dat voor huisartsen mogelijk behulpzaam zou kunnen zijn bij het herkennen en bespreekbaar maken van zingeingsproblematiek.

Leeswijzer

In hoofdstuk 2 en 3 zijn de theoretische kaders van het onderzoek nader toegelicht. Hierbij is respectievelijk ingegaan op de rol die het aspect zingeving momenteel vervult binnen de huisartsenpraktijk en op de wijze waarop mogelijke zingevingsvragen bij patiënten zijn te herkennen. Uiteindelijk heeft dit geresulteerd in het samengestelde signaleringsraster voor het empirisch onderzoek (par. 3.5). In hoofdstuk 4 en 5 zijn respectievelijk de opzet en de resultaten van het empirisch onderzoek beschreven; hierbij ligt de nadruk op de vraag welke signalen voor de huisarts kunnen wijzen op zingevingproblematiek. In het laatste hoofdstuk (6) is de onderzoeksvraag beantwoord en zijn een aantal aspecten van het onderzoek nader bediscussieerd en voorzien van enkele aanbevelingen.

2. Zingevingsvragen in de hedendaagse huisartsenpraktijk

In dit hoofdstuk wordt allereerst de relatie tussen zingeving en gezondheid belicht vanuit verschillende visies (par. 2.1). Vervolgens wordt in paragraaf 2.2 de rol van zingeving binnen de huisartsenzorg toegelicht en wordt geanalyseerd waarom deze van beperkte omvang is; speciale aandacht zal besteed worden aan het aspect communicatie tussen (huis)arts en patiënt. In paragraaf 2.3 worden tenslotte de huidige ontwikkelingen besproken die het belang van aandacht voor zingeving bij (huis)artsen lijken te ondersteunen. Vanuit de verschillende theoretische visies over zingeving en gezondheid worden steeds bruikbare en hanteerbare begrippen of woorden verzameld voor het signaleringsraster dat gebruikt is in het empirische gedeelte van het onderzoek.

2.1 Arts, gezondheid en zingeving

Bij *fysieke en psychische pijn* weten we de weg naar de huisarts te vinden, maar hoe is dat als het *leven pijn doet*? Volgens psycholoog Weisfelt¹⁹ kan een dergelijke *pijn* ervaren worden wanneer de mens het contact met zijn zingeving verliest; bijvoorbeeld als het leven plotseling ‘in al zijn gebrek aan betekenis voor ons komt te staan’²⁰. Weisfelt concludeert dat psychische of spirituele pijn hiervan het gevolg kan zijn, maar dat deze ons vervolgens ook naar een hoger niveau van gezondheid kan brengen. Geestelijk verzorgers zijn specifiek opgeleid om mensen te begeleiden bij het proces van zingeving; ‘niet alleen wanneer de zorg aan haar grenzen komt, maar ook wanneer mensen zorg vormgeven en zich tot zorg verhouden’²¹.

Aandacht voor zingeving past binnen het denken over de *hele persoon* van de patiënt en lijkt derhalve niet expliciet het terrein van geestelijk

¹⁹ Weisfelt, P., *Op weg naar gezondheid*, Amsterdam 2006, 21.

²⁰ Ibidem, 23.

²¹ Walton, M., *Hoe waait de wind?*, KSGV Tilburg 2014, 36.

verzorgers. Zo schrijft de voorzitter van de artsenfederatie KNMG in het voorwoord van *Medisch Contact*²²: ‘Neem als arts bij je analyse de context van de patiënt mee; kijk holistisch’.

Een verband tussen zingeving en gezondheid lijkt aannemelijk in situaties waarin ziekte het leven uitzichtloos kan maken, omdat het de eigenwaarde kan ondermijnen en het besef om van betekenis te zijn²³. Decennia geleden al heeft de Oostenrijkse psychiater Frankl zijn logotherapie ontwikkeld waarin een nauwe relatie tussen zingeving en gezondheid wordt verondersteld. Logotherapie berust op de veronderstelling dat ieder mens een uniek geestelijk wezen is. Frankl beschouwt het zoeken naar betekenis of zin als de primaire menselijke motivatie²⁴ en beschrijft het lijden als mogelijke bron van betekenisgeving²⁵. Volgens zorger Leget heeft Frankl het begrip zingeving in het centrum van zijn existentiële psychotherapie geplaatst²⁶. Frankl noemt drie concrete kenmerken die nodig zijn om succesvol met tegenslagen om te gaan: inzicht in de eigen situatie, het gevoel grip te hebben, zinvolheid van iets beleven²⁷. Mogelijk kunnen deze kenmerken te herkennen zijn in de wijze waarop de patiënt zich voor ons toont en kunnen ze dus behulpzaam zijn bij het proces van herkenning van zingevingsproblematiek. Ze komen derhalve terug in paragraaf 3.5 bij de samenstelling van het signaleringsraster.

In het verlengde van Frankl is door de socioloog Antonovsky de *salutogenese* ontwikkeld. Antonovsky was geïntrigeerd door het feit dat een deel van de mensen die de concentratiekampen in de tweede wereldoorlog hadden overleefd (waaronder Frankl zelf) het voor elkaar kregen om *gezond* te blijven. Hij onderzocht welke factoren bewerkstelligen dat mensen gezond blijven en noemde dat *salutogenese*, tegenover de pathogenese - de leer van wat ziek maakt - die in de geneeskundestudie wordt onderwezen. Hij introduceerde het begrip *sense of coherence (SOH)*. Zingeving is daarin een belangrijke factor. ‘SOC

²² Héman, R., ‘Inleven in de patiënt, welke patiënt?’, *Medisch contact* 49 2016, 49.

²³ Loenen, ‘Voorwoord’, 8.

²⁴ www.frankl.nl geraadpleegd 3 maart 2017.

²⁵ Puchalski, C.M., *A time for listening and caring*, New York 2006, 22.

²⁶ Leget, C., ‘Hedendaagse uitingen van zingeving’, in: ZonMW, *Zingeving in zorg*, 2016, 27.

²⁷ Huber, M., ‘Relaties tussen zingeving, gezondheid en welbevinden’, in: ZonMW, *Zingeving in zorg*, 2016, 19.

consists of three elements comprehensibility, manageability, and meaningfulness (...) According to Antonovsky health was seen as a movement in a continuum on an axis between total ill (dis-ease) and total health (ease)²⁸. Alhoewel het begrip *sense of coherence* - en met name dan een eventueel gebrek hieraan - lijkt aan te sluiten bij zingevingsproblematiek, bevat het geen hanteerbare begrippen die in dit onderzoek te gebruiken zijn voor het samen te stellen signaleringsraster.

Afsluiting

In deze eerste verkennende paragraaf zijn een aantal visies op de relatie tussen zingeving en gezondheid besproken en werd duidelijk dat deze relatie allerminst helder en één dimensionaal is. In het navolgende komt aan de orde welke rol het thema zingeving momenteel bij de Nederlandse huisarts heeft.

2.2 De rol van de huisarts

De huisarts geldt als gids²⁹ en eerste aanspreekpunt bij vragen rondom gezondheid en ziekte. Nu vele mensen als gevolg van de ontkerkelijking geen onderdeel meer uitmaken van een levensbeschouwelijk netwerk kan de vraag worden gesteld of de huisarts ook het eerste aanspreekpunt is geworden voor de eerder genoemde *spirituele pijn* en bij zingevingsproblematiek³⁰. Een positief antwoord op deze vraag zou passen binnen de kernwaarden³¹ van de huisartsenzorg (onder andere generalistisch en persoonsgericht) zoals deze zijn vastgelegd in de Huisartsenvisie 2022. In dit document is als ambitie uitgesproken dat de huisarts zijn patiënt blijft zien als een uniek individu met een eigen context³². Deze opstelling past ook binnen de groeiende wens om met

²⁸ Lindström, B., Eriksson, M., 'Salutogenesis', *J. Epidemiol. Community Health* 2005; 59, 440–442.

²⁹ NHG-LHV, *Toekomstvisie huisartsenzorg*, 7.

³⁰ Leeuwen, 'Basisbekwaamheid vereist', 41.

³¹ NHG-LHV, *Toekomstvisie huisartsenzorg*, 6.

³² NHG-LHV, *Toekomstvisie huisartsenzorg*, 9.

samenhangende zorg te voorkomen dat patiënten onnodig ‘in de medische zorg rondgaan’³³.

Uit recent onderzoek van Vermandere blijkt dat huisartsen zich weliswaar zien als ondersteuners van *spiritual wellbeing*, maar hierin specifieke kennis en ervaring missen, bijvoorbeeld om een *spiritual assessment* af te nemen.³⁴ Volgens Van Leeuwen³⁵ is het resultaat van deze handelingsverlegenheid dat het proces van aandacht voor zingeving uiteindelijk twee kanten op werkt; de arts pikt de eventuele zingevingsvragen niet gemakkelijk op en als gevolg daarvan ‘laat de patiënt zich ook niet zien’. De zingevingsvraag blijft dan verstopt achter de medische vraag. Een mogelijk gevolg kan zijn dat existentiële angsten psychisch worden geduid. Huisartsen Schuurmans en Veldhoven zeggen hierover: ‘Patiënten eisen een medische benadering en bieden vragen ook aan als medische problemen, maar hierdoor is vaak onvoldoende aandacht voor hun achterliggende, diepere hulpvragen. Voor dit ingewikkelde en tijdrovende *spel* van werkelijk kunnen ingaan op levensvragen is de huisarts niet voldoende opgeleid. Een uitweg voor de huisarts is dan vaak een verwijzing naar een psycholoog, maar dit is in veel gevallen ook een sterk gemedicaliseerde benadering’³⁶.

Samenwerkingsverbanden tussen huisartsen en geestelijke verzorgers bestaan er amper. *Geestelijke zorg* komt ook niet voor in de ambitie tot samenwerking zoals verwoord is in de eerder aangehaalde Huisartsenvisie 2022. Wel hebben veel Nederlandse huisartsen een praktijkondersteuner(POH)-GGZ in de praktijk of zijn zij hiermee verbonden. Dit geeft hen de mogelijkheid extra aandacht aan patiënten te geven en derhalve bepaalde levensproblematieken via de weg van de psychologie te laten verkennen (vgl. Schuurmans).

Middels haar masteronderzoek heeft Nipius recent de volgende vraagstelling beantwoord: ‘Welke rol kan de huisarts hebben op het gebied van aandacht voor zingevingsvragen en spirituele vragen?’. Zij concludeert dat er

³³ Ibidem, 14.

³⁴ Vermandere e.a. ‘Spirituality in general practice’, *Britisch Journal of General Practice*, November 2011, 1.

³⁵ Leeuwen, ‘Basisbekwaamheid vereist’, 42.

³⁶ Schuurmans, ‘Belang geestelijk verzorger’, 45-48.

recent wel meer aandacht is voor zingeving in de 1^e lijns-zorg, maar dat zingeving nog 'geen actueel thema in huisartsenzorg' is en dat het begrip ook niet bekend is in de huisartsenopleiding³⁷.

Molenaar³⁸ onderzocht recentelijk de samenwerkingsmogelijkheden tussen huisartsen en geestelijk verzorgers in de 1^e lijn. Zij concludeert dat Nederlandse huisartsen weliswaar het belang van levensvragen erkennen maar het niet zien als hun primaire taak om patiënten daarbij te begeleiden. Molenaar noemt naast de belemmeringen van beperkte tijd en beperkte doorverwijzingsmogelijkheden ook de wens van de patiënt voor een concrete oplossing voor de klacht en de hiermee samenhangende houding van de huisarts van doelgerichtheid boven het tonen van empathie. Twee andere aspecten die zij vermeldt - het *evidence-based* zorgpad en *communicatie* - verdienen in het kader van deze studie extra aandacht en zijn onderstaand nader toegelicht.

Evidence based

Gedurende de laatste decennia is sprake van verder gaande kwaliteitsverhoging in de zorg via protocollering en *evidence based medicine*. Ook huisartsen hebben in toenemende mate te maken met richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van aandoeningen. Maar deze nadruk op *evidence based* werken zou ook kunnen wringen met de door huisartsen zo gewenste persoonsgerichte zorg en generalistische insteek. Beide aspecten zijn wezenlijk bij zingeving-problematiek³⁹. Een strakke protocollering lijkt zich lastig te verhouden tot het tijdsaspect van het consult; vaak worden binnen 10 minuten keuzes gemaakt over de in te zetten medicatie of te volgen somatische diagnostiek, die vervolgens weer bepalend zijn voor de verdere gang in het medische proces.

Communicatie

Gedurende de gehele artsenopleiding wordt aandacht besteed aan communicatieve aspecten en worden consultvaardigheden geoefend en getoetst

³⁷ Nipius, *Zorg voor zingeving*, 36.

³⁸ Molenaar, C., *Hart voor de zorg en zorg voor het hart*, scriptie UvH 2016, 29-33.

³⁹ Mutsaers, I., 'Maak van persoonsgerichte zorg geen ideologie', *Medisch contact* 43 2016, 37.

aan de hand van observaties. Specifieke aandacht wordt besteed aan het *luisteren* en aan methodieken om de hulpvraag te verhelderen⁴⁰. Huisartsen leren de *vraag achter de vraag* te achterhalen. Zingevingsvragen kunnen - zeker aan het begin van een ziekteproces - verstopt zijn achter initiële medische vragen. Tijdens het korte spreekuurbezoek bij de huisarts zullen de expliciete, existentiële vragen als 'Waarom ik?' of 'Hoe zinvol is het allemaal?' immers niet snel worden gesteld. Huisartsen zijn ook bekend met het *deurknopfenomeen*⁴¹ waarbij de extra klacht of achterliggende zorg pas aan de orde komt als het spreekuur al feitelijk is afgesloten. Medicus Bensing stimuleert specifiek huisartsen om patiënten *hun verhaal* te laten vertellen⁴²

Veel aandacht bestaat er momenteel bij artsen voor het model van *Shared Decision Making (SDM)*, dat wordt toegepast als dilemma's een rol spelen bij de keuze tussen meerdere mogelijkheden. Het vereist van de arts dat hij zich werkelijk verdiept in de angsten, verlangens en belangen van de patiënt. Volgens hoogleraar medische oncologie Van Laarhoven biedt '...gezamenlijke besluitvorming de grootste kans op zinvolle zorg'⁴³. SDM wordt bij huisartsen nog niet veel toegepast, maar zij zijn wel steeds vaardiger⁴⁴ in het *patiënt gericht communiceren*. Zij blijken dat echter vooral te doen in het begin van het consult - bij de hulpvraagverheldering - en nog in mindere mate ten aanzien van betekenisgeving. Voor het herkennen van zingevingsproblematiek lijkt een goede communicatie met de patiënt in het behandeltraject essentieel, aangezien betekenisgeving veelal vanuit diepere waarden ontstaat.

Een complicerend aspect bij SDM is het feit dat niet iedere patiënt in staat is om betrokken te worden in het behandeltraject. De Raad voor de Volksgezondheid & Zorg stelt in haar rapport over zelfredzaamheid: '50% van de

⁴⁰ Schuurmans, 'Belang geestelijk verzorger', 45-48.

⁴¹ <https://www.henw.org/archief/volledig/id477-non-verbale-communicatie.html> geraadpleegd 8 maart 2017.

⁴² Visser J., in 'Het belangrijkste instrument van een arts', *Medisch contact*; thema 2016, 5.

⁴³ ZonMW, *zingeving in zorg*, 96.

⁴⁴ Veenendaal, e.a., 'Samen beslissen is beter', *Huisarts & Wetenschap* 57 2014, 524.

zorgcliënten is minder zelfredzaam⁴⁵. Medisch onderzoekster Mutsaers⁴⁶ bepleit daarom dat de dokter vooral dokter moet blijven, zodat angst en keuzestress bij de patiënt niet de overhand krijgen. Wel bepleit ze uitingen van empathie. Het is in haar ogen belangrijk te beseffen dat patiënten per definitie tot op zekere hoogte afhankelijk blijven van hun behandeld arts.

In zijn promotieonderzoek naar de veranderende rol tussen huisarts en patiënt heeft Butalid onderzocht in hoeverre de eerder genoemde *evidence based* werkwijze van invloed is geweest op de communicatie. Hij heeft onderzocht in hoeverre huisartsen het gebruik van standaarden voldoende kunnen integreren in de persoonlijke zorg die zo kenmerkend is voor hen en constateert dat huisartsen nog zoekende zijn naar een goede balans hierin. Uit zijn analyses blijkt ook dat patiënten nauwelijks geneigd zijn hun zorgen helder en duidelijk ter sprake te brengen terwijl ze in bijna alle consulten wel hints gaven voor (onderliggende) emoties.⁴⁷ Hij sluit zijn proefschrift af met de constatering dat het belangrijk is om in de spreekkamer van de huisarts niet alleen aandacht te hebben voor de *ziekte* maar ook voor de *zieke* en daarmee het 'objectieve weer subjectief' te maken⁴⁸.

Afsluiting

In deze paragraaf is beschreven dat zingeving door huisartsen weliswaar als wezenlijk element van het menszijn en welbevinden wordt erkend, maar dat verschillende factoren veroorzaken dat er beperkte aandacht is in de dagelijkse praktijk van zorgverlening. Hierbij zijn twee aspecten die aandacht voor zingeving bemoeilijken nader beschreven: de protocollering binnen de *evidence based* zorg en de communicatie tussen arts en patiënt.

⁴⁵ Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, Galenkamp, H., e.a. *Trends in gezondheid en het belang van zelfredzaamheid bij zelfstandig wonende ouderen*, gepubliceerd op www.raadrvs.nl. 2012, 49.

⁴⁶ Mutsaers, 'Persoonsgerichte zorg', 37.

⁴⁷ Butalid, I., *Changes in doctor-patient communication in general practice*, Nivel 2014, 190.

⁴⁸ Ibidem, 192.

2.3 Actuele ontwikkelingen rondom zingeving

In de vorige paragraaf zijn verschillende aspecten besproken, die van invloed zijn geweest op het werk van de huisarts in relatie tot zingeving. In de nu volgende paragraaf zullen deze worden aangevuld met nieuwe visies over zingeving in de zorg.

Door de toenemende leeftijd en het chronische karakter van een aantal voorheen dodelijke ziekten en de hiermee samenhangende *opstapelende verlieservaringen* mag verwacht worden dat de aandacht voor zingevingsvragen de komende jaren zal groeien. Recente ontwikkelingen in de palliatieve zorg lijken deze ontwikkeling te bevestigen; de groeiende aandacht voor spiritualiteit en het begrip *kwaliteit van leven* is hiervan het bewijs. Tevens zijn er verschillende spirituele screeningsmodellen en richtlijnen ontwikkeld, zoals de landelijke Richtlijn Spirituele Zorg⁴⁹. Specialist ouderengeneeskunde Gijsberts bepleit nadrukkelijk ‘...dat verdere kennisontwikkeling (over zingeving, *red.*) nodig is over de ondersteuning in de eerste lijn’⁵⁰.

Positieve gezondheid

De wijze waarop de laatste decennia in Nederland naar het begrip *gezondheid* wordt gekeken is veranderd. Zo verliest de oude formulering van de WHO, die uitgaat van het afwezig zijn van ziekte, terrein ten faveure van het door Huber geïntroduceerde begrip *Positieve Gezondheid*: ‘Health as the ability to adapt and to self manage in the face of social, physical and emotional challenges’⁵¹. Huber schrijft: ‘Zingeving kan dus een sterke drijvende kracht zijn, maar is ook een behoefte van de mens’⁵². In haar visie zou een mens gezond kunnen zijn als hij zijn ziekte kan dragen door aanpassing en behoud van regie. In haar onderzoek

⁴⁹ <http://pallialine.nl/spirituele-zorg>, geraadpleegd 8 juni 2017.

⁵⁰ Gijsberts, M.J., ‘Integratie van zingeving in het zorgproces’, In: Zon MW, *Zingeving in zorg*, 2016, 35.

⁵¹ Huber, M., ‘Relaties tussen zingeving, gezondheid en welbevinden’, in: ZonMW, *Zingeving in zorg*, 2016, 17.

⁵² Huber, ‘Relaties tussen zingeving, gezondheid en welbevinden’, 17.

constateert zij dat patiënten zelf aangeven behoefte te hebben aan *spirituele zorg*; ze concludeert dat '...zingeving gezondheid bevordert'⁵³.

Binnen het model van *Positieve Gezondheid* vormt zingeving de kern van de spirituele dimensie van gezondheid⁵⁴. Deze dimensie bestaat verder uit⁵⁵: het nastreven van doelen en idealen, toekomstperspectief hebben en kunnen accepteren; drie begrippen die het begrip zingeving concreet invulling geven en derhalve bruikbaar lijken voor het samen te stellen signaleringsraster. Om met name het aspect van zingeving te kunnen ondersteunen doet Huber een oproep voor meer onderzoek naar '...welke meetinstrumenten iemands zingeving het best in kaart brengen'⁵⁶.

Inmiddels heeft het model van Positieve Gezondheid ook verschillende kritieken opgeroepen. Zo ontbreekt volgens andragoloog Van der Stel het *bio- psychosociaal* aspect in de omschrijving van gezondheid⁵⁷ en hebben drie andere wetenschappers, verbonden aan TIAS⁵⁸, dit punt met andere kritiekpunten uitgebreid; hun kernkritiek is dat er een 'onbegrensd gezondheidsbegrip' lijkt te ontstaan dat uiteindelijk toenemende medicalisering in de hand werkt. Bovendien brengt het woord *positief* volgens hen een ongewenste normatieve lading aan.

Den Boer, wetenschappelijk medewerker van het Nederlands Huisartsen Genootschap, bevestigt de aandacht voor het concept *Positieve Gezondheid* en een positieve psychologische aanpak; 'Met name in de psychiatrie groeit er een aanpak waarbij het uitgangspunt is dat aan de aandoening zelf niet zoveel (meer) te doen is, maar waarbij het welbevinden van de patiënt wel sterk kan verbeteren door acceptatie te vergroten dan wel positieve zaken in iemands leven te versterken'⁵⁹.

⁵³ Ibidem, 19.

⁵⁴ ZonMW, *Zingeving in zorg*, 2016, 11.

⁵⁵ Huber M. e.a., 'Towards a patiënt-centered operationalisation of the new dynamic concept of health', *BMJ* 5 2016, 1-11.

⁵⁶ Huber, 'Relaties tussen zingeving, gezondheid en welbevinden', 21.

⁵⁷ Stel, J. van der, 'Definitie 'gezondheid' aan herziening toe,' *Medisch Contact* 23 (2016), 207.

⁵⁸ <https://www.tias.edu/kennisgebieden/detail/health/detail/gezondheid-een-definitie>, geraadpleegd 15 mei 2017.

⁵⁹ Uit mailcontact tussen Drs. J. den Boer (NHG) en onderzoeker dd. 9 februari 2017.

Het recente rapport en onderzoek *Zingeving in zorg* van ZonMW moge ook getuigen van de hernieuwde aandacht voor zingeving. Gevraagd naar de belangrijkste manier om bij te dragen aan zingeving geven zorgverleners aan dat dit bereikt kan worden door de verschuiving van *klacht* naar *heel de mens*⁶⁰. Het rapport beschrijft ook een ontwikkeling in Schotland waar in 2008 een richtlijn *spiritual care* is opgesteld bij de *National Health Service*. Deze richtlijn definieert de *normale* spirituele behoeften waarvoor aandacht dient te zijn binnen de gezondheidszorg, zoals behoeften om begrepen te worden en betekenis in het leven te vinden⁶¹. ZonMW ziet in Nederland momenteel een soort tegenbeweging van *spirituele modernisering*⁶². In het rapport wordt ook gesproken over de relatie tussen zingeving en gezondheid. Van Leeuwen concludeert op grond van een Amerikaanse studie, dat hoe meer aandacht er is voor *spiritual care* in de opleiding van artsen, hoe meer zij ook begrijpen wat de relatie is tussen zingeving en gezondheid⁶³.

Vier andere ontwikkelingen

Zingeving wordt ook vaak in verband gebracht met *herstel*. In de overtuiging van geestelijk verzorger De Fruyt kan een goede herstelondersteuning niet zonder gepaste aandacht en zorg voor de zinbeleving.⁶⁴ En lector-GGZ Van der Stel ziet zingeving als *motor* van persoonlijk herstel. Hij bepleit het ontwikkelen van vaardigheden bij zorgverleners om signalen van betekenisgeving op te vangen. Hiermee legt hij een sterke nadruk op de taal, waarin mensen ‘...concepten ontwikkelen over wat er met hen aan de hand is’⁶⁵.

Het begrip zingeving is verder actueel rond het maatschappelijk thema *eenzaamheid*.⁶⁶ Zo stelt filosofe Machielse dat er een relatie bestaat tussen

⁶⁰ ZonMW, *Zingeving in zorg*, 140.

⁶¹ Ibidem, 47.

⁶² Ibidem, 12.

⁶³ Leeuwen, ‘Basisbekwaamheid vereist’, 43.

⁶⁴ Fruyt, K. de, ‘We lijken meer op elkaar dan we denken. Over zin, levenskunst en spiritualiteit en herstelondersteuning in de ggz’ in: Glas e.a., *Zuinig op zin*, KSGV Tilburg 2016, 77.

⁶⁵ Stel, J. van der, ‘Zingeving, zelfregulatie en taal’, *TGV* 84, 14-23.

⁶⁶ Movisie, *Sleutels voor de lokale aanpak van eenzaamheid*, op: www.eenzaam.nl, 2013, 13.

gezondheidsklachten en eenzaamheidsproblematiek en dat deze laatste weer meestal zingeving betreft⁶⁷.

Ook kan de visie van de Amerikaanse medisch-ethicus Sulmasy worden genoemd; hij is van mening, dat het in de huisartsenpraktijk veel gehanteerde *bio-psychosociale zorgmodel*^{68 69} in de zorg met een spirituele dimensie⁷⁰ dient te worden uitgebreid; in de Nederlandse huisartspraktijk vindt dit echter nog geen navolging⁷¹.

Een laatste invalshoek betreft de rol van taal (reeds eerder genoemd door Van der Stel) en de invloed van verhalen op de gezondheid van mensen; deze visie heeft zich ontwikkeld tot het gebied van de *narratieve geneeskunde*. 'The processes of getting ill, being ill, getting better (or getting worse), and coping (or failing to cope) with illness, can all be thought of as enacted narratives within the wider narratives (stories) of people's lives (...) Narratives offer a method for addressing existential qualities ...'⁷². De arts zou in deze visie, net als de geestelijk verzorger, in kunnen zetten bij het levensverhaal van de patiënt om op zoek te gaan naar wat het leven steun en betekenis geeft en wat iemands leven waardevol maakt⁷³.

Afsluiting

In dit hoofdstuk is betoogd dat als gevolg van verschillende maatschappelijke ontwikkelingen de aandacht voor zingevingsvragen in de knel is gekomen, maar dat deze recent weer lijkt te groeien. Als oorzaak hiervoor zijn een veranderende patiëntenpopulatie en een andere manier van kijken naar gezondheid aan te wijzen. De besproken nieuwe denkbeelden over ziekte en gezondheid sluiten aan

⁶⁷ <http://www.uvh.nl/actueel/oktober-2015/bijzonder-hoogleraar-anja-machielse-aandachtvoor-sociale-verbanden-is-cruciaal-voor-goed-ouderenbeleid>, geraadpleegd 7 februari 2017.

⁶⁸ https://nl.wikipedia.org/wiki/Biopsychosociaal_model geraadpleegd 8 Maart 2017.

⁶⁹ Hulshof, K., *De geestelijk verzorger in de eerstelijns palliatieve zorg: een hele uitdaging!*, scriptie UvH 2012.

⁷⁰ Sulmasy, D., 'A biopsychosocial-Spiritual model for the care of patients at the end of life, *The Gerontologist*' 42(2002), 25.

⁷¹ Nipius, *Zorg voor zingeving*, 33.

⁷² Greenhalgh, T., Hurwitz, B., 'Why study narrative?', *BMJ* volume 318 2, 1999.

⁷³ Zock, H., 'Leven van verhalen. De narratieve benadering in psychologie en pastoraat', in: Heeswijk A. van, e.a., *Op verhaal komen*, KSGV Tilburg 2006, 85.

bij het denken vanuit *heel de mens*. Vanuit deze optiek lijkt het relevant voor huisartsen om te kunnen herkennen wanneer bij een patiënt stagnatie van zingeving optreedt en medische klachten dus zouden moeten worden geanalyseerd op mogelijk achterliggende zingevingproblematiek. Dit zal in hoofdstuk 3 nader worden uitgewerkt.

3. Het herkennen van zingevingvragen

In dit hoofdstuk worden drie verschillende vereisten voor de herkenning van zingevingsvragen genoemd en zijn twee daarvan nader toegelicht (het *begrip zingeving* in paragraaf 3.2 en de *herkenningsvaardigheid* van signalen in paragraaf 3.4). In paragraaf 3.3 wordt de relatie tussen zingeving en psychologie besproken. Tot slot wordt een signaleringsraster gepresenteerd dat is samengesteld om bij de interviews met huisartsen te kunnen inzetten (par. 3.5).

3.1 Drie vereisten voor herkenning

Nipius heeft exploratief literatuuronderzoek gedaan naar de vraag hoe zorgverleners zingevingsvragen kunnen herkennen. Zij komt tot een drietal vereisten⁷⁴:

- De zorgverlener dient **kennis** te hebben van situaties die zingevingsproblematiek kunnen oproepen.
- De zorgverlener dient **kennis** te hebben van zingevingprocessen.
- De zorgverlener dient **vaardigheid** te hebben in het proces van herkenning, bijvoorbeeld via taal.

Ten aanzien van het eerste aspect - de **kennis** over situaties die zingevingsproblematiek kunnen oproepen - kan worden vastgesteld dat huisartsen in hun werk dagelijks te maken krijgen met impactvolle gebeurtenissen bij hun patiënten en de mentale gevolgen van bijvoorbeeld chronische ziekte of overlijden. Binnen de huisartsenopleiding wordt weliswaar kennis over sterven en rouwprocessen bijgebracht, maar zingevingsproblematiek kan zich ook voordoen op minder zichtbare momenten in een mensenleven. Om te voorkomen dat zingevingsvragen slechts gekoppeld worden aan vraagstukken rondom het einde van het leven waarschuwt Gijsberts: '...maar niet alle

⁷⁴ Nipius, *Zorg voor zingeving*, 78.

existentiële vragen hebben direct te maken met palliatieve zorg⁷⁵. Het gaat om het (plotselinge) besef dat ons bestaan kwetsbaar is of om het diepe gevoel dat de kwaliteit van leven is aangetast (vaak wordt in dit kader gesproken over *verlieservaringen* of *contrastervaringen*⁷⁶). Dat hoeft niet altijd betrekking te hebben op medische klachten of situaties van leven en dood, maar kan ook aan de orde zijn bij sociaal maatschappelijke situaties als ontslag en scheiding of bij worstelingen met geloofservaringen of spiritualiteit⁷⁷ waarvan de impact voor een buitenstaander niet direct helder is. In de literatuur is geen informatie gevonden die beschrijft in welke mate deze andere (verlies)ervaringen door huisartsen gerelateerd worden aan het begrip zingeving.

3.2 Opvatting over zingeving

Om zingevingsproblematiek te kunnen herkennen dient de zorgverlener **kennis** te hebben van de processen die zingeving tot stand brengen (de tweede vereiste). Maar wat is zingeving precies? In deze paragraaf worden twee visies van zingeving besproken.

Om te beginnen wordt te rade gegaan bij de geestelijk verzorgers; zij hebben zingeving als hun belangrijkste focus. In hun beroepsstandaard wordt het begrip als volgt omschreven: 'Zingeving duidt het meer actieve, informele en individuele aspect van het proces aan waarmee mensen hun leven ordenen en betekenis geven.'⁷⁸ In deze definitie zijn zowel het proces als het doel van zingeving beschreven. De woorden *actief*, *individueel*, *ordenen* en *betekenis* worden daarom meegenomen voor de totstandkoming van het eigen signaleringsraster.

Een tweede, veel gebruikte, definitie is die van godsdienstpsycholoog Van der Lans. Hij definieert zingeving meer als een psychologisch proces: '...een reeks

⁷⁵ Gijsberts, 'Integratie van zingeving', 33.

⁷⁶ Anbeek, C., 'Levensbeschouwelijke dialogen over kwetsbaar leven', in: Zock, H., e.a. *Zin buiten beeld? Zorg voor zinzoekers vandaag*, KSGV Tilburg, 2016, 55.

⁷⁷ Zie voor een nadere definitie paragraaf 3.2.

⁷⁸ VGVZ, *Beroepsstandaard*, 30.

van samenhangende cognitief-affectieve processen, die voorwaarden scheppen voor inzet en betrokkenheid en voor zinbeleving welke zich manifesteert in psychisch welbevinden, of die uitmonden in een zingevingscrisis en gevoelens van zinloosheid⁷⁹. Volgens Van der Lans is zingeving een proces van de basale menselijke activiteiten van *oriëntatie* en *evaluatie*, waarbij gebruik kan worden gemaakt van zingevingbronnen als geloof of filosofie. Het proces van zingeving kan uiteindelijk twee resultaten opleveren: psychisch welbevinden of gevoelens van zinloosheid. Deze in Nederland veel gehanteerde definitie sluit aan bij de theorie over *coping* (zie par. 3.3); de wijze waarop mensen omgaan met hun ziekte of tegenslagen. Uit deze definitie worden de woorden *inzet en betrokkenheid* meegenomen.

Het Nederlandse begrip zingeving is internationaal het beste te vergelijken met Engelstalige begrip *spirituality*. De definitie van Puchalsky⁸⁰ hiervan is: 'Spirituality is the aspect of humanity that refers to the way individuals seek and express meaning and purpose and the way they experience their connectedness to the moment, to self, to others, to nature, and to the significant or sacred.' Deze omschrijving is gestoeld op twee basisprocessen: die van betekenisgeving en die van de ervaring van verbondenheid. Volgens onderzoeker Garssen⁸¹ van het Helen Dowling instituut is de toevoeging van dit aspect van *verbonden voelen* juist het interessante en is het daarmee een aanvulling op ons begrip zingeving. Het doet recht aan het grotere, ontastbare dat mensen kunnen ervaren. Om die reden gebruikt hij ook het Nederlandse begrip *spiritualiteit*, terwijl dit bij vele anderen in de zorg vaak wordt gemeden wegens ongewenste associaties met religie of zweverigheid. Voor het beoogde signaleringsraster wordt dit aspect van *verbondenheid* meegenomen. Twee aspecten hiervan zijn interessant: allereerst de verbondenheid met *het zelf*, dat lijkt te verwijzen naar *aspecten* van zelfkennis en zelfwaarde, en vervolgens het

⁷⁹ Lans, J. van der, 'Zingeving en zingevingfuncties van religie bij stress', in: *Religie ervaren*, KSGV Tilburg, 2006, 80.

⁸⁰ Puchalski, C. e.a., 'Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the consensus conference', *Journal of palliative medicine* 12(2009), 887.

⁸¹ ZonMW, *Zingeving in zorg*, 118.

meer *transcendente* aspect van de verbondenheid met de natuur, met het moment of met het goddelijke.

3.3 De verhouding tussen zingeving en psychologie

Het door de geestelijk verzorgers omschreven ‘...proces waarmee mensen hun leven ordenen en betekenis geven’ kan ook gezien worden als een psychologisch proces van (leren) omgaan met lijden en met de psychische druk die stressoren opleveren. In psychologische termen wordt dit *coping* genoemd. In het kader van dit onderzoek voert nadere theoretische onderbouwing van dit begrip te ver, maar het wordt toch om twee redenen opgevoerd; enerzijds omdat het leren omgaan met klachten een belangrijk aspect is van de huisartsengeneeskunde (‘de noden en behoeften worden beoordeeld naar de persoonlijk span- en draagkracht’⁸²), anderzijds omdat de processen van zingeving en aspecten van de psychologie elkaar hier kunnen raken. Zowel bij coping als bij spiritualiteit is de mens op zoek naar betekenisgeving⁸³. Ze zijn beide aan de orde en kunnen elkaar beïnvloeden als mensen worstelen met levensvragen en gebeurtenissen.

De relatie tussen zingeving en psychologie is binnen de huisartsenpraktijk relevant bij de problematiek van somatisering, bijvoorbeeld als gevolg van stress. Ook de categorie *somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten* (SOLK) - waarvoor inmiddels een diagnostische standaard is ontwikkeld⁸⁴ - wordt hiertoe gerekend. Zingevingsvragen worden hier benaderd via de weg van de klinische psychologie en doorverwijzing geschiedt naar een praktijkondersteuner-GGZ of psycholoog.

De Amerikaanse godsdienstpsycholoog Pargament heeft de relatie bestudeerd tussen stress, welbevinden en religie. Volgens hem maken mensen bij coping vaak gebruik van een bepaald geloofssysteem omdat dit relatief goed toegankelijk is en een meer steekhoudende en overtuigende weg is naar

⁸² NHG-LHV, *Toekomstvisie*, 9.

⁸³ Gijsberts, ‘Integratie van zingeving’, 33.

⁸⁴ <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-somatisch-onvoldoende-verklaarde-lichamelijke-klachten-solk> geraadpleegd 17 maart 2017.

betekenis dan niet religieuze alternatieven⁸⁵. Gijsberts zegt in navolging van Pargament over de relatie tussen spirituele coping en zorg: 'Patiënten vinden het belangrijk dat artsen hen vragen naar hun manier van spirituele coping en hun hulpbronnen daarbij'. Een gesprek over spirituele vragen kan zelfs tot '...verandering in de medische besluitvorming aanleiding geven'⁸⁶. Interessant in het kader van het onderzoek naar de relatie tussen zingeving en stress(klachten) is de stelling van klinisch psycholoog Van Uden dat coping niet alleen leidt tot het wegnemen van de stressor maar ook tot groei van de *coper*, middels '...accumulatie van betekenis'⁸⁷.

In zijn studie over de samenhang tussen emoties, coping en zingeving stelt psycholoog Mooren⁸⁸ dat *de zin die het leven voor ons heeft* helpt bij onze emotieregulatie; het bevordert onze gerichtheid op levensdoelen. Mooren bepleit om in therapie aandacht te schenken aan het gezond functioneren en zo nodig herstellen van het psychische vermogen om zin te geven.⁸⁹ Volgens Mooren⁹⁰ komt betekenisgeving tot stand middels vier basisbehoeften die in een zinervaring besloten liggen: de behoefte aan doelgerichtheid, rechtvaardiging, het kunnen uitoefenen van invloed en het besef van eigenwaarde. Deze vier aspecten laten zich wellicht aflezen aan de patiënt en zullen daarom meegenomen worden in het signaleringsraster.

Afsluiting

Met bovenstaande verkenning van de psychologische literatuur is gezocht naar wetenschappelijk aangetoonde oorzakelijke verbanden tussen stress en/of psychische klachten en zingevingsproblematiek. Eenduidige en algemeen geldende verbanden zijn hierbij niet gevonden. Wel betogen de samenstellers

⁸⁵ Pargament, *The psychology of religion and coping. Theory, research, practice*. New York 1997, 162.

⁸⁶ Gijsberts, 'Integratie van zingeving', 36.

⁸⁷ Uden, R. van, 'Religieuze coping. Religie tot heil en heling', in: Heeswijk, A. van, e.a., *Op verhaal komen*, KSGV Tilburg 2006, 70.

⁸⁸ Mooren, J.H., 'Emoties' in: Doolaard, J., *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*, Kampen 2009, 898.

⁸⁹ Mooren, J.H., 'Zingeving en cognitieve regulatie, een conceptueel model ten behoeve van onderzoek naar zingeving en levensbeschouwing', in: *Schering en inslag*, KSGV Nijmegen 1998, 193 – 206.

⁹⁰ Smit, J., *Antwoord geven op het leven zelf*, Delft 2016, 176.

van *Zingeving in Zorg*: 'Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat aandacht voor zingeving een positief, therapeutisch effect heeft op de patiënt en een mogelijk preventief effect heeft'⁹¹. Zij bieden hierbij echter geen literatuurverwijzing.

3.4 Herkenningsvaardigheid

Als derde vereiste om zingevingsproblematiek bij patiënten te herkennen dient de huisarts hierin **vaardigheid** te hebben. Onderstaand worden enkele studies en modellen uit de literatuur beschreven.

Het herkennen van zingevingsvragen vindt plaats in het contact tussen arts en patiënt. De wijze waarop dit contact plaatsvindt is derhalve van cruciaal belang om tot passende zorg en goede besluitvorming te komen.

Het veelgebruikte ABC-model voor de spirituele zorg⁹² beschrijft aandacht (A) als eerste fase. Aandacht vereist *luisteren* naar iemands klacht of verhaal. Maar luisteren is een complex proces omdat het de vaardigheid vereist je open te stellen voor de ander en op zoek te gaan naar de betekenis van sommige woorden, bijzinnen of non-verbale kenmerken. Het vraagt training in gesprekstechnische zin (doorvragen, stiltes laten vallen, samenvatten) en interpretatief vermogen (door het gebruik van parafrases of metaforen).

Berkhout⁹³ heeft onderzoek gedaan naar het *waarnemen* van zingevingsvragen bij psychiaters. Als deelvraag van haar onderzoek is bestudeerd waaraan psychiaters tijdens hun behandeltraject zingevingsvragen herkennen. Zij komt tot de volgende aspecten: type en aard van emoties als angst, verdriet en kwaadheid, het herhaald terugkeren van bepaalde thematiek, vragen over het omgaan met naasten, verwijzingen naar het geloof, wereldbeeld, uitspraken over de betekenis van ziekte, isolement, spijt en autonomie. Zij constateert dat taal enerzijds het ultieme middel is om naar het verhaal van de patiënt te kunnen

⁹¹ ZonMW, *Zingeving in zorg*, 12.

⁹² <http://pallialine.nl/spirituele-zorg> geraadpleegd 17 januari 2017.

⁹³ Berkhout, L., *Zingeving in het contact tussen psychiater en patiënt*, scriptie Universiteit Utrecht 2012, 42 en 60.

luisteren, maar anderzijds ook een grote belemmering kan zijn als arts en patiënt elkaar niet begrijpen, bijvoorbeeld als beiden praten vanuit een verschillend levensbeschouwelijk kader. Uit het onderzoek van Berkhout bleek dat het mogelijk is dat beiden ‘...dezelfde woorden gebruiken, terwijl zij het over iets totaal anders hebben of, andersom, andere bewoordingen gebruiken voor eenzelfde gebeurtenis’⁹⁴. Voor het signaleringsraster nemen we de meer algemene - niet automatisch naar zingeving verwijzende - aspecten mee voor het signaleringsraster: *type en aard van emoties* en het aspect van *herhaling van thematiek*.

Door Ram⁹⁵ is een overzicht samengesteld van aspecten van non-verbaal gedrag die een rol kunnen spelen in de communicatie met de patiënt. Het betreft: lichaamshouding, gebruik van armen en handen, de nabijheid, aanraking, lichaamsbeweging, gezichtsuitdrukking, ooggedrag, stemsignalen, fysieke kenmerken (bijv. kleding) en omgevingsfactoren.

De laatste jaren zijn er door geestelijk verzorgers verschillende checklists gemaakt om zorgverleners behulpzaam te zijn bij het waarnemen van zingevingproblematiek bij patiënten. Zo heeft de beroepsvereniging VGVZ een overzicht gepubliceerd⁹⁶ en hebben vele ziekenhuizen en zorginstellingen op hun website concrete situaties beschreven waarin geestelijke zorg geïndiceerd kan zijn. Veelal betreft het beschrijvingen van concrete emoties zoals boosheid, angst, verdriet, depressie en schuld. Ook kan zingevingproblematiek worden afgeleid uit onrust of uit bepaald taalgebruik; bekend zijn de *waaromvragen* zoals ‘Waarom moet mij dit overkomen?’ of ‘Waaraan heb ik dit te danken?’ Ook uitspraken over de zinloosheid van ziektes of behandelingen of over het verdere verloop van een ziekteproces kunnen duiden op zingevingproblematiek. Het gezondheidscentrum Levinas heeft specifiek voor herkenning in de eerste lijn een document opgesteld⁹⁷.

⁹⁴ Berkhout, *Zingeving in het contact tussen psychiater en patiënt*, 26.

⁹⁵ <https://www.henw.org/archief/volledig/id477-non-verbale-communicatie.html> geraadpleegd 7 maart 2017.

⁹⁶ http://vgvz.nl/wp-content/uploads/2016/06/Indicaties-GV-eerstelijnszorg_Professionals.pdf geraadpleegd 20 juni 2017.

⁹⁷ <https://www.fawrotterdam.nl/media/m224.pdf> geraadpleegd 20 juni 2017.

In haar empirisch onderzoek naar *patiënt gerichte verpleging* presenteert Prins een *filtermodel voor geloofs- en levensvragen*⁹⁸. Meestal worden levensvragen door de patiënt niet expliciet gesteld en het is dan zaak voor de verpleegkundige deze te herkennen in de *vraag achter de vraag (filter 2)*; Prins wijst hierbij naast het aspect van somatisering op het belang van een juiste duiding van emoties (dit is tevens input voor het signaleringsraster) en op het risico van een verkeerde betekenistoekenning hiervan. Dit laatste kan bijvoorbeeld ontstaan als de verpleegkundige het gedrag of de mening van de patiënt beoordeelt op basis van de persoonlijke normen.

Prins beschrijft verder in haar analyse over het effect van de verwijsstructuur in de zorg (*filter 3*) op welke momenten verpleegkundigen de dienst geestelijke verzorging inschakelen: zo noemt ze situaties waarin patiënten worstelen met de verwerking van hun ziekteproces en waarin ze motivatie verliezen om beter te worden⁹⁹. Het is in haar ogen, ten behoeve van de doorverwijzing, noodzakelijk om levenssituaties te kunnen herkennen waarin zingevingsproblematiek kan ontstaan¹⁰⁰. Net als Berkhout wijst Prins er op dat herkenning van zingevingsvragen in het contact met de patiënt mogelijk is via (verandering van) emoties. Tot slot noemt zij het gevoel van onmacht dat de verpleegkundige kan ervaren in de communicatie met de patiënt. Bovenstaande aspecten zullen via de algemene vragen in het interview bij de huisartsen worden verkend.

Afsluiting

Concluderend kan gesteld worden dat er verschillende studies zijn verricht naar *luisteren* en *waarnemen* in de zorg, maar dat slechts een beperkte hoeveelheid wetenschappelijke informatie voorhanden is over de wijze waarop vervolgens *signalen van zingevingsproblematiek* bij patiënten kunnen worden herkend. Dit bevestigt de hypothese dat er relatief weinig hulpmiddelen zijn voor huisartsen om zingevingsproblematiek te herkennen aan het gedrag van patiënten. Een

⁹⁸ Prins, M.C.J., *Geestelijke zorgverlening in het ziekenhuis*, Dwingeloo 1996, 69-97.

⁹⁹ Ibidem, 105.

¹⁰⁰ Ibidem, 107.

omissie die zich zelfs lijkt uit te strekken tot in de geestelijke verzorging zelf. Zo geeft theoloog en docent Körver aan dat er te weinig aandacht is voor het aspect gedrag binnen de driehoek *denken-voelen-handelen*. Hij schrijft: ‘Het handelen van de gesprekspartner, als observatiecategorie en als doelstelling van het contact, blijft dikwijls buiten beeld’¹⁰¹. In de volgende paragraaf zullen alle mogelijke signaleringsaspecten uit de besproken definities en modellen worden samengebracht.

3.5 Een signaleringsraster

Op grond van de elementen uit de besproken theorie in hoofdstuk 2 en 3 is de basis gelegd voor het signaleringsraster; een mogelijk instrument voor de huisarts om het reflecteren op zingevingsvragen te vergemakkelijken. Hierbij zijn drie kernwoorden als uitgangspunt genomen: **a. Cognitie, b. Affect en c. Verbondenheid**. Deze samenstelling is primair ingegeven door het onderscheid tussen het cognitieve en het affectieve aspect in de werkdefinitie van Van der Lans¹⁰². Deze twee aspecten zijn aangevuld met het begrip verbondenheid vanuit de spiritualiteit van Puchalsky¹⁰³ omdat het aansluit bij ervaringen van transcendentie en geloof.

Onderstaand is nader toegelicht hoe deze drie kernwoorden zijn aangevuld met verzamelde begrippen of woorden uit de theorie¹⁰⁴ en vervolgens zijn samengevat in één reflectievraag voor de huisarts. Deze drie reflectievragen zouden de mogelijkheid kunnen bieden om de huisarts tijdens het interview te bevragen op mogelijke zingevingsproblematiek bij de patiënt. Als toelichting is tevens aangegeven op welke concrete gedragingen van patiënten gelet zou kunnen gaan worden.

¹⁰¹ Körver, J.W.G., ‘Geestelijke verzorging en gedrag’, in: Doolaard, J., *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*, Kampen 2009, 857.

¹⁰² Lans, ‘Zingeving en zingevingsfuncties’, 80.

¹⁰³ Puchalski, ‘Improving the quality of spiritual care’, 878.

¹⁰⁴ Huber (H) gezien de huidige breed gedragen waardering voor haar visie, Mooren (M) en Frankl (F) gezien hun inbreng vanuit de psychologie, Berkhout (B) en Prins (P) gezien het empirisch onderzoek en de VGVZ (V) als beroepsgroep geestelijke verzorgers.

a. Cognitie:

- Aanvulling: als er geen inzicht lijkt in de situatie (Frankl), als thema's steeds terugkomen (Berkhout), als vorm van ordenen en betekenisgeven (VGVZ) of als er geen besef is van regie en rechtvaardigheid (Mooren) of van doelen (Huber en Mooren).

- Reflectievraag ten behoeve van interview:

Klopt de wereld voor deze patiënt? Zit hij in de goede film?

- Zingeingsproblematiek te herkennen aan: tegenstrijdigheden, redenaties/chaotisch denken, geen plannen of richting hebben, vertwijfeling, niet reflecteren op eigen gedrag.

b. Affect:

- Aanvulling: emoties als wanhoop (geen perspectief) (Huber) of woede (niet kunnen accepteren) (Huber) of geen gevoel van grip (Frankl); geen *zin* hebben/voelen (VGVZ en Frankl); duiding van emoties (Berkhout en Prins).

- Reflectievraag ten behoeve van interview:

Voelt deze patiënt een mate van rust, vertrouwen en levenslust? Zit hij goed in zijn vel?

- Zingeingsproblematiek te herkennen aan: aard en vorm van emoties of gebrek aan emoties en/of apathie inclusief lichaamstaal.

c. Verbondenheid

- Aanvulling: relatie met individualiteit (VGVZ) en eigenwaarde (Mooren)

- Reflectievraag ten behoeve van interview:

Ervaart deze patiënt zijn plek in het grotere geheel?

- Zingeingsproblematiek te herkennen aan: uitingen of uitspraken, die gerelateerd kunnen worden aan (gemis van) verbinding met het zelf, de natuur of iets goddelijks.

Afsluiting

In dit hoofdstuk zijn enkele theoretische visies op zingeving en studies over het kunnen herkennen van signalen van zingevingsproblematiek besproken. In de laatste paragraaf zijn deze aspecten gecombineerd met de in hoofdstuk 2 besproken visies van artsen over zingeving, zodat uiteindelijk een signaleringraster is samengesteld dat gebruikt kon worden in de verschillende interviews met huisartsen. Het signaleringsraster is gedurende het onderzoek nog uitgebreid met een vierde kernwoord (*doelgerichtheid*; zie par. 4.5) en heeft nog andere aanpassingen ondergaan op basis van de ervaringen in de interviews. Het laatst gebruikte raster is afgebeeld in paragraaf 5.3.2.

4. Opzet van het empirisch onderzoek

In dit hoofdstuk wordt de methode en de omvang van het empirisch onderzoek nader uiteengezet. Allereerst wordt de algemene opzet besproken (par. 4.1) en de hiervoor noodzakelijk geachte pilot (par. 4.2). De wijze waarop de huisartsen zijn geselecteerd en de exacte opzet en praktische voorbereiding van het onderzoek zijn beschreven in de paragrafen 4.3 en 4.4. In paragraaf 4.5 is de totstandkoming van de interviewscripts toegelicht. Hoofdstuk 4 sluit af met enkele opmerkingen over het verloop van de observaties en het interviewproces (par. 4.6).

4.1 Type onderzoek

Teneinde zicht te krijgen op mogelijke signalen van zingeving bij patiënten is gekozen voor een verkennend onderzoek. Bij een dergelijk kwalitatief onderzoek krijgen de respondenten ‘...ruimte voor uitweiding over de door hen ervaren feiten, hun beleving, betekenisverlening en nuanceringen’¹⁰⁵. Het hier verrichte onderzoek naar *signalen van zingevingsproblematiek* betreft een proces van exploratie, waarbij het niet gaat om de frequentie van bepaalde signalen of de representativiteit van de huisarts (kwantitatieve gegevens), maar om de gevoelens, duidingen en voorbeelden van de huisarts (kwalitatieve informatie). Bij deze kwalitatieve opzet is gewerkt met een semigestructureerde vragenlijst met een aantal vragen over de patiënten en een aantal algemene vragen.

In dit onderzoek is gezocht naar een onderzoeksopzet waarbij er niet sprake was van losstaande interviews, maar van een voorafgaande observatie van een spreekuur zodat deze casuïstiek kon dienen als inbreng voor de interviews en zou kunnen bijdragen tot verdieping van de antwoorden. Om deze opzet uit te testen werd besloten tot het uitvoeren van een pilot.

¹⁰⁵ Evers, J., *Kwalitatief interviewen; kunst en kunde*, Den Haag 2007, 27.

4.2 Pilot

Het doel van de pilot betrof primair het checken of een willekeurig huisartsenspreekuur van circa 10 patiënten voldoende input zou opleveren voor een aansluitend interview met de huisarts over zingevingsproblematiek.

De pilot heeft eind januari plaats gevonden bij een huisartsenpraktijk in Groningen (de betrokken huisarts maakt deel uit van het persoonlijke netwerk van de onderzoeker). Tijdens de pilot werd een spreekuur bijgewoond, waarin 13 patiënten werden gezien. Hierin werd tevens verkend hoe de reactie van patiënten was op de aanwezigheid van de onderzoeker en op welke wijze gegevens konden worden vastgelegd. Direct aansluitend werd een interview afgenomen van 40 minuten. Hierbij werd vooral doorgevraagd op eventueel *ongemak* van de huisarts bij de uitkomst van een consult en of dit *ongemak* gerelateerd zou kunnen zijn aan mogelijke zingevingsproblematiek bij de patiënt.

In de pilot werden bij tenminste 5 van de 13 patiënten aspecten ervaren, die te maken zouden kunnen hebben met existentiële thema's. Bijvoorbeeld via uitspraken als: 'Er zijn zoveel dingen, die ik niet kan'; 'Ja, het was ook een stevige operatie'; 'Ik wil gewoon weten wat er aan de hand is'; 'Ik zit met mijn zoon, ik heb er maar één'. De pilot bood voldoende vertrouwen dat ieder ander huisartsenspreekuur voldoende aanknopingspunten zou bieden voor een vervolginterview over zingeving.

De huisarts vroeg de patiënt voor binnenkomst de benodigde toestemming voor aanwezigheid van de onderzoeker bij het consult. In geen enkel geval leidde dit tot aarzeling bij de patiënt en is - naar het oordeel van de huisarts - de aanwezigheid van de onderzoeker van invloed geweest; verschillende keren werd de onderzoeker door de patiënt zelfs genegeerd bij het verlaten van de spreekkamer.

Uit de pilot konden een aantal leerpunten worden meegenomen. Zo bleken de momenten direct vóór, tijdens en na de binnenkomst van de patiënt erg belangrijk; hier werden soms bepaalde woorden gebruikt die iets vertelden over *hoe het met de patiënt ging*. Ook dienden de sfeer en bepaalde quotes,

geluiden en gedragingen van de patiënt en huisarts adequaat te worden genoteerd.

4.3 Werven van de kandidaten en voorbereiding van de interviews

De respondenten zijn gezocht via een persoonlijke relatie van de onderzoeker, namelijk de directeur van de Centrale Huisartsdienst Drenthe. Deze bracht de onderzoeker in contact met een bestuurslid van de Drentse Huisartsen coöperatie. Met betrokken huisarts is een kennismakingsgesprek gevoerd. Aanvankelijk werd afgesproken via de nieuwsbrief van hun werkorganisatie (Huisartsen Zorg Drenthe) een oproep te doen, maar later is besloten tot een meer persoonlijke insteek via de projectcoördinator GGZ; deze heeft hiervoor de oproep gebruikt die oorspronkelijk bestemd was voor de nieuwsbrief (zie bijlage 1). Vervolgens is er contact tot stand gebracht met drie huisartsen uit Drenthe en Overijssel (deels uit landelijk, deels uit stedelijk gebied). Via emailcontact werd de onderzoeksopzet nader doorgesproken. Inhoudelijke vragen over het onderzoek waren er niet.

Gezien het verkennende karakter van het onderzoek werd geen nadere selectie van de huisartsen noodzakelijk geacht naar criteria als type praktijk, ervaring van de huisarts met zingevingsvragen, levensbeschouwelijke achtergrond en interesse in het onderwerp; de inbreng van iedere huisarts in Noord Nederland werd als even waardevol beoordeeld.

4.4 De uiteindelijke opzet van het onderzoek

Het onderzoek bestond uit een combinatie van een spreekuurobservatie met aansluitend een interview. Deze combinatie is na vier weken herhaald bij dezelfde huisarts (met uiteraard andere patiënten). In het tweede interview kon zodoende worden gevraagd naar de (eventuele ontwikkeling bij) eerdere

patiënten. Verder kon naar de eventuele veranderde of aangescherpte visie aangaande zingevingsproblematiek van de huisarts zelf worden gevraagd.

Er is gekozen om tijdens het spreekuur niet te werken met video- of geluidsopnames. Dit zou een apart en mogelijk tijdrovend traject vereist hebben van toestemming verkrijgen van iedere patiënt. Bovendien werd de kans reëel geacht dat het extra invloed zou hebben op het spreekuur zelf. De gekozen werkwijze vereiste extra bewustwording voor het noteren van gedragingen en quotes tijdens het spreekuur (zie bijlage 3); interpretaties over gebeurtenissen tijdens het consult zouden niet meer achteraf te verifiëren zijn. Door de relevante signaleringen samen met de huisarts in het interview te checken is getracht dit risico op onnauwkeurigheden te minimaliseren. Door zelf aanwezig te zijn bij het spreekuur en na afloop direct te interviewen kon de *beleving* van het consult meegenomen worden in het interview. Bovendien kon ook de eigen signaleringservaring van de onderzoeker tijdens het consult worden benut; het kon immers niet uitgesloten worden geacht dat de jarenlange relatie van de huisarts met de patiënt van invloed is op het *neutraal* opmerken van signalen.

Om een zo open mogelijke luisterhouding te behouden is de aan de onderzoeker verstrekte voorinformatie over de patiënt - naast leeftijd en geslacht - steeds beperkt gehouden tot: a. de meest cruciale gezondheidshistorie van de patiënt en b. de exacte formulering van de klacht zoals die was aangemeld via de assistente. Met deze laatste informatie werd het ook mogelijk eventuele verschillen tussen de aangemelde klacht en de tijdens het spreekuur geformuleerde klacht te evalueren.

Het interview met de huisarts is met een spraakrecorder vastgelegd. Met de huisarts is afgesproken dat zijn persoons- en praktijkgegevens niet zouden worden opgenomen in het onderzoeksrapport.

Uiteindelijk zijn er in april en mei zes afspraken geweest met in totaal drie huisartsen, waarin totaal 45 consulten zijn geobserveerd.

Direct voorafgaand aan de spreekuurobservatie zijn met de huisarts de volgende zaken besproken:

- Toelichting van het doel, de relevantie van het onderzoek, de vertrouwelijkheid en de wijze van terugkoppeling.
- Plaats van de onderzoeker in de ruimte (liefst schuin achter de patiënt en buiten het zicht van de onderzoekstafel).
- De vóórinformatie, die gewenst was van iedere patiënt (de letterlijke klachtformulering en enkele zinnen over de medische voorgeschiedenis en sociale context).
- De wijze waarop de huisarts de patiënten goedkeuring zou vragen voor de aanwezigheid van de onderzoeker en de procedure voor het geval hiertegen bezwaar mocht bestaan (mocht merkbare twijfel bij de patiënt bestaan, ook na een eventuele korte toelichting, dan zou de onderzoeker de ruimte verlaten).
- De wijze waarop de huisarts direct na afloop van het consult verslag zou doen (hem werd gevraagd bij het invoeren van gegevens deze hardop mee te lezen).

4.5 Samenstelling van het interviewsript inclusief signaleringsraster

Eerste interview

Gezien de ervaring in de pilot was de verwachting dat in het interview met betrekking tot zingeving twee tot vier patiënten zouden kunnen worden besproken. Hiervoor werd de volgende interviewlijn gehanteerd:

- a. Huisarts evalueert het consult.

Algemene verkenning van mogelijk *gepuzzel* bij de huisarts over het consult zelf.

Dit zou een ingang kunnen zijn naar de intuïtie dat achter de klacht wellicht andere problematiek verborgen zit.

- b. Huisarts evalueert patiënt in relatie tot (sociaal)psychologische aspecten. Het signaleren van psychische factoren en de interferentie met somatische klachten behoort tot de reguliere diagnostiek.

- c. Huisarts evalueert patiënt in relatie tot zingeving.

Bij de eerste patiënt wordt de huisarts eventueel geholpen door aan te geven wanneer zingevingsvragen aan de orde kunnen zijn in contrastervaringen en grenssituaties zoals geboorte, overlijden, verlies gezondheid, scheiding en ontslag). De onderzoeker brengt aan het eind eventueel zijn eigen signalering in.

- d. Huisarts evalueert de patiënt in relatie tot enkele *abstracte* vragen, die tezamen het signaleringsraster vormen.

Hierbij werden uiteindelijk niet alleen de drie aspecten uit paragraaf 3.5 gebruikt, maar werd tijdens het onderzoek een vierde aspect van zingeving toegevoegd, namelijk dat van de *doelgerichtheid*. Aanvankelijk werd dit aspect geacht te zijn meegenomen in de cognitieve component (een besef hebben van doelen), maar het kwam in de voorbereiding van het empirisch onderzoek specifiek naar voren toen bleek dat huisartsen, meer dan vroeger, de regie voor een behandeling bij hun patiënten leggen (zie par. 2.3). Deze doelgerichtheid, die bij patiënten noodzakelijk wordt geacht, leek onderzoeker aan te sluiten bij de doelgerichtheid die mensen ervaren als ze aangeven dat ze het leven zinvol vinden en die in vele modellen terugkomt. In dat kader werden vragen toegevoegd die het gevoel van een *toekomst* of *horizon* bij de patiënt zouden kunnen verkennen.

- e. Enkele vragen over de rol van de levensbeschouwing van de huisarts en zijn visie op zingeving.
- f. Enkele afsluitende vragen.

Tweede interview

Bij het tweede bezoek na circa vier weken werd bovenstaande protocol van observatie en interview herhaald. Aanvullend werden de twee extra vragen gesteld die respectievelijk betrekking hadden op de eerder besproken patiënten en op zijn eigen visie op zingevingsproblematiek.

Naast de aanvullende vragen werden leerpunten uit het eerste interview verwerkt. Nog specifiek werd daarom een vraag gesteld over *het opvangen van signalen* in zijn algemeenheid en over het aspect *coping*, dat in de eerste interviews slechts indirect aan de orde was gekomen.

Tevens werd het signaleringsraster met de vier zingevingsaspecten op een vel papier aan de huisarts gepresenteerd. Hierin waren de vier

oorspronkelijke vragen uit de eerste interviewronde vertaald naar vier gevoelsmatig passende omschrijvingen. Zo is bijvoorbeeld de vraag ‘Zit de patiënt lekker in zijn vel?’ vertaald naar ‘Senang voelen bij alle wisselende emoties van het leven’. Deze omschrijving is allereerst gekozen om dichtbij het affectieve aspect van Van der Lans (par. 3.2) te blijven maar refereert ook aan de visie van Mooren dat emoties bijdragen aan zingeving (par. 3.3) en dat het *weerbaar* om kunnen gaan met wisselende emoties een kenmerk wordt geacht van gezondheid (vgl. visie Nederlandse gezondheidsraad¹⁰⁶).

In de loop van de drie interviews werd het schema enigszins aangepast op basis van de reacties van de huisartsen op deze woorden. Het aspect van ‘senang voelen’ werd zo van de oorspronkelijk tweede plaats naar de vierde plaats verschoven, omdat het door een van de huisartsen als een soort resultante van andere, voorgaande aspecten werd gezien.

Het interviewscript, inclusief het signaleringsraster uit het laatste interview, is te vinden in bijlage 2.

4.6 Enkele opmerkingen over de observaties en het verloop van het interviewproces

Alle interviews zijn in grote lijnen volgens plan en oorspronkelijke afspraak verlopen. Het contact met de huisarts verliep prettig en constructief.

De huisartsen kozen ieder hun eigen formulering voor de introductie van de onderzoeker. In twee van de drie gevallen kon dit proces niet vanaf het begin door de onderzoeker worden gevolgd. In één geval leidde dit bij binnenkomst van de patiënt tot de opmerking ‘Nou geestelijke verzorging is bij mij wel van toepassing...’, waarbij de patiënt wat meewarig moest lachen. In een ander geval was sprake van een korte uitwisseling of mijn aanwezigheid wel gewenst was. De mogelijke betekenis van beide situaties is met de huisarts in het interview geëvalueerd.

¹⁰⁶ <https://www.tias.edu/kennisgebieden/detail/health/detail/gezondheid-een-definitie>

In zes consulten werd er door de patiënt soms (onbewust) even oogcontact gezocht met de onderzoeker (die steeds schuin achter hen zat). Dit waren veelal momenten waarin bepaalde emoties (zoals opluchting of een grap) een rol spelen en waarbij dan op een natuurlijke wijze iedereen in een ruimte betrokken wordt. Door juist de blik af te wenden of een begrijpende gezichtsuitdrukking te tonen streefde de onderzoeker er naar om inhoudelijke invloed te vermijden; ook hierbij is invloed op het verloop van het spreekuur niet geconstateerd.

De vraag naar de *relevante* voorgeschiedenis van de patiënt leidde bij de drie huisartsen tot enigszins wisselende informatie. Waar de één zich beperkte tot zaken die gerelateerd konden worden aan de klacht, vertelden de andere twee ook overige aspecten uit het levensverhaal en/of informatie over ervaringen uit de arts-patiënt relatie.

Tijdens de eerste ronde interviews is steeds enige tijd genomen tussen het consult en het interview, zodat een eerste selectie kon worden gemaakt van de voor dit onderzoek meest relevante patiënten. In de tweede interviewronde was de onderzoeker in staat deze selectie al tijdens het spreekuur te maken.

De huisartsen werden gemiddeld gesproken tijdens het interview van steeds circa 60 minuten 1 of 2 keer gestoord door een korte vraag van de assistente. Dit had verder geen invloed op het momentum van het interview. In twee gevallen leidde een verstoring tot het noodzakelijk opknippen van het interview in twee aparte delen. Ook in dit geval kon de draad en aandacht van de huisarts weer goed worden opgepikt. Wel vergat de onderzoeker hierbij eenmalig de spraakrecorder weer in te schakelen; dit werd na enkele minuten opgemerkt. Over de gemiste passage is achteraf nog per email enige bevestiging gevraagd en gekregen.

Na ieder interview werd door de onderzoeker zelf kort gereflecteerd op de effectiviteit van de vragen en hun onderlinge volgorde. Dit leidde tot enkele kleine wijzigingen in het interviewsript; soms omdat bepaalde gespreksonderwerpen op een natuurlijke manier beter op elkaar aansloten, soms om het effect te onderzoeken van het eerder of later in het interview introduceren van bepaalde woorden of onderwerpen.

De onderzoeker liet aan het einde van het tweede interview bij het opruimen van spullen de beide A4's met het signaleringsraster liggen en vroeg 'Zal ik die ook meenemen?'. Alle drie de huisartsen vroegen het te mogen behouden om het nog eens te bekijken of om het wellicht te gaan gebruiken in hun werk. Het achtergelaten raster verschilde steeds enigszins.

Aanvankelijk was het de bedoeling alleen het eerste interview volledig te transcriberen. Later is door de onderzoeker besloten meerdere interviews uit te schrijven (uiteindelijk vijf van de zes). Een uitzondering vormde steeds passages die geen enkele betrekking op de onderzoeksvraag hadden, zoals bijvoorbeeld uitleg over de werking van een bepaald medicijn.

5. Resultaten van het empirisch onderzoek

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het empirisch onderzoek beschreven. Allereerst worden in paragraaf 5.1 enkele kwantitatieve aspecten vermeld van de observaties en de interviews. In paragraaf 5.2 volgt de visie van de drie huisartsen op zingeving, gezondheid, psychologie en op hun rol ten aanzien van zingevingproblematiek. De signalen die door hen werden herkend en hun reacties op het signaleringsraster zijn weergegeven in paragraaf 5.3 en een samenvatting sluit dit hoofdstuk met resultaten af (par. 5.4).

5.1 Kwantitatief resultaat van de observaties

In totaal zijn voor dit onderzoek bij drie huisartsen (ha) gezamenlijk 45 consulten geobserveerd en zes interviews gehouden. In tabel 1. zijn deze gegevens schematisch weergegeven.

	Leeftijd (jaren)	Werk-ervaring (jaren)	Aantal patiënten gezien	Aantal patiënten besproken	Aantal patiënten gezien	Aantal patiënten besproken
Ha 1 (v)	49	15	3 april: 9	5	2 mei: 6	5
Ha 2 (v)	43	13	6 april: 9	4	1 mei: 11	4
Ha 3 (m)	50	15	11 april: 6	6	8 mei: 4	4

Tabel 1. *Kwantitatieve gegevens van de interviews*

De consulten verschilden – uiteraard – sterk in inhoud, sfeer en interactie. Bij circa één derde van de consulten brachten patiënten meerdere klachten of vragen in; soms als onderdeel van een klachtenpatroon, maar soms ook als losstaande 2^e of zelfs 3^e vraag.

Nergens was sprake van het *deurknopfenomeen*¹⁰⁷. Wel werd één keer de aanwezige stress bij een patiënte pas aan het einde van het consult nader ingekleurd door haar mededeling dat er recent drie personen in haar omgeving waren overleden. In een ander geval vroeg de huisarts eerst specifiek of de patiënt alle vragen had genoemd, alvorens er inhoudelijk op in te gaan. In vier gevallen kwam de praktijkondersteuner(POH)-GGZ ter sprake; twee keer werden patiënten als resultaat van het spreekuur ook daadwerkelijk doorverwezen.

Ruim de helft van de geobserveerde patiënten is tijdens het aansluitende interview aan de orde gekomen in het kader van hun mogelijke zingevingsproblematiek. Deze selectie werd gemaakt door de huisarts. Tevens heeft de onderzoeker een aantal keren iemand ter sprake gebracht op basis van een vermeend zingevingssignaal. In twee van de zes interviews moest, omwille van de tijd, het aantal te bespreken patiënten beperkt worden.

5.2 De visies van de huisartsen

In deze paragraaf zijn de antwoorden op de interviewvragen over zingeving, gezondheid en psychologische hulpverlening weergegeven. Eerst komt de visie van de huisartsen op zingeving en zingevingsproblematiek aan bod (par. 5.2.1) en daarna de aspecten psychologie en gezondheid (par. 5.2.2). De huisartsen bleken ook uitspraken te doen over hun rol als huisarts; deze zijn verwoord in de paragrafen 5.2.3 (algemeen) en 5.2.4 (in relatie tot zingevingsproblematiek).

5.2.1. Zingeving en zingevingsproblematiek

‘soms staat een mens op een keerpunt: óf hij laat zich meesleuren met al die ballen in de lucht te houden óf hij gaat uitpuzzelen wat voor type mens hij eigenlijk wil zijn...’ (ha2)

¹⁰⁷ Zie par. 2.2, p. 17.

Zingeving

Gevraagd naar wat zingeving nu precies is, valt er bij alle drie de huisartsen even een stilte en is er soms een kleine glimlach. Vervolgens noemen ze ieder uiteindelijk een rijke verzameling aan thema's en associaties (ca. 5-10 per huisarts). Ze zijn hier voor het overzicht gegroepeerd rond vijf thema's:

- *een beweging vooruit maken* (met woorden als: jezelf ontdekken, zelfreflectie, de draad weer oppakken, het leven vorm geven, perspectief hebben, groei, doelen realiseren),
- *een positief gevoel hebben* (met woorden als: gelukkig zijn, het goed doen, levenskwaliteit, plezier hebben),
- *een bijdrage leveren* (met woorden als: er toe doen, levensinvulling, begrepen worden, nuttig en van waarde zijn),
- *authenticiteit en identiteit* (met woorden als: jezelf zijn, mens zijn, zelfvertrouwen kweken).
- *existentiële levenservaringen* (met woorden als: waaromvraag, kantelmoment)

Met name de aspecten *een beweging vooruit maken* en *een positief gevoel hebben* sluiten direct aan bij twee aspecten van het signaleringsraster (respectievelijk doelgerichtheid en affectie). De aspecten *een bijdrage leveren* en *authenticiteit en identiteit* lijken aan te kunnen sluiten bij het begrip verbondenheid uit het signaleringsraster.

Alle huisartsen geven aan dat zingevingsvragen bij ieder mens aanwezig zijn. Opvallend is dat alleen ha3 direct ook *negatieve* aspecten noemt als leven en dood, lijden en het levenseinde. Hij noemt ook de aspecten geloof en spiritualiteit en het feit dat mensen hierin kunnen vastlopen. Ha3 is van mening dat je van het geloof eigenlijk alleen maar kracht zou moeten krijgen. De andere huisartsen geven aan - specifiek gevraagd naar de rol van geloof - dat dit bij patiënten van steun kan zijn, maar ook het tegenovergestelde kan bewerkstelligen; zo kan volgens ha2 een negatief godsbeeld belemmerend werken voor de huisarts.

Ha2 noemt nadrukkelijk de moed die af en toe nodig is als mensen op een keerpunt staan; ze refereert daarbij nadrukkelijk aan jeugdervaringen van haar patiënten.

Zingeingsproblematiek

Ook bij het begrip zingeingsproblematiek geven ze vele voorbeelden en gebruiken ze woorden als verlies, rouw, eenzaamheid, vastlopen, leegheid, hopeloosheid, onvrede, angst, levensongeluk, wantrouwen en worstelingen. Ha3 geeft aan dat zingeingsproblematiek kan ontstaan als mensen 'oorzaak en gevolg buiten zichzelf zoeken'. Het betreft volgens hem soms lastig te vatten thema's, waarvan niet altijd duidelijk is wat op de voorgrond treedt. Ten aanzien van een terminale patiënt beschrijft hij: '...want het niet begrepen worden (door je kinderen, *red*) is misschien nog wel erger dan het gegeven, dat de dood eraan komt'.

5.2.2. De relatie tussen gezondheid en zingeving

'Het is echt niet alleen het lijf, ze heeft gewoon een hoop onvrede' (ha1)

De drie huisartsen geven aan dat veel aspecten rondom gezondheid met elkaar samenhangen. De aspecten lichamelijke, psychologie en zingeingsvragen werken op elkaar in. Angst en stress (ha2, ha3) kunnen een functionele rol voor mensen vervullen, maar ook 'in het lichaam gaan zitten' en daarmee chronische pijn, somberheid en eenzaamheid (ha1, ha2) veroorzaken. 'De klacht doet iets met de mens en andersom' (ha2) en 'Iemand kan letterlijk de buik vol hebben', of 'een last op de schouders hebben' (ha1). Dit proces van somatisering is dagelijkse kost voor huisartsen.

Ha2 zegt in het tweede interview 'hoe mensen met zingeving omgaan, bepaalt hoe ze omgaan met ziekte en gezondheid'. Zo kun je volgens haar door angst de controle over je leven kwijt raken. De mogelijke relatie tussen psychologie en zingeving wordt door ha2 als volgt verwoord: 'Door psychische

klachten kun je soms je doel niet meer verwezenlijken, maar andersom kun je psychische klachten krijgen als je geen doel meer ziet in je leven'. Ha1 verwoordt het op de volgende manier: 'Als mensen pijn hebben, dan kunnen ze dit projecteren op de wereld, maar andersom zou het kunnen dat, als mensen boos zijn, ze pijn ontwikkelen'.

Ha2 is van mening dat zingeving van invloed is op de frequentie van het bezoek aan haar spreekuur. 'Een gesprek over zingeving kan een gezondere levenshouding opleveren en die zou de zorgbehoefte van de patiënt sterk kunnen verminderen'. Volgens haar kan versterking van zingeving leiden tot minder bezoek aan de huisarts voor 'medisch niet zinvolle zaken'.

Ha3 heeft een specifieke visie op ziektes; hij relateert het ontstaan ervan aan de westerse leefgewoontes (voeding, stress) die de balans verstoren en het herstelvermogen beperken. Veel klachten komen voort uit het niet tevreden zijn met de huidige wereld. Levensproblematiek kan volgens hem zelfs *dood* veroorzaken.

5.2.3 De algemene rol van de arts en zijn omgang met patiënten.

'Hoe kan het toch, dat mensen een verkoudheid niet meer in betekenis kunnen zien en direct een oplossing van de dokter verlangen?' (ha3)

Context van de patiënt en somatisering

De huisartsen bieden hun patiënten primair aandacht, bevestiging en steun (ha2). Ze zeggen zelden mensen te zien met alleen somatische klachten; zo beschrijft ha1 haar rol bij het begeleiden van mensen 'die hun weg nog niet gevonden hebben' of 'kleine dingen groot maken' en ha3 geeft aan dat bijna iedereen op zijn spreekuur wel een vorm van 'psychosociale shit' heeft.

Het aspect van somatisering maakt het werk van huisartsen soms complex; ze zijn uiteraard bereid 'samen met de patiënt te gaan zoeken' (ha1) maar ze hoeven niet alles op te lossen wat de patiënt bij hen 'dumpst' (ha3). Ook

ha1 en ha2 hebben moeite met situaties waarbij een patiënt niet zelf de regie neemt en de vraag steeds bij de dokter legt.

Niet iedere klacht hoeft even serieus te worden genomen; in sommige gevallen kiest de huisarts ervoor de klacht te duiden als onderdeel van een groter (medisch) vraagstuk en direct de gehele situatie van de patiënt te verkennen. Dit proces van switchen tussen klacht en patiënt blijkt een soort automatisme te zijn waarbij ha1 aangeeft hierop, middels het interview, wel meer attent te zijn gemaakt. Soms helpt een pilletje (zelfs ook als placebo-effect) om uiteindelijk mensen weer 'op het goede spoor' (ha1) te krijgen. Volgens ha3 is de sociale context en acceptatie soms belangrijker dan bijvoorbeeld ziekte-inzicht. Soms ook gaat het volgens hem om 'angst beteugelen' en verder 'pappen en nathouden'. Alle drie geven aan dat hun wil en energie tot verdieping van de (achtergrond van de) klacht soms ook even niet aanwezig is.

Rol van de patiënt

In de beschrijving van hun werkzaamheden komt naast het verminderen van klachten (*draaglast verminderen*; zie coping model, par. 3.3) ook nadrukkelijk het aspect voor van omgaan met de klachten (*draagkracht versterken*). De huisartsen gebruiken hierbij niet zelf het woord *coping*, maar zetten het aspect van versterken van draagkracht wel nadrukkelijk in om de zelfstandigheid van hun patiënten te vergroten.

Ha1 probeert te zorgen dat mensen meer 'grip' krijgen door hen te leren zaken 'in proportie' te zien. Vaak gaat het over leren 'nuanceren en relativeren'. Ha2 noemt haar eigen positieve levenshouding en de noodzaak om dingen in het leven te nuanceren en verwacht deze houding in zekere zin ook van haar patiënten. Het gaat soms om 'zelfvertrouwen kweken, zodat je een volgende klap beter aankunt'. Zij maakt drie categorieën patiënten: a. zij die alles willen weten (en dus veel onderzoek vragen), b. zij die geruststelling willen (en met een standpunt en aandacht van de huisarts tevreden zijn), en c. zij die ergens vanaf willen; de laatste groep moet in haar ogen uiteindelijk soms leren *accepteren*. Soms helpt het 'opplakken van een diagnose' hierbij.

Met enige regelmaat benadrukken de huisartsen de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Ha1 memoreert een patiënte die 'eigenlijk eens eerlijk naar zichzelf moet kijken en initiatief moet nemen'. En ze zegt 'als de dingen zijn zoals ze zijn, heb je daarmee te dealen'. Ze uit ook waardering voor het gedrag en de houding ('zij heeft keihard aan zichzelf gewerkt') en noemt ook uitingen van dankbaarheid van een patiënt.

Volgens ha2 is het vooral ook een keuze om in een ziekerol te gaan zitten. Problemen vragen een houding van onafhankelijk gedrag en motivatie, waarbij ze dat nadrukkelijk ook relateert aan iemands persoonlijkheidsstructuur.

Arts-patiënt relatie

De arts-patiënt relatie en de ervaren affiniteit met de patiënt komt met regelmaat tijdens het interview aan de orde. Zo reflecteert ha1 tijdens het interview op haar mate van sturing tijdens het voorafgaande spreekuur. Ze vraagt ook twee keer de visie van de onderzoeker, als ware het interview een soort intervisiegesprek. Ha2 geeft aan dat een positieve instelling en een adequate houding van de patiënt erg behulpzaam kunnen zijn bij het werk van de dokter; hoe beter de relatie is, hoe meer vertrouwen er is om zingevingskwesties te kunnen bespreken. Een verdiepend contact met de patiënt kan haar ook voldoening geven. Ook ha3 reflecteert met regelmaat op zijn eigen functioneren en verwijt zichzelf achteraf een keer dat hij de hulpvraag van een patiënt onvoldoende heeft geëxpliciteerd. Over de relatie zegt hij: 'Het tonen van wederzijdse emoties maakt de communicatie ook gemakkelijker'.

5.2.4. De rol van de arts bij zingevingsvragen

'...het aan de kaak stellen van existentiële dingen gebeurt vaak niet omdat het niet vergoed wordt' (ha3)

Uit de interviews blijkt dat huisartsen onderwerpen rondom zingeving weliswaar herkennen bij hun patiënten – ze noemen zaken als stress, sociale

steunsystemen en het hervinden van grip – maar ze brengen het onderwerp als zodanig niet expliciet naar voren. Het al dan niet bespreken van zingevingsthema's heeft volgens hen nadrukkelijk ook met de inschatting van de cognitieve vaardigheden en de leefstijl van de patiënt te maken en met het vertrouwen in het te bereiken resultaat. Gevraagd naar de reden van deze terughoudendheid, geven ze aan er voor te willen waken hun eigen levenshouding op die van de patiënt te projecteren. Soms lukt het gewoon niet om toegang te krijgen tot zingevingsvragen, waarbij dit onvermogen dan vaak aan de patiënt wordt toegeschreven (ha2).

Ha2 geeft nadrukkelijk aan graag mensen te willen helpen om na te denken over het leven en over zichzelf '...zodat ze zich dingen gaan realiseren'. Ook ha3 wil zingevingsvragen graag bespreken door mensen te bewegen tot zelfreflectie, maar hij twijfelt wel of het wel bij zijn werk hoort. Hij geeft aan dat vragen over 'jezelf ontdekken' niet door iedereen van een dokter worden verwacht. Verder is hij van mening dat mensen meer stil zouden moeten staan bij wat hen beweegt en wie ze zijn en zegt: 'Om echt gelukkig te worden moet je de zingevingskant op'. Volgens hem moeten patiënten uit hun 'comfortzone' treden, waarbij soms 'pijnlijke momenten' behulpzaam kunnen zijn. Hij heeft bewondering voor een patiënte 'waar veel speelt', maar die zich groot houdt ondanks haar 'lijdensdruk'. Toch accepteert hij ook dat zaken soms gaan zoals ze gaan; dat het leven er voor sommige mensen 'nou eenmaal zo uitziet' of dat een patiënt onverwachts terugkrabbelt voor bepaalde behandelingen.

Bij een religieuze achtergrond verwijst ha3 iemand door naar de kerk. Ha1 vraagt op zich weinig naar geloof, omdat ze de manier waarop mensen in het leven staan als een vast gegeven accepteert en graag primair bij medische zaken wil blijven.

POH-GGZ, psycholoog en geestelijk verzorger

De POH-GGZ vervult bij alle drie de huisartsen een rol in de praktijk (bijvoorbeeld bij iemand met 'een hoop onvrede' (ha1)). Tijdens een spreekuur werd een patiënte doorverwezen om 'meer te gaan praten over wat haar bezig houdt' nadat mogelijke rouwproblematiek zichtbaar was geworden (ha3); de POH-er

werd hier omschreven als ‘psychologisch verpleegkundige’. In een andere situatie werd een patiënte doorverwezen omdat klachten van vermoeidheid en depressiviteit waren teruggekomen. Ook werd een keer *voorgesorteerd* op een mogelijk gesprek met een POH-er, voor het geval de nadere (somatische) onderzoeken geen uitsluitsel zouden bieden over de klachten.

Door geen van de huisartsen is recent iemand doorverwezen naar een geestelijk verzorger. Ha1 schrijft dit onder andere toe aan het feit dat ze de lokale predikant niet kent. Ha3 geeft in dit kader aan dat psychologen beperkingen hebben op het gebied van zingeving en dat de vergoeding bij doorverwijzing een rol speelt. Hij heeft enkele keren patiënten naar een haptonoom verwezen om bij de patiënt te werken aan ‘balans’. Maar voorzichtigheid is volgens hem geboden want dit kan ‘bijten bij mensen met een religieuze inslag’. Ha2 filosofeert in het tweede interview over een *club van goede buurvrouwen* die ‘eerst eens zou kunnen kijken wat er aan de hand is vóór mensen naar de dokter gaan’; zij zouden steun kunnen geven zoals vroeger de kerken deden.

5.3 De signalen van zingevingproblematiek en het signaleringsraster

In paragraaf 5.3.1 wordt verslag gedaan van de wijze waarop huisartsen omgaan met de diverse signalen die zij kunnen opmerken. Hierbij is aangegeven wanneer algemene signalen voor huisartsen, eventueel in combinatie met andere factoren, mogelijk ook een *signaal van zingevingproblematiek* zouden kunnen zijn. In paragraaf 5.3.2 komen de reacties aan bod op het signaleringsraster zoals dat in de tweede interviewronde aan hen is voorgelegd.

5.3.1 Signalen

‘Ik heb het gevoel dat ik weer op de reservebank ben beland’ (ha1)

In de interviews is op verschillende wijze getracht te achterhalen welke signalen van mogelijke zingevingsproblematiek huisartsen herkennen bij hun patiënten; enerzijds door rechtstreeks te vragen naar waar huisartsen eigenlijk precies op letten als zij hun patiënt voor zich hebben, maar ook door tijdens het interview steeds weer terug te gaan naar: ‘Waaraan herken je dat?’, ‘Wat maakt dat je dat denkt?’. Deze vragen hebben geleid tot een overzicht van twee typen (zintuigelijk waar te nemen) signalen en vijf factoren *die een rol spelen bij herkenning en diagnostisering van zingevingsproblematiek* (tabel 2).

	Zintuigelijk waar te nemen signalen:
a	Gedrag en uitstraling van de patiënt (non verbaal)
b	Specifiek woordgebruik of andere <i>betekenisvolle</i> signalen
	Factoren die een rol spelen bij herkenning en diagnostisering van zingevingsproblematiek:
c	Type klacht waarmee patiënt zich meldt
d	Persoonlijkheid van de patiënt
e	(Medische) voorgeschiedenis en verschillen met het vorige consult
f	De arts-patiënt communicatie
g	Het eigen wereld- en mensbeeld van de huisarts

Tabel 2: *Signalen van en factoren bij zingevingsproblematiek*

a. Gedrag en uitstraling van de patiënt.

De huisartsen geven aan gewend te zijn om op allerlei signalen van patiënten te letten. ‘Het spreekuur begint al in de wachtkamer’ (ha3). Zij doelen hierbij op aspecten die al direct opvallen bij de eerste begroeting in de wachtkamer (bijv. taalgebruik en uitstraling) en bij de begeleiding van de patiënt naar de spreekkamer (bijv. manier van lopen). Concreet worden genoemd: de algemene grondhouding en manier van presenteren, de oogopslag, de uitdrukking van het gelaat, het al dan niet aankijken van de huisarts, de lichaamshouding, de stemkleur, het zien of horen van bepaalde emoties (bijv. huilen, lachen, zuchten),

het uiterlijk, de kleding, de manier van praten, de gedragingen of de verhalen van de patiënt. Het lijkt hierbij relevant of alle signalen met elkaar kloppen. Zo geeft ha2 specifiek aan zich bewust te zijn van een eventuele 'discongruentie tussen zeggen en kijken'. Zoiets leidt tot een intuïtief *niet-pluisgevoel*. Een discongruentie kan maken dat signalen niet alleen iets vertellen over de specifieke klacht, maar wellicht klacht-overstijgend zijn en dus mogelijk signalen zijn van zingevingproblematiek.

b. Specifiek woordgebruik of andere *betekenisvolle* signalen

De huisartsen geven aan dat soms specifiek woordgebruik of specifieke verwijzingen naar zingeving van de patiënt zijn te herkennen. Ze doelen dan bijvoorbeeld op de *waaromvraag*¹⁰⁸ of een worsteling met het geloof. Specifiek werden door ha2 de volgende voorbeelden genoemd: een patiënt die steeds in de 'ja-maar'-houding zit, die zich miskend lijkt te voelen, die niet duidelijk kan aangeven wat hij wil, een gemaakte glimlach heeft, op een bijzondere manier omgaat met de klachten, een (onverwachtse) geldingsdrang heeft en bij wie zij een gevoel van ontreddeering signaleert. Ha3 signaleert dat er 'ongeluk' in zijn patiënt zit of dat er 'iets doorschemert van lijdensdruk'. Ook ziet hij een belangrijk verschil tussen iemand die weliswaar goed opgemaakt is (en 'iets van het leven probeert te maken') en iemand die werkelijk 'straalt'. Tenslotte werd ook eenmalig een heel specifieke signalering genoemd; zo werden hondenharen op de kleding van een patiënt als aanwijzing gezien voor een actieve levenshouding (ha 2).

c. Type klacht waarmee patiënt zich meldt

Bij minder specifieke klachten als moeheid, hoofdpijn of buikpijn wordt getracht verband te leggen met andere klachten of problematiek. De mate en vorm waarin emoties getoond worden of mogelijk uitblijven wordt gerelateerd aan de (potentiele ernst) van de klacht. In twee gevallen werd de inschatting gemaakt

¹⁰⁸ Bedoeld wordt een vraag naar de oorzaak van een ziekte of van een lot, die menselijkerwijs niet te beantwoorden is.

dat de klacht *slechts* de aanleiding was om te komen praten over bepaalde levensgebeurtenissen

d. Persoonlijkheid van de patiënt

Vaak wordt door de huisartsen een inschatting gemaakt hoe de patiënt in het leven staat (bijvoorbeeld een 'verdedigingsmechanisme heeft opgebouwd om zich staande te houden'). Dit valt af te leiden uit het feit dat ze aangaven te beoordelen of patiënten hun klachten mogelijk overdrijven of juist bagatelliseren. Ze gebruikten hierbij diverse kwalificaties voor hun patiënten (zoals 'zeurpiet', 'gesloten zelfredder', 'open persoon', 'kwetsbare houding' of 'achterdochtig'). Regelmatig vermeldden de huisartsen hun inschatting van de cognitieve vaardigheden van de patiënt ; zij bepalen daaruit niet alleen hun wijze van communiceren, maar zien het ook als middel om het gedrag in de spreekkamer, zoals mogelijk controleverlies of onbegrip (ha2), te duiden.

e. Verschillen met het vorige consult en (medische) voorgeschiedenis.

De huisarts luistert naar de patiënt met het vorige consult in het achterhoofd. De opgevangen signalen en (verwoorde) klachten werden door alle drie de huisartsen sterk gekoppeld aan de ervaringen van het vorige consult. 'Klopt het patroon?' (ha2). Met name het belang dat zij hechten aan de ziektegeschiedenis bleek uit het feit dat in de korte toelichting van iedere patiënt (voorafgaand aan het spreekuur) door twee van de drie huisartsen ongevraagd diverse aspecten uit het medisch dossier aan de onderzoeker werden verteld. Deze context bleek voor de huisarts soms relevanter dan de directe aanleiding van het spreekuur; zo moest de onderzoeker bij ha3 regelmatig doorvragen met welke klacht de patiënt zich nu had aangemeld. De huisartsen zijn zich verder bewust van specifieke heftige levensgebeurtenissen in de voorgeschiedenis van de patiënt. Het betreft dan zowel omstandigheden en behandelingen van de patiënt zelf, als van directe familieleden. De - in de geestelijke verzorging veelvuldig gebruikte - term *levensverhaal* werd hierbij door hen niet gebruikt.

f. De arts-patiënt communicatie

De wijze waarop de arts-patiënt communicatie plaatsvindt en door de huisarts ervaren wordt is van invloed op de wijze waarop de huisarts de signalen van de patiënt duidt. Hierbij zijn vier aspecten te onderscheiden:

- Denkt de arts het gedrag en gevoel van de patiënt te begrijpen?
(krijgt hij de vraag achter de vraag helder, krijgt hij er 'de vinger achter', zijn de emoties passend, zijn er geen dubbele signalen of plotselinge terugtrekkende bewegingen of een onbegrijpelijke houding van 'vechtlust').
- Heeft de arts het gevoel dichtbij de patiënt te kunnen komen?
(zodat hij niet hoeft 'te werken' (ha2), er geen afstandelijkheid is, er vertrouwen is, de patiënt zich opent en zijn 'muurtje afbreekt', er geen toneelspel is of zaken onder de oppervlakte blijven).
- Vindt de arts de patiënt leuk of prettig?
(voelt hij een klik of krijgt hij zelf voldoening uit het contact).
- Waardeert de arts het gedrag van de patiënt?
(bijvoorbeeld als de patiënt adequaat of sociaal gedrag vertoont of de regie neemt in plaats van alles bij de huisarts te leggen).

Pas in een goed contact kunnen er 'zaken worden gedaan' (ha3) en kun je over en weer een laagje dieper komen en 'dingen laten zien' (ha1). Ha2 geeft aan dat een goed contact ook vertrouwen geeft dat zingevingskwesties op een later moment wel kunnen worden besproken.

Opvallend is, dat er een relatie lijkt te zijn tussen de kwaliteit van het contact en het herkennen van mogelijke zingevingsproblematiek bij de patiënt; een slecht contact (in de ogen van de huisarts) is een extra indicatie voor zingevingsproblematiek bij de patiënt. Zo twijfelt ha2 of een patiënt 'goed in haar vel zit', mede door de afstandelijkheid die zij zelf tot deze patiënt voelt.

g. Het eigen wereld- en mensbeeld van de huisarts

De huisartsen realiseren zich dat zij hun eigen wereld- en mensbeeld meenemen in hun arts-zijn en dat dit een belangrijke rol speelt bij het beoordelen van mogelijke zingevingsproblematiek. Zo geeft ha3 aan terughoudend te zijn met

het inbrengen van zijn (boeddhistische) levensvisie en vraagt hij zich ook tijdens het interview af of hij dat mogelijk niet toch nog teveel doet. Anderzijds *betraapt* hij de onderzoeker tijdens het interview tot twee keer toe op het feit dat deze wellicht zelf iets voor de patiënt aan het invullen is. Ha1 geeft aan dat ze 'ruimdenkend' wil zijn en dat ze probeert de manier waarop mensen in het leven staan als een gegeven mee te nemen. Ook worden door de huisartsen woorden gebruikt als vrijheid van levensstijl of respect voor de patiënt. Het gebruik van bepaalde normatieve kwalificaties (zie d.) is in dit kader opmerkelijk.

Inbreng door onderzoeker

In een latere fase van het interview zijn ook door de onderzoeker zelf observaties ingebracht. Het betrof hier bepaalde woorden of gedragingen waarvan de onderzoeker zich afvroeg of deze wellicht een bredere (zingevende) betekenis zouden kunnen hebben. Bedoeld zijn uitspraken van patiënten als 'Ik ben doodsbang geweest', 'Verdomme, begrijp me dan eens' of 'Ik heb wel voor hetere vuren gestaan'. Ook de constatering 'Bij mij zit toch niet alles op de goede plek' kan puur functioneel bedoeld zijn in het kader van lichamelijke klachten en de plaats van organen in de buikholte, maar wellicht (inmiddels) ook een meer existentiële betekenis hebben gekregen die kan raken aan aspecten als zelfbeeld en zelfwaarde.

In de meeste gevallen antwoordden de huisartsen dat het weliswaar relevante observaties waren, maar dat die signalen om verschillende redenen onbesproken waren gebleven; veelal omdat ze de signalen op dat moment toch van beperkte betekenis achtten of simpelweg omdat ze deze (nog) niet exact begrepen. Hierbij bleek ook de beschikbare tijd of het energieniveau van de arts een grote rol te spelen ('Soms laat je iemand in het plaatje, dat je van hem hebt' (ha2)). Ook werd aangegeven dat wel eens wordt afgewacht of een patiënt tijdens het spreekuur zelf ergens op terugkomt; mocht dat niet gebeuren dan geeft ha3 aan te vertrouwen op de vervolgspraak die dient als een soort 'veiligheidsmechanisme' (ha3).

Afsluitend

Bij bovenstaande inventarisatie van signalen van zingevingsproblematiek bleek dat het veelal gaat over de nadere duiding van primaire signalen als gedrag, houding of taal. Vijf factoren zijn beschreven die bepalen of en in welke mate de oorspronkelijke waarnemingen (signalen) worden geduid als signalen van zingeving. Er lijkt binnen deze factoren geen sprake van een bepaald vast verband dat zou kunnen leiden tot een diagnose zingevingsproblematiek.

5.3.2 Het signaleringsraster

‘dat schema is leuk, want hier gaat het om’ (ha1)

‘het verheldert om het plaatje van zingeving compleet te krijgen’ (ha2)

In het eerste interview werd aan de huisartsen een aantal vragen voorgelegd waarin met existentiële woorden de mogelijke zingevingsproblematiek van hun patiënt zou kunnen worden geduid (zie bijlage 2, vraag 5). Deze vragen leidden in het interview soms tot enige lichte aarzeling; zo vroeg ha2 een nadere toelichting op het begrip *horizon* alvorens ze voor haar patiënt kon beantwoorden of zij die ook ervoer in haar leven.

In de tweede ronde interviews werden deze vragen gepresenteerd middels vier kernzinnen in een signaleringsraster (tabel 3, p. 59). De vier aspecten werden bij eerste beschouwing door de huisartsen als passend en compleet beoordeeld voor het kunnen herkennen en duiden van zingeving. Ha1 en ha2 reflecteerden met interesse op aspecten uit het raster en beoordeelden het als goede mogelijkheid om zingevingsthema's concreter te maken. Ha2 koppelde het ook direct aan casuïstiek uit haar eigen praktijk. De huisartsen noemden geen concrete aspecten waarvan zij van oordeel waren dat deze zouden missen in het raster.

Begrijpen wat er met je gebeurt en hoe het leven/de wereld 'werkt'.
Verbinding ervaren met de omgeving en een groter (zingevend) geheel of krachtbron.
Richting hebben naar een soort toekomst en vergezicht in het leven.
Senang voelen bij alle wisselende emoties van het leven.

Tabel 3: *Het signaleringsraster, zoals gebruikt in het laatste interview*

De vier aspecten

Het aspect *senang voelen* lijkt heel handzaam voor huisartsen en roept geen vragen op. Dit geldt minder voor het aspect *begrijpen*; door ha2 wordt *begrijpen* gekoppeld aan rechtvaardigheid en door ha1 en ha2 geassocieerd met 'de boze buitenwereld' respectievelijk 'muurtjes om je heen bouwen'. Ha3 noemt het een 'hoogdravende' vraag omdat ziekte-inzicht volgens hem soms helemaal niet nodig is. Het aspect *verbinding ervaren* wordt door de huisartsen vooral aan mogelijke eenzaamheid en aan de sociaal-maatschappelijke context van de patiënt gerelateerd. Sommige patiënten hebben namelijk geen besef van *iets groters* (ha2) en dat hoeft volgens ha3 ook niet als ze simpelweg geluk uitstralen. Het aspect *richting hebben* tenslotte wordt vooral gekoppeld aan concrete zaken als het hebben van bijvoorbeeld (betaald) werk of contact met (klein)kinderen. In mindere mate werd aan overdrachtelijke en/of transcendente zaken gedacht zoals identiteit (één keer door ha2, zonder nadere invulling) of het ervaren van een bepaalde levensmissie.

De vier vragen voor de patiënt

Als laatste onderdeel van het 2^e interview werden de vier aspecten van het raster voorzien van vier vragen. Deze vragen zouden een tweeledig doel kunnen

hebben; a. als hulpvraag voor de huisarts zelf om zingevingsproblematiek nader te kunnen diagnosticeren, b. als mogelijke vraag aan de patiënt om samen eventuele zingevingsproblematiek kort te verkennen; het signaleringsraster zou daarmee een soort eerste gesprekshandvat worden voor de huisarts.

- Bij *begrijpen*: 'En ken je ook 'de grenzen?'
- Bij *verbinding ervaren*: 'En geeft dat vertrouwen en betekenis?'
- Bij *richting hebben*: 'En motiveert je dat iedere dag?'
- Bij *senang voelen*: 'En ben je daardoor als persoon in een zekere balans?'

En een afsluitende vraag zou dan zijn:

- 'Is het levens dus te *verteren* en lukt het ook te *accepteren*?

Deze mogelijke hulpvragen zijn slechts in de laatste minuten van het interview ter sprake gebracht en niet in detail met de huisartsen doorgenomen. Ha2 gaf in zijn algemeenheid aan dat de vragen kunnen helpen het onderwerp zingeving concreet te maken voor de patiënt. Ha1 zei dat ze de stap van het *begrijpen* naar het kunnen *accepteren*¹⁰⁹ erg groot vindt en daarmee niet geschikt als eerste vraag aan een patiënt in het verkennen van zingevingsthema's. Het raakt voor haar aan het mogelijke gevoel van onrecht dat soms juist tussen begrijpen en accepteren in staat. Acceptatie hoeft helemaal niet voort te komen uit begrijpen, maar kan er strijdig mee zijn. De drempel van onrechtvaardigheid van levensgebeurtenissen kan soms (nog) te hoog zijn om 'even' te kunnen overwinnen, zeker als de dood ineens beeld komt. Ha1 benoemt dit aspect indirect ook middels haar uitspraak 'Binnen de geneeskunde is niks rechtvaardig'. Via begrijpen kunnen in haar visie wel stappen worden gezet in het leren omgaan met de 'boze buitenwereld'.

¹⁰⁹ Het begrip *accepteren* is geïntroduceerd omdat twee van de huisartsen in het eerste interview hadden aangegeven dat ze op enig moment - na een mogelijk vergeefse zoekproces naar oplossingen voor de klachten - van de patiënt verwachten dat deze leert de klachten te accepteren.

Afsluitend

Samenvattend kan worden vastgesteld dat het gepresenteerde signaleringsraster (vier aspecten + vier vragen) door de huisartsen als interessant werd beschouwd voor hun eigen reflectie op het begrip zingeving en als middel om zingevingsproblematiek te herkennen, maar (nog) niet als instrument voor een concrete begeleiding van patiënten op weg naar bijvoorbeeld acceptatie van hun lijden of naar wie zij zijn. De vragen uit het raster werden soms als 'te groot' beoordeeld en daarmee als minder geschikt voor de huisartsensetting.

5.4 Samenvatting van de visies

In de paragrafen 5.2 en 5.3 zijn de verschillende visies van de huisartsen op zingeving, gezondheid en op hun rol daarbinnen verwoord. Specifiek zijn de signalen gerapporteerd die zij (menen te kunnen) oppikken van hun patiënten waar het mogelijke zingevingsproblematiek betreft en hun reacties op het signaleringsraster. In deze laatste paragraaf worden de resultaten van de zes interviews met de huisartsen samengevat.

Zingeving blijkt als thema bij de drie geïnterviewde huisartsen zeer actueel te zijn; het wordt in relatie gebracht met veel aspecten van hun vak en wordt als belangrijk, leuk en veelomvattend beoordeeld. Dit blijkt uit de omvangrijke associaties die zij hebben bij het begrip en de wijze waarop zij de interactie met aspecten als lichamelijke en psychische gezondheid duiden. Het blijkt ook uit de interesse die zij toonden bij de door de onderzoeker in herinnering geroepen quotes van patiënten en de wijze waarop ze hierover gedurende het interview in gesprek gingen en aspecten van zelfreflectie vertoonden, waarbij zelfs af en toe de mening van onderzoeker werd gevraagd.

De huisartsen komen tot de conclusie dat het merendeel van de geobserveerde patiënten worstelingen kennen ten aanzien van wie zij zijn en hoe ze met het leven en hun klachten om moeten gaan, zodat er derhalve ook sprake kan zijn van zingevingsproblematiek. Deze conclusie leidt echter zelden tot

nadere, gerichte actie. Doorverwijzing naar andere hulpverleners vindt bij deze huisartsen in beginsel slechts plaats naar de POH-GGZ of psychologen en niet naar de - voor zingevingsproblematiek toegeruste - geestelijk verzorger. Bij geen van de met zingevingsproblematiek beoordeelde patiënten in deze observaties is verwijzing naar een geestelijk verzorger een overweging geweest. Levensvragen die voortkomen uit of gerelateerd zijn aan een specifiek geloof worden als het domein van de kerken gezien; er lijkt hierbij geen sprake te zijn van een actieve vorm van samenwerking met deze instanties.

De huisartsen geven aan dat het bij de klachten van hun patiënten vaak (ook) gaat over hoe mensen met klachten en pijn omgaan. Nadrukkelijk waarderen ze patiënten die regie en verantwoordelijkheid nemen over hun gezondheid. Als klachten niet geheel overgaan wordt op enig moment ook een vorm van acceptatie verwacht bij de patiënt.

De huisartsen noemen een breed scala aan (zintuigelijk waarneembare) signalen waarvan ze geleerd hebben deze bij hun patiënten op te pikken. In de beoordeling of deze signalen ook met zingevingsproblematiek te maken hebben speelt ook de kennis over het type persoon en de voorgeschiedenis mee. Zo kan een neiging naar steeds nieuwe (medische) onderzoeken of een concreet voorliggende levenskeuze een aanwijzing zijn voor zingevingsproblematiek. Ook de mate waarin de signalen incongruentie lijken te vertonen, niet direct lijken aan te sluiten bij de (medische) klacht of gewoon niet door de huisarts begrepen worden kan wijzen op zingevingsproblematiek. Signalen van patiënten worden om diverse redenen soms bewust genegeerd en er wordt ook niet achter ieder woord of iedere emotie direct existentiële betekenis verwacht en gezocht. Een mogelijke cognitieve beperking van patiënten wordt nogal eens genoemd als reden om zingevingsaspecten niet te bespreken. Uiteindelijk zijn naast twee soorten *signalen* ook vijf *factoren* samengebracht (tab. 2, p. 53) die veelal objectieve en subjectieve conclusies zijn van waarneembare en herleidbare aspecten van de patiënt; er lijkt binnen deze factoren geen specifiek verband te bestaan.

De huisartsen kunnen lastig onder woorden brengen hoe hun eigen denkproces verloopt bij het switchen tussen de specifieke klacht (waarmee de

patiënt binnenkomt) en de bredere context van de patiënt. Ook kunnen ze minder specifiek aangeven hoe ze de (medische) voorgeschiedenis van de patiënt bij hun beoordeling van zingevingsproblematiek betrekken en of bekendheid van de voorgeschiedenis ook nadelen kan hebben bij het *fris* kunnen beoordelen van de patiënt.

De huisartsen verwijzen in de interviews vaak naar de arts-patiënt relatie; zo spreken ze met regelmaat over hun gevoel bij en hun verwachtingen van patiënten. Een lastig contact met de patiënt blijkt snel te worden gerelateerd aan mogelijke zingevingsproblematiek. De huisartsen realiseren zich echter ook dat hun eigen voorkeuren of persoonlijke levensvisie bij deze inschatting een rol spelen en trachten dit zoveel mogelijk te voorkomen; ze stellen dat ze patiënten willen respecteren en in hun waarde willen laten.

Tot slot kan gerapporteerd worden dat de huisartsen de vier genoemde aspecten uit het signaleringsraster (een mens wil begrijpen, verbinding ervaren, richting hebben en zich senang voelen) goed vonden aansluiten bij hun beleving van zingeving en dat het overzicht als verhelderend en compleet werd beoordeeld.

De stap die patiënten in hun ogen idealiter maken van *begrijpen* naar de gewenste *acceptatie* is voor de huisartsen een soort *black box*. Het lijkt alsof *acceptatie* een resultante kan zijn van een proces waarin de vier aspecten van zingeving op orde zijn. De huisartsen waarderen het raster vooral als mogelijkheid om zelf te reflecteren op het onderwerp zingeving; ze wilden na het interview het betreffende overzicht graag behouden. Voor de huisartsenpraktijk wordt begeleiding bij zingevingsproblematiek als 'te groot' beoordeeld.

6. Conclusie en discussie

In dit laatste hoofdstuk worden allereerst de conclusies uit het onderzoek verwoord en wordt de onderzoeksvraag beantwoord (par. 6.1). Vervolgens worden in paragraaf 6.2 een aantal methodische kanttekeningen bij het onderzoek geplaatst en in paragraaf 6.3 wordt het resultaat van het gehele onderzoek bediscussieerd. De nadruk ligt op een specifieke bevinding uit het onderzoek: het opvallende verschil tussen het belang dat de drie huisartsen zeggen te hechten aan zingevingsproblematiek én de daadwerkelijke praktijk van alledag, waarin sprake is van beperkte begeleiding bij deze problematiek. Wat zegt dit over het *herkennen van signalen*? Een verklaring is gezocht in de diffuse wijze waarop de diverse opgepikte *signalen* elkaar beïnvloeden bij het duiden van mogelijke zingevingsproblematiek. Er lijkt sprake van een proces van *latente herkenning* van signalen, dat niet ondersteund wordt door protocollen. Dit zou betekenen, dat verdere bewustwording ten aanzien van zingevingsvragen bij huisartsen gewenst is. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een aantal aanbevelingen (par. 6.4).

6.1 Conclusie

De hoofdvraag van dit onderzoek was: *Welke signalen van mogelijke zingevingsproblematiek herkennen Noord-Nederlandse huisartsen in hun consulten en hoe zijn deze signalen te plaatsen binnen een praktisch signaleringsraster?* Ter beantwoording hiervan zijn drie deelvragen geformuleerd. De vragen zijn beantwoord met behulp van een literatuurstudie en een empirisch onderzoek, bestaande uit de observatie van zes spreekuren (twee spreekuren bij drie huisartsen, totaal 45 patiënten), aangevuld met een semigestructureerd interview met de huisarts over de relatie tussen de klachten van hun patiënten en aspecten van gezondheid, psychologie en zingeving. Onderstaand zijn de conclusies van zowel het literatuuronderzoek als het

empirisch onderzoek weergegeven. Hierbij zijn achtereenvolgens eerst de drie deelvragen besproken en zijn uiteindelijk de beide delen van de hoofdvraag beantwoord.

Zingeving en gezondheid

Uit de literatuurstudie blijkt dat er door artsen allerlei directe en indirecte verbanden worden gelegd tussen zingeving en gezondheid (deelvraag a). Er wordt huisartsen geadviseerd om bij hun poging de klachten van een patiënt te bestrijden de *context* van de patiënt vooral niet uit het oog te verliezen.

In het empirisch onderzoek bleek dat de hoofdfocus van de huisarts altijd ligt op de lichamelijke aspecten (de patiënt verwacht dit ook), maar dat zij bij het merendeel van hun patiënten tevens psychosociale problematiek vermoeden en vervolgens ook pogingen doen om deze bredere context van de klacht te verkennen en bespreekbaar te maken. Hierbij bleek nadrukkelijk aandacht voor het aspect *draagkracht versterken* uit de copingtheorie¹¹⁰ en de eigen rol die zij patiënten toekennen bij de bestrijding van hun klachten. De huisartsen leken zich hierbij niet bewust van de mate waarin er bij de patiënt ook voortgang werd geboekt in dit copingproces. Verwachtingen over deze voortgang (en *de weg naar acceptatie*) waren er daarentegen wel; op enig moment moet volgens hen een patiënt zijn chronische klachten (toch) leren dragen.

De geïnterviewde huisartsen gaven verder aan dat zij veronderstelden dat bij vele patiënten ook zingevingproblematiek een rol kan spelen. Zij vinden zingeving een wezenlijk element van menselijk welbevinden; twee van hen gaven aan een rechtstreekse relatie te zien tussen zingeving en gezondheid. Zingeving is echter niet een heel apart onderwerp; voor hen gaat het vooral om de praktische invulling met thema's als werk, sociale contacten en grip op het leven en kunnen eventuele vragen daarover veelal via de psychologische weg van stress, angst of welbevinden worden aangepakt.

¹¹⁰ Lazarus, R.S., Folkman, S., *Stress, appraisal and coping*, New York, 1984.

Modellen en methodieken

Ten aanzien van de vraag welke werkdefinities of modellen mogelijk bruikbaar zijn bij het proces van herkennen van zingevingsproblematiek (deelvraag b) werd aansluiting gevonden bij de werkdefinitie van het begrip zingeving van Van der Lans¹¹¹. Door middel van aanvulling uit diverse andere theorieën en visies van artsen werd het mogelijk drie (later vier) verschillende aspecten te distilleren voor een signaleringsraster om zingevingsproblematiek bij patiënten te kunnen verkennen: cognitie, affect, verbondenheid en doelgerichtheid.

Signalen van zingevingsproblematiek

Ten behoeve van de vraag welke *concrete signalen* van zingevingsproblematiek te herkennen zijn in een regulier huisartsenspreekuur (deelvraag c) werden geen studies gevonden naar mogelijke *verbale* signalen en slechts twee waarin concreet werd gesproken over *non-verbale* signalen, zoals gedrag en houding in de interactie tussen arts en patiënt. Verder bleek het noodzakelijk het begrip *signaal* in het kader van dit onderzoek nader te verduidelijken omdat het (diagnostische) werk van de huisarts ten principale al bestaat uit het opvangen en duiden van (zintuigelijk waar te nemen) signalen van hun patiënten. Het empirisch onderzoek moest zich dus bezighouden met de vraag wanneer algemene signalen tevens een indicatie werden voor mogelijke zingevingsproblematiek en welke factoren hierbij dan een rol speelden.

Antwoord op de onderzoeksvraag (twee delen)

Welke signalen van mogelijke zingevingsproblematiek herkennen Noord-Nederlandse huisartsen in hun consulten?

De geïnterviewde huisartsen maken tijdens het spreekuur gebruik van een combinatie van verschillende bronnen van informatie. Uiteindelijk kunnen twee *signalen* en vijf *factoren* worden onderscheiden (tab. 2, p. 53).

¹¹¹ Lans, 'Zingeving en zingevingsfuncties', 80.

Ten behoeve van algemene diagnostisering zijn huisartsen vaardig in het oppikken van non-verbale *signalen* (a) zoals uitstraling en houding. Bij de duiding van deze signalen spelen echter altijd een aantal *factoren* een rol. Zo worden de signalen direct gekoppeld aan de (*medische*) *kenmerken* van een klacht of ziekte (c) en maakt de huisarts *subjectieve inschattingen* inzake karakter en cognitieve vaardigheden van de patiënt (d). Verder betreft hij de *biografische gegevens* (e) zoals medische voorgeschiedenis en ervaringen uit het vorige consult. Het blijkt dat deze drie factoren niet alleen kunnen bijdragen aan de (medische) diagnose van de specifieke klacht, maar tegelijkertijd kunnen bewerkstelligen dat de oorspronkelijke *signalen* door de huisarts als *signalen van zingevingsproblematiek* worden geduid.

Naast de bovengenoemde *algemene signalen* (a) zijn ook *specifieke zingevingssignalen* (b) zintuigelijk in het spreekuur op te merken, zoals een kenmerkende levenshouding (bijv. wantrouwen, onvrede en onrust), verhalen over ingrijpende levensgebeurtenissen (bijv. ontslag of overleden familieleden) of verbale uitingen ten aanzien van geloofskwesties. Ook specifiek taalgebruik (veelal door de huisarts wel gehoord, maar niet als existentieel geduid) is hieronder begrepen. Ook bij de nadere duiding van deze signalen spelen een aantal factoren een rol. Allereerst de specifieke - zingevingsproblematiek indicerende - *aspecten uit de voorgeschiedenis* (onderdeel van e); te denken valt aan sterfgevallen van dierbaren of chronische ziekten. Tevens blijkt de *arts-patiënt relatie* (f) bij het proces van duiding van bijzondere betekenis te zijn. Dit heeft zowel betrekking op het gedrag van de patiënt in het spreekuur ('Is hij duidelijk over klachten?' 'Heeft hij een constructieve houding?'), als op zijn algemene levensinstelling. De beoordeling of er bij de patiënt mogelijk sprake was van zingevingsproblematiek wordt soms aan deze arts-patiënt relatie gekoppeld, waarbij een lastige arts-patiënt relatie een indicator lijkt te zijn voor het vermoeden van zingevingsproblematiek. Tot slot wordt de *eigen levensvisie* (g) van de huisarts als factor onderscheiden; het is het referentiekader waartegen huisartsen pogingen doen zich zo open en respectvol mogelijk op te stellen en tegelijkertijd bemerken hoe hen dat zelf beïnvloedt bij de duiding van zingevingsproblematiek bij hun patiënt.

Over de exacte wijze waarop de verschillende signalen en factoren elkaar onderling beïnvloeden is vanuit dit onderzoek geen nadere conclusie te trekken.

Hoe zijn deze signalen te plaatsen binnen een praktisch signaleringsraster?

In het eerste interview is getracht via een aantal, uit de literatuur gedistilleerde, vragen de zingevingsproblematiek van een patiënt te verkennen. Alhoewel de vragen bij de huisartsen aanvankelijk tot enkele vraagtekens leidden en soms ook enige toelichting behoeften werden ze (toch) begrepen als passend bij het begrip thema zingeving.

In het tweede interview zijn deze vragen in de vorm van een signaleringsraster gepresenteerd. Dit raster bevatte vier aspecten; cognitie, affect, verbondenheid en doelgerichtheid. Zonder uitzondering gaven de huisartsen aan een dergelijk kort overzicht interessant te vinden voor eigen reflectie op het onderwerp *zingeving* en mogelijk geschikt te vinden om *in het achterhoofd* mee te nemen in het spreekuur.

Geconcludeerd kan worden dat niet alle woorden uit de zingevingsliteratuur direct aansluiten bij huisartsen; met name de existentiële diepgang van bepaalde woorden of begrippen (bijvoorbeeld verbondenheid) werd niet altijd door hen opgepakt. Een schema met zorgvuldig gekozen woorden kan echter voor hen mogelijk wel behulpzaam zijn; enerzijds omdat zo'n raster het bewustzijn kan vergroten voor zingevingsproblematiek bij hun patiënten en anderzijds omdat het concrete hulpvragen biedt voor de verkenning ervan. De hierin gebruikte termen moeten aan twee vereisten voldoen: ze dienen een zeker symbolisch of metaforische gehalte te hebben om het thema zingeving aan de orde te kunnen stellen (zie het hermeneutische karakter van de geestelijke verzorging¹¹²) én ze dienen *behapbaar en verstaanbaar* te zijn voor de patiënten.

De aanvankelijke ambitie om het signaleringsraster tot een bruikbaar handvat te maken in de huisartsenpraktijk bleek te ambitieus voor dit onderzoek.

¹¹² VGVZ, *Beroepsstandaard*, 13.

Hiervoor zullen nadere studies nodig zijn om de meest passende terminologie te vinden, zowel ten behoeve van de patiënten als de huisartsen.

6.2 Methodische kanttekeningen van het onderzoek

Recent zijn er verschillende studies verricht naar de mogelijke rol die zingevingsvragen hebben bij ziekte en in de 1e lijns-zorg door huisartsen. Deze studies zijn veelal gedaan op basis van interviews die niet gerelateerd waren aan observatie en casuïstiek. Het onderhavige onderzoek heeft nadrukkelijk beoogd om deze relatie wel te leggen door in interviews te spreken over patiënten die even daarvoor het spreekuur van de huisarts hadden bezocht. Deze opzet heeft goed gewerkt: huisartsen bleken zo hun visie op zingeving te kunnen en willen toelichten aan de hand van signalen en analyses van een patiënt. Het gaf de mogelijkheid om de mogelijke aanwezigheid en uitingsvorm van zingevingsproblematiek te bespreken, ook bij patiënten, bij wie - gezien hun somatische klacht - normaal gesproken niet direct de associatie met zingevingsproblematiek gelegd zou worden. Het bracht huisartsen mede tot uitspraken over de veelomvattendheid en het belang van zingeving. Hiermee heeft het onderzoek uiteindelijk een bredere scope gekregen dan een *zoektocht naar signalen*.

De hypothese was, dat het eerste interview de huisarts tot nadere reflectie zou kunnen brengen over het thema zingeving in de 1e lijn en mogelijk (nog) sensitiever zou maken voor mogelijke zingevingsproblematiek bij zijn patiënten. Of dit daadwerkelijk gelukt is, blijft onduidelijk; geen van de huisartsen gaf aan anders over zingeving te zijn gaan denken naar aanleiding van het eerste interview. Wel werd altijd tenminste één aspect of voorval uit het eerdere interview spontaan door de huisartsen teruggehaald. Een ander gegeven is, dat twee huisartsen in de tweede ronde uitspraken deden over de grote mate waarin zingevingsproblematiek bij hun patiënten waarschijnlijk aan de orde is.

De opzet van deze studie had ook een aantal beperkingen. Zo betrof het een verkennend onderzoek bij slechts drie huisartsen en kan derhalve geen uitspraak

over de algemene geldigheid van de resultaten worden gedaan. Aangezien deze huisartsen geworven zijn door een projectcoördinator GGZ (met affiniteit voor de geestelijke zorg) en deze bovendien het specifieke onderzoeksthema al bij de werving had genoemd, mag er van worden uitgegaan dat de huisartsen een bovengemiddelde affiniteit hadden met zingeving; deze interesse zal niet maatgevend zijn voor de gemiddelde Nederlandse huisarts. Dit verklaart wellicht ook waarom er in de drie bezochte huisartsenpraktijken sprake was van veel psychosociale problematiek en - volgens de huisartsen - een groot aantal patiënten met mogelijke zingevingproblematiek, veel meer dan in de pilot (par. 4.2) en dan verwacht mocht worden op basis van de verkennende gesprekken met ingewijden in de huisartsengeneeskunde. Het lijkt aannemelijk dat deze geïnterviewde huisartsen in hun werk al meer tijd inruimen voor klacht-overstijgende vragen dan collega's en hiervoor interesses en/of antennes hebben ontwikkeld.

Verder moet worden opgemerkt dat de invulling van het signaleringsraster, zowel voor wat betreft de vier hoofdaspecten als ten aanzien van het woordgebruik, een persoonlijke invulling van de onderzoeker betrof. Gedurende de interviews zijn de reacties van de huisartsen op deze invulling verwerkt, maar het kan niet worden uitgesloten dat hier onbegrip of ruis over de betekenis van woorden is blijven voortbestaan.

Ten aanzien van de observaties tijdens het spreekuur is reeds vermeld dat wezenlijke invloed van de onderzoeker op het verloop van het spreekuur niet is waargenomen. Ook voor wat betreft het verloop van de zes interviews zijn geen indicaties dat van ongewenste sturing sprake was; in voorkomende gevallen bleken de huisartsen voldoende in staat hun vragen over het onderzoek of over de door onderzoeker gedane suggesties naar voren te brengen.

6.3 Discussie

In paragraaf 6.1 is geconcludeerd dat de grote affiniteit met het begrip zingeving bij de geïnterviewde huisartsen en de mate waarin zij zingevingproblematiek

veronderstellen zich niet vertaalt in concrete begeleiding. Er lijkt een soort kloof te bestaan tussen enerzijds de sensitiviteit voor zingevingsproblematiek die ze laten zien en anderzijds de mate waarin zij dit bij hun patiënten tot concrete uitdrukking brengen; ze overwegen niet één keer contact met een geestelijk verzorger op te nemen en ze pakken ook niet zelf de draad op middels verdiepende gesprekken. Hun standpunt kan samengevat worden als: 'Zingeving is alom aanwezig en medisch gezien ook relevant, maar wij huisartsen kunnen er verder niet veel mee'. In deze afsluitende paragraaf zal verkend worden of wellicht de *latentie* van de signalen reden is dat ze niet op waarde worden geschat. Via een aantal bemoedigende constatering en vragen wordt betoogd dat uiteindelijk alleen een bredere erkenning van de relatie zingeving-gezondheid en van het vakgebied van de geestelijke verzorging zal kunnen bewerkstelligen dat deze - als *systeemfout* geduide - omissie in de 1^e lijnszorg verholpen zal worden.

Latente signalen

De constatering dat patiënten met vermeende zingevingsproblematiek niet worden doorverwezen, terwijl huisartsen vaardig zijn in het herkennen en duiden van *signalen*, roept de vraag op of wellicht geconcludeerd moet worden dat er sprake lijkt van *latente* signalering van zingevingsvragen; de signalen zijn er wel, maar worden tijdens het spreekuur niet herkend of geduid als *signalen van zingevingsproblematiek*. Deze - vanuit het vakgebied van de geestelijke verzorging wellicht wat trieste - constatering is geen verrassing, maar maakt ook duidelijk waar wellicht mogelijkheden liggen om mensen met zingevingsproblematiek beter te kunnen begeleiden.

Bemoedigende constatering

Een aantal bemoedigende constatering in dit verband zijn:

- a. Deze drie huisartsen nemen al meer tijd dan gemiddeld (vaak dubbele consulten) en geven in hun uitstraling en vraagstelling (bijvoorbeeld de hulpvraag door de patiënt laten formuleren) ruimte aan patiënten om signalen uit te zenden.

- b. Deze huisartsen lijken in hun werk al veel signalen op te vangen; zo noemen ze en/of realiseren ze zich vele aspecten die ook door Berkhout¹¹³ (de rol van emoties en taal) en Ram¹¹⁴ (non verbale aspecten) in hun onderzoeken zijn verzameld.
- c. Deze huisartsen lijken sensitief voor existentiële problematiek; ze noemen veel zingevingsaspecten, geven aan dat zingevingsproblematiek sterk interfereert met aspecten van gezondheid en staan open voor de inbreng van de onderzoeker van mogelijk gemiste signalen. Mogelijk heeft deze sensitiviteit te maken met ontwikkelingen in hun eigen leven (ha1 heeft een terminaal-ziek familielid, ha2 doet intensief bestuurswerk in de zorg en ha3 is actief zoekend in zijn eigen levensvisie).
- d. Deze huisartsen werken hard aan een (open) communicatie met hun patiënten (twee van de drie volgen intervisiebijeenkomsten) en betrekken hun patiënten nadrukkelijk bij hun besluitvorming (zie ontwikkelingen van *Shared Decision Making*¹¹⁵).

Vragen

Bovenstaande opsomming roept allereerst de vraag op in welke mate deze positieve constatering algemeen geldend zijn voor de gehele beroepsgroep. Geeft de gemiddelde huisarts evenveel ruimte voor en aandacht aan *signalen* van patiënten en reflecteert hij evenzeer op zijn eigen leven en beroepsmatig functioneren? Het zou de moeite waard zijn deze vragen nader te onderzoeken.

Vervolgens dient de vraag gesteld te worden waarom deze - als zeer kundig en betrokken overkomende - huisartsen toch geen nadere begeleiding bieden bij de vermeende existentiële vraagstukken van hun patiënten. Hiervoor zijn een aantal hypothesen te formuleren:

- a. Is **gebrek aan tijd** de reden dat soms een nadere verdieping met de patiënt achterwege blijft (zie opmerking 'vervolgafpraak als veiligheidsklep')? En dat een *snelle weg* via medicatie of een

¹¹³ Berkhout, *Zingeving*, 42 en 60.

¹¹⁴ <https://www.henw.org/archief/volledig/id477-non-verbale-communicatie.html>

¹¹⁵ <http://www.advancereplanning.org.nz>

doorverwijzing wordt verkozen (vgl. *risico medicalisering* - Schuurmans¹¹⁶) boven een diepgaand gesprek (vgl. de oproepen van Héman¹¹⁷ en Bensing om de *context* en het *verhaal* van de patiënt te gebruiken)¹¹⁸? In ieder geval lijken de toegenomen protocollering en de werkwijze van *evidence based medicine* geen beletsel te vormen voor een nadere verkenning van zingevingsvragen (vgl. Mutsaers¹¹⁹), maar wellicht wel het ontbreken van mogelijkheden voor goede diagnostisering (zie *spiritual assessment* - Vermandere¹²⁰).

- b. Leggen de huisartsen wellicht toch nog te sterk de **focus op de somatische kant**, waarbij een eerste nadere verdieping naar psychosociale problematiek soms al lastig blijkt (zie bijvoorbeeld ‘voorsorteren’ op de POH-GGZ) en de verkenning van zingevingsproblematiek dus helemaal ongewis is? Worden huisartsen onder druk van patiënten haast gedwongen soms te kiezen voor *lapmiddelen* als placebo’s of (nog) meer (medische) onderzoeken, in de hoop dat de patiënt dan uiteindelijk (zelf) leert omgaan met zijn probleem en er *acceptatie* optreedt?
- c. Speelt er bij de huisartsen vooral een **gebrek aan zingevingtaal** (vgl. belang *narrative-medicine* - Greenhalgh¹²¹) of is het hun terughoudendheid om levensbeschouwelijke kwesties te bespreken (vgl. *rol van onmacht in het bespreekbaar maken* - Prins¹²²)? Is de medisch gerichte insteek van huisartsen wellicht belemmerend (begrip *ziektegeschiedenis* leidend boven *levensverhaal*)?
- d. Is de **ambitie** bij huisartsen op het gebied van zingevingsproblematiek wellicht **onvoldoende**, nu ze aangeven dat ‘pappen en nathouden’ soms het maximaal haalbare is en je patiënten soms gewoon maar even ‘in het

¹¹⁶ Schuurmans, ‘Belang van geestelijk verzorger’, 45-48.

¹¹⁷ Héman, ‘Inleven in de patiënt’, 49.

¹¹⁸ Visser, ‘Belangrijkste instrument’, 5.

¹¹⁹ Mutsaers, ‘Persoonsgerichte zorg’, 37.

¹²⁰ Vermandere, ‘Spirituality’, 1.

¹²¹ Greenhalgh, ‘Why study narrative?’, 1999.

¹²² Prins, *Geestelijke zorgverlening*, 105, 107.

plaatje' moet laten (vgl. *doorvragen op betekenis* - Veenendaal¹²³)? Kan de bereidheid van huisartsen om zich kwetsbaar op te stellen jegens de patiënt nog verbeteren, nu blijkt dat de patiënt toch wel eens de schuld krijgt als hij iets niet snapt of niet aan de verwachtingen van de huisarts voldoet (vgl. 'beperkte zelfredzaamheid van mensen' - RVZ¹²⁴)? Hebben huisartsen dan toch te snel een normatief standpunt (vgl. *waarschuwing van Prins*¹²⁵) ten aanzien van de gewenste coöperatieve en proactieve houding van patiënten (vgl. *individueel karakter* – Frankl/NHG)¹²⁶, een wens die op zich wel naadloos lijkt aan te sluiten bij de huidige maatschappelijke noodzaak tot participatie en eigen regie van de patiënt (vgl. *Positieve Gezondheid* - Huber¹²⁷)?

Systeemfout

Over de mate waarin de bovenstaande aspecten bijdragen aan de beperkte begeleiding bij zingevingproblematiek kan van mening worden verschild. In het kader van dit onderzoek moet geconcludeerd worden dat ze alle aan de orde (kunnen) zijn. Ongetwijfeld zal mede door het ontbreken van de mogelijkheid in de huisartsengeneeskunde om patiënten te diagnosticeren met zingevingproblematiek het zicht ontbreken op de samenhang binnen en prioriteit van de vele signalen en factoren. Daarmee blijft dan ook onduidelijk of begeleiding op het gebied van zingeving wellicht iets (meer) had kunnen opleveren.

In het licht van de in dit onderzoek geconstateerde lacune tussen *signaleren* en *handelen* moet de vraag worden opgeworpen of niet sprake is van een soort *systeemfout* in de 1^e lijnszorg. Verwachten we werkelijk dat de patiënt zelf aan zijn dokter vraagt om eens goed *door te vragen* op zijn klacht (zie titel van dit onderzoek)?

¹²³ Veenendaal, 'Samen beslissen', 524.

¹²⁴ RVZ, 'Trends in gezondheid', 49.

¹²⁵ Prins, *Geestelijke zorgverlening*, 105, 107.

¹²⁶ www.frankl.nl geraadpleegd 3 maart 2017.

¹²⁷ Huber, 'Concept of health', 1-11.

Het belang van zingeving wordt inmiddels erkend binnen de palliatieve zorg, maar lijkt bijna genegeerd te worden in de algemene huisartsenzorg; alsof niet ook mensen in *het leven van alle dag* met zingevingproblematiek te maken kunnen hebben en hierdoor (gezondheids-) klachten kunnen ontwikkelen. Op basis van dit onderzoek moet geconcludeerd worden dat veel zingevingproblematiek onzichtbaar blijft in de huisartsenpraktijk. Maar als niet duidelijk is hoe deze specifieke problematiek te herkennen en te begeleiden is - omdat er geen tijd voor is en de vaardigheden ontbreken om deze problematiek zonder normatief oordeel te verkennen - dan overwinnen uiteindelijk de *economische wetten* van onze huidige samenleving. Dan ontstaat een samenleving waarin beheersbaarheid, maakbaarheid en meetbaarheid regeren en er nauwelijks doorverwijzingsmogelijkheden naar geestelijk verzorgers bestaan. In dat geval wordt het concept van *Positieve Gezondheid* vooral gezien als een soort *vaardigheid* die iedereen eenvoudigweg zou kunnen en moeten *leren* (vgl. kritiek op Huber – TIAS¹²⁸). We negeren dan de waarschuwingen over de normatieve lading van dit concept en het feit dat voor herstel van 'one's integrity' (vgl. de definitie van gezondheid van de Nederlandse Gezondheidsraad in 2010)¹²⁹ soms gedegen *begeleiding* nodig is op individueel niveau om *congruentie* in het leven (terug te) vinden. Een begeleiding die vervolgens ook direct weer in de medische sfeer wordt getrokken.

Erkenning helpt

Uiteindelijk brengt bovenstaande discussie ons terug bij het aspect van *erkenning* van zingevingproblematiek als een aparte dimensie in de zorg. Is er wellicht (toch nog) sprake van te weinig wetenschappelijke onderbouwing van het belang van zingeving bij gezondheid (vgl. Loenen¹³⁰), bij de manier waarop

¹²⁸ <https://www.tias.edu/kennisgebieden/detail/health/detail/gezondheid-een-definitie>

¹²⁹ Ibidem.

¹³⁰ Loenen, 'Voorwoord', 7-12.

mensen met problemen omgaan (vgl. 'groei van de *coper*' - Van Uden¹³¹) of bij herstel (vgl. Van der Stel¹³² en De Fruyt¹³³)?

Dit onderzoek naar herkenning van zingevingsproblematiek wilde aanvankelijk niet ingaan op het aspect van de *erkenning* ervan, maar uiteindelijk moet geconstateerd worden dat juist door de beperkte *erkenning* van zingeving als eigen dimensie in de zorg ook de *herkenning* van zingevingsproblematiek niet wordt gestimuleerd; *latente signalen sterven in schoonheid*. Signalen van zingevingsproblematiek lijken er genoeg te zijn en ze worden ook wel opgepikt, maar - zoals de respondenten in dit onderzoek aangaven - huisartsen willen en kunnen ze niet van de juiste betekenis voorzien. Ze lijken daarbij gevangen in hun eigen vakgebied en vaktaal en kunnen niet anders dan ook zelf *copen* met de wetten van de huidige zorgwereld. In die zin worden ze ook zelf uitgenodigd via hun eigen copingstrategie een weg naar acceptatie te ontwikkelen. 'Het is zoals het is...' (ha3).

6.4 Aanbevelingen

Aan de huisartsengeneeskunde:

1. Tracht bij huisartsen de waarde van hulpverlening bij zingevingsvragen te verduidelijken door aan te sluiten bij het gapende gat dat zij soms bij hun patiënten ervaren tussen *begrijpen* en *accepteren*. Lijdensdruk als gevolg van de beleving van onrecht kan verlicht worden door aan te haken bij het levensverhaal en krachtbronnen, zodat die *vervelende* 'waaromvraag' of de 'ja, maar-vraag' naar de achtergrond kan gaan en welbevinden en kwaliteit van leven op de voorgrond kan komen.
2. Overweeg – gezien het feit dat de geïnterviewde huisartsen bij bijna iedere patiënt wel zingevingsproblematiek voor mogelijk hielden en zij ook een direct verband met gezondheid zagen – om aandacht te

¹³¹ Uden, 'Religieuze coping', 70.

¹³² Stel, 'Zingeving', 14-23.

¹³³ Fruyt, 'We lijken meer op elkaar', 77.

besteden aan zingeving in de opleiding huisartsengeneeskunde door het tenminste ergens in de leerboeken te benoemen (nu nul keer).

3. Overweeg - gezien het metaforisch karakter van zingevingstaal - of een klein *schemaatje* (vgl. signaleringsraster) met zingevingstaal kan helpen bij het herkennen en verkennen van zingevingproblematiek in het huisartsenspreekuur.

Aan de Nederlandse huisartsen:

4. Neem in overweging - nu huisartsen ook de beperkingen zien van (voortdurende) psychologische behandelingen - of de weg via zingeving wellicht wel meer kan opleveren dan die via de psychologie.
5. Houd voor mogelijk dat ook mensen zonder een duidelijke levensbeschouwing en ook mensen met beperkte cognitieve vermogens toch zingevingsvragen kunnen hebben die het dagelijks leven kunnen ontstijgen.

Aan de geestelijk verzorgers:

6. Help andere zorgverleners met *een simpel overzicht of schema* - bijvoorbeeld middels de vier aspecten cognitie, affect, verbondenheid en doelgerichtheid – om grip te krijgen op het begrip zingeving. De wens tot volledigheid of wetenschappelijke onderbouwing is daarbij niet altijd direct behulpzaam.
7. Maak je bekend aan huisartsen. Bied aan om eens een uurtje te praten met een patiënt die *worstelt met het leven* en/of waarmee de huisarts even *vastloopt*, om via die weg de meerwaarde van geestelijke verzorging te laten zien.

Literatuuroverzicht

Anbeek, C., e.a., 'Bestaansconsulenten binnen eerstelijns behandelteams: Een verborgen vraag en mogelijkheden voor een nieuw aanbod', in: Erp, S. van, Goris, H. *De theologie gevierendeeld*, Nijmegen 2013, 137–159.

Anbeek, C., 'Levensbeschouwelijke dialogen over kwetsbaar leven', in: Zock, H., e.a., *Zin buiten beeld? Zorg voor zinzoekers vandaag*, KSGV Tilburg 2016.

Berkhout, L., *Zingeving in het contact tussen psychiater en patiënt*, scriptie Universiteit Utrecht 2012.

Butalid, I., *Changes in doctor-patient communication in general practice*, Nivel 2014.

Donk, W.B.H.J. van der, Jonkers, A. P., 'Geloven in het publieke domein: een introductie in deze verkenning', in: Donk, W.B.H.J. e.a., *Geloven in het publieke domein*, WRR Amsterdam 2006, 13-25.

Evers, J., *Kwalitatief interviewen; kunst en kunde*, Den Haag 2007.

Fruyt, K. de, 'We lijken meer op elkaar dan we denken. Over zin, levenskunst en spiritualiteit en herstelondersteuning in de ggz' in: Glas e.a., *Zuinig op zin*, KSGV Tilburg 2016, 75-84.

Gijsberts, M.J., 'Integratie van zingeving in het zorgproces', in: Zon MW, *Zingeving in zorg*, 2016, 32-37.

Greenhalgh, T., Hurwitz, B., 'Why study narrative?', *BMJ* volume 318 2, 1999.

Héman, R., 'Relaties tussen zingeving, gezondheid en welbevinden', in: ZonMW, *Zingeving in zorg*, 2016, 16-21.

Huber, M. e.a., 'Towards a 'patient-centered' operationalisation of the new dynamic concept of health.' *British Medical Journal (BMJ)* Open 5 (2016), 1-11.

Hulshof, K., *De geestelijk verzorger in de eerstelijns palliatieve zorg: een hele uitdaging!*, scriptie UvH 2012.

Körver, J.W.G., 'Geestelijke verzorging en gedrag', in: Doolaard, J., *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*, Kampen 2009, 857-868.

Lans, J. van der, 'Zingeving en zingevingsfuncties van religie bij stress', in: *Religie ervaren*, KSGV Tilburg, 2006.

Lazarus, R.S., Folkman, S., *Stress, appraisal and coping*, New York, 1984.

Leeuwen, R. van, 'Zorg voor zingeving: basisbekwaamheid vereist', in: ZonMW, *Zingeving in Zorg*, 2016, 41-45.

Leget, C., 'Hedendaagse uitingen van zingeving', in: ZonMW, *Zingeving in zorg*, 2016, 24-29.

- Lindström, B., Eriksson, M., 'Salutogenesis', *J. Epidemiol. Community Health* 2005; 59, 440–442.
- Loenen, G. van, 'Voorwoord' in: Glas e.a., *Zuinig op zin*, KSGV Tilburg 2014, 7-12.
- Molenaar, C., *Hart voor de zorg en zorg voor het hart*, scriptie UvH 2016.
- Movisie, 'Sleutels voor de lokale aanpak van eenzaamheid', op: www.eenzaam.nl, 2013.
- Mooren, J.H., 'Emoties', in: Doolaard, J., *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*, Kampen 2009, 893-902.
- Mooren, J.H., 'Zingeving en cognitieve regulatie, een conceptueel model ten behoeve van onderzoek naar zingeving en levensbeschouwing', in: *Schering en inslag*, KSGV Nijmegen 1998, 193 – 206.
- Mutsaers I., 'Maak van persoonsgerichte zorg geen ideologie', *Medisch contact* 43 2016.
- Nipius, A., *Zorg voor zingeving*, scriptie RUG 2017.
- NHG-LHV, *Toekomstvisie Huisartsenzorg*, Kerndocument, Utrecht 2012.
- Pargament, *The psychology of religion and coping. Theory, research, practice*. New York 1997.
- Prins, M.C.J., *Geestelijke zorgverlening in het ziekenhuis*, Dwingeloo 1996.
- Puchalski, C.M., *A time for listening and caring*, New York 2006.
- Puchalski, C.M. e.a., 'Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the consensus conference', *Journal of palliative medicine* 12(2009), 887.
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, Galenkamp, H., e.a., 'Trends in gezondheid en het belang van zelfredzaamheid bij zelfstandig wonende ouderen', gepubliceerd op www.raadrvs.nl, 2012.
- Schuurmans, J., Veldhoven, C., 'Het belang van de geestelijk verzorger of zingevingsconsulent in de eerste lijn', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 14 (2011), 45-48.
- Smit, J., *Antwoord geven op het leven zelf*, Delft 2016.
- Stel, J. van der, 'Definitie 'gezondheid' aan herziening toe,' *Medisch Contact* 23 (2016), 207.
- Stel, J. van der, 'Zingeving, zelfregulatie en taal', *TGV* 84, 14-23.
- Sulmasy, D., 'A biopsychosocial-Spiritual model for the care of patients at the end of life', *The Gerontologist* 42(2002).
- Uden, R. van, 'Religieuze coping. Religie tot heil en heling', in: Heeswijk, A. van, e.a., *Op verhaal komen*, KSGV Tilburg 2006, 66-77.

Veenendaal, e.a., 'Samen beslissen is beter', *Huisarts & Wetenschap* 57 2014.

Vermandere e.a. 'Spirituality in general practice', *British Journal of General Practice*, November 2011.

Visser J., 'Het belangrijkste instrument van een arts', *Medisch contact*, themanummer 2016.

VGvZ, *Beroepsstandaard geestelijk verzorger*, 2015.

Walton, M., *Hoe waait de wind?*, KSGV Tilburg 2014.

Weisfelt, P., *Op weg naar gezondheid*, Amsterdam 2006.

Zock, H., 'Leven van verhalen. De narratieve benadering in psychologie en pastoraat', in: Heeswijk A. van, e.a., *Op verhaal komen* KSGV, Tilburg 2006, 78-88

ZonMW, *Zingeving in zorg*, Den Haag 2016.

Digitale bronnen:

<http://www.advancecareplanning.org.nz/> geraadpleegd 6 maart 2017.

<https://www.fawrotterdam.nl/media/m224.pdf> geraadpleegd 20 juni 2017.

www.frankl.nl geraadpleegd 3 maart 2017.

<https://www.henw.org/archief/volledig/id1797-het-probleem-en-de-hulpvraag.html> geraadpleegd 7 maart 2017.

<https://www.henw.org/archief/volledig/id477-non-verbale-communicatie.html> geraadpleegd 7 en 8 maart 2017.

<https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-somatisch-onvoldoende-verklaarde-lichamelijke-klachten-solk> geraadpleegd 17 maart 2017.

<http://www.pallialine.nl/spirituele-zorg> geraadpleegd 17 januari 2017.

<https://www.tias.edu/kennisgebieden/detail/health/detail/gezondheid-een-definitie> geraadpleegd 15 mei 2017.

<http://vgvz.nl/werkvelden/eerste-lijn/> geraadpleegd 17 januari 2017.

<http://www.uvh.nl/actueel/oktober-2015/bijzonder-hoogleraar-anja-machielse-aandachtvoor-sociale-verbanden-is-cruciaal-voor-goed-ouderenbeleid> geraadpleegd 7 februari 2017.

http://vgvz.nl/wp-content/uploads/2016/06/Indicaties-GV-eerstelijnszorg_Professionals.pdf geraadpleegd 20 juni 2017.

https://nl.wikipedia.org/wiki/Biopsychosociaal_model geraadpleegd 8 maart 2017.

Bijlage 1: Wervingsbrief aan huisartsen

Een mini-cursus Zingeving van 2 uur in uw eigen praktijk

Verzoek om medewerking aan wetenschappelijk onderzoek naar zingeving vanuit RU-Groningen (april 2017).

Een scheiding, ongeluk of (dreigende) ziekte kan in één klap ons leven veranderen. Het kan ultieme 'waarom-vragen' oproepen rondom de zin van het leven, de eigen identiteit of het wereldbeeld. Soms gaan die vragen 'onder onze huid zitten' en kunnen ze psychische of fysieke klachten versterken of veroorzaken. En dan gaan we naar de dokter.....

In de palliatieve zorg is aandacht voor zingeving inmiddels gemeengoed geworden. Maar volgens Machteld Huber is zingeving van iedere dag en alom aanwezig in ons leven. Maar wat is zingeving dan eigenlijk precies? En hoe kan het van invloed zijn op de klachten van onze patiënten? Of misschien wel aan de basis staan? Hoe herken je zoiets?

Als masterstudent Geestelijke verzorging (53) aan de RUG ben ik gefascineerd door wat sommige gebeurtenissen in het leven met ons-mensen kunnen doen. Als onderdeel van mijn afstudeeronderzoek 'Zingeving in de 1^e lijn' wil ik graag bij 4-5 huisartsen uit uw coöperatie het spreekuur bijwonen en u aansluitend interviewen. Ter voorbereiding van mijn onderzoek heb ik contact gehad met een huisartsenopleider UMCG en twee NHG medewerkers. Tevens heb ik bij een collega van u in Groningen een soort pilot mogen draaien van mijn onderzoek. Bij 5 van de 13 spreekuur-patiënten hebben we achteraf gezamenlijk verkend of er mogelijk ook 'grotere', existentiële thema's aan de orde zouden kunnen zijn...

Wat ik u wil vragen:

Een korte kennismaking (15-30 min), gevolgd door het mogen bijwonen van uw spreekuur (dagdeel).

Aansluitend (of later op de dag/avond) een interview van 1 – 1 ½ uur met u, waarbij ik m.n. geïnteresseerd ben hoe u terugkijkt op het spreekuur in relatie tot de levensthema's van uw patiënt.

Wat ik u kan bieden:

Eigenlijk een 'mini-cursus' zingeving. Heel concreet, omdat we bepaalde methodieken en opties nabespreken aan de hand van uw patiënten.

Plus een wetenschappelijke bijdrage aan uw vakgebied. U draagt bij aan mogelijke handvatten voor collega's om zingevingsproblematiek wellicht makkelijker en adequater te kunnen herkennen.

Mijn onderzoek krijgt extra waarde als we de procedure na een week of 3 nog een keer kunnen herhalen. Het biedt dan tevens de mogelijkheid terug te kijken op het vervolg van de eerdere 'episodes' (bijvoorbeeld wat een nader onderzoek bij een patiënt heeft opgeleverd) en wellicht op uw eigen reflectie op het thema 'zingeving in de 1^e lijn'.

Uiteraard ben ik als geestelijk verzorger 'in opleiding' volledig bekend met alle aspecten van vertrouwelijkheid en heb deze tijdens mijn stageperiode als geestelijk verzorger reeds in de praktijk gebracht.

Voor aanmelding of vragen kunt u mij het beste per email berichten:

bert.hooghoudt@gmail.com Ik wil u bij voorbaat hartelijk danken.

Vriendelijke groet, Bert Hooghoudt

Bijlage 2: Interviewscript eerste serie

A. Opening:

- a. 'Ik wil het interview graag opnemen, zodat ik niet alles hoeft op te schrijven. Het wordt alleen voor het uitwerken van dit onderzoek gebruikt en wordt na afloop (in juni) volledig gewist en ik bevestig je dat dan ook even. Is dat akkoord voor jou?'
- b. 'Het interview bestaat uit twee delen. Ik wil eerst graag horen hoe je op de individuele consulten terugkijkt: Heb je voor jouw gevoel passende zorg kunnen leveren? Daarna wil ik graag nog wat algemene vragen stellen.'

B. Vragen bij iedere patiënt (doorgaan zolang relevant lijkt bij die patiënt):

1. Hoe kijk je terug op dit consult? Ben je tevreden over verloop en de uitkomst consult?

Heb je passende zorg kunnen verlenen?

2. Is er misschien nog iets blijven hangen, iets wat je nog puzzelt/aan het denken heeft gezet?

- Waar leidt je dat aan af? Wat veroorzaakt dat gevoel bij je?
- Wil je de zin eens afmaken: 'Ik had eigenlijk liever....' 'De patiënt zou eigenlijk....'

3. Spelen er psychologische processen mee als stress en somatisering?

Wat maakt dat je dat denkt?

In welke mate kan hij zijn klachten 'handelen' (coping), accepteren en/of bereflecteren?

4. Speelt er mogelijk iets van zingevingsproblematiek een rol? Of worstelingen met het leven?

Wat maakt, dat je dat denkt?

Wat zag of merkte je **concreet** aan de patiënt?

- a. lichaamstaal, uitstraling, geluiden, emoties (type/aard),
- b. woorden, verwijzingen, redematies, verklaring van betekenis, terugkerende thematiek, specifieke vragen)

Hoe duid je deze signalen?

Hoe heb je gereageerd?

Ik zag/hoorde zelf '.....', hoe duid jij dat?

5. Nu wil ik je graag 4 wat meer abstracte vragen stellen, die verband houden met zingevingsvragen. 'Als je nu deze patiënt voor je ziet, ...

a. In welke mate snapt de patiënt wat er met hem gebeurt?

Klopt de wereld voor deze patiënt? Zit hij in de goede film/goede verhaal?

(rechtvaardigheid, snappen)

b. Zit hij – los van de klacht - in beginsel een beetje goed in zijn vel?

Voelt deze patiënt een mate van rust en vertrouwen?

(levenslust)

c. **Staat de patiënt goed in verbinding met de wereld om hem heen?**
Ervaart deze patiënt zijn plek in het grote geheel?
(acceptatie, dankbaarheid, blijven ontwikkelen)

d. **In welke mate ziet de patiënt zijn toekomst voor zich?**
In welke mate heeft hij een horizon?
(doelen, regie, perspectief)

Waaruit maak je dat op? Welke signalen brengen je tot die conclusie?

C. **'Ik wil je nu nog graag een paar algemene vragen stellen'.**

6. **Waar denk jij aan bij het begrip 'zingevingproblematiek'? En het begrip 'levensvragen'?**

In hoeverre hebben ze voor jouw gevoel met geloof of religie te maken?

7. **Kunnen levensvragen van mensen interfereren met hun lichamelijke/psychische klachten?**

In welke zin? Kun je een voorbeeld noemen?

8. **Kunnen ze ook aan de bron staan van een medische klacht?**

Hoe?

Waar let je dan op? In welke situaties ben je extra alert?

9. **Kun je omschrijven hoe deze visie op de samenhang tussen zingeving en gezondheid concreet jouw werk beïnvloedt?**

Bijvoorbeeld bij het oppikken van zingevingssignalen?

10. **Hoe zou je jouw eigen 'levensbeschouwing' willen omschrijven?**

11. **Speelt deze op een of andere manier wel eens een rol in het contact met de patiënt?**

a. Dat je wel of niet ergens op in gaat?

b. Breng je ze wel eens ter sprake bij een patiënt? Wanneer doe je dat? Op welke manier?

c. Kun je bijvoorbeeld wel eens geraakt en/of aan het denken gezet worden door levensvragen van je patiënt.

12. **Dan nog drie korte laatste vragen:**

a. Was dit een vrij normaal spreekuur of niet? Op welke punten?

b. Heeft mijn aanwezigheid ergens een rol gespeeld in het consult?

c. Wil jij nog ergens op terugkomen?

bijv. over rol van zingeving in de 1^e lijnszorg?

Interviewscript tweede serie

3^e interview ha3 (8 mei)

1. Drie weken geleden heb ik je ook geïnterviewd.
 - a. Is je daarvan iets bijgebleven? Heb je er later nog aan terug gedacht?

Gehad over : wat zingeving is, hoe je dat aan signalen herkent, hoe je dat duidt, hoe je zelf kijkt als mens en professional naar de wereld en naar gezondheid en ziekte en naar psychosociale vraagstukken

Specifiek ha3: jij ziet veel levensongeluk, levensreflectie nodig om gelukkig te zijn, soms door lijden heen te gaan, het belang van balans, zoekt hoe je dat bij patiënten kunt brengen
 - b. Heb je de afgelopen weken in het contact met je patiënten verder nog nagedacht over het begrip zingeving en zingevingsvragen?

2. We hebben nu .. patiënten gezien (ik herhaal alle namen)
 - a. Is er iemand bij waarvan je zou zeggen dat er sprake is van zingevingproblematiek?
 - b. Waaruit maak je dat op? Welke signalen zag je? Welke voorinformatie betrek je?
 - c. Zijn er nog meer patiënten waar zingevingproblematiek kan spelen?
 - d. Stel nou: ik zou een uurtje beschikbaar hebben om met één van deze patiënten eens over het leven gaan praten.... Over wie zij is, hoe ze in het grotere geheel staat, wat alles betekent of het allemaal zin heeft.
 - i. Wie zou je dan adviseren?
 - ii. Hoe zou het de medische klachten kunnen beïnvloeden, het bezoek aan jou?
 - iii. WAT maakt dat je dat denkt?

3. Ik heb je de vorige keer ook een paar wat abstractere vragen gesteld in relatie tot een patiënt. *Over of het leven klopt, of ie in de goede film zit, over 'grotere verbondenheid', of ie een horizon heeft.*
 - a. Hoe heb je die vragen ervaren?
 - b. Het waren 4 zingevingsthema's, die ik heb gedistilleerd uit de literatuur.

SCHEMA neerleggen en toelichten!

Wat roept dit in je op, als je dat zo ziet? Mis je iets?
 - c. Zou zo'n kader kunnen helpen om zingevingproblematiek bij de patiënt te kunnen herkennen.
 - i. Als checklist voor jou?
 - ii. Waaraan zou je deze aspecten kunnen opmerken bij een patiënt anders dan aan een algemene positieve levensinstelling?
 - iii. Zou het kunnen helpen met de patiënt? **2^e SCHEMA neerleggen en toelichten.** Bijvoorbeeld door samen die vragen te beantwoorden?

4. Mij viel nog op bij patiënt
(bijv. zingevingstaal en houding (schemavraag opschrijven tijdens consult))

5. Kunnen we dan nu even kort terugkijken op patiënten, die we .. april gezien hebben:
 - a. Mevrouw F: rugpijn, moe, terminale onzekerheid/verbinding, wegzuchten, gaat POH-GGZ praten.
 - b. Mevrouw D: Div. controles, chronische situatie/cognitieve beperking, beetje bozig?
 - c. Mijnheer vH: Algemeen onderzoek, kleinzoon overleden, 'mooi verhaal'
 - d. Mevrouw T; Pijn aan voet-podo?, Man bypass - onzekerheid? Voor hetere vuren gestaan? Alcohol?
 - e. Mevrouw tH; Gerust gesteld na inwendig onderzoek?
 - f. Mevrouw A: Wel/geen spuit zetten, alternatief circuit?, zoon verloren, andere lichaamsbelasting?

6. Mijn onderzoek richt zich specifiek op het **herkennen van signalen van zingeingsvragen**.
 - a. Waar let jij eigenlijk op in zijn algemeenheid als je patiënten ziet?
 - i. (eventueel categorieën aanbieden: uiterlijk, lichaamstaal, woorden, wat gedrag bij jou doet, etc.). Wat zegt dat?
 - b. Wat doe jij met die signalen? Wanneer zet je in? Wanneer juist niet?
 - c. Aan welke signalen zou jij zingeingsproblematiek herkennen? Dus dat de existentiële vraag eigenlijk belangrijker is dan de eigenlijke klacht.

 - d. Heeft het ook te maken met switchen tussen klacht én mens als geheel/'levensverhaal'?

 - e. Is het voor jou belangrijk om iets van een **klik** te voelen voordat je signalen van zingeingsaspecten kunt opvangen of aan de orde kunt stellen? (tegenoverdracht?).
 - f. Is het voor/nadeel om een patiënt heel goed/lang te kennen - **fris** blijven om signalen op te pakken?

7. Hoe mensen omgaan met stress of met klachten (coping) kan heel erg verschillen. Sommige mensen kunnen 'objectief' veel lijden en er toch relatief goed mee omgaan, een positieve instelling hebben en misschien daarom zelfs wel 'gezond' of gelukkig genoemd worden. En andersom. Dus hoe mensen zelf hun klacht betekenis geven.
 - a. In dat proces heb je draagkracht en draaglast. Hoe werkt dat in jouw ogen?
 - b. Voor versterken draagkracht helpen hulp-/krachtbronnen. Natuurlijk partner, omgeving, maar ook geloof/levensvisie, innerlijk vertrouwen/identiteit/betekenisgeving)?
 - c. Hoe meet of zie je dat? Hoe bespreek je dat?
 - d. Vind je dat meer een psychologisch aspect of zingeingsaspect. Wanneer is angst 'normaal' en wanneer aspect van zg-problematiek?

Begrijpen wat er met je gebeurt en hoe het leven/de wereld 'werkt'.

Verbinding ervaren met de omgeving en een groter (zingevend) geheel of krachtbron.

Richting hebben naar een soort toekomst en vergezicht in het leven.

Senang voelen bij alle wisselende emoties van het leven

Begrijpen wat er met je gebeurt en hoe het leven/de wereld werkt.

En ken je ook de grenzen?

Verbinding ervaren met de omgeving en een groter (zingevend) geheel of krachtbron.

En geeft dat vertrouwen en betekenis?

Richting hebben naar een soort toekomst en vergezicht in het leven.

En motiveert je dat iedere dag?

Senang voelen bij alle wisselende emoties van het leven.

En ben je daardoor als persoon in een zekere 'balans'?

Is het levens dus te 'verteren' en lukt het ook te 'accepteren'?

Bijlage 3: Notitieformulier voor onderzoeker tijdens het spreekuur.

- A. Naam/leeftijd:
 - B. Aangemelde klacht, zoals vermeld in systeem:
 - C. Relevante voorinformatie patiënt: ziektehistorie / recente consulten
 - D. Ongevraagde duiding:
-
- E. Bijzonderheden bij binnenkomst: (mijn rol, alleen/vergezeld)
 - F. Geformuleerde klacht door patiënt (en eventuele aanvullingen):
 - G. Houding /stemming:
opgewekt/nuchter/betrokken/laconiek/actief/vragend/worstelend
Emoties: 1. Verdriet/onmacht, 2. Boosheid, 3. Schuld/spijt, 4. Angst
 - H. Gebruik van zingevingstaal (zin in, wereldbeeld, mensbeeld, geloof, doelen, verlangens, dankbaarheid, vertrouwen, regie etc.)
 - I. Interactie arts-patiënt ('type contact', sfeer/ongenoegen/vertrouwen).
-
- J. Afsluiting: tijdsduur, uitkomst consult

Relevantie voor betrekken patiënt in interview: