

# Dat je mens mag worden

Een onderzoek naar zingeving in herstelgerichte zorg



Titel Masterthesis:

Dat je mens mag worden. Een onderzoek naar zingeving in herstelgerichte zorg

Student: Cis de Hoop

Praktische Theologie, Ethics of Dignity

Protestantse Theologische Universiteit, Groningen

12 januari 2023

Thesisbegeleiding: dr. E. Olsman

Beoordeling: dr. T.T.J. Pleizier

## Woord vooraf

Het schrijven van deze thesis heeft heel wat voeten in aarde gehad. Niet alleen omdat het een masterthesis is, en 'dat er nu eenmaal bij hoort', maar ook omdat het over een onderwerp gaat dat mij na aan het hart ligt. Geschoold als hulpverlener in de GGZ en het sociaal domein, als straatpastor voor dak- en thuislozen, maar ook zelf als cliënt van de GGZ ervaar ik steeds weer opnieuw wat de betekenis is van geloof en zingeving om te herstellen, te herbronnen en uiteindelijk ook te groeien. Onderzoek doen in een context die aan je eigen kwetsbaarheid raakt, is op zijn zachts gezegd niet gemakkelijk. Maar het bracht mij ook tot het inzicht dat een onderzoek als dit ook weer bijdraagt aan herstel en waardevol is om goede, aandachtige en menslievende zorg steeds meer vorm te geven. Ik hoop dan ook dat dat zo mag zijn.

De titel van deze thesis luidt 'dat je mens mag worden', deze woorden komen uit een lied van Andries Govaart dat voor mij raakt aan de essentie van zingeving en herstel: mens worden en weten dat je mag vertrouwen; op anderen, op God, op de weg die je gaat.

Dat je de weg mag gaan die je goed doet,  
dat je opstaat wanneer je valt,  
dat je mens mag worden in Gods ogen  
en die van anderen.  
Weet dat de aarde je draagt,  
weet dat je gaat in het licht,  
en de wind je omgeeft.  
Dat je de vruchten van het leven proeft  
en gaat in vrede.

Het schrijven van een thesis hoeft niet helemaal alleen. Ik heb me gesteund geweten door veel mensen om mijn heen. In het bijzonder gaat mijn dank uit naar mijn scriptiebegeleider Erik Olsman, dank voor het constructieve sparren, de kritische blik en de *moral support*. Ook een woord van dank voor de collega's van de Expertisegroep Zingeving van Altrecht, die mij de ruimte boden om - ondanks de coronaperiode- een onderzoeksstage te doen; in het bijzonder wil ik Line de Bruijn en Eva Ouwehand bedanken voor de begeleiding en de fijne samenwerking! Daarnaast dank ik de medewerkers en cliënten die hebben bijgedragen aan dit onderzoek.

En dan zijn er ook nog mensen in mijn eigen kring, die me voortdurend gesteund hebben. Lieve vrienden met veel vertrouwen in de goede afloop, dank daarvoor. En uiteraard gaat mijn dank uit naar mijn vrouw, Renée, voor de ruggensteun, het geduld en alle liefde.

Cis de Hoop

Houten, 12 januari 2023

## Inhoudsopgave

Woord vooraf .....	3
1. Inleiding .....	6
1.1 Probleemstelling.....	9
1.2 Doelstelling.....	9
1.3 Vraagstelling.....	10
1.4 Praktisch-theologisch onderzoek .....	10
2. Theoretisch kader.....	12
2.1 Transmurale setting .....	12
2.2 Herstelgerichte zorg .....	12
2.2.1 CHIME.....	15
2.2.2 Positieve gezondheid .....	16
2.3 Zingeving .....	17
2.4 Zingeving en herstel .....	19
2.5 Pastoraat en geestelijke verzorging .....	20
2.5.1 Pastoraat als hulpverlening.....	20
2.5.2 Van pastoraat naar geestelijke verzorging.....	21
3. Methoden.....	25
3.1 Sampling .....	25
3.2 Dataverzameling en -analyse .....	26
3.3 Onderzoeksethiek .....	27
4. Resultaten.....	28
4.1 Interviews en observaties .....	28
4.1.1 Herstel .....	28
4.1.2 Herstelgericht werken.....	31
4.1.3 Zingeving .....	33
4.2 Focusgroepen .....	35
4.2.1 Van der Vegt.....	36
4.2.2 CHIME.....	39
4.2.3 Ondersteuning door geestelijk verzorger .....	40
5. Conclusies en aanbevelingen .....	42
5.1 Conclusie empirisch onderzoek .....	42

5.2 Theologische reflectie .....	43
5.2.1 Pastorale grondwoorden.....	44
5.2.2 'Ik zal er zijn' .....	45
5.3 Conclusie .....	46
5.4 Aanbevelingen voor de praktijk .....	47
Bijlagen .....	55
Bijlage 1: Topic-lijst interview .....	56
Bijlage 2: Topic-lijst focus groep.....	57
Bijlage 3: Formulier informed-consent .....	58
Bijlage 4: Codeboom .....	59
Verklaringenblad .....	61
Data management plan.....	62

## 1. Inleiding

Dit onderzoek naar zingeving in herstelgerichte zorg vindt plaats op de grens tussen twee domeinen: het domein van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en dat van de geestelijke verzorging. In beide domeinen zijn de laatste decennia veel ontwikkelingen geweest, die zich afspelen tegen de achtergrond van bredere veranderingen in de maatschappij.

Een van deze maatschappelijke veranderingen is wat Ganzevoort en Roeland 'deïstitutionalisering' noemen (2014, pp. 93-98). Deze term gebruiken zij om het proces van ontkerkelijking en ontzuiling aan te duiden dat in de jaren '60 begon en dat eigenlijk nog steeds voortduurt. Verschillende emancipatie- en protestbewegingen brachten verandering in de bestaande machtsstructuren, zoals aan de antiracisembeweging, het feminisme, de studentenprotesten; bewegingen die uiteindelijk hebben geleid tot meer kansen voor een grote groep burgers. Dit gaat samen met het proces van individualisering, waarin het individu minder afhankelijk is van groepen en instituten en eigenstandig keuzes maakt, waarbij het individu ook kan afwijken van wat de (religieuze) groep voorschrijft en persoonlijke keuzevrijheid, autonomie en zelfontplooiing belangrijke waarden zijn (Ganzevoort & Visser, 2007, pp. 41-47).

Deze ontwikkelingen zijn ook zichtbaar in hoe onderzoekers en experts binnen pastorale zorg gaandeweg anders zijn gaan schrijven over hun veld: een afname van expliciet religieuze taal en een toename van nadruk op individuele verhalen (Bernau, 2021). Ganzevoort en Visser (2007, pp. 47-49) schetsen een zelfde ontwikkeling, waarin mensen niet langer ingebed waren - of zich ingebed voelden - in een groter geheel en de grote verhalen hebben plaatsgemaakt voor het verhaal van het individu.

### Ontwikkelingen in de GGZ

Deze maatschappelijke ontwikkelingen en het veranderd mensbeeld zijn ook zichtbaar in de GGZ en binnen de geestelijke verzorging. Voor deze thesis zijn twee ontwikkelingen in de GGZ relevant, welke voortvloeien uit of samenhangen met deze grotere maatschappelijke veranderingen: de toegenomen ambulantisering en de opkomst van de herstelbeweging. Hoewel dit processen zijn die al enige decennia gaande zijn, ligt de focus van deze thesis op de recente ontwikkelingen, dat wil zeggen: grofweg de laatste twee decennia.

### Ambulantisering

Met ambulantisering wordt bedoeld dat de zorg minder in klinieken wordt geboden, maar steeds meer in een ambulante of poliklinische setting. Patiënten wonen zelfstandig en komen voor een afspraak of voor therapie naar de instelling. Voor een deel heeft deze ontwikkeling te maken met een veranderend mensbeeld en psychologische inzichten (De Boer, 2006), maar -niet onbelangrijk - ook met politieke keuzes en economisch beleid. De ambulantisering heeft na 2008 een enorme vlucht genomen toen werd besloten om het aantal bedden in klinieken flink terug te brengen. Dat was niet alleen een bezuinigingsmaatregel, maar kwam ook voort uit een andere visie op goede zorg waarbij mensen niet in klinieken maar gewoon in de

maatschappij wonen en leven, al dan niet begeleid. Echter, mogelijk vanwege de economische crisis in 2008 is alleen het eerste deel van het plan echt uitgevoerd: het terugbrengen van het aantal bedden (Kroon et al., 2019, pp. 48-49). Daarnaast is er onvoldoende geïnvesteerd in passende woonvormen.

Veel 'Ernstig Psychiatrische Aandoeningen'-patiënten (EPA-patiënten) kwamen in reguliere woningen terecht en deden een toenemend beroep op ambulante hulpverlening en woonbegeleiding.<sup>1</sup> In het huidige financieringsstelsel - gericht op kortdurende en evidence-based behandelingen - dreigen zij echter vaak tussen wal en schip te raken. Hun problematiek is complex en de financieringsstromen zijn veelal gekoppeld aan de verschillende facetten van die problematiek (dagbesteding, huisvesting, psychische aandoeningen) en niet aan het geheel van de zorg die nodig is. De Onderzoeksraad stelt dan ook dat financiële schotten moeten worden verwijderd (Kroon et al., 2019, pp. 129-130).

Met het invoeren van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning, WMO2015 en de wijziging van de AWBZ, van waaruit deze zorg voorheen bekostigd werd, kwam de verantwoordelijkheid voor de begeleiding bovendien bij de gemeenten te liggen. De maatschappelijke ondersteuning, zoals woonbegeleiding, werd verplaatst naar het sociaal domein, de psychische hulpverlening bleef verantwoordelijkheid van de GGZ-instellingen. Hulpverleningsorganisaties hebben meebewogen met deze wetswijzigingen en zojuist beschreven veranderingen. Onder de noemer 'GGZ in de wijk' zijn er samenwerkingsverbanden ontstaan met het oog op meer integrale zorg voor patiënten met psychi(atri)sche problematiek. In de praktijk betekende dit vooral dat grote regionale GGZ-instellingen in zogeheten transmurale teams gingen samenwerken met voormalig RIBW's (Regionale Instellingen voor Beschermd en begeleid Wonen). Een voorbeeld daarvan in de regio Utrecht is de samenwerking tussen AltrechtGGZ en Lister in de zogeheten gebiedsteams.

### Herstelbeweging

Een andere ontwikkeling in de GGZ is de opkomst van de herstelbeweging. Dit is een emancipatiebeweging met name vanuit cliënten zelf, die samengaat met een andere manier van denken over ziekte en gezondheid. Het hersteldenken in de GGZ is in het kielzog van de *independent living movement* op gang gekomen, een emancipatiebeweging van mensen met een lichamelijke beperking - met name in de VS. Zij kwamen op voor hun recht op onafhankelijkheid en zelfontplooiing. De context waarin mensen met een fysieke beperking meestal leefden was namelijk sterk gemedicaliseerd en ook paternalistisch: veelal in instituten met weinig vrijheid en zelfstandigheid. Het eerdergenoemde veranderde mensbeeld, waarin het verhaal en de levensweg van het individu meer centraal zijn komen te staan en de eigen emancipatiebeweging werd ook zichtbaar in de zorg voor mensen met een fysieke beperking. Eigen autonomie en het recht op zelfontplooiing werden belangrijke waarden voor iedereen, ook als dat een extra aanpassing vroeg (Deegan, 1988).

---

<sup>1</sup> EPA staat voor ernstig psychiatrische aandoening. De term EPA-patiënten is enigszins omstreden omdat het behoorlijk stigmatiserend is voor de doelgroep. Toch noem ik deze groep wel, omdat hiermee verwezen wordt naar een groep patiënten, voor wie de zorg langdurig en intensief nodig is.

De herstelbeweging in de GGZ kwam later op gang, maar is gebaseerd op dezelfde waarden en emancipatiebehoefte (Boevink, 2017). Een centrale gedachte daarbinnen is dat een mens meer is dan alleen zijn aandoening of kwetsbaarheid. Ook in de psychiatrie is men het individu veel meer in zijn eigen context gaan zien en zijn behandelingen meer gericht op de persoonlijke ontwikkeling en het zo goed mogelijk mee kunnen doen in de samenleving. Hoewel er in de GGZ nog altijd behoorlijk medisch wordt gedacht, in termen van genezen of beheersen, is wel een duidelijk verschuiving merkbaar van *cure* naar *care* (Delespaul et al., 2016; Van Staveren, 2016). In hoofdstuk 2 zal ik verder ingaan op herstel en de herstelbeweging. Wel belangrijk om hier alvast te noemen is dat de zorg ter ondersteuning van en het denken over herstel, eigen autonomie en zelfontplooiing ook raakt aan existentiële vragen. Dit impliceert dat aandacht voor deze existentiële vragen en daarmee de zorg voor zingeving niet alleen meer het domein van geestelijk verzorgers, maar ook het aandachtsgebied van andere zorgprofessionals is geworden.

### Ontwikkelingen in de geestelijke verzorging

Een gevolg van de deinstitutionalisering voor de geestelijke verzorging is dat dit niet meer exclusief als pastoraat vanuit kerken of andere religieuze instituten wordt geboden, maar dat er een nieuwe beroepsgroep is ontstaan van geestelijk verzorgers, die buiten deze contexten werken (cf. Bernau, 2021). Daarnaast zijn geestelijk verzorgers veel meer categoriaal gaan werken, dat wil zeggen gericht op specifieke doelgroepen, waarbij zij beschikbaar zijn voor iedereen en niet alleen voor mensen van dezelfde levensbeschouwelijke achtergrond. De samenleving is in enkele decennia meer divers en multireligieus geworden en dat vraagt ook andere vaardigheden van geestelijk verzorgers. Van hen wordt verwacht dat zij aan een brede groep zorg kunnen bieden en ook in staat zijn om een ruimte te creëren waarin mensen ongeacht hun achtergrond met zingevingsvragen terecht kunnen (Cadge & Sigalow, 2013; Liefbroer et al., 2017).

Ook het proces van ambulantisering heeft gevolgen voor de geestelijke verzorging binnen de GGZ. De aanwezigheid van geestelijke verzorgers in instellingen heeft altijd een juridische basis gehad. Wettelijk is het namelijk zo dat wie opgenomen is, recht heeft op geestelijke verzorging. Dit recht vloeit voort uit artikel 6 van de Grondwet waarin de vrijheid tot uitoefening van godsdienst en levensbeschouwing is vastgelegd. Wanneer iemand opgenomen wordt in een GGZ-instelling is het de plicht van de instelling om in geestelijke verzorging te voorzien. De financiering van deze zorg is daarom ook onderdeel van de Zorgverzekeringswet en wordt gebaseerd op het aantal bedden binnen de instelling. Nu er minder opnames zijn en er meer ambulant gewerkt wordt, komt die financiering uiteraard onder druk te staan. De behoefte aan geestelijke verzorging onder de patiënten is er wel nog steeds, ook in de thuissituatie (ZonMw, 2017). Dat vraagt ook van GGZ-instellingen een heroverweging van het belang van geestelijke verzorging en van de vraag welke plek geestelijke verzorging binnen de organisatie heeft of zouden moeten hebben.



## 1.1 Probleemstelling

De ambulantisering en het meer herstelgericht denken impliceren dat de zorg voor zingeving niet meer alleen in de kliniek, maar ook in ambulante en transmurale settingen wordt geboden. Daarnaast brengt het werken vanuit een herstelgerichte visie, zowel in de GGZ als in het sociaal domein, met zich mee dat er - in zijn algemeenheid - meer aandacht is voor zingeving en dat ook andere zorgprofessionals dan alleen de geestelijk verzorgers hier invulling aan geven (Huber et al., 2016). Door deze veranderingen komen nieuwe vragen op met betrekking tot de betekenis en invulling van de zorg voor zingeving, die nog nauwelijks zijn onderzocht: Wat betekent zingeving voor reguliere zorgprofessionals? Wat betekent het voor cliënten met psych(iatr)ische problematiek? Wat is de rol van geestelijk verzorgers in dit veranderende veld? En als zingeving deel wordt van de reguliere zorg hoe kunnen zorgverleners dan toegerust worden? De laatste jaren wordt er veel onderzoek gedaan naar zingeving in de hulpverlening en is er ook maatschappelijk gezien meer aandacht voor geestelijk verzorging vooral in de thuissituatie (ZonMw, 2017, p. 125). Toch blijft de ambulante GGZ daarbij nog buiten beeld.

Vanuit de Expertisegroep Zingeving en het team van geestelijk verzorgers binnen AltrechtGGZ zijn er een aantal onderzoeken gestart om zicht te krijgen op de vraag hoe de zorg voor zingeving ingericht kan worden voor met name EPA-patiënten. Zo is er een onderzoek gedaan naar de motivatie van zorgverleners om aandacht te besteden aan zingevingsvragen. Ook is er een lopend onderzoek naar het opzetten van een E-healthmodule Zingeving, die als tool gebruikt kan worden door zorgverleners. Tegelijk is er nog veel onbekend op dit vlak en heeft geestelijke verzorging, of breder: zorg voor zingeving (dus ook verleend door anderen dan geestelijk verzorgers) in de thuissituatie zich nauwelijks op psychiatrische zorg gericht (cf. ZonMw, 2017). Dat laatste hangt samen met de financiering van geestelijke verzorging thuis, die op dit moment gericht is op mensen boven de 50 jaar en op palliatieve zorg. Verder zijn, met zojuist beschreven ontwikkelingen, de wortels van geestelijke verzorging – namelijk in joods-christelijk pastoraat – steeds verder weg komen te staan. Naast de vraag of dat erg is, is het bijvoorbeeld een vraag of die wortels desalniettemin iets zinnigs bij (kunnen) dragen aan de reflectie op zorg voor zingeving voor cliënten met psychiatrische problematiek. Maar daarvoor hebben we eerst meer inzicht nodig in hoe zorg voor zingeving er in de ambulante GGZ er überhaupt uitziet.

## 1.2 Doelstelling

Het doel van het empirische onderzoek was zicht te krijgen op hoe ambulante zorgprofessionals binnen herstelgerichte zorg denken over zingeving en hoe dit tot uitdrukking komt in de interactie met cliënten. Dit met het achterliggende idee om ook meer zicht te krijgen op de behoefte aan ondersteuning door geestelijk verzorgers binnen een transmuraal team. Het grotere doel was om bij te dragen aan (breder onderzoek naar) geestelijke verzorging in de GGZ, en in het bijzonder naar de zorg voor zingeving in herstelgerichte zorg. Uit onderzoek naar narratieven van herstel komt naar voren dat zingeving een wezenlijke bijdrage levert aan herstel (Leamy et al., 2011), maar hoe dit in de

praktijk vormgegeven - en ook gefinancierd - kan worden, is een relatief nieuw domein van onderzoek.

Daarnaast draagt dit onderzoek ook bij aan het vakgebied van geestelijk verzorging en met name vanuit praktisch-theologisch perspectief. Het tweede doel van dit onderzoek is dan ook om de theologische reflectie op geestelijke verzorging – en breder: zorg voor zingeving – voor mensen met een psychiatrische aandoening te stimuleren. Hoewel het onderwerp en het empirische deel van deze scriptie sterk sociaalwetenschappelijk van aard is, is de zorg voor zingeving ook nog steeds – zij het niet meer exclusief - een taak van theologen. Ook wordt de blikrichting tijdens empirisch onderzoek mede bepaald door de theologische bril die ik als onderzoeker opzet en zal ik in het laatste hoofdstuk reflecteren op de empirische bevindingen in het licht van (christelijke) (praktische) theologie.

### 1.3 Vraagstelling

De hoofdvraag van dit onderzoek is: 'Hoe komt zingeving tot uitdrukking in herstelgerichte zorg binnen een transmurale setting tegen de achtergrond van de verschuiving van pastoraat naar geestelijke verzorging?' Deze vraag valt uiteen in een aantal deelvragen:

1. Wat is herstel in herstelgericht werken in een transmurale setting? (hoofdstuk 2: theoretisch kader; hoofdstuk 4: resultaten)
2. Wat is zingeving in herstelgericht werken in een transmurale setting? (hoofdstuk 2: theoretisch kader; hoofdstuk 4: resultaten)
3. Wat hebben zorgverleners nodig om met zingeving te werken in een transmurale, herstelgerichte benadering?
4. Wat levert theologische reflectie, op de relatie tussen de empirische bevindingen en de wortels van geestelijke verzorging in pastoraat, op? (hoofdstuk 5: discussie)

### 1.4 Praktisch-theologisch onderzoek

Het hier beschreven onderzoeksveld, geestelijke verzorging in de GGZ, is een terrein dat, wanneer geestelijke verzorging binnen de theologie beoefend wordt, onder de praktische theologie valt. Hoewel er een verschuiving plaats heeft (gehad) naar een terrein buiten de geloofsgemeenschappen worden binnen geestelijke verzorging juist veel existentiële vragen gesteld. Vragen waarmee ook de theologie zich mee bezighoudt. Om dit terrein vanuit praktisch theologisch perspectief te verkennen, is het helpend om de door Richard Osmer (2008) geformuleerde taken van de praktische theologie voor ogen te houden.

De eerste twee taken die Osmer noemt zijn de descriptief-empirische en de interpretatieve taak. Deze beantwoorden de vragen wat er gaande is en waarom het gaande is. Het accent van deze thesis ligt voornamelijk bij deze twee taken met daarbinnen een accent op de eerste taak. Tegelijk wordt de eerste taak van Osmer mede gekleurd door mijn theologische bril, die ik in de hoofdstukken 2 en 3 toelicht. In hoofdstuk 2 bespreek ik het theoretisch kader van het empirisch onderzoek en zal ik de begrippen uit de onderzoeksvraag (transmurale setting 2.1, herstel 2.2., zingeving 2.3 zingeving en herstel 2.4, en pastoraat en geestelijke verzorging 2.5)

verder uitwerken. In hoofdstuk 3 ga ik in op de gekozen onderzoeksmethoden en data-analyse. Vervolgens bespreek ik in hoofdstuk 4 de uitkomsten van het empirisch onderzoek.

De derde en vierde taak van de praktische theologie zijn de normatieve en pragmatische taak. Daarbij worden de vragen gesteld naar hoe het zou moeten gaan en hoe we zouden moeten reageren. In het laatste hoofdstuk van deze thesis zal ik de bevindingen uit het onderzoek bespreken en hierop reflecteren, onder andere vanuit (praktisch) theologisch perspectief. Maar uiteraard zitten beide taken (en dan vooral de normatieve taak) ook al verwerkt in hoofdstuk 2, waar ik mijn theoretisch kader verder uitwerk.

## 2. Theoretisch kader

Dit onderzoek gaat over de rol van (zorg voor) zingeving in een transmurale GGZ-setting. In dit hoofdstuk bespreek en evalueer ik de theoretische achtergronden hiervan en sta ik vooral stil bij de vraag: welke rol speelt 'zingeving' in herstelgerichte werken in een transmurale setting? Uitgebreider dan in het eerste hoofdstuk sta ik achtereenvolgens stil bij de transmurale setting en herstelgerichte zorg. Daarna bespreek ik zingeving, mede in relatie tot een herstelgerichte benadering en sta ik stil bij de verschuiving van pastoraat naar geestelijke verzorging en bespreek ik aan de hand van Heitinks ideeën over heil, de functie van pastoraat en de relatie met herstelgerichte werken.

### 2.1 Transmurale setting

Transmurale zorg oftewel ketenzorg is zorg die verschillende zorgverleners buiten de eigen instelling of kliniek verlenen. Transmurale teams zijn samenwerkingsverbanden van verschillende ketenpartners die met elkaar nieuwe teams vormen 'over de muren' van de eigen instelling heen. Voor dit onderzoek is bijvoorbeeld gekozen voor één van de Gebiedsteams van Altrecht GGZ, te weten Gebiedsteam Zuid, dat zijn werkdomein heeft in de wijk Lunetten in Utrecht (voor meer details: zie hoofdstuk 3). In dit gebiedsteam participeren verschillende zorgorganisaties uit de regio. Naast Altrecht GGZ zijn dat Lister, Jellinek en WIJ3.0. De doelgroep van dit gebiedsteam zijn mensen met EPA, die vaak zowel zorg van Altrecht, als ook van Lister ontvangen. Dit betekent dat EPA-patiënten een belangrijke focus in het empirische onderzoek zullen vormen, hoewel het theoretisch kader dat ik hieronder schets, van toepassing is op veel meer patiëntengroepen. Bij AltrechtGGZ maken geestelijke verzorgers deel uit van de Expertisegroep Zingeving. Naast dat zij in de klinieken werken, zijn ze voor de zorg aan de ambulante patiënten weliswaar gekoppeld aan de verschillende gebiedsteams. Ze maken er formeel echter geen deel van uit. De onderzoeksvraag komt deels ook voort uit deze ambigue positie en de wens om meer zicht te krijgen op hoe geestelijk verzorgers vanuit de Expertisegroep Zingeving goede ondersteuning kunnen bieden aan deze teams.<sup>2</sup>

### 2.2 Herstelgerichte zorg

Om te kunnen spreken over herstelgerichte zorg is het uiteraard van belang om eerst helder te hebben wat herstel betekent. Echter, voor herstel is er niet een eenduidige definitie te geven, want er zijn verschillende manieren waarop de literatuur herstel definieert (Stuart et al., 2016). Desalniettemin vormt de omschrijving van Anthony (1993, p. 2) wel een belangrijke basis voor het hersteldenken en de ontwikkeling van herstelgerichte zorg binnen de GGZ:

---

<sup>2</sup> Dit onderzoek heeft plaatsgevonden in het voorjaar van 2021. Daarna is er een reorganisatie geweest waarin Altrecht zich als netwerkorganisatie is gaan profileren. Dat betekent dat er op organisatorisch en management niveau verschuivingen zijn geweest en dat er vanuit Altrecht meer expertise, vanuit zogeheten expertise-netwerken, geboden kan worden in transmurale settings. Voor deze thesis ga ik uit van de eerdere situatie omdat dat de situatie is waarbinnen ik mijn onderzoek verrichtte. Daarnaast is in de structuur van de directe hulpverlening aan cliënten weinig veranderd.

“Recovery, as we currently understand it, means growing beyond the catastrophe of mental illness and developing new meaning and purpose in one’s life. It means taking charge of one’s life even if one cannot take complete charge of one’s symptoms.” Herstel is in deze omschrijving een individueel groeiproces, waarbij het gaat om het herontdekken van de eigen identiteit en het hernemen van de regie op het eigen leven (Akwa GGZ, 2017, p.11) De herstelbeweging is op gang gekomen vanuit de cliënten zelf en heeft zich de laatste decennia verder ontwikkeld, waarbij eigen regie, autonomie en emancipatie belangrijke thema’s zijn (zie ook hoofdstuk 1). De ruimte voor het subjectieve perspectief en de eigen ervaringen heeft ook geresulteerd in de opkomst van herstelacademies en zelfregiecentra, waar op basis van ervaringsdeskundigheid en peer-support ondersteuning wordt gegeven (Boertien & Kole, 2020, pp. 392-401).

Naast de ontwikkelingen geïnitieerd door cliënten zelf is er vanuit de psychiatrie ook een nieuwe beweging gaande, waarin er vanuit een bredere visie op gezondheid en herstel naar cliënten wordt gekeken en waarin herstelgericht werken meer en meer gangbaar wordt (Whitley & Drake 2010; Slade & Longden, 2015; Slade et al. 2014). In de Nederlandse GGZ zijn Philip Delespaul, Jim van Os en Remke van Staveren belangrijke aanjagers in dit veranderingsproces. Zij pleiten voor een bredere visie op gezondheid en herstel en het loslaten van het medisch model in de zin van medicalisering en overmatige diagnostiek. (Delespaul et al., 2016; Van Staveren, 2016). In dat licht kan de herstelbeweging ook gezien worden als een naar elkaar toe bewegen van zorgverleners en cliënten, met goede zorg als belangrijkste doel (Van Weeghel & Delespaul, 2020, p. 405).

De veranderde zorgvisie is ook zichtbaar in de GGZ Standaarden, waarin een generieke module *Herstelondersteuning* is ontwikkeld. Deze module biedt richtlijnen en een kwaliteitskader voor goede herstelondersteunende zorg in en vanuit GGZ-instellingen. Vanuit die ruimere visie is er meer aandacht voor verschillende levensgebieden van cliënten en wordt herstel gedefinieerd in termen van klinisch, persoonlijk en maatschappelijk herstel (Akwa GGZ, 2017, pp. 14-16; Droës & Plooy, 2012, p.106). Van der Stel (2015) voegt aan deze drie aspecten, ook nog functioneel herstel toe:

[...] we [kunnen] het concept herstel als volgt in vieren delen:

- (1) *klinisch* herstel: gericht op de ziekte of aandoening als zodanig, met een focus op de symptomen, en waarbij het streven gericht is op stabilisatie en zo mogelijk genezing;
- (2) *functioneel* herstel: gericht op de somatisch, psychische en sociale functies die individu- en aandoeningspecifiek in het geding zijn, en waarbij het streven erop is gericht (na klinisch herstel, maar eventueel ook ondanks het uitblijven ervan) deze te verhelpen en/ of individuele potenties te versterken;
- (3) *maatschappelijk* herstel: gericht op het bevorderen van sociale integratie op het vlak van wonen, werken, relaties en wat al niet meer de sociale positie van betrokkene kan verbeteren;

(4) *persoonlijk* herstel: het (in hoge mate zelf, maar ook met anderen) greep krijgen op datgene wat voor betrokkene essentieel is in het leven, gezien de toestand waarin deze zich thans bevindt, het reflecteren over de huidige en gewenste identiteit, het geven van betekenis aan het leven (zingeving), het creëren van hoop en het zelf ontwikkelen van de motivatie om aan de drie andere vormen van herstel actief mee te werken. (p.51)

In de herstelvisie van Altrecht GGZ (Altrecht, z.d.) komt de aandacht voor de verschillende aspecten van herstel bijvoorbeeld ook duidelijk naar voren:

Alle mensen die bij Altrecht in behandeling zijn, hebben naast psychiatrische hulpvragen ook problemen op andere, vaak meerdere levensterreinen. Zij krijgen specialistische psychiatrische behandeling van verschillende professionals van Altrecht en behandeling en begeleiding van haar netwerkpartners. Dit om herstel op alle levensterreinen mogelijk te maken op persoonlijk, maatschappelijk en medisch gebied. Dit noemen we herstelondersteunende zorg. De behandelaren van Altrecht en haar netwerkpartners richten zich allemaal op deze drie pijlers van herstel. Zo ontstaat geïntegreerde zorg, die bijdraagt aan hervatting van de rollen van de patiënt en de mogelijkheden om thuis te herstellen.

In de bovenstaande omschrijvingen wordt de term herstelondersteunend gebruikt. De begrippen herstelondersteunend en herstelgericht zijn min of meer synoniem, het gaat om zorg die het herstelproces ondersteunt. Wensen, behoeften en mogelijkheden van cliënten vormen het uitgangspunt van de behandeling of begeleiding. In deze thesis zal ik de term 'herstelgerichte zorg' gebruiken omdat daarmee de beweging en richting meer wordt benadrukt, in plaats van de steunende functie van de zorgprofessional.

Dat verschil in termen raakt ook aan de benodigde beroepshouding van een zorgprofessional. Het herstelgerichte proces is een proces dat om goede afstemming tussen zorgvrager en zorgverlener vraagt. Dit vergt ook een bepaalde houding van de zorgprofessional (AKWA GGZ, 2017, p. 16). Deze dient compassievol, empathisch en betrokken te zijn. Een houding die zich het beste laat omschrijven als een houding van presentie:

Presentie is een praktijk, waarbij de zorgverlener zich aandachtig en toegewijd op de ander betreft, zo leert zien wat er bij de ander op het spel staat – van verlangens tot angst- en die in aansluiting dáárbij gaat begrijpen wat er in desbetreffende situatie gedaan zou kunnen worden en wie h/zij daarbij voor de ander kan zijn. Wat gedaan kan worden, wordt dan ook gedaan. Een manier van doen, die slechts verwezenlijkt kan worden met gevoel voor subtiliteit, vakmanschap, met praktische wijsheid en liefdevolle trouw (Baart, 2004, geciteerd in Beurskens et al. 2019, p. 21).

Dröes en Plooy (2012) geven een helder overzicht van de kenmerken van herstelondersteunende zorg waarin ook deze attitude en de verschillende aspecten van herstel duidelijk naar voren komen.

De hulpverlener: heeft een attitude van hoop en optimisme; is present (aandachtig en aanwezig); gebruikt zijn professionele referentiekader op een terughoudende en bescheiden manier; maakt ruimte voor, ondersteunt het maken van, en sluit aan bij het eigen verhaal van de client; herkent en stimuleert het benutten van eigen kracht van de cliënt (empowerment) zowel individueel als collectief; Erkent, benut en stimuleert de ondersteuning van de cliënt door belangrijke anderen; Is gericht op het verlichten van lijden en het vergroten van eigen regie. (p.108)

### 2.2.1 CHIME

De verschillende aspecten van herstel komen ook naar voren in het regelmatig geciteerde onderzoek van Leamy en collega's (2011). Op basis van narratieven van herstel ontwikkelden zij een conceptueel kader, CHIME, van herstelprocessen. CHIME is het acroniem voor de volgende begrippen (Akwa GGZ, 2017, pp. 12-13):

- *Connectedness* heeft te maken met relaties met andere mensen en met een plek hebben in de wereld. Onderdeel zijn van een gemeenschap, zich ondersteund voelen door anderen en in het bijzonder *peer-support*, zijn daarbij belangrijke elementen.
- *Hope and optimism about the future* houden verband met het geloof in de mogelijkheid tot herstel, de motivatie om te veranderen, hoopgevende relaties, positief denken en het hebben van dromen en verlangens.
- *Identity* heeft betrekking op het ontdekken en herdefiniëren van de verschillende dimensies van de eigen identiteit, het eigen levensverhaal, het 'zichzelf opnieuw uitvinden', maar ook het pareren van zelfstigma ten aanzien van psychische klachten.
- *Meaning in life* gaat over een zinvol leven kunnen leiden, het herstel van sociale en maatschappelijke rollen, over zingeving en spiritualiteit en betekenis kunnen geven aan de ervaringen van ziek-zijn.
- *Empowerment* refereert aan de eigen verantwoordelijkheid, eigen regie en eigen kracht als belangrijke elementen van het herstelproces.

Het doel van het CHIME-model is om in de zorgpraktijk het herstelproces te kunnen begeleiden. Het gaat om factoren die in het leven van mensen relevant blijken te zijn voor herstel. Daarnaast biedt het model een structuur die als uitgangspunt kan dienen voor onderzoek naar herstel en de meetbaarheid van herstel in de klinische praktijk. Kritische noten bij dit model zijn onder andere dat verliezen, zoals verlies van hoop, en andere moeilijkheden of problemen in dit model onvoldoende plek lijken te krijgen, waardoor het te positief insteekt (Van Nieuw Amerongen - Meeuse, et al. 2018; Jagfeld et al., 2021; Van Veluw & Olsman, 2023, p. 60).

### 2.2.2 Positieve gezondheid

Hoewel ik hierboven drie aspecten van herstel heb weergegeven (persoonlijke, maatschappelijke, functionele en medische/klinische aspecten), kunnen herstel en gezondheid niet los van elkaar worden gezien. De Jong en Schaap-Jonker (2016, p.197) omschrijven herstel als een begrip dat de beweging van ziekte naar gezondheid, representeert waarin gezondheid het doel is en herstel de weg ernaartoe. Vanuit dit perspectief bepaalt de manier waarop gezondheid wordt gedefinieerd, ook hoe er over herstel wordt gedacht. Als gezondheid alleen wordt beschouwd als de afwezigheid van ziekte, is herstel het eenduidige proces om van de ziekte af te komen en staan de medische / klinische aspecten, zoals hierboven beschreven, op de voorgrond. Het herstellen van een verkoudheid is daarvan een goed voorbeeld. Dat gezondheid meer is dan de afwezigheid van ziekte komt al tot uitdrukking in de 'oude' WHO-definitie van gezondheid van 1948: 'a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity'. Het biopsychosociaal model dat in de gezondheidszorg gangbaar is, sluit ook op deze definitie aan. Hoewel naast biologische factoren ook steeds meer aandacht kwam voor sociale en psychische factoren, die een rol spelen bij gezondheid en welbevinden, bleek deze - toch veelal medische- benadering van gezondheid ontoereikend in het geval van langdurige of chronische ziekte (Huber et al., 2011, p.1). Huber en collega's deden daarom onder verschillende doelgroepen onderzoek naar het begrip gezondheid en ontwikkelden op basis daarvan het model van positieve gezondheid. Ook introduceerden zij een aangepaste definitie van gezondheid: 'het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven'. Dit model werd ook ontwikkeld om gezondheid meetbaar te maken en wordt in de gezondheidszorg veelvuldig als leidraad gebruikt (Huber et al., 2016). Het model van positieve gezondheid onderscheidt een zestal dimensies van gezondheid: lichamelijke functies; mentaal welbevinden; spirituele/ existentiële dimensie; kwaliteit van leven; sociaal en maatschappelijk participeren; en dagelijks functioneren. In de huidige gezondheidszorg, zowel de somatische als psychische, fungeert dit model steeds vaker als uitgangspunt, niet alleen in de curatieve en chronische zorg, maar ook in preventiebeleid.

De verschuiving in het denken over gezondheid, waarbij positieve gezondheid een dominant model is geworden in veel domeinen van zorg, loopt parallel met de opkomst van de herstelbeweging, die sterk aanwezig is, met name binnen de GGZ. Beide bewegingen hanteren, vergeleken met voorgaande benaderingen, een bredere definitie van gezondheid of herstel. Dat roept de vraag op of wie mede zorg draagt voor deze gezondheid of dit herstel, waaronder cliënten zelf, maar ook of hun zorgprofessionals niet een erg groot domein onder zijn/haar hoede krijgen? Dit is een thema dat ik in het laatste hoofdstuk nogmaals zal adresseren, ook omdat dit impliceert dat het domein van zingeving de verantwoordelijkheid is geworden van niet alleen de geestelijke of geestelijk verzorger, maar ook van andere zorgverleners. Ik zal eerst nader ingaan op het begrip zingeving.



## 2.3 Zingeving

Net zoals het begrip herstel kent ook het begrip zingeving geen eenduidige definitie. Zingeving is een gelaagd domein, dat op verschillende dimensies van het leven betrekking heeft. De begrippen zingeving, spiritualiteit en religie liggen wat betreft betekenis en dimensies waar ze betrekking op hebben dicht bij elkaar en kunnen ook niet helemaal los van elkaar gezien worden (Swinton, 2003; Walton, 2012). In de internationale, Engelstalige literatuur over geestelijke verzorging en spirituele zorg spreekt men vaak over *spiritual care*, waarbij een 'consensus definitie' van *spirituality* luidt: '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' (Puchalski, 2014, p. 64). In de Nederlandse literatuur worden de begrippen zingeving en spiritualiteit verschillend gebruikt, maar soms ook als synoniemen, bijvoorbeeld in de nationale richtlijn 'Zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase' (IKNL, 2018). Nadeel daarvan is dat de nuance in betekenissen niet helemaal meegenomen wordt. Zingeving heeft vaak te maken met betekenisgeven, een doel hebben en de ervaring van verbondenheid, *meaning*, *purpose* en *connectedness*. Spiritualiteit verwijst meer naar het sacrale of het transcendente, *the sacred* (Walton, 2012).

Naast definitiekwesties zijn er echter ook strategische afwegingen om een bepaald begrip wel of niet te gebruiken. Zo is in de GGZ 'zingeving' een gangbaardere term dan spiritualiteit: beleidsdocumenten en kwaliteitskaders spreken vooral over zorg voor zingeving (Braam, 2017; De Bruijn, 2020) en daarom heb ik ervoor gekozen om in dit onderzoek en in de vraagstelling uit te gaan van zingeving. In de Beroepsstandaard geestelijk verzorger (VGZ, 2015) wordt zingeving omschreven aan de hand van vier dimensies:

- a. De existentiële dimensie verwijst naar de ervaring van het bestaan als zodanig, in zijn alledaagsheid én met zijn (contingente) ervaringen van verschrikking en verwondering en alles daartussen.
- b. De spirituele dimensie verwijst naar transcendente betekenis en ervaring.
- c. De ethische dimensie verwijst naar het veld van waarden, normen en verantwoord handelen.
- d. De esthetische dimensie verwijst naar de vormende betekenis van ervaringen met schoonheid in zowel cultuur als natuur. (p.10)

In deze omschrijving is spiritualiteit een van de vier dimensies. Het onderscheid dat in de Beroepsstandaard wordt gemaakt sluit beter aan bij de praktijk van geestelijk verzorgers die vaak ook in multidisciplinaire settings werken met cliënten met verschillende culturele en levensbeschouwelijke achtergronden. Het vraagt van deze beroepsgroep ook een breder perspectief op de verschillende levensvragen die mensen stellen. Daarnaast past deze benadering van zingeving ook bij de visie dat *spiritual care* niet het exclusieve domein van geestelijk verzorgers en/of religieuze leiders is, maar dat dit een domein is waar alle zorgprofessionals in en mee zouden moeten werken (Puchalski et al., 2019; Leget, 2017;

ZonMw, 2017). Uiteraard zijn bij deze verbreding kritische vragen te stellen, zoals ik net ook al deed rondom herstel en gezondheid en wat het betekent voor wie ermee werken. Een ander nadeel van een allesomvattende definitie is dat het voor cliënten en andere zorgprofessionals dan geestelijk verzorgers, ook niet altijd helder is wat onder zingeving en *spiritual care* verstaan moet worden. Dat laatste kan er ook toe leiden dat zingeving zo algemeen wordt opgevat dat de gelaagdheid van het begrip verloren gaat en er een verschraling van het begrip ontstaat, waarbij met name de spirituele en transcendentie dimensie naar de achtergrond verdwijnen.

De toegenomen aandacht voor zingeving en een ruimer perspectief op ziekte en gezondheid brengt ook vernieuwing in behandelmethodes met zich mee. Er worden therapeutische interventies ontwikkeld waarin zingeving ook een rol speelt. Een goed voorbeeld daarvan is de implementatie van een relatief nieuwe gedragstherapie, Acceptance Commitment Therapy (ACT), waarin een zinvol leven leiden, voorbij de ziekte, het uitgangspunt is. "ACT gaat over het vergroten van psychologische flexibiliteit en het opbouwen van een zinvol en waardevol leven door ervaringsgericht leren en waardevolle gedragsverandering en gedragsactivatie" (Van Vlaming et al., 2013, p. 140-141). In de aanloop naar dit onderzoek sprak ik een aantal zorgprofessionals, waaronder geestelijk verzorgers, die deze behandeling noemden als een mogelijkheid om op het gebied van zingeving met elkaar samen te werken. In verschillende GGZ-instellingen gebeurt dit ook al of wordt er onderzocht hoe een dergelijke samenwerking vormgegeven kan worden. (cf. Zock, 2007). De definitie van zingeving die Smaling & Alma (2009) geven aan de hand van verschillende waarden sluit aan bij deze wat meer psychologische en waardengedreven zorgpraktijk.

[..] een persoonlijk verhouding tot de wereld waarin het eigen leven geplaatst wordt in een breder kader van samenhangende betekenissen, waarbij doelgerichtheid, waardevolheid, verbondenheid en transcendentie worden beleefd, samen met competentie en erkenning, zodat ook gevoelens van gemotiveerd zijn en welbevinden worden ervaren. (Smaling & Alma 2009, p. 19)

In deze definitie komen aspecten naar voren, die zowel op de persoon zelf van toepassing zijn, als ook op de relatie met anderen en met de wereld. Ook benoemen Smaling en Alma dat de laatste twee aspecten, motivatie en welbevinden, meer beschouwd kunnen worden als een resultaat van het proces van zingeving. Het gaat in deze definitie om de 'bewuste activiteiten, ervaringen en belevingen en de persoonlijk ervaren betekenissen hiervan in het eigen leven.' (Smaling & Alma, 2009, p. 19). Deze benadering sluit aan bij de praktijk van GGZ, omdat er wordt uitgegaan van waarden die van betekenis zijn voor de cliënt en deze ook handvatten biedt voor zorgprofessionals om te onderzoeken wat voor een cliënt belangrijk en van waarde is.

Tegelijk is het tekort van deze definitie dat de auteurs toch een normatief criterium lijken in te voeren dat nu juist voor mensen met psychiatrische problematiek moeilijker te

bereiken is, zoals welbevinden en motivatie. Iets, zoals een relatie met een belangrijke ander, of het genieten van iets moois, kan immers ook in zichzelf zinvol zijn, zonder dat het tot motivatie(s) leidt. Deze benadering draagt het risico in zich dat zorg voor zingeving een doelgerichte interventie wordt, die vervolgens uitgedrukt wordt in resultaten en in termen van een geslaagde klinische behandeling. Voordat ik toelicht hoe deze reflecties mijn positie hebben bepaald toen ik het empirisch onderzoek deed, wil ik nog stilstaan bij de grote overlap tussen de begrippen zingeving en herstel.

## 2.4 Zingeving en herstel

De beschrijvingen en definities van zingeving – waaronder ik voor het gemak *spirituality* schaar (VGVZ, 2015, p. 10) – en herstel komen op een aantal punten sterk overeen. In het CHIME-model kwam naar voren dat een gevoel van verbondenheid, hoop, betekenis en doel, en empowerment belangrijke factoren zijn die bijdragen aan herstel. Deze factoren komen ook terug in de verschillende definities van zingeving die ik zojuist toelichtte. Er is bovendien een sterke relatie tussen zingeving en herstel omdat het aan dezelfde aspecten van het menselijk bestaan raakt (Raffay, 2014; Van Nieuw Amerongen-Meeuse et al. 2019; Schaap-Jonker, 2019). Illustratief daarbij is ook de uitgebreidere definitie van Anthony (1993, p. 7) over herstel:

Recovery is described as a deeply personal unique process of changing one's attitudes, values, feelings, goals, skills, and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one's life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness.

Ook in de genoemde omschrijving van herstel in termen van klinisch, functioneel, maatschappelijk en persoonlijk herstel, komt het belang van zingeving duidelijk naar voren, met name bij persoonlijk herstel. Over de relatie tussen zingevingsvragen en herstel zegt Van der Stel (2015): “Als persoonlijk herstel kan worden opgevat als de ‘motor’ van de andere vormen van herstel, dan is zingeving wellicht weer de motor van het persoonlijk herstel, of wellicht nog beter van persoonlijke groei” (p. 76).

Vanuit het perspectief van goede zorg is het dus ook relevant om onderzoek te doen naar hoe zingeving tot uitdrukking komt in de GGZ en in herstelgerichte zorg. Hoe de zorg voor zingeving in de GGZ geboden moet worden is namelijk nog weinig gearticuleerd, terwijl het merendeel van de zorgprofessionals het belang van zingeving in de hulpverlening zal onderschrijven (Van der Stel 2012, p.74) Gezien bovenstaande discussies en een veelvoud van definities, zal daarom eerst begonnen moeten worden met hoe betrokkenen in de praktijk, zoals cliënten met psychische problematiek en hun zorgverleners zingeving en herstel verstaan. Het zou namelijk kunnen dat zij bepaalde aspecten benadrukken, terwijl andere aspecten van beide begrippen op de achtergrond blijven, wat vervolgens in mijn laatste hoofdstuk weer input geeft voor kritische reflectie.

Starten met hun duidingen van deze begrippen is om nog een reden belangrijk, die te maken heeft met wat Deegan in haar artikel *Spirit Breaking* (1990) beschrijft als de gekrenktheid van de ziel. Herstelgericht werken wordt over het algemeen beschouwd als een praktijk waarin de cliënt, met diens wensen en behoeftes centraal staat. Maar wat in herstelbeweging ook een belangrijk element is en samenhangt met empowerment, maar ook met rouw en verdriet, is dat ook veel leed juist is veroorzaakt binnen de GGZ. Herstel is ook in dat opzicht niet alleen een proces van een zo waardevol mogelijk leven leiden, maar ook een proces van reflectie en verzoening (Deegan, 1996).

Kortom, ik signaleer dat er slechts ten dele consensus is over de begrippen zingeving en herstel en dat beide begrippen tevens multidimensioneel zijn. Verder overlappen beide en zijn er verschillende relaties tussen deze begrippen. Deze overlap verdient tot slot nog aandacht vanuit het perspectief waaruit ik werk: praktische theologie, waaronder zowel pastoraat als geestelijke verzorging vallen.

## 2.5 Pastoraat en geestelijke verzorging

### 2.5.1 Pastoraat als hulpverlening

Een van de eerste theologen in Nederland die de relatie tussen pastoraat en hulpverlening vergaand heeft onderzocht, is Gerben Heitink (1977). Onder pastoraat als hulpverlening verstaat hij: “dat een pastor een helpende relatie aangaat met mensen om -in het licht van het evangelie en in verbondenheid met de gemeente van Christus- met hen een weg te zoeken in geloofs- en levensvragen” (Heitink, 1977, p.75). In deze definitie komen twee polen van pastoraat duidelijk naar voren. Enerzijds is er het theologisch aspect, waarin pastoraat plaatsvindt ‘in het licht van het evangelie en in verbondenheid met de gemeente van Christus’, anderzijds is er het psychologisch (of agogisch) aspect van ‘een helpende relatie aangaan met mensen en samen met hen een weg zoeken’. Pastoraat in deze betekenis heeft overeenkomsten met andere vormen van hulpverlening, maar ook een specifieke eigenheid. In de hier geschetste pastorale relatie is het zoeken van een weg een belangrijke beweging en in dat zoeken, in het samen onderweg zijn, wordt duidelijk “wat voor de betrokkenen het evangelie genoemd mag worden” (Heitink, 1977, p. 285). In die relatie is ook de grondhouding van de pastor van belang, waarin er openheid en ruimte is voor de tussenmenselijke communicatie en de ontmoeting met de ander/ Ander. De functies die het pastoraat in de hulpverlening kan vervullen, omschrijft Heitink aan de hand van vier grondwoorden: helen, bijstaan, begeleiden en verzoenen (pp. 289-311):

- *Helen* omschrijft Heitink als “de mogelijk positieve gevolgen die een pastoraal optreden heeft met betrekking tot de gezondheid en het welzijn van mensen in de ruimste zin van het woord” (p. 289). Helend in de pastorale ontmoeting is de mogelijkheid die wordt geboden om (opnieuw) een relatie aan te gaan, om verbinding te maken met zichzelf en met een ander - in dit geval de pastor - en daarnaast de ruimte, die in deze ontmoeting gecreëerd wordt om het eigen levensverhaal te delen en betekenis te geven.

- *Bijstaan* als functie van pastoraat wordt verstaan als: “Het aangaan en het onderhouden van een relatie met een mens in nood, een mens in zijn lijden met als mogelijk gevolg dat hij zich ondersteund en getroost weet op de moeilijke weg die hij moet gaan” (Heitink, 1977, p. 294). In deze functie gaat het om nabijheid, niet weggaan bij het lijden en bij de tragiek van het leven. Dit bijstaan sluit ook aan bij de eerder genoemde houding van presentie, wat ook “de radicale toewending naar het lijden en de wil om het daarbij uit te houden” omvat (Baart, 2004, p. 3). Taken die bij deze functie van pastoraat horen zijn: het bieden van steun en troost, geruststellen en consolideren, maar ook het durven kijken naar een nieuwe horizon.
- *Begeleiden* is het derde grondwoord dat Heitink noemt. Door het geestelijk begeleiden van mensen kunnen zij geholpen worden om “op grond van hun levensovertuiging hun eigen keuzes te bepalen en beslissingen te nemen en zo te groeien in zelfstandig geestelijk functioneren.” (Heitink, 1977, p. 300). In deze functie is de pastor een gids en een mentor. Naast het kunnen zien van een nieuwe horizon, zit in dit aspect van pastoraat ook een beweging van daadwerkelijk op weg gaan of op weg zijn. In de pastorale ontmoeting is er ruimte voor zelfverwezenlijking en empowerment, de opstandingskracht van mensen, maar ook zijn er afwegingen en morele keuzes die op de voorgrond kunnen staan. Deze morele dimensie en de theologische autoriteit van de pastor kunnen in de ontmoeting ook voor een zeker spanningsveld zorgen. Het beeld van God als goede ouder en - in dat licht - mensen als kinderen van God is een helpend beeld om ook in pastorale ontmoetingen in een evenmenselijke relatie tot elkaar te staan.
- *Verzoenen* als functie van pastoraat loopt als het ware parallel aan de andere functies. Verzoenen betekent “dat mensen die vervreemd zijn van elkaar, van zichzelf en van God, tot zichzelf komen, aanvaarding en vergeving ervaren en zo in nieuwe relaties leren leven” (Heitink, 1977, pp. 306-307). De andere grondwoorden - bijstaan, begeleiden en helen - dragen ook dit herstel van relaties en het opheffen van vervreemding in zich, zij het op verschillende manieren. Bijstaan kan gezien worden als het zoeken naar een goede relatie tussen mens en God. Daarbij kunnen thema’s als schuld en vergeving een rol spelen, en kan een pastoraal gesprek ook iets van biecht in zich dragen. Maar ook de boodschap van aanvaarding en dat iemand zich door God gezien weet, horen bij de functie van het pastoraat en de pastorale ontmoeting. Begeleiden in het licht van verzoening gaat over het zoeken naar een goede relatie met anderen en het leren om ruimte en vrijheid te krijgen en te kunnen geven. Helen heeft betrekking op het aangaan van een goede relatie van de mens met zichzelf. (Heitink, 1977, p. 310)

### 2.5.2 Van pastoraat naar geestelijke verzorging

Pastoraat en geestelijke verzorging zijn net als zingeving en spiritualiteit begrippen die nauw verbonden zijn, maar ook een verschil in betekenis hebben. Ganzevoort en Visser (2007) definiëren pastoraat als ‘zorg voor het verhaal van mensen in relatie tot het verhaal met God’. (p.41). Zij maken geen wezenlijk onderscheid tussen pastoraat en geestelijk verzorging, maar beschouwen, met een verwijzing naar Heitink (2006), “geestelijke verzorging als

verbijzondering van pastorale zorg op het punt van professionaliteit en omgekeerd pastorale zorg als een verbijzondering van geestelijke verzorging als het gaat om christelijke inhoud” (Ganzevoort & Visser, 2007, p. 29). Als er al een onderscheid is, heeft dat vooral te maken met de context waarin gewerkt wordt en de (levens)vragen die bij de context horen. Een pastor in een ziekenhuis zal bijvoorbeeld met andere vragen te maken krijgen dan een pastor in een kerkelijke gemeente.

Er zijn verschillende vormen van pastoraat. Ganzevoort en Visser (2007, pp. 68-98) onderscheiden vier pastorale modellen, waarin de verschillende taken en rollen van de pastor c.q. geestelijk verzorger duidelijk naar voren komen (cf. Lartey, 2006).

- Kerygmatisch en kerkelijk-sacramenteel pastoraat.

In dit model is de pastor ‘primair getuige en vertegenwoordiger van een andere werkelijkheid’ (Ganzevoort en Visser, 2007, p. 72). De grondslag van het kerygmatisch pastoraat werd gelegd door Eduard Thurneysen (1988-1974). In het pastoraal handelen staan verkondiging van én het menselijk verhouden tót Gods Woord centraal (2007, p. 71). Dit model van pastoraat staat ook sterk op de voorgrond bij Grethlein (2016). De taken van de pastor zijn onder anderen: prediking, het geven van onderricht, zorgdragen voor liturgie en samen vieren, en bemoediging. Pastoraat is met name gericht op de eigen geloofsgemeenschap, hoewel er met kerkelijk werk en diaconie ook, en in toenemende mate, aandacht is voor mensen buiten de gemeenschap.

- Therapeutisch pastoraat.

In deze vorm van pastoraat wordt de pastor gezien als hulpverlener, als helper (Ganzevoort en Visser, 2007, p.80). Dit model komt voort uit de ontwikkelingen in de zorg waarin het individu meer centraal kwam te staan. Daarbij is de interpersoonlijke benadering van Carl Rogers van grote invloed geweest. Er kwam meer aandacht voor het eigen verhaal, het narratief van de cliënt. In de rol van helper wordt van de pastor een empathische en transparante houding gevraagd en daarnaast de vaardigheid om ‘cliëntgerichte’ gesprekken te voeren. Waar in het kerygmatisch model Gods Woord steeds het vertrekpunt is van gesprekken, wordt er in het therapeutisch model meer aangesloten bij de eigen ervaring en het zoek naar betekenis van dat wat zich in het leven voordoet.

- Evenmenselijk pastoraat.

Dit model van pastoraat sluit aan bij het therapeutisch model, met het verschil dat de pastor hier meer een metgezel, een reisgenoot is en geen ‘therapeut’ (2007, p.88). Eerder noemde ik al de houding van presentie, die in herstelgericht werken van belang is. De theorie van presentie (Baart, 2001) is gebaseerd op onderzoek in het buurtpastoraat waarin deze manier van werken gestalte kreeg. De pastor stemt af op dat wat er voor de ander belangrijk is, met wat er ‘op het spel staat’. Daarbij vervult de pastor een rol, die voor de ander op dat moment nodig is. Zo kan een pastor - zij het voor even - als een vriend, als een broer of als een moeder zijn.

- Hermeneutisch pastoraat.

De drie bovenstaande modellen worden in dit model met elkaar verbonden. In het kerygmatisch pastoraat ligt de nadruk vaak meer op de inhoud, in het therapeutisch en evenmenselijk pastoraat meer op de pastorale relatie. Pastoraat als de zorg voor het verhaal van mensen in relatie tot het verhaal met God, vraagt om hermeneutisch pastoraat. Waarin steeds de balans wordt gezocht tussen het persoonlijk verhaal en dat wat het eigen verhaal overstijgt. Van daar uit kunnen ook weer nieuwe wegen gevonden worden. De rol van de pastor in dit model is die van tolk en gids.

Deze modellen en met name de verschillende taken en rollen van de pastor, zijn grotendeels ook toepasbaar op een ruimer domein van geestelijke verzorging. Echter, in dit overzicht klinkt duidelijk de christelijk theologische achtergrond door en dat roept de vraag op of het aansluit bij geestelijk verzorgers en cliënten met een andere levensbeschouwelijke achtergrond (Pitstra & Zock, 2009). Door de veranderingen in de samenleving is er een nieuw werkveld van geestelijke verzorging ontstaan, het is niet alleen meer het domein van de kerk en de eigen geloofsgemeenschap, maar heeft zich daarbuiten ontwikkeld tot een eigen professie (Heitink, 2006, p. 163). In de Beroepsstandaard (VGVZ, 2015) wordt geestelijke verzorging gedefinieerd als “de professionele begeleiding, hulpverlening en advisering bij zingeving en levensbeschouwing” (p.7). Deze standaard omschrijft zingeving, zoals eerder genoemd, aan de hand van de vier dimensies: existentieel, spiritueel, ethisch en esthetisch. Levensbeschouwing als kernbegrip in de definitie duidt op “het meer reflectieve, formele en gezamenlijke aspect van zingeving, zoals dat bijvoorbeeld in religieuze en humanistische tradities wordt vormgegeven” (p. 37).

De ontwikkelingen op het gebied van pastoraat en geestelijke verzorging vraagt van de praktisch theoloog ook om hernieuwde reflectie op het theologisch handelen en op de eigen achtergrond en positie in dit nieuwe werkveld (Cadge, 2018; Den Toom et al., 2021). Praktische theologie wordt door Swinton en Mowat (2006) gedefinieerd als “critical, theological reflection on the practices of the church as they interact with the practices of the world with a view to ensuring and enabling participation of God's redemptive practices in, to and for the world” (p.12). De zorg voor zingeving kan deels beschouwd worden als een praktijk van de kerk - pastoraat is niet verdwenen - maar daarnaast ontstaan er ook nieuwe praktijken van zingeving. Er is een relatief nieuwe beroepsgroep ontstaan van geestelijk verzorgers met verschillende levensbeschouwelijke achtergronden, die in zorginstellingen met elkaar samenwerken en zorg verlenen aan cliënten met eenzelfde diversiteit. Daarnaast is er in de samenleving zelf een toegenomen aandacht voor zingeving en spiritualiteit (Arends, 2006). En ook wordt in de gezondheidszorg en met name in de herstelgerichte zorg meer waarde gehecht aan zingeving als onderdeel van het herstelproces, waardoor ook andere zorgprofessionals zich met dit thema bezighouden. In de definitie van Swinton en Mowat staat de interactie tussen kerk en wereld centraal. Maar juist deze nieuwe praktijken van zingeving vragen ook om een onderzoekende houding naar dat wat in de wereld naar voren komt (cf. Luther, 1992). Voor Ganzevoort en Roeland (2014) staat de praktijk van zingeving zelf centraal

in de praktische theologie, zij zien dat als een breder domein van zogeheten, *lived religion*. Voor mij als praktisch theologisch onderzoeker is dat ook het vertrekpunt geweest voor dit onderzoek.

For practical theologians working in a pluralized, secularized, and deinstitutionalized context, praxes [...] provide meaningful access into the hidden or implicit spiritual lives of people today. Probably this and other praxes first and foremost require an empirical style of practical theology, but the insights of such a study might be connected with a pastoral theology of mindful attention, fostering meditation and a public theology of stewardship amidst the ecological threats of our times. (Ganzevoort en Roeland, 2014, p. 100)



### 3. Methoden

Om een antwoord te kunnen geven op de vraag hoe zingeving tot uitdrukking komt binnen transmurale, herstelondersteunende zorg heb ik empirisch onderzoek gedaan onder zorgprofessionals van een van de gebiedsteams van Altrecht. Zoals gezegd werken in deze teams hulpverleners uit verschillende organisaties samen; de belangrijkste ketenpartners in dit team zijn Altrecht en Lister. Vanuit de gebiedsteams worden met name EPA-patiënten begeleid en de hulpverlening, die betrekking heeft op verschillende levensgebieden, vindt over het algemeen plaats in de eigen thuissituatie.

Binnen de Expertisegroep Zingeving is er de wens om in kaart te brengen hoe zingeving een structurele plek kan krijgen binnen deze transmurale settingen. Daarom wordt er door dit team ook op verschillende gebieden onderzoek gedaan. Zo is er door studenten van Hogeschool VIAA een rapportage geschreven over de toerusting van zorgprofessionals aan de hand van het CHIME-model (Hollander et al., 2021). Daarnaast is er een masteronderzoek gedaan naar mogelijkheden tot het ontwikkelen van een e-health-module Zingeving (Elsen, 2021). Eerder deed Line de Bruijn (2020) in gebiedsteams al onderzoek naar de motivatie van zorgprofessionals om aandacht te hebben voor zingeving, spiritualiteit en religie.

Mijn onderzoek naar hoe zingeving in de praktijk tot uitdrukking komt, sluit bij deze eerdere onderzoeken aan. Enerzijds is het onderzoek gericht op wat zorgprofessionals onder zingeving verstaan en anderzijds op hoe dit in de interactie met cliënten dan tot uitdrukking komt. Door zicht te krijgen op de praktijk van hulpverlening waarin zingeving al dan niet tot uitdrukking komt, beoog ik ook antwoorden te kunnen formuleren op de vraag wat dit betekent voor de rol en positionering van geestelijk verzorgers.

#### 3.1 Sampling

Voor dit onderzoek is gekozen voor een transmurale setting, waar de Expertisegroep Zingeving al bekend mee is en waar ook vanuit de organisatie en de zorgprofessionals zelf het belang van zingeving wordt erkend. Omdat het onderzoek gericht is op zingeving in herstelondersteunende zorg was een context, waarin zowel zingeving als herstelgericht werken al in meer of mindere mate aandacht krijgen, voor de dataverzameling van belang. Om deze redenen is gekozen voor Gebiedsteam Zuid van Altrecht (Lister, z.d.; Altrecht, z.d.).

De vraag om deel te nemen is door de teamleider in het hele team gesteld en bij het selecteren is gelet op een redelijke verdeling tussen de zorgprofessionals van de verschillende organisaties. Vanwege de haalbaarheid en de verdeling in het team is er geen rekening gehouden met verschillende functies, leeftijd of geslacht (*convenience sampling*). Negen respondenten hebben zich gemeld; vier van Altrecht, vier van Lister en een van WIJ3.0. De laatstgenoemde organisatie ondersteunt mensen in het vinden van werk en/of dagbesteding. Omdat het onderzoek ook gericht is op de rol van geestelijk verzorgers in de gebiedsteams is ook een geestelijk verzorger van Expertisegroep Zingeving gevraagd deel te nemen aan het onderzoek. Dit gesprek was met name bedoeld om meer zicht te krijgen op de huidige

samenwerking met de gebiedsteams, maar ook als verkenning van mogelijke bijdragen van de geestelijk verzorgers aan de gebiedsteams en de eventuele knelpunten.

### 3.2 Dataverzameling en -analyse

Voor de dataverzameling heb ik gebruik gemaakt van triangulatie van methoden. Het onderzoek is in twee fasen uitgevoerd, met een tussentijdse data-analyse. Deze analyse was ook de voorbereiding voor de verdere verdieping van het onderzoek in fase twee. De eerste fase bestond uit semigestructureerde interviews met zorgprofessionals (n=9) en observaties van de interactie van deze zorgprofessionals met hun cliënten (n=7). In de tweede fase van het onderzoek zijn er twee focusgroepen (elk N=3) gehouden. Van de interviews, de observaties en van de focusgroepen zijn audio-opnamen gemaakt. De interviews zijn verbatim uitgewerkt en van de observaties zijn geanonimiseerde samenvattingen gemaakt.

Om verschillende redenen heb ik voor interviews als eerste methode gekozen. Het is een toegankelijke manier om nader kennis te maken met participanten en om de achtergrond van het onderzoek nog wat nader toe te lichten. Daarnaast biedt het ook ruimte om afspraken te maken voor het vervolg (cf. Mason, 2018). Met het oog op de observaties van cliënt-contact was het extra van belang om daarin een goede afstemming te vinden. Voor de semigestructureerde interviews heb ik gebruik gemaakt van een topic-lijst, waarbij ook ruimte was voor eigen punten van de participant (voor de topiclijst, zie bijlage 1). Op die manier kon ook de context van de hulpverlener en van het team betrokken worden bij het onderzoek. (Mason, 2018, p. 112). Omdat in dit onderzoek de focus ligt op het tot uitdrukking komen van zingeving in de zorgpraktijk heb ik als tweede methode gekozen voor observaties van de interactie tussen de zorgprofessionals en de cliënt. Idealiter is er congruentie in hoe er over zingeving gedacht wordt en hoe dit vertaald wordt in de praktijk. Maar praktijkonderzoek biedt juist ook inzicht in eventuele belemmeringen of vragen ten aanzien van het thema zingeving in de zorgpraktijk en/of verschillen tussen wat participanten zeggen te doen en daadwerkelijk doen.

De interviews zijn zoals gezegd verbatim uitgetypt en vervolgens open gecodeerd (zie bijlage 4 voor de codeboom) en daarna thematisch geordend en geclusterd. Van de observaties zijn observatieverslagen gemaakt, bestaand uit een samenvatting van wat ik observeerde, dat wil zeggen: wat er gebeurde (wat deelnemers zeiden / deden), waarbij ik kernachtige citaten van deelnemers zoveel mogelijk opschreef tijdens het gesprek (soms daarna). De bevindingen hiervan zijn vergeleken met de data uit de interviews.

Vervolgens zijn er twee focusgroepen georganiseerd met dezelfde zorgprofessionals om aan de hand van twee modellen uit de literatuur meer data te genereren over de werkwijze van de zorgprofessionals en de gelaagdheid van het begrip zingeving in de praktijk. (Voor de topiclijst focusgroep, zie bijlage 2). In de focusgroepen heb ik gebruik gemaakt van het CHIME-model, dat ik ook in paragraaf 2.2. heb besproken en daarnaast van een model dat ontwikkeld is door Van der Vegt en collega's (2014). Op dit model werd ik lopende het onderzoek geattendeerd. In paragraaf 4.2, waarin ik de resultaten uit de focusgroepen

bespreek, zal ik kort stilstaan bij de inhoud van dit model en de redenen om voor deze modellen te kiezen.

### **3.3 Onderzoeksethiek**

Er is voor de dataverzameling, zoals genoemd, gekozen voor interviews en observaties van de interactie tussen zorgprofessional en cliënt. De cliënten werden door hun eigen zorgprofessional benaderd met de vraag of ze mee wilden doen met het onderzoek. Alle respondenten, inclusief cliënten, werden geïnformeerd over de aard en de methode van het onderzoek en aan hen werd toestemming gevraagd door middel van een informed consentformulier (zie bijlage 3). De observaties vonden plaats tijdens een reguliere afspraak tussen zorgprofessional en cliënt. In principe worden er geen data van cliënten in het onderzoek opgenomen, tenzij dit voor de interactie met de zorgprofessional of voor het schetsen van context relevant was. Alle data zijn geanonimiseerd en er zijn geen identificeerbare gegevens opgeslagen of gebruikt. De verzamelde data van het onderzoek zijn in een beveiligde omgeving opgeslagen bij de PThU, de Protestantse Theologische Universiteit. Eventuele data die cliëntgegevens betreffen blijven in de beveiligde omgeving van Altrecht en worden alleen geanonimiseerd gebruikt. Voor het onderzoek is ook toestemming gevraagd bij de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek, CWO, van Altrecht GGZ.

## 4. Resultaten

Voor het bespreken van de resultaten heb ik ervoor gekozen om de chronologie van het onderzoek en de data-analyse te volgen, zoals ik dat in paragraaf 3.2 beschreven. De uitkomsten van de interviews en observaties worden in de eerste paragraaf (4.1) besproken. Daarbij gaat het om de vraag wat zorgverleners verstaan onder respectievelijk herstel, herstelgericht werken en zingeving en hoe dit in de interactie met de cliënten al dan niet tot uitdrukking komt. In de gesprekken werd er afwisselend gesproken over zingeving en herstel en werd ook duidelijk dat de begrippen veel overlap vertonen en gedefinieerd worden met dezelfde termen. De vraag naar begripsomschrijvingen van herstel en zingeving is bewust wel apart gesteld om juist ook meer zicht te krijgen op overeenkomsten en verschillen tussen deze termen. De tweede fase van het onderzoek bestond uit twee kleine focusgroepen (elk N=3). De uitkomsten van de focusgroepen worden in paragraaf 4.2 besproken.

### 4.1 Interviews en observaties

#### 4.1.1 Herstel

Zoals in hoofdstuk 2 besproken werken de gebiedsteams vanuit een herstelgerichte visie. Daarbij zagen zij, zo bleek uit de interviews met zorgverleners, herstel als een dynamiek van beperkingen gaan erkennen en mogelijkheden gaan zien, waarbij het (opnieuw) vinden van eigenwaarde en regie over het eigen leven centraal stonden.

Zorgverleners schetsten herstel van mensen met een psychiatrische aandoening als een dynamiek tussen het gaan erkennen van beperkingen en het mogelijkheden gaan zien.

I2 (I=interview; 2=respondentnummer): Herstelgericht werken betekent voor mij a. dat klachten die je hebt, ideeën die je hebt, lasten die je hebt, dat dat er mag zijn. Dat ten eerste. Dat het een plek mag nemen. En herstel is, denk ik, als, vaak worden mensen als patiënt gezien, of ziek of deviant, of weet ik veel en ik zou graag willen dat je niet teveel terugkijkt, maar ook voor je kijkt. Wat voor een plek kan je nou nog innemen in de maatschappij; qua werk, qua wonen, qua relaties. Gewoon normale dingen, die ook voor mij gelden om je daarop te richten. Ik denk dat dat maatschappelijk functioneren voor een groot deel ook herstel is.

I5: Herstelgericht werken is, is heel erg naast een cliënt staan en echt kijken naar de wensen van de cliënten, maar ook zeker zijn sterke kanten en hoe kun je die versterken. (..) en uitgaan van inderdaad hè, op zoek naar een zo fijn mogelijk leven, met de beperkingen die je hebt. Maar vooral heel erg kijken naar het positieve, naar wat wel kan.

I6: Vanuit mijn vorige werk heb ik heel erg geleerd om doelgericht te moeten werken en dat ben ik nu weer een beetje meer aan het afleren door meer er te zijn. Dat

bijvoorbeeld een kopje koffie bij iemand drinken en die gewoon zijn verhaal laten stellen kan ook heel veel zin geven, om dat niet te onderschatten. Ik probeer me er wel bewust in te zijn dat wat in een gesprek gebeurt, als iemand heel erg ongelukkig is om dat ook een plek te geven.

Eén respondent was tamelijk kritisch op het concept herstel, omdat het impliceerde dat je nooit klaar bent.

I3: Met 'beter worden' impliceer je wel gewoon dat je op een gegeven moment klaar bent. En van, bij 'herstellen' lijkt het wel alsof je nooit klaar bent"

Sommige respondenten benadrukten vooral één van beide kanten, als ze over herstel spraken, zoals de nadruk op de mogelijkheden. Deze konden ontstaan als mensen op een andere manier naar zichzelf en hun problemen gingen kijken.

I8: [herstel] is heel erg kijken (..) naar wat wel kan, naar mogelijkheden in plaats van naar beperkingen. En vooral daar ook de aandacht op richten en proberen toch een wat andere kijk op zichzelf te geven of een wat andere kijk op de problemen die er zijn. En vooral perspectief te bieden denk ik.

O7: (O=Observatie;7=respondentnummer) De client bespreekt met de zorgverlener een sollicitatiegesprek dat ze de volgende dag heeft. Daarvoor had ze een korte tekst geschreven met haar motivatie. De zorgverlener gaf bemoedigende en coachende feedback op de tekst Samen sparden ze over hoe het gesprek zou kunnen gaan en ze kreeg positieve feedback over hoe ze het aanpakt. De client was blij over de sollicitatie en gaf aan er ook vertrouwen in te hebben.

Deze 'andere kijk op zichzelf' werd door andere zorgverleners beschreven als het zich waardevol gaan voelen of het meer zichzelf worden, als waarden binnen herstel.

I9: Ik denk dan ook dat [herstelgericht werken] is wat we hier nu doen, ik denk dat we heel erg op de verschillende gebieden zitten, met de gezondheidsgebieden, daar behandel je dan op natuurlijk. Dat is niet alleen maar lichamelijk en geestelijk, maar ook wie ben je en hoe sta je in het leven? Dat je op domeinen gaat zitten is het veel meer.

I4: We werken vanuit herstelondersteunende visie. Nou ja, hoe vat ik dat samen? Het gaat gewoon in de brede zin over iemand ondersteunen bij het herstel. Ook dat is gigantisch breed en intens subjectief. (..) Wat versta je zelf onder herstel? Waar wil je met je leven naartoe? Als je dat vergelijkt met Altrecht is het, denk ik, wat minder curatief, wat minder gericht op symptoomreductie, soms wel, maar vooral om hoe deal

je met die dingen. En doe je ondanks de symptomen toch de dingen waar je happy van wordt, waar je energie van krijgt en waar je je waardevol bij voelt.

Dezelfde zorgverlener verbond herstel, als herstel van zelfwaarde en dingen vinden waarbij de cliënt zich 'happy' voelt, met zingeving.

I4: Ja voor mij persoonlijk gaat het altijd over zingeving. Het maakt niet uit waar je waar je mee bezig bent, het gaat altijd over zingeving. Het gaat altijd over van, ja, vind je dit de moeite waard om energie in te steken. Dat denk ik ook in de platste zin of zo van wat voor mij zingeving is geeft het jou gevoel van waarde? Zie jij er nut in?

Naast de beweging van beperkingen leren aanvaarden en mogelijkheden gaan zien, (meer) eigenwaarde gaan ervaren, speelde het eigen regie leren voeren ook een belangrijke rol bij herstel. Deze hing samen met verantwoordelijkheid nemen voor het eigen leven, ook wanneer mensen niet langer zorg ontvangen.

I2: En ik vind het ook naar de klanten dat het hun verantwoordelijkheid moet blijven. Zij vragen mij om hulp om iets. Ik ga niet een kruiwagen voor ze zijn, dat ik alles voor ze bedenk. In principe niet, althans. Het is hun keuze ook om - klinkt een beetje hard, maar om als je eenzaamheid hebt in een weekend om niet de straat op te gaan om niet naar de buurman te gaan. Van: "Kom even koffiedrinken want ik heb even iemand nodig." En het is dubieus hoor, maar ik probeer ze er wel op aan te spreken. Van: "Ja dit is ook goed, maar ja dan ben je eenzaam (..) Dan doe je het daarmee." Dat is eigenlijk ook een vorm van herstel. Het is ook een vorm van regie die je dan teruggeeft. En dat het niet per definitie fout is.

I3: [..]Ik heb een [..]hekel aan alle diagnoses, he. We hebben nu een behandelplan, we vullen de diagnoses allemaal niet meer in. Moet ergens officieel vanwege de verzekering, maar in de behandelplannen doen we het niet meer. En ikzelf en een aantal collega's proberen we mensen zo snel mogelijk weg bij Altrecht te krijgen. Ik zeg ook wel tegen mensen: "Ik gun je een leven zonder Altrecht." Dus we zijn heel erg bezig met een eindpunt. Je moet je leven zelf kunnen leiden. Of tenminste, daar waar mogelijk en soms hebben mensen hun hele leven begeleiding nodig of hulp of wat dan ook. Maar op een gegeven moment ben je klaar, op een gegeven moment moet je zeggen van: "Joh, dit is het." En niet, niet om ervan af te zijn. (..) Maar op een gegeven moment moet je mensen ook het vertrouwen geven dat het ook wel klaar is.

Ook in de interactie met cliënten kwam het eigen regie leren voeren terug. Daarbij gaat het soms ook om steun bij ogenschijnlijk kleine stappen, die in herstelproces van de client wel een belangrijk rol spelen en bijdragen aan het gevoel van autonomie en controle.

O4: De cliënt geeft aan moeite te hebben op het gebied van zelfzorg. Samen met de zorgverlener zoekt hij op internet een waterfles, waarop bijgehouden kan worden hoeveel hij die dag gedronken heeft. Bij doorvragen blijkt dat het kunnen handhaven van de zelfzorg belangrijk is om ontregeling te voorkomen, kort daarvoor had dat namelijk tot een verergering van de klachten geleid en uiteindelijk tot opname. Wat grote impact op het zelfvertrouwen van client had gehad.

O3: Client heeft aangegeven over haar medicatie te willen praten. Ze heeft veel last van stemmen waardoor ze ook slaapproblemen heeft. Ze bespreekt met de zorgverlener de mogelijkheden om over te stappen op andere medicatie. De zorgverlener geeft uitleg over de procedure en dat er een opnam bij nodig is. Ze zijn al een keer samen bij de locatie geweest. Ze mag zelf bepalen wat ze wil en niet wil, het is een voorstel waar ze over na mag denken, maar dat er een goede kans is dat het middel voor haar werkt. Dus dat hij het wel zou aanraden. is ontevreden Het gesprek gaat over nieuwe medicatie en de zorgverlener legt aan de client uit wat haar te wachten staat Daarbij geeft hij aan dat ze zelf mag beslissen of ze het aan wil gaan. Dat de keuze echt aan haar

#### 4.1.2 Herstelgericht werken

In de interviews werd aan de zorgverleners de vraag gesteld hoe ze herstelgericht werkten, dat wil zeggen: wat dit voor hen betekende en of ze hier een bepaalde methode of methodiek bij hanteerden, en wat ze (zeggen dat ze) daadwerkelijk deden als ze 'herstelgericht werkten'. Ze gaven aan dat ze probeerden bij te dragen aan herstel van cliënten, zoals hierboven beschreven, maar dat zelden via een methode deden. Ze beschreven wel uitgangspunten, de attitude van waar uit ze werken: 'er zijn' tijdens contact met cliënten, gelijkwaardigheid welke verschilt van gelijkheid, en 'vanuit zichzelf werken'.

Zij verwoordden dat herstelgericht werken van hen vergt dat ze 'er zijn', ook als situaties uitzichtloos lijken of machteloos maken.

16: 'Er zijn' is heel belangrijk. En zelfgericht werken, eigen regie. Dat zijn echt wel de pijlers van de herstelgerichte zorg. Dat zijn hier eigenlijk wel de pijlers. Het is niet dat ze werken vanuit de IRB [*Individuele Rehabilitatie Benadering*, CdH] of SRH [*Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen*, CdH]. Dat zijn twee methodieken die je zou kunnen hanteren, maar je kan van alles een beetje pakken. Net wat uitkomt.

14: Zelf geloof ik heel erg in de therapeutische relatie. In de waarde daarvan en in gewoon het contact leggen. En het zodanig contact opbouwen dat je, ja dat je op een punt kan komen, dat je elkaar gewoon werkelijk zonder dat dat als kwetsend wordt ervaren kunt confronteren en kunt spiegelen. En dus ook dat proces dus ook samen

aan kunt gaan van hoe iemand in elkaar steekt en op welke manier men zichzelf soms dwars zit.

O6: Het gesprek gaat over de dagbesteding van de cliënt. Ze werkt met dieren en haalt daar veel voldoening uit. Ze vertelt echter dat ze problemen ervaart met een van de coördinatoren. Ze voelt zich niet onvoldoende gezien. De zorgverlener probeert met haar de situatie te exploreren en te kijken waar er een ingang is om de situatie te veranderen. Ze biedt ook aan om met client mee te gaan. De client houdt de boot af en ziet geen oplossing voor de situatie.

Verder stelden zorgverleners dat zij proberen in hun herstelgerichte benadering gelijkwaardig te werken, *samen* met de cliënt, vanuit het idee dat cliënten (net als zij zelf) behoeften hebben. Gelijkwaardigheid hield in: het besef dat zorgverleners en cliënten delen in dezelfde menselijke kwetsbaarheid.

I2: de TripleC [*Behandelmethode: Cliënt-Competentie-Coach*, CdH] (..) spreekt me héél erg aan. Van dat, de kern daarvan voor mij is: probleemgedrag is alleen het topje van de ijsberg en daar kan je iemand op aanspreken, maar daar zit een immense ijsberg onder van behoeften en mogelijkheden en onmogelijkheden en daar moet je op gaan werken (...). Dus qua methodiek denk ik dat, presentie, tripleC, hopelijk, niet gedrag aanpakken, aanspreken, maar naar behoeften en ook dingen samen doen en samen als het nodig is.

I4 Ook vanuit mezelf, juist vanuit mezelf. En dan ook gewoon zeggen (..): 'Ja weet je dat doe ik óók. Op deze manier saboteer ik mezelf ook.' Het is vanuit die herkenning (..) en dat als ik gewoon iemand iets zie doen, waarvan ik dat zelf vroeger regelmatig heb gedaan, dat ik gewoon terug kan geven: 'Maar dit is wat er nu gebeurt.' En op het moment dat je dat vanuit eigen ervaring kan zeggen en aan iemand kan beschrijven van dit zie ik nu gebeuren, dan kun je daar gewoon niet onderuit. Dat is echt wat anders dan vanuit een theoretisch kader. Dan raakt het echt of zo.

Tegelijk betekende dit niet dat de situatie van zorgverleners en cliënten gelijk was. Geïnterviewden hadden bijvoorbeeld doorgaans een ander verleden dan cliënten of meer expertise.

I8: Ik denk wel dat ik iemand ben die zich heel erg op de positieve kanten ook wel richt, de bekrachtiging dus ook wel vooral... Dus ook benoemen wat de ander goed doet of het heel erg het stigma van henzelf ontcrachten. Van dat is toch heel normaal weet je. Ik begrijp dat je daar wel een beetje van de leg van raakt, dat zou ik zelf ook hebben. Ook veel normaliseren denk ik. Wat dat, ja, want ik denk dat dat mij ook heel erg heeft geholpen, ik heb zelf ook best wel wat ervaring, dus ik denk dat pas ik ook wel toe in



mijn werk en ik merk gewoon zelf dat als je merkt dat je niet de enige bent hoe je op een bepaalde manier denkt of doet dat dat al zo helpend kan zijn, dat je al zo vaak dat beeld hebt van 'Ik ben gek'. Dat wil ik vooral bij de ander ook een beetje weghalen. Je bent niet gek, je bent gewoon iemand die een kwetsbaar verleden heeft en dat komt ook ergens vandaan. Dat is ook niet een keuze, die je hebt, laat ik maar zeggen.

17: Waar het op neer komt is dat je naast mensen gaat staan in hun zoektocht naar werk en ik kan een heleboel en ik neem ook wel werk uit handen. Want ze zeggen wel naast iemand staan, maar sommige dingen kan ik beter.

Als reden hiervoor verwezen zij naar wie ze zelf als mens (willen) zijn, inclusief hun eigen voorkeurstijlen en eigen waarden in hun werk.

19: ik denk wel als je het met elkaar bespreekt en je gaat dan met elkaar naar een bepaald model kijken, dan denk ik wel dat we allemaal wel via dat bepaalde model werken. Maar dat iedereen ook zo lang al in het werk zit dat je ook het vanuit jezelf heel erg doet. En wat je zelf belangrijk vindt. En dat is ook wel iets waar je met elkaar over in gesprek soms bent. En de een vindt ook sommige dingen weer meer belangrijk dan de ander. (9:11)

08: Client en zorgverlener vertellen dat ze in hun gesprekken het vaak ook over wat meer filosofische of spirituele onderwerpen hebben. De zorgverlener geeft aan dat dat afhankelijk is van de client maar dat ze elkaar hier wel in vinden. De client beaamt dat en geeft aan het waardevol te vinden dat er daar ook ruimte voor is.

#### 4.1.3 Zingeving

Respondenten zagen zingeving als een veelomvattend begrip, dat belangrijk was om mensen in hun geheel te benaderen. Vaak beschreven respondenten zingeving in termen van beweging, zoals een krachtbron (om 'op weg te gaan'), een motivatie, of een (ultiem) doel om na te streven. Tot slot bleek dat zingeving vaak direct of indirect aan de orde kwam door het stellen van vragen aan cliënten over wat waardevol of belangrijk voor hen was.

Een aantal respondenten gaf aan dat zingeving een breed en veelomvattend begrip is, dat niet eenvoudig te duiden is maar dat het wel altijd van belang is om mensen als in hun geheel te zien. Eén respondent verwoordt dat als volgt.

14: Dat het enerzijds een heel duidelijk en tegelijkertijd gigantisch ongrijpbaar begrip is. Dat het heel breed is en dat ik het zelf, maar ook met de mensen waarmee ik werk, vind in allerlei aspecten van het leven. Dat het er eigenlijk overal doorheen fietst. Dat het van alles kan betekenen.

I4: Ik voel wel dat iedereen bezig is met achterhalen hoe raken we deze persoon, hoe kunnen we iemand in beweging krijgen of hoe kunnen we iemand prikkelen. Dus, nee de vraag van, ja ik weet niet, denk dat de vraag niet zo vaak letterlijk gesteld wordt maar dat hij er altijd in zit. Het zit hem ook al in je intentie om iemand te leren kennen, als mens. Want dan ga je op zoek naar die zingeving en ik denk wel dat we dat in het team heel erg doen. Ik denk dat we er altijd naar streven om de mens echt werkelijk te zien voor wie is, als geheel. En dat is soms ook een uitdaging, he. Soms spelen zoveel problemen dat die alle aandacht opvragen, dat je een beetje vergeet 'o ja, maar er zit ook nog een mensje onder'. Maar ik voel de intentie altijd wel.

Uit de observaties kwam ook naar voren dat geloof of spiritualiteit voor sommige cliënten wel een belangrijk onderwerp is. Respondenten geven aan dat dat ook een thema is in de gesprekken, maar dat ze ook niet altijd voldoende kennis in huis hebben om er echt op in te gaan.

O1: Client vertelt aan mij als onderzoeker (en geestelijk verzorger) een deel van zijn levensverhaal en wat God voor hem betekent. Hij geeft aan dat zingeving hem helpt en heeft geholpen bij herstel. Hij geeft aan dat zijn relatie met God hem ook helpt om meer van de wereld te begrijpen. Het geeft hem inzicht.

Respondenten omschreven zingeving soms in termen van het alledaagse leven: waar mensen zin en plezier uithalen.

I4: Voor mij persoonlijk gaat het heel erg over vriendschappen over hobby's. Letterlijk dingen waar ik waar ik zin in heb (...). Als ik ergens zin in heb of zin van krijg, dan is dat voor mij zingeving. En dat is dus ook wat het in mijn werk betekent. En ik denk dat dat misschien wel een van de belangrijkste aspecten voor mij is van het werk aan herstel: Het onderzoeken [van] wat maakt dat je zin krijgt in het leven. Waar word je nou geprikkeld van? Waar word je enthousiast van? Waarvoor kom je je bed uit?

I3: Zingeving: reden voor het leven [...] Ja, dat is eigenlijk zingeving. Waarvoor ben je hier? Waarvoor leef je? Wat maakt het leven leuk? Wat maakt het leven niet leuk? Zo kun je het ook bekijken. Dat is het eerste wat bij me opkomt.

Verschillende zorgverleners legden ook relaties met zingeving, waarbij 'beweging' vaak centraal stond: de krachtbron, bijvoorbeeld om in beweging te komen, de motivatie/beweegreden, of het (ultieme) doel in het leven waar de cliënt naar toe wil bewegen.

I2: ik ben geïnteresseerd in wat beweegt nou mensen. En zingeving is wat ik wil snappen van hun achtergrond en wil snappen wat zij belangrijk vinden en het is niet

meer - wat mij betreft - dan dat. Ik heb het losgekoppeld van geloof en religie. Maar wat vind je belangrijk in het leven? En niet meer dan dat.

I1: Voor mij is zingeving meer het gevoel van 'hoe word je iedere dag wakker'? Wat voor doelen heb je die dag? En hoeveel, ja, hoe belangrijk is dat voor je en hoeveel kwaliteit van leven geeft je dat?

I4: Het maakt niet uit waar je waar je mee bezig bent, het gaat altijd over zingeving. Het gaat altijd over: Vind je dit de moeite waard om energie in te steken? Dat denk ik ook in de platste zin of zo van wat voor mij zingeving is geeft het jou gevoel van waarde? Zie jij er nut in?

I5: tegelijkertijd zingeving kan zijn geloof, maar het kan ook zijn van wat wil je nou met je leven? Ja nou wat ik bedoel met heel breed.

In een aantal van bovenstaande citaten blijkt ook dat respondenten zingeving vaak in de zin van vragen formuleerden, die betrekking hadden op wat zij onder zingeving verstonden. Eén respondent stelt bijvoorbeeld dat bij de vraag naar wat mensen willen, dat vaak wel indirect naar voren komt.

I7: Zingeving is niet altijd een gespreksonderwerp, maar indirect wel. Ik zeg altijd: "wat wil je?" En dan komt naar boven, ik wil meer dit of ik wil meer dat; ik wil gelukkiger zijn.

Dat zingeving soms indirect wordt geformuleerd en gaat over motivatie en in beweging komen kwam ook duidelijk terug in een van de observaties.

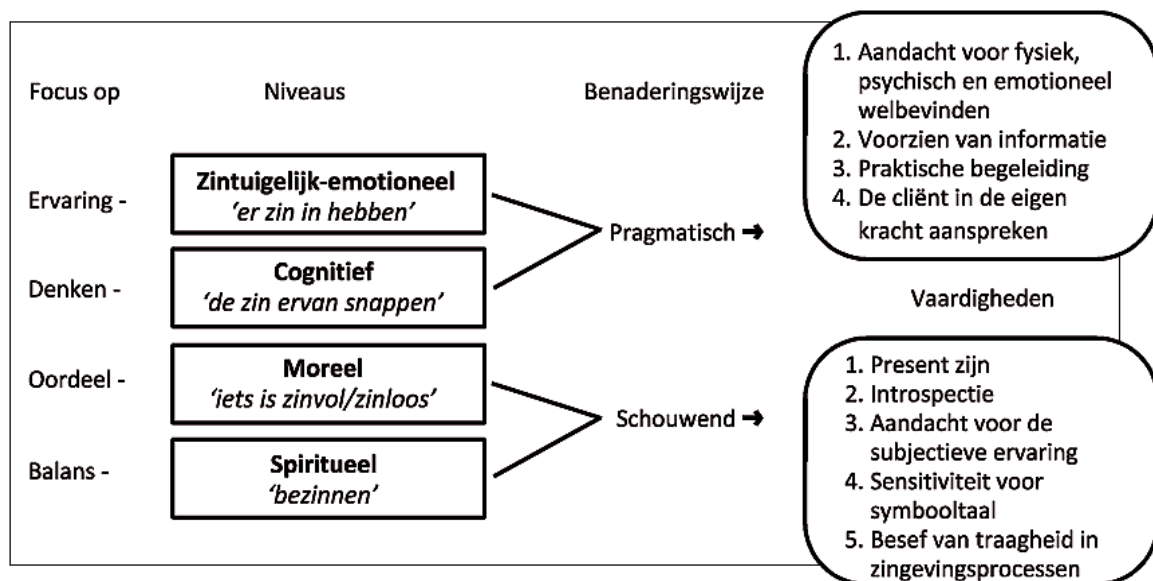
O2: In het gesprek benoemt de client een aantal thema's die voor hem relevant zijn, dingen die hij graag zou willen of waar hij naar verlangt: zoals een hondje, werk, een andere woonomgeving (niet meer alleen). Het bezoeken van Enik Recovery [een herstelacademie, waar ook dagbesteding mogelijk is, CdH] is een belangrijk onderwerp, waar hij met de zorgverlener al een tijd mee bezig is. Voor client blijkt het lastig te zijn om naar de locatie te gaan vanwege zijn angsten en prikkelgevoeligheid. De zorgverlener probeert samen met de client een manier te vinden om de eerste stappen daar naar toe te zetten door hem uit te nodigen er eerst eens samen een tosti te gaan eten.

## 4.2 Focusgroepen

Het team van geestelijk verzorgers raadde mij aan om, toen ik met hen sprak over de resultaten, het model van Van der Vegt, De Rijk en Muthert (2014) te raadplegen. Dit model was in een eerder onderzoek vanuit de Expertisegroep Zingeving - naar de motivatie van

zorgverleners met betrekking tot spiritual care- gebruikt (De Bruijn, 2020). Dit model heb ik gebruikt omdat Van der Vegt en collega's onder andere de attitudes uitwerken, die in herstelgericht werken van zorgverleners, worden gevraagd, wat aansluit bij enkele bevindingen uit de interviews en observaties. Daarnaast biedt het gebruik van hetzelfde model in de reeks van onderzoeken binnen de Expertisegroep Zingeving ook de mogelijkheid om deze in een later stadium met elkaar te kunnen vergelijken. Daarnaast heb ik het CHIME-model gebruikt in de focusgroepen. Een van de redenen daarvoor is dat in dit model, zoals ook bleek in het hoofdstuk over theoretische achtergronden van de herstelvisie, verschillende thema's naar voren komen, die betrekking hebben op zowel zingeving als herstel. Bovendien was bij aanvang van het onderzoek de verwachting dat een aantal respondenten bekend was met het model omdat door de Expertisegroep Zingeving eerder al trainingen over zingeving waren verzorgd aan de hand van CHIME. Daarom heb ik de zorgverleners in de focusgroepen ook de vraag gesteld om op dit model te reageren.

In het model van Van der Vegt worden vier niveaus van zingeving onderscheiden: zintuigelijk-emotioneel, cognitief, moreel en spiritueel. Deze niveaus vragen verschillend benaderingswijze en vaardigheden: het zintuigelijk-emotioneel en cognitief niveau van zingeving sluiten meer aan bij een pragmatische benadering, waar zingeving op moreel en spiritueel niveau een meer schouwende attitude vraagt.



Bron: Van der Vegt 2014

#### 4.2.1 Van der Vegt

Respondenten in de focusgroepen zagen vaak dat de pragmatische attitude op de voorgrond stond bij henzelf, hoewel ze ook de schouwende attitude herkenden. Verder werkten ze vooral met de cognitieve en zintuiglijke aspecten van zingeving omdat die het concreetst waren voor cliënten en die voor hen het minst eng waren. Hun attitude en werken met genoemde aspecten van zingeving werd ook beïnvloed door crises van cliënten en organisatiestructuur, inclusief digitale, probleemgestuurde behandelplannen.

Respondenten benoemden, als reactie op de attitudes van het model (Van der Vegt et al.), dat ze vaak pragmatisch werkten, maar ze herkenden ook de schouwende attitude bij zichzelf.

F3 (F=Focusgroep; =respondentnummer): Ik denk dat we allemaal dat schouwende, dat dat bij ons wat meer vooropstaat. Maar dat we ook wel gewoon pragmatisch zijn. Ook wel gewoon van: 'he dit moet gebeuren', maar niet: 'we doen maar wat'.

F5: Ja ik herken overal wel wat in, denk ik. Maar het meeste traagheid en de present zijn, denk ik.

F2: ja, maar dat [pragmatisch] is ook wel mijn go. Dat is ook wel wat overheerst en dat weet ik ook, ik kan ook wel schouwend zijn. De ene heeft die voorkeur en de ander heeft die.

Zorgverleners herkenden de verschillende niveaus van zingeving van Van der Vegt en collega's in hun werk en ze ervoeren deze indeling als verhelderend voor de verschillende aspecten van hun werk, en het hielp deze ook te expliciteren.

F3: Voor mij inderdaad herkenbaar ... bij zingeving denk ik gelijk over spiritualiteit en religie. En daarom vind ik het ook wel leuk om het zo opgesplitst te zien, ... vooral moreel. Is het zinvol of zinloos? Dat wij daar ook wel heel erg mee bezig zijn.

F2: Maar eigenlijk komt het gewoon overal in terug. Hoe verweven het is, laat ook wel zien, dat we er eigenlijk dus meer mee bezig zijn.

Zij werkten vooral met het cognitief en zintuiglijk-emotioneel niveau herkenden, hoewel bij enkele cliënten juist het spirituele niveau sterk speelde.

F6: De eerste drie [cognitief, zintuiglijk en moreel niveau] wat meer dan de vierde [spiritueel niveau].

F1. Ik denk dat ... wij in de eerste twee [cognitief en zintuiglijk-emotioneel niveau] vooral bezig zijn met cliënten. Dat je inderdaad echt de diepte in gaat, moreel en spiritueel, af en toe. Ik heb dan één cliënt, daar gaat het eigenlijk alleen maar over het spirituele stukje (...). Maar dat is wel ... als ik denk aan mijn cliënten, de uitzondering.

Uit de analyse van de focusgroepen bleek dat het werken met vooral de cognitieve en zintuiglijke niveaus van zingeving vaak concreter was voor cliënten (dan de andere niveaus) en/of dat ze de andere niveaus spannend vonden en deze liever vermeden.

F1: Omdat dat toch het meest voor de hand liggende is. Hetgeen waar ze ook het idee hebben, waar ze het meeste invloed op kunnen hebben. . . wat concreter.

F2: Als je zegt zinloosheid en de erkenning ervan, dat vind ik zelf ook nog wel heel spannend. Het voelt soms ook wel alsof je aan het spelen bent met vuur. Je wil ook niet iemand niet dieper de afgrond in.

Een focus op genoemde niveaus in combinatie met een pragmatische attitude bleek ook passend bij cliënten in (langdurige) crisis, zoals regelmatig het geval bij EPA, hoewel aandacht voor zingeving er dan ook helemaal bij in kon schieten.

F6: En dan wil ik niet zeggen bewust, maar als die in crisis raken bijvoorbeeld, dan zul je ook sneller actie moeten ondernemen. Dan ben je meer bezig met het praktisch regelen en zorgen dat iets gedaan wordt dan schouwend, met wat is verstandig om te doen.

F3: Dat het aan zingeving überhaupt op de verschillende lagen ontbreekt, in het leven van mijn cliënten, wat veel gaat überhaupt over gewoon wat er nu speelt en acutheid van waar ze ook mee bezig zijn in hun hoofd en dat we eigenlijk helemaal niet aan dit soort dingen toekomen, terwijl het zo'n belangrijk aspect is juist.

Deze combinatie was ook wenselijk vanwege de organisatiestructuur, waarbij vooral de focusgroep uit de ene organisatie druk leek te ervaren, met als gevolg weinig aandacht voor de schouwende attitude en andere dimensies van zingeving dan de twee laatstgenoemde.

F4: Ik vind persoonlijk dat bij schouwend, dat we bij alles daar te weinig tijd voor hebben.

F5: Ja je wordt een beetje gejaagd, opgejaagd door mekaar. Snel, snel stappen zette, overleggen, doen we dit of doen we dat.

F6: waar het probleem in zit is vooral psychisch , niet alleen gevoelsmatig, maar ook ..als je weet hoeveel mailtjes (..) Dat staat los van allerlei andere dingen die er dan nog bijkomen. Het is veel. Daar zal het meer in zitten. Daar krijg je het gevoel van we hebben geen tijd om andere dingen te bespreken. Wat ook vaak zo is.

In de andere focusgroep, met deelnemers uit de andere organisatie, leek deze organisatiedruk minder ervaren te worden.

F2: En hoe druk mensen ook zijn, ze maken altijd wel tijd om even naar een ander te luisteren. 's Ochtends wordt altijd gevraagd: "zijn er nog cliënt-zaken?" Dus er is altijd letterlijk ruimte om iets in te brengen.

F3: Dus ik denk dat wij elkaar ook heel erg bewust maken van...dit is juist 'er zijn' en heel erg de menselijk kant en het verhaal doen. Dat..is denk ik bij ons wel waar iedereen wel heel erg vooraan staat

In beide focusgroepen kwam naar voren dat het format voor een zorg- of behandelplan ook mede bepaalt hoe zingeving nauwelijks aan bod komt, soms omdat het probleemgestuurde van behandelplannen niet aansluit bij centrale gedachten over herstel en zingeving.

F3: Ik vind hem te ondergeschoven nog. Wat me heel vaak opvalt, is dat zingeving het laatste levensgebied is binnen ons zorgplan en je moet ervoor scrollen, dus ik zie heel vaak dat zingeving vergeten wordt.

F6: Altrecht is wel bezig [met zingeving en herstel], maar dan moeten ze die behandelplannen aanpassen. Het hele format hier, dat je uitgaat van problemen. (..) We hebben nu een ander model behandelplan bedacht en dat gaat uit van het verhaal van die cliënt en "wat zijn zijn wensen?" en een klein stukje over "wat vinden wij?"

#### 4.2.2 CHIME

Opvallend was dat er slecht twee zorgprofessionals van Altrecht de CHIME-training hadden gehad. Het model was in grote lijnen wel bekend, maar deelnemers zagen het vooral als een samenvatting van hoe herstel werkt en niet zozeer als een zingevingmodel. Dus waar bij Van der Vegt vooral de verwevenheid van zingeving en herstel naar voren kwam, werd CHIME vooral als model voor herstel gezien, waarbij het aan de betreffende (voorkeur van de) zorgverlener was in hoeverre zingeving aan de orde kwam.

F4: Maar dit [CHIME] is herstel. Geen zingeving.

F1: Ik denk dat het ook wel erg samenhangt met de herstelvisie. Omdat je inderdaad echt kijkt naar de mens en wat die persoon wil. En je gaat naast hem staan en je doet samen dingen, dus ik denk als je een beetje oplet, is misschien een raar woord, maar dan komt zingeving in elk gesprek wel een keer aan bod. En het is maar net aan jezelf, ... hoe goed je daarop in gaat.

Het bespreken van het CHIME-model in relatie tot aandacht voor zingeving riep in beide focusgroepen weerstand op, omdat het een zoveelste toevoeging (of nieuw model) is naast de bestaande, zoals CHIME.

F1: Het zijn allemaal mooie dingen op zich, maar de hoeveelheid is gewoon.. ja het wordt gewoon een overkill aan lijsten en dingen.

F4: Ik heb dit nu net gehad. En dan heb je *herstel* en dan heb je *rehabilitatie* en dan heb je dit, dan heb je..(.) En dan zou nu inderdaad weer het kopje zingeving zijn, dat zorgt voor alle verbeteringen. .. Op zich vind ik het allemaal prima om die informatie tot me te nemen en mee te nemen (..) maar voor mij is het nooit het ei van Columbus.

#### 4.2.3 Ondersteuning door geestelijk verzorger

Tijdens de focusgroep benoemden respondenten spontaan het belang van zingeving en ervoeren zij de uitwisseling hierover zinvol. Daarnaast noemden zij ook dat de aanwezigheid van geestelijk verzorgers, bijvoorbeeld bij behandelplanbesprekingen of moreel beraad, of mijn aanwezigheid als onderzoeker (en tevens geestelijk verzorger), kon helpen om wat meer te vertragen en vragen te stellen over de manier van werken. Geestelijk verzorgers konden in multidisciplinair verband ongedwongen tijd aan cliënten besteden.

F6: Maar dat je dus wat meer stilstaat bij deze dingen. (..) Bij zingeving, of hoe je het ook noemen wil. En minder op het aftikken van medicatie en (..) bij wijze van spreken. En dat zorgt er wel voor dat een gesprek op een andere manier verloopt. Zoals we het er hier nu ook over hebben. Dat kun je ook veel meer cliëntgericht doen. En dan kom je misschien ook meer op het stukje moreel beraad. ..., eigenlijk zou je standaard een paar afspraken per jaar moeten doen en dan niet alleen bij de cliënten waar we ergens tegenaan lopen, of waar het niet goed mee gaat. Want ik denk dat je het ook heel makkelijk zou kunnen doen bij casussen waar het heel goed bij gaat of waar we denken dat het heel goed bij gaat.

F2: Daarin vond ik het heel helpend dat jij bij een gesprek zat, omdat je soms ook he, we moeten van heel veel delen wat wat kaas hebben gegeten en soms is het gewoon wel fijn als iemand met je meedenkt of nog een bepaalde richting extra op kan. Je een zetje kan geven dat je net iets meer ja houvast hebt denk ik.

Het belang van geestelijk verzorging voor cliënten werd vooral gezien in de rol die geestelijk verzorgers kunnen hebben in een multidisciplinair team en in de ongedwongen tijd die zij aan cliënten kunnen besteden.

F2: dat je soms juist ook door geestelijk verzorging of door anderen dat je verschillende rollen ten opzichte van een cliënt kan hebben. Dus dat een geestelijk verzorger soms ook het stukje bijvoorbeeld rouw of ..iets meer op kan pakken. En dat betekent niet dat jij daar weer niet geen aandacht aan besteed maar dat je dat ook wat meer zou kunnen verdelen.



F3: Maar juist een geestelijk verzorger, die heeft geen enkele ja geen enkele noodzaak, waar iets heen moet of zo. Die kan gewoon ongedwongen met iemand praten en diegene kan gewoon eventjes een uur lang zijn verhaal kwijt. En ik denk dat dat heel erg fijn is voor iemand.

## 5. Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk leg ik de conclusie, op basis van het empirisch onderzoek (de eerste deelvragen), naast enkele onderdelen uit mijn theoretisch kader en reflecteer op die vergelijking (laatste deelvraag). Daarna beantwoord ik de hoofdvraag en sluit dit hoofdstuk af met aanbevelingen voor de praktijk.

### 5.1 Conclusie empirisch onderzoek

De eerste deelvraag van het onderzoek luidde: Wat is herstel in herstelgericht werken in een transmurale setting? Uit de resultaten kwam naar voren dat zorgprofessionals in hun werk aansluiten bij de herstelvisie en herstelgericht werken. Herstel werd door hen beschouwd als een dynamiek tussen het erkennen van beperkingen en het (weer) zien van mogelijkheden. Daarbij staan het hervinden van eigenwaarde en regie over het eigen leven centraal. De respondenten gaven aan dat ze niet zozeer methodisch werken, maar wel proberen bij te dragen aan herstel door te werken vanuit een bepaalde grondhouding, zoals 'er zijn' in het contact met cliënten, gelijkwaardigheid en 'vanuit zichzelf werken'.

De tweede deelvraag was: Wat is zingeving in herstelgericht werken in een transmurale setting? Zingeving werd door de respondenten gezien als een veelomvattend begrip, dat wel helpend is om mensen in hun geheel te zien en te benaderen. Zingeving werd vaak beschreven in termen van beweging, als een bron van kracht of van motivatie of als een doel om na te streven. In de interactie met cliënten kwam zingeving vaak aan de orde door het stellen van vragen over wat voor hen belangrijk en waardevol is. Respondenten gaven aan dat ze vooral op zintuiglijk-emotioneel en cognitief niveau met zingeving werken, omdat deze vaak het concreetst zijn voor cliënten en minder beladen of eng. Ook gaven respondenten aan dat zij vaak niet toekomen aan de andere niveaus van zingeving, omdat er andere thema's op de voorgrond staan. De behoefte om meer stil te staan bij onderliggende vragen van zowel cliënten als van henzelf, (wat doen we en waarom doen we het?) komt uit onderzoek wel duidelijk naar voren. Daarbij gaat het met name om uitwisseling op teamniveau en moreel beraad. Aandacht voor de spirituele dimensie van zingeving bleek afhankelijk te zijn van de eigen interesse van de zorgverlener en de behoefte van de cliënt. Over het algemeen werd deze dimensie gezien als het domein van geestelijke verzorging of van de religieuze gemeenschap waar een cliënt al dan niet toe behoort.

Wat hebben zorgverleners nodig om met zingeving te werken in een transmurale, herstelgerichte benadering? Op deze derde deelvraag luidt het antwoord, op basis van het empirisch onderzoek, dat het werk vaak om een pragmatische attitude vraagt en dat dit afhangt van de organisatie waarbinnen zij werken. In de interactie met cliënten en ook wat de zorgprofessionals zelf vertellen over hun werkwijze bleek dat de praktische zorg die zij bieden wel een hoger doel dient, in een breder perspectief gezien moet worden. Zo is de aandacht voor zelfzorg bijvoorbeeld ook een manier om regie te houden op de lange termijn. Om dat hogere doel steeds voor ogen te houden is het voor zorgverleners belangrijk om ook tijd en ruimte te ervaren om daar bij stil te staan of om - in termen van Van der Vegt te spreken-

meer schouwend aanwezig te kunnen zijn. De mate waarin binnen herstelgerichte zorg met zingeving gewerkt kan worden, wordt dus sterk beïnvloed door de organisatiestructuur, waarin vanuit de GGZ weinig ruimte is om 'te vertragen' en er vaak ook sprake is van urgent moeten handelen. In de zorg vanuit de WMO lijkt er wel wat meer ruimte te zijn. Ook wordt de zorg voor zingeving bepaald door behandelplannen, waarin zingeving als een apart leef- of probleemgebied wordt beschouwd, terwijl deelnemers het als *integraal* onderdeel van herstelgerichte zorg zien. Tot slot dragen geestelijk verzorgers, door hun aanwezigheid bij multidisciplinaire bijeenkomsten, bij aan aandacht voor zingeving in een herstelgerichte benadering.

## 5.2 Theologische reflectie

Uit zowel het empirisch onderzoek, als ook uit de literatuur over zingeving en herstel komt naar voren dat het belang van zingeving voor het herstelproces breed wordt onderkend. Zorgverleners in dit onderzoek benoemen het belang van zingeving in hun manier van werken, in herstelvisies komt zingeving als 'motor' van persoonlijk herstel terug en GGZ-organisaties formuleren richtlijnen om zingeving een plek te geven in de zorgverlening, zo liet ik zien in mijn theoretisch kader. Wat opvalt is dat binnen herstelgerichte zorg (nog) weinig gearticuleerd is, hoe die aandacht voor zingeving en zingevingsvragen dan vormgegeven kan (of moet) worden. Ook is niet helder wie er verantwoordelijkheid draagt voor de zorg voor zingeving. Verder is de vraag of cliënten altijd willen dat hun zingeving geadresseerd wordt tijdens gesprekken. Een overzichtsstudie die verschillende empirische onderzoeken includeerde liet in dat opzicht een gemengd beeld zien (Harris et al., 2016). Uit de resultaten kwam wel naar voren dat zorgverleners hierin een rol zien voor zichzelf, voor het team en voor de geestelijk verzorgers, maar daarmee is nog niet helder hoe de rolverdeling precies is en op basis waarvan deze wordt gemaakt (cf. Liefbroer et al., 2019).

De inzet van het model van Van der Vegt was helpend om meer zicht te krijgen op wat onder zingeving kan worden verstaan. De voorkeur voor het pragmatische werken op cognitief of zintuigelijk niveau van zorgverleners, roept de vraag op of dit ook een wenselijke insteek is. Zouden zij bijvoorbeeld ook met de andere niveaus moeten werken, of is het juist hier dat er van rollendifferentiatie sprake kan zijn? Dat laatste zou betekenen: geestelijk verzorgers werken vooral op moreel en spiritueel niveau en andere professionals op cognitief en zintuigelijk niveau. Mij lijkt dat onwenselijk, alleen al omdat de niveaus op allerlei wijzen overlappen. Niet voor niets spreekt de Beroepsstandaard geestelijke verzorger (VGVZ, 2015) over dimensies, wat erkent dat ze tegelijk een rol kunnen spelen.

Een eerste stap is de geestelijk verzorger nog wat nader te belichten. Deze is, in veel gevallen, theoloog en daar ligt ook een onderscheid met andere zorgprofessionals. Dat brengt mij bij de beantwoording van mijn laatste deelvraag: Wat levert theologische reflectie, op de relatie tussen de empirische bevindingen en de wortels van geestelijke verzorging in pastoraat, op? Vanuit theologische reflectie op de verschillende functies en rollen die in pastoraat onderscheiden worden (Heitink, 1977; Ganzevoort & Visser, 2007), kan er een bijdrage geleverd worden aan de verschillende rollen en beroepsattitude die deze relatief

nieuwe hulpverleningscontext van zorgverleners vergt. De grondwoorden als functies van het pastoraat, die Heitink noemt, sluiten op een aantal punten aan bij de presentiebenadering en de kenmerken van herstelgericht werken. Ik denk dat van geestelijke verzorgers meer en intenser mag worden verwacht, dan van andere zorgverleners, dat zij deze woorden gestalte geven in hun werk. Tevens kunnen zij – soms op profetische manier – andere zorgprofessionals aanspreken vanuit deze grondwoorden, zoals ik nu eerst zal betogen. Daarna sta ik stil bij presentie en de relatie met de godsnaam ‘Ik zal er zijn’.

### 5.2.1 Pastorale grondwoorden

*Helen* staat dicht bij herstel in die zin dat het als helend wordt beschouwd opnieuw relaties aan te gaan, met de ander, met zichzelf en de omgeving. Connectedness uit het CHIME-model resoneert ook in dit helende principe. Hoewel er wel relationeel gewerkt wordt, lijken zorgverleners (bijvoorbeeld in dit onderzoek) zich niet altijd bewust van de intrinsieke waarde en therapeutische werking van de hulpverleningsrelatie zelf. De meeste geestelijk verzorgers zijn echter doordrongen hiervan, mede gevoed door relationele benaderingen in pastoraat (contextueel pastoraat; presentiebenadering; et cetera). Helen hangt bovendien samen met presentie: één van de manieren waarop spirituele zorg door verpleegkundigen, volgens een *review* studie, werd gekarakteriseerd was *healing presence* (Ghorbani et al., 2021).

*Bijstaan* heeft betrekking op nabijheid, niet weggaan bij lijden. In het onderzoek kwam dit ook wel terug in die zin dat zorgverleners het ook wel spannend vinden om stil te staan bij wanhoop en uitzichtloosheid. In de hulpverlening lijkt optimisme en oplossingsgerichtheid toch vaak op de voorgrond te staan. Daarbij is er ook de neiging om bij cliënten, en dat wat ze eigenlijk nodig hebben, weg te gaan. Dat kan door zelf lastige onderwerpen te vermijden, maar ook door de focus op urgentie en crises. Werken vanuit presentie vraagt echter ook om erbij te blijven, er te zijn met en voor de ander (Beurskens et al., 2019, p. 116). Geestelijk verzorgers in andere zorgcontexten, zoals palliatieve zorg, signaleren ook de neiging van andere zorgprofessionals om weg te gaan of weg te kijken van het lijden van de ander en zij ageren hiertegen op een profetische manier (Olsman, 2020).

*Begeleiden* sluit aan bij verschillende kenmerken van herstelgerichte zorg. Het heeft betrekking op eigen regie, autonomie, empowerment, maar ook op het zien van een (nieuwe) horizon, van in beweging komen en op weg zijn. Begeleiden gaat over het gegeven dat iemand niet alleen op weg gaat, dat er samen zoekend een weg gevonden kan worden. Uit de gesprekken over zingeving met de zorgverleners kwam dat zoeken en bevragen van de cliënten ook duidelijk naar voren. Wat wil iemand nu echt? Wat is de moeite waard? Waar ga je van aan? De beweging van ‘samen op weg zijn’ werd bovendien gesymboliseerd in zingeving, die respondenten als motivator zagen.

*Verzoenen* en herstellen hebben veel gemeenschappelijk als we herstel definiëren als persoonlijk groeiproces waarin iemand in staat is om voorbij de effecten van mentale kwetsbaarheid een waardevol leven te lijden. Verzoenen als het proces van aanvaarden en vergeven, om niet meer vervreemd te zijn van zichzelf en anderen. In het proces van verzoenen speelt ook een spirituele of transcendentie dimensie een rol. Heitink benoemt ook

de vervreemding die men kan ervaren ten aanzien van God. Hoewel in de hulpverlening er aandacht is voor persoonlijk herstel, acceptatie en hervinden van de eigen identiteit, is er vaak weinig oog voor hoe cliënten in een ruimer perspectief – levensbeschouwelijk of religieus - naar hun eigen kwetsbaarheid of aandoening kijken.

Verder kampen EPA en anderen met psychiatrische aandoeningen ook meer dan eens met schuld, bijvoorbeeld omdat ze hun rol als ouder niet naar behoren kunnen vervullen. In mijn empirisch onderzoek kwam schuld echter niet sterk naar voren. Het is juist hier, dat de geestelijk verzorger (als theoloog) een rol kan spelen, door hier bijvoorbeeld naar te vragen. Pas nadat schuld expliciet een plek krijgt, kunnen vergeving en verzoening, en daarmee ook herstel vormkrijgen. Met respect voor de eigen levensbeschouwing van hun cliënten kunnen geestelijk verzorgers verhalen en rituelen uit hun eigen traditie inbrengen, die heilzaam kunnen zijn voor cliënten. Het expliciet inbrengen van elementen uit de eigen traditie en bijvoorbeeld het gebruik van de grondwoorden is belangrijk omdat op dit moment het risico bestaat dat geestelijk verzorgers, met een focus op het ‘algemeen menselijke’, hun eigen bronnen en grondwoorden vergeten.

### 5.2.2 ‘Ik zal er zijn’

Aan de grondwoorden van Heitink zit nog een theologische kant, waarbij de boodschap is dat herstel niet alleen gaat over het herstel van de vervreemding van zichzelf en anderen, maar ook om herstel van de relatie met God. Dat laatste gaat ook over verbinden met een groter geheel, waarin de Godsnaam resoneert, ‘Ik zal er zijn’ (Ex. 3,14-15). Vanuit het perspectief van geestelijke verzorging, waarbij ik haar wortels in pastoraat erken, gaat het bij herstelgerichte zorg in wezen om de vraag: Mag en durf je ergens op te vertrouwen dat groter is dan jezelf? In het begeleiden naar het antwoord op die vraag kunnen juist geestelijke verzorgers een belangrijke rol spelen en eigen vertrouwen in het Hogere is daarin een belangrijke bron om uit te putten.

Ook het werken vanuit presentie is een passende benadering voor geestelijk verzorgers in een transmurale, herstelgerichte setting en vraagt ook om een herwaardering binnen de veranderde organisatiestructuur van de GGZ. Kenmerken van presentie zijn: werken vanuit de relatie; open en onbevangen kijken naar de ander; aansluiten bij dat wat de ander aandraagt of wat hem bezig houdt; je tempo aanpassen; niet uitsluitend op routine werken; niet ‘verkokerd’ zijn; geen afstand nemen van het onverbeterlijke van de ander; en de ander niet verlaten (Beurskens et al., 2019, pp. 27-30) Kortom, presentie vraagt om aandacht, aanwezigheid en liefdevolle trouw. Deze manier van werken raakt aan de rol en functie van de pastor en idealiter dus ook aan de rol van geestelijk verzorgers in het algemeen. Presentiebeoefening en daarop reflecteren helpt geestelijk verzorgers om zicht te houden op hun eigen werkwijze en op hun eigen bronnen van waaruit ze werken. Tegelijk moet ook gezegd worden dat presentie een nogal vaag woord is, waarbij het onduidelijk is of er verschil is tussen presentie door geestelijk verzorgers en andere zorgprofessionals, het de afhankelijkheid van de cliënt van de geestelijk verzorger kan vergroten, de effecten ervan

onduidelijk zijn, en het een moeilijk uit te leggen begrip is in een multidisciplinaire setting waarin vaak ook interventies nodig zijn (Adams, 2019).

De presentiebenadering biedt ook een zorg-ethisch kader waarin ook op andere niveaus binnen een organisatie gekeken kan worden naar goede zorg. De zorgethiek heeft immers van meet af aan ook de politiek-ethische dimensies van zorg voor het voetlicht gebracht (Tronto, 2009). De organisatiestructuur heeft namelijk invloed op het werken van de zorgverleners en de mate waarin zij ruimte ervaren om tijd te kunnen nemen voor dat wat er voor de client echt toe doet. Ook geestelijk verzorgers in de GGZ zijn afhankelijk van de organisatiestructuur. De verschuiving van het werken in de klinieken naar de ambulante settings betekent dat er op organisatorisch en financieel gebied andere keuzes zijn of moeten worden gemaakt. De huidige (financiële) situatie is niet houdbaar, omdat er in feite geen of te weinig financiering is voor geestelijke verzorging thuis. Waar er een juridische basis is voor geestelijke verzorging aan mensen die niet thuis kunnen verblijven, is de vraag of dit gestalte kan en moet krijgen in de thuissituatie. De poging van het ministerie van Volksgezondheid om dit te financieren voor mensen boven de vijftig en mensen in de palliatieve fase van hun leven en hun naasten, is een eerste stap (geestelijkeverzorging.nl). Tegelijk vallen thuiswonende EPA-patiënten onder de vijftig dan nog buiten de boot. Verder is de vraag ook hoe het 'Ik zal er zijn' van de geestelijk verzorger zich verhoudt tot probleemgestuurd werken, dat domineert in de zojuist genoemde regeling en, zoals bleek uit de focusgroepen, organisatiestructuren van de GGZ.

De laatste deelvraag was: 'Wat levert theologische reflectie, op de relatie tussen de empirische bevindingen en de wortels van geestelijke verzorging in pastoraat, op?' Deze kan ik nu beantwoorden. Allereerst kan dit helpen om de rol van geestelijk verzorger te onderscheiden van andere zorgprofessionals, namelijk als iemand die werkt vanuit de grondwoorden van pastoraat, hoewel niet elke geestelijk verzorger de achtergronden van deze grondwoorden tot zijn / haar traditie zal rekenen. Geestelijk verzorgers kunnen vanuit deze grondwoorden ook andere zorgverleners aanspreken en hen stimuleren (betere) spirituele zorg te verlenen op basaal niveau. Tot slot helpt reflectie op presentie, hoewel soms een vaag woord, een kern van geestelijke verzorging weer te geven. De reflectie op de godsnaam is niet alleen een belangrijke basis van presentie, maar kan ook – samen met zorgethische inzichten – kritische reflectie stimuleren op politieke dimensies van zorg die presentie verhinderen.

### 5.3 Conclusie

De hoofdvraag van het onderzoek was: 'Hoe komt zingeving tot uitdrukking in herstelgerichte zorg binnen een transmurale setting tegen de achtergrond van de verschuiving van pastoraat naar geestelijke verzorging?' Herstel is een dynamiek tussen het erkennen van beperkingen en het (weer) zien van mogelijkheden met als waarden: hervinden van eigenwaarde en regie over het eigen leven. Zingeving is een gelaagd begrip en vaak een bron van kracht of motivatie. Zorgverleners werken met zingeving in herstelgerichte zorg vaak vanuit een grondhouding van

presentie, met een pragmatische attitude en vooral op zintuigelijk-emotioneel en cognitief niveau. De aanwezigheid van geestelijk verzorgers bij multidisciplinaire bijeenkomsten hielp hen aandacht aan zingeving te geven in hun transmurale zorg. Deze resultaten zijn te zien in het licht van de verschuiving van pastoraat naar geestelijke verzorging, waarbij geestelijk verzorgers (lijken te) werken vanuit de pastorale grondwoorden: helen, bijstaan, begeleiden en verzoenen. Reflectie op presentie, inclusief de godsnaam, helpt eveneens om kritisch te reflecteren op de politieke dimensies van zorg, die presentie kunnen bemoeilijken.

Het onderzoek op het gebied van spirituele zorg in de psychiatrie thuis, met name door andere zorgverleners dan geestelijk verzorgers is nog nauwelijks ontwikkeld. Dat betekende voor de beantwoording van de hoofdvraag in deze thesis er vooral inductief onderzoek is gedaan, wat de integratie van theorie en empirie bemoeilijkte. Verdere integratie van de theorie en theologie (vooral *sources* en *beliefs*) enerzijds en empirisch, inductief onderzoek (vooral *practices*) anderzijds is in de toekomst noodzakelijk. Ook methodologisch kende dit onderzoek de beperking qua omvang. Het onderzoek is gedaan in een team, dat feitelijk uit twee teams binnen twee organisaties bestaat en had een beperkt aantal respondenten. Daarbij kwam ook dat het organiseren van de focusgroepen door de coronamaatregelen werd bemoeilijkt en het aantal deelnemers gering was. Daardoor is generalisering niet zomaar mogelijk. Wel biedt het de eerste aanzet tot reflectie en ook kan ik enkele aanbevelingen formuleren.

## 5.4 Aanbevelingen voor de praktijk

*De aandacht voor zingeving in de behandelplannen dient verder geëxploreerd te worden.* De huidige formats zijn vaak probleemgericht en sluiten onvoldoende aan bij dat wat cliënten ten diepste bezighoudt. Bovendien weerspiegelen de zorgplannen een organisatie, waarin waarden als efficiëntie en effectiviteit – vaak ingegeven door financiële afwegingen – de boventoon voeren, waardoor presentie wordt bemoeilijkt.

*Om aandacht voor zingeving meer gestalte te geven, moet worden aangesloten bij bestaande modellen.* Het CHIME-model biedt aanknopingspunten om zingeving en herstel in een behandel- of zorgplan vorm te geven. Uit het onderzoek bleek ook dat er bij zorgverleners weerstand is tegen ‘nieuwe’ modellen. Om de aandacht voor zingeving verder uit te werken is het dus belangrijk om aan te sluiten bij de bestaande modellen en werkwijzen en modellen met zingeving niet te presenteren als totaal nieuwe modellen.

*Geestelijk verzorgers thuis moeten gebruik maken van de financiering van geestelijke verzorging thuis en hun aanbod bekend maken bij andere zorgprofessionals.* Vanuit de zorgverleners in dit onderzoek was er behoefte aan ondersteuning door geestelijk verzorgers. Met de huidige veranderingen in het domein en de toegenomen aandacht (en financiering) voor geestelijke verzorging thuis, zijn er ook mogelijkheden om vanuit de GGZ hierbij aan te sluiten en de geestelijke verzorging vanuit de GGZ ook voor een bredere groep ambulante cliënten in te zetten (helaas tot nu toe alleen voor 50-plussers).

*Geestelijk verzorgers dienen te werken vanuit hun eigen spiritualiteit en levensbeschouwing.* Hiermee bedoel ik dat geestelijk verzorgers niet alleen stil moeten staan bij wat hun spiritualiteit voor hen zelf betekent – bijvoorbeeld hoe deze hen draagt – maar deze ook vrijmoedig, zolang het tot heil is van de cliënt, in te zetten in het contact.



## Literatuur

Adams, K. (2019). Defining and Operationalizing Chaplain Presence: A Review. *Journal of Religion and Health* (58), 1246–1258

Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 16(4), 11-23.

AKWA GGZ, (2021). *GGZ Standaarden, Generieke Module: Herstelondersteuning*. AKWA GGZ.

Altrecht GGZ, (z.d.). *Wat bieden wij*. Geraadpleegd op 26-10-2021 van <https://www.altrecht.nl/wat-bieden-wij/gebiedsgericht-werken/>

Arends, C.F. (2006). Van persoonlijk pastoraat tot secundaire zingeving: modellen van pastorale zorg in een transmurale setting. In J. Doolaard (Red.). *Nieuw handboek geestelijke verzorging* (pp.333-337). Uitgeverij Kok.

Baart, A. (2001). Een theorie van presentie. Lemma.

Baart, A. (2004). *Introductie in de presentie theorie*. Geraadpleegd op 25-11-2022 van <https://www.presentie.nl/kennisbank/introductie-in-de-presentietheorie/>

Beurskens E. , Van der Linde, M., & Baart, A. (2019). *Praktijkboek Presentie*. Coutinho.

Bernau, J. A. (2021). From Christ to compassion: The changing language of pastoral care. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 60(2), 362-381. <https://doi.org/10.1111/jssr.12711>

Boevink, W. (2017). *HEE! Over Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid in de Psychiatrie*. Trimbos.

Boertien, D. & Kole, M. (2020), Herstelacademies. Ervaringsdeskundigheid, peersupport en zelfhulp als motor. In: N. Mulder, [J. van Weeghel](#), P. Delespaul, F. Bovenberg, B. Berkvens, E. Leemnan, [H. Kroon](#), T. van Mierlo, G. Kienhorst (Red). *Netwerkpsychiatrie: Samenwerken aan herstel en gezondheid* (pp. 391-401). Boom, de Tijdstroom.

Braam, A. W. (2017). Towards a multidisciplinary guideline religiousness, spirituality, and psychiatry: What do we need? *Mental Health, Religion & Culture*, 20(6), 579-588.

Cadge, W., & Sigalow, E. (2013). Negotiating religious differences: The strategies of interfaith chaplains in healthcare. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 52(1), 146–158. <https://doi.org/10.1111/jssr.12008>

Cadge, W. (2018). Healthcare Chaplaincy as a Companion Profession: Historical Developments. *Journal of Health Care Chaplaincy*. 0, 1-18 <https://doi.org/10.1080/08854726.2018.1463617>

De Boer, B., (2006). Geestelijke verzorging in de geestelijke gezondheidszorg. Een stand van zaken. In J. Doolaard (Red.). *Nieuw handboek geestelijke verzorging* (pp.271-277). Uitgeverij Kok.

De Bruijn, L. (2020). *'Eigenlijk is mijn hele vak daar gewoon voor.'* Een empirische studie naar motivatie van professionals in de ambulante GGZ om al dan niet aandacht te geven aan spiritualiteit/ zingeving in hun zorg. [Masterthesis, Universiteit voor Humanistiek] Student Theses UvH. Geraadpleegd van <https://research.uvh.nl/en/studentTheses/eigenlijk-is-mijn-hele-vak-daar-gewoon-voor-een-empirische-studie-8>

Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11–19. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0099565>

Deegan, P. E. (1990). Spirit breaking: When the helping professions hurt. *The Humanistic Psychologist*, 18(3), 301–313. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/08873267.1990.9976897>

Deegan, P.E. (1996). Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19(3), 91–97. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0101301>

De Jong, E., & Schaap-Jonker, H. (2016). Herstelgeoriënteerde zorg binnen de christelijke GGZ: een inleiding. *Psyche en geloof* 27(4), 197-205.

De Vlaming, I. Arts, W., Van Vreeswijk, M. (2013). Acceptatie en commitment therapie (ACT) in een groep voor de paniekstoornis met en zonder agorafobie. Een pilot-studie naar werkzaamheid en de voorspellende waarde van acceptatie. *Gedragstherapie* 46, 139-160.

Den Toom, N., Walton, M., Körver, J., Vos, P., & Kruizinga, R. (2021). Rearranging the Domain: Spiritual Care in Multiple Dimensions. *Health and Social Care Chaplaincy*, 9(1), 42–59. <https://doi.org/10.1558/hsc.40482>

Delespaul P., Milo, M. Schalken, F., Boevink, W., & Van Os, J. (2016). *Goede GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie*. Diagnosis Uitgevers.

Dröes, J., & Plooy, A. (2012). Herstelondersteunende zorg in Nederland. Vergelijking met engelstalige literatuur. In: J. Dröes & C. Witsenburg, C. (Red.). *Herstelondersteunende zorg. Behandeling, rehabilitatie en ervaringsdeskundigheid als hulp bij herstel van psychische aandoeningen*. (pp. 99-110) Uitgeverij SWP.

Elsen, G. (2021). *Identifying patient's spiritual needs which are relevant for treatment and recovery*. [Masterthesis, Vrije Universiteit]. Scripties VU. Geraadpleegd van: [https://www.ubvu.vu.nl/pub/index\\_oclc.cfm?SearchObjectId=8&objectId=109&ordering=1&openitem=201930](https://www.ubvu.vu.nl/pub/index_oclc.cfm?SearchObjectId=8&objectId=109&ordering=1&openitem=201930)

Ganzevoort, R.R., & Visser, J. (2007). *Zorg voor het verhaal; Achtergrond, methode en inhoud van pastorale begeleiding*. Meinema.

Ganzevoort, R. R., & Roeland, J. H. (2014). Lived Religion: The Praxis of Practical Theology. *International Journal of Practical Theology*, 18(1), 91-101. <https://doi.org/10.1515/ijpt-2014-0007>.

Grethlein, C., (2016), *An Introduction to Practical Theology. History, Theory, and the Communication of the Gospel in the Present*. Baylor University Press.

Ghorbani, M., Mohammadi, E., Aghabozorgi, R., & Ramezani, M., (2021). Spiritual care interventions in nursing: an integrative literature review. *Support Care Cancer* 29, 1165–1181. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05747-9>

Harris, K. A., Randolph, B. E., & Gordon, T. D. (2016). What do clients want? Assessing spiritual needs in counseling: A literature review. *Spirituality in Clinical Practice*, 3(4), 250–275. <https://doi.org/10.1037/scp0000108>

Heitink, G. (1977). *Pastoraat als hulpverlening. Inleiding in de pastorale theologie en psychologie*. Uitgeverij Kok.

Heitink, G. (2006). Geestelijk verzorger. Een ambt of ambacht. In J. Doolaard (Red.). *Nieuw handboek geestelijke verzorging*. Uitgeverij Kok.

Hollander, G., Mol, L., Otten, L., (2021). *Time for CHIME, Adviesproject naar de systematische implementatie van het CHIME-model* [Projectrapport, Hogeschool Viaa, Zwolle] 8-1-2022.

Huber M., Knottnerus J.A., Green L., Van der Horst, H., Jadad A.R., Kromhout D, (2011) How should we define health? *British Medical Journal*, 343(d4163). <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>

Huber, M., Van Vliet, M., Giezenberg, M., Winkens, B, Heerkens, Y., Dagnelie, P.C. , & Knottnerus, J.A. (2016). Towards a ‘patient-centred’ operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *British Medical Journal Open* 5(e010091). <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010091>

Jagfeld, G., Lobban, F., Marshall, P., & Jones, S. H. (2021). Personal recovery in bipolar disorder: Systematic review and “best fit” framework synthesis of qualitative evidence - a POETIC adaptation of CHIME. *Journal of Affective Disorders*, 292, 375–385. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.051>

Kroon, H., Michon, H., Knispel, A., van Erp, N., Hulsbosch, L., De Lange, A., & Boumans, J. (2019). *Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2019*. Trimbos-instituut.

Lartey E.Y. (2006), *Pastoral Theology in an Intercultural World*. Wipf and Stock Publishers.

Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry* 199 (6), 445-452.

Leget, C. (2017). Spiritual care als toekomst van de geestelijke verzorging. *Religie & Samenleving*, 12(2/3), 96-106.

Liefbroer, A. I., Olsman, E., Ganzevoort, R. R., & van Etten-Jamaludin, F. S. (2017). Interfaith spiritual care: A systematic review. *Journal of Religion and Health*, 56(5), 1776–1793.  
<https://doi.org/10.1007/s10943-017-0369-1>

Liefbroer A.I, Ganzevoort, R.R., & Olsman, E. (2019). Addressing the spiritual domain in a plural society: what is the best mode of integrating spiritual care into healthcare? *Mental Health, Religion & Culture*, 22(3), 244-260. <https://doi.org/10.1080/13674676.2019.1590806>

Lister, *Meerjarenvisie 2015-2020*, geraadpleegd 22-2-2021  
[www.lister.nl/download/meerjarenvisie-lister-2015-2020/](http://www.lister.nl/download/meerjarenvisie-lister-2015-2020/)

Luther, H. (1992/2014). *Religion und Alltag. Bausteine zu einer Praktischen Theologie des Subjekts*. Radius.

Mason, J. (2018). *Qualitative Researching*. Sage.

Olsman, E., (2022). Witnesses of hope in times of despair: chaplains in palliative care. A qualitative study. *Journal of Health Care Chaplaincy* 28(1), 29-40. DOI: <https://doi.org/10.1080/08854726.2020.1727602>

Osmer, R.R. (2008). *Practical Theology. An Introduction*. William B. Eerdmans Publishing Co.

Pitstra, F., & Zock, H. (2009). Over de onderbouwing van narratieve methodes in pastoraat en geestelijke verzorging: 'Ik zag alleen een kip over de weg'. *Handelingen* 36(2), 8-19.

Puchalski, C.M., Vitillo, R., Hull, S.K., & Reller N. (2014). Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *Journal of Palliative Medicine* 17(6), 642-56. DOI: <http://doi.org/10.1089/jpm.2014.9427>.

Puchalski, C. M., Sbrana, A., Ferrell, B., Jafari, N., King, S., Balboni, T., Miccinesi, G., Vandenhoeck, A., Silbermann, M., Balducci, L., Yong, J., Antonuzzo, A., Falcone, A., & Ripamonti, C. I. (2019). Interprofessional spiritual care in oncology: A literature review. *ESMO Open*, 4(1), e000465. <https://doi.org/10.1136/esmooopen-2018-000465>

Raffay, J. (2014). How staff and patient experience shapes our perception of spiritual care in a psychiatric setting. *Journal of Nursing Management*, 22, pp. 940–950.

Rijnbout, M., Anbeek C., & Van Loenen, G. (2012). Herstel en geestelijke verzorging. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 14(64), 40-43.

Schaap-Jonker, H. (2019) *Herstel, hoop en compassie: contouren van een hedendaagse klinische godsdienstpsychologie*. [oratie] Vrije Universiteit Amsterdam,

Smaling, A., & Alma, H. (2009). Zingeving en Levensbeschouwing: Een conceptuele en thematische verkenning. In H. Alma & A. Smaling (Red.), *Waarvoor je leeft: Studies naar humanistische bronnen van zin* (pp. 13-35). SWP.

Stuart S., Tansey L., & Qualy E. (2016). What we talk about when we talk about recovery: a systematic review and best-fit framework synthesis of qualitative literature. *Journal of Mental Health*. 26(3), 291-304. <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1222056>

Slade, M. & Longden, E. (2015). Empirical evidence about recovery and mental health. *BMC psychiatry*, 15, 285.

Slade M, Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., Perkins, R., Shepherd, G., Tse, S., Whitley, R. (2014) Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry* 13, 12-20.

Swinton, J. (2003). *Spirituality and Mental Health Care*. Jessica Kingsley Publishers.

Swinton, J., & Mowatt, H. (2006). *Practical Theology and Qualitative Research*. SCM Press.

Tronto, J. (2009). *Moral boundaries. A political argument for an ethic of care* Reprint. Routledge.

Van der Stel, J. (2012). *Psychische gezondheidszorg op maat. Op weg naar een precieze en persoonlijke psychiatrie*. Bohn Stafleu van Loghum.

Van Nieuw Amerongen-Meeuse, J. C., Schaap-Jonker, H., Hennipman-Herweijer, C., Anbeek, C., & Braam, A. W. (2019). Patients' needs of religion/spirituality integration in two mental health clinics in the Netherlands. *Issues in Mental Health Nursing*, 40(1), 41-49.

Van Staveren, R. (2016), *Hart voor de GGZ: werken met compassie in een nieuwe GGZ*. De Tijdstroom.

Van der Vegt, A., De Rijk, P., & Muthert, H. (2014). Zingeving in de ambulante zorg voor patiënten met ernstig psychische aandoeningen: verslag van een verkennend onderzoek bij FACT Groningen. *Sociale Psychiatrie*, 33(108), 7-14.

Van Veluw, M., & Olsman, E. (2023). Hope in recovery with mental vulnerability: Towards collaboration in spiritual care. In: E. Olsman, B.N.M. Brijan, X.J.S. Rosie & J.K. Muthert, *Recovery: The interface between psychiatry and spiritual care* (pp. 51-66). Eburon.

VGZ (2015). *Beroepsstandaard geestelijk verzorger*. VGZ.

Walton, M. N. (2012). Assessing the Construction of Spirituality: Conceptualizing Spirituality in Health Care Settings. *Journal of Pastoral Care & Counseling*, 66(3), 1-16. <https://doi.org/10.1177/154230501206600307>

Whitley, R. & Drake, R.E. (2010). Recovery: A dimensional approach. *Psychiatric Services*, 61, 1248-1250.

Zock, H. (2007). Geestelijk verzorgers en psychologen: bondgenoten in de zorg voor zingeving. *Psychologie en Gezondheid* 35(5), 218–224

ZonMW. (2017). *Zingeving in zorg: De mens centraal*. Den Haag: ZonMW.

**Bijlagen**

## Bijlage 1: Topic-lijst interview

Wat komt er bij je op bij het begrip 'zingeving'?

Dit onderzoek is gericht op zingeving binnen herstelondersteunende zorg.

Wat betekent herstelgericht werken voor jou? Hanteer je daarbij een bepaalde methode of methodiek?

Wordt er vanuit het team of vanuit de organisatie een bepaalde methodiek (van herstelgericht werken) gehanteerd?

Welke plek heeft zingeving in deze manier van werken?



## Bijlage 2: Topic-lijst focus groep

- In hoeverre is verschil in zorg voor alledaagse en existentiële zingeving herkenbaar?
- Model van Van der Vegt e.a. (2014):  
Op basis van de observaties is er veelal een pragmatische attitude zichtbaar.
  - Welke attitude (pragmatisch of schouwend) is voor de respondenten herkenbaar in de eigen zorgpraktijk en is dit ook de attitude die betrekking heeft op de zorg voor zingevingsvragen.
  - Zijn respondenten congruent of wordt er ook een discrepantie ervaren?
  - Is er behoefte aan meer ruimte voor schouwende attitude en meer existentiële zingevingsvragen?
- Wat is er nodig om zorg voor zingeving meer te borgen (in het team)?
- Met betrekking tot gebruik van het CHIME- model<sup>3</sup>

Zie je dit als een bruikbaar instrument om zingevingsvragen- en behoeften in kaart te brengen?

Dit model is voortgekomen uit onderzoek naar herstel-ervaringen, wat is er vanuit client perspectief nodig om aan 'spiritual needs' te beantwoorden?

---

3 Dit team heeft eerder een training gehad en is in principe bekend met het model.

## Bijlage 3: Formulier informed-consent



### Toestemmingsverklaring/ Formulier Informed Consent

Bij het onderzoek naar 'zingeving in herstelondersteunende zorg' van de Protestantse Theologische Universiteit en Expertisegroep Zingeving van Altrecht.

De student/ onderzoeker heeft mij uitgelegd waar het onderzoek over gaat en wat het doel van het onderzoek is. Ik heb de mogelijkheid gehad om vragen te stellen en de student/onderzoeker heeft eventuele vragen begrijpelijk beantwoord.

Ik begrijp dat mijn deelname vrijwillig is. Ik kan mij op ieder moment terugtrekken uit het onderzoek zonder dat ik daarvoor een reden hoeft op te geven.

Ik begrijp dat de resultaten van dit onderzoek zo anoniem als in het kader van het onderzoek mogelijk is zullen worden verwerkt. Mijn persoonlijke gegevens worden vervangen door codes. Alleen voor het onderzoeker zijn de resultaten indien nodig te koppelen aan persoonsgegevens.

Ik sta het toe dat er geluidsopnamen gemaakt kunnen worden en dat die bestanden verwerkt kunnen worden tot een geschreven tekst. Ik begrijp dat alle informatie die ik met de onderzoeker deel, gebruikt kan worden in publicaties, verslagen, boeken en andere vormen van onderzoeksoutput. Indien mijn onderzoeksresultaten gebruikt worden voor wetenschappelijke publicaties, zal dit volledig geanonimiseerd gebeuren. Mijn persoonsgegevens zullen niet door derden worden ingezien zonder mijn uitdrukkelijke toestemming.

In tweevoud ondertekend:

**Naam van de deelnemer**

**Handtekening**

**Datum**

.....

.....

.....

**Naam student-onderzoeker**

**Handtekening**

**Datum**

.....

.....

.....

## Bijlage 4: Codeboom

<b>Code</b>	<b>Grounded</b>
○ Werkwijze- methode	35
○ Herstelgericht werken en zingeving	29
○ Voorbeeld interactie	24
○ Omschrijving van zingeving	23
○ Zingeving als vragen ZAV	18
○ zingeving is ruim begrip	17
○ Cliëntgericht werken	15
○ Omschrijving herstelgericht werken	15
○ Werkwijze uit organisatie	15
○ Attitude van de zorgverlener	12
○ Interesse in zingeving	11
○ Herstel van rollen	11
○ Praktijk: present zijn	10
○ Eigen regie	10
○ Praktijk: therapeutische relatie	10
○ Alledaagsheid van zingeving	9
○ Praktijk: werken met eigen ervaring	9
○ religieus/ spiritueel	8
○ Beschouwend tav cliënten	8
○ Praktijk: praktische hulp bieden	7
○ Praktijk: invulling geven aan praktisch doel	7
○ Niet-methodisch (primair antwoord)	7
○ Praktijk: het uithouden	7
○ Zingeving als zorgdomein	7
○ Zingeving van de zorgverlener	6
○ praktijk: aansluiten bij client	6
○ Praktijk: Gesprek over zingeving	6
○ Hoop	5
○ Kritiek op Werkwijze organisatie/ GGZ	5
○ Zelfreflectie	4
○ Gelaagdheid	4
○ Gelijkwaardigheid	4
○ motivatie: eigen ervaring	4
○ praktijk: werk of dagbesteding vinden	4
○ Waardevol voelen	3
○ signaleren	3
○ Behoefte aan ondersteuning GV	3
○ Verwevenheid met alle thema's	3
○ (Minder) doelgerichtheid	3
○ Zingeving- rollen vervullen	3
○ Zingeving als sluitpost	2
○ Verbondenheid	2
○ Spiritualiteit van de zorgverlener	2
○ Praktijk: medicatie	2

○ Praktijk: samen doen	2
○ Werkdruk	2
○ Levensvragen	2
○ Welke rol vervul je?	1
○ Sociaal netwerk	1
○ GV alleen voor Altrecht	1
○ religious gap	1
○ Vergelijking met Altrecht	1
○ Praktijk: zelfzorg	1
○ praktijk: leven wat makkelijker maken	1
○ Praktijk: provocatief coachen	1
○ ZG is altijd aanwezig	1
○ Vraag naar kwaliteit van leven	1
○ vanzelfsprekendheid van herstelgericht werken	1
○ praktijk: wisselende interpretatie van ZG	1
○ Spanning tussen gedwongen kader en eigen regie	1
○ verstillen	1
○ Zingeving en identiteit	1
○ Wat mensen vroeger in de kerk vonden of in andere plekken van duideli	1
○ Voorbeeld zingeving: studie	1
○ praktijk: moreel beraad	1
○ van betekenis zijn	1
○ scharniermomenten	1
○ wat wil je?	1
○ naar hele mens kijken	1
○ Vraag naar definitie zingeving	1
○ terughoudendheid	1
○ waar word je blij van- herstel	1
○ Weerstand tegen zingeving	1
○ werkwijze- methode in team	1

## Verklaringenblad masterthesis

Naam student: Cis de Hoop

Titel masterthesis: Dat je mens mag worden. Een onderzoek naar zingeving in herstelgerichte zorg

### VERKLARING VAN ORIGINALITEIT

Hierbij verklaar ik dat bovengenoemde masterthesis uit origineel werk bestaat. De thesis is het resultaat van mijn eigen onderzoek en is alleen door mijzelf geschreven, tenzij anders aangegeven. Waar informatie en ideeën uit andere bronnen zijn overgenomen, wordt dat expliciet, volledig en op passende wijze vermeld in de tekst of in de noten. Een bibliografie is bijgevoegd.

Plaats, datum:

Handtekening:

Houten, 1 december 2022



### TOESTEMMINGSVERKLARING

Hierbij stem ik ermee in dat bovengenoemde masterthesis na goedkeuring beschikbaar wordt gesteld voor opname in de bibliotheekcollectie en dat de metadata beschikbaar worden gesteld aan externe organisaties en/of door de PThU worden gepubliceerd.

Verder verleen ik (de bibliotheek van) de PThU

wel

niet

toestemming voor het opnemen van de volledige tekst in een via internet of anderszins openbaar toegankelijke database. (Deze toestemming betreft alleen de openbaarmaking van de masterthesis, zonder verdere overdracht of inperking van het auteursrecht van de student.)

Plaats, datum:

Handtekening:

Houten, 1 december 2022



# Data management plan



## DATAMANAGEMENTPLAN

### 1. Algemeen

Student: Cis de Hoop

Supervisor: Erik Olsman

Datum: 3 mei 2021

Versie DMP: 0.1

### 2. Algemene gegevens over het onderzoek / scriptie-onderwerp

(Werk)titel onderzoek: 'Zingeving in herstelondersteunende zorg'

#### KORTE OMSCHRIJVING VAN ONDERZOEK EN ONDERZOEKSMETHODE(N)

Het onderzoek vindt plaats binnen Gebiedsteam Zuid en de Expertisegroep Zingeving van Altrecht GGZ. In het onderzoek wordt de vraag beantwoord: wat zijn praktijken van zingeving van zorgprofessionals in herstelondersteunende zorg in een transmurale setting? Daarbij gaat het zowel om de manier waarop er over zingeving wordt gedacht door de zorgprofessionals zelf, hoe dit in hun werken met cliënten tot uitdrukking komt, maar ook hoe er vanuit de organisatie en het team al dan niet aandacht is voor zingeving.

Voor het onderzoek is gekozen voor een combinatie van methoden (triangulatie van kwalitatieve methoden): Semi-gestructureerde interviews met negen zorgprofessionals die werken in een gebiedsteam, het observeren bij huisbezoeken of bij afspraken op locatie en volgend op de eerste data-analyse een vervolginterview en/of focusgroep met professionals. De afspraken met de cliënten komen tot stand via de zorgprofessionals. Daarnaast zal er ook een interview plaatsvinden met een van de geestelijk verzorgers van Expertisegroep Zingeving die betrokken is bij een van de Gebiedsteams.

Om zicht te krijgen hoe zingeving een plek heeft binnen de organisatie en in het team zal er ook onderzoek gedaan worden naar de verschillende visie- en beleidsdocumenten, handreikingen en 'tools' die met betrekking tot zingeving en herstelondersteunende zorg ontwikkeld zijn en zal de onderzoeker observeren bij twee behandelplanbesprekingen.

#### Belangrijke afwegingen voor het vervolg van dit document zijn:

- Cliënten zijn grotendeels cliënt bij Altrecht, dus identificeerbare data kan het best zoveel mogelijk bij deze instelling geborgd worden
- Validiteit van kwalitatief onderzoek vraagt dat geanonimiseerde transcripten en analyses toegankelijk zijn voor de begeleider (Erik Olsman, PThU) van de student (Cis de Hoop), en om steekproefsgewijs te beoordelen of de student aan de eindtermen van het onderwijs voldoet
- Ondersteunende software voor kwalitatieve data-analyse is beschikbaar op de PThU (en niet bij Altrecht)
- Beide instellingen voldoen aan de eisen die vanuit de AVG worden gesteld
- De PThU houdt zich aan de eisen van integriteit in wetenschappelijk onderzoek en de ethische codes, zoals de Verklaring van Helsinki, en het zorgvuldig bewaren van gegevens.
- Het onderzoek valt niet onder de reikwijdte zoals geformuleerd door de WMO. Er wordt geen interventie verricht, maar de onderzoeker observeert standaardzorg en interviewt professionals hierover.

TYPEN ONDERZOEKSDATA:

- interviews: geluidsopnames en geanonimiseerde transcripties
- observatie: geluidopnames en geanonimiseerde samenvatting
- documenten: digitaal en brochures
- literatuur

PERIODE WAARIN DATA VERZAMELD WORDEN:

februari-juli 2021

**3. Technische aspecten**

HARD- EN SOFTWARE: Geluidsopnames worden met telefoon gemaakt en daarna op beveiligde omgeving van Altrecht opgeslagen. De geluidsopnames (niet de geanonimiseerde transcripties daarvan!) worden na afloop van het onderzoek vernietigd; dit is na eventuele publicatie van een wetenschappelijk artikel.

BESTANDSFORMATEN:

Geluidsopnames: .mp4

Documenten: .docx

OMVANG VAN DE DATA (SCHATTING IN MB/GB/TB):

1,5 GB

OPSLAG DATA TIJDENS ONDERZOEK:

- Semi-gestructureerde interviews zorgprofessionals: geluidopnames worden in een beveiligde omgeving van Altrecht geplaatst. *Geanonimiseerde* transcripties worden in de beveiligde omgeving van de PThU geplaatst.
- Persoonlijke gegevens van de respondenten worden bij Altrecht opgeslagen
- Observaties zorgprofessional/ cliënt: geluidopnames worden beveiligd bij Altrecht opgeslagen
- Observaties zorgprofessional/ cliënt: *geanonimiseerde* verslagen worden bij de PThU beveiligd opgeslagen
- Vervolginterview/focusgroep: geluidsopname wordt bij Altrecht opgeslagen. Geanonimiseerde transcripties worden bij de PThU opgeslagen

OPSLAG DATA NA AFLOOP ONDERZOEK:

Geluidsopnames waarop cliënten zijn te horen, blijven opgeslagen bij Altrecht. Deze worden na afloop van het onderzoek vernietigd (dat is: na eventuele wetenschappelijke publicatie). Altrecht bewaart de getekende informed consent formulieren van deelnemers (cliënten en professionals) en demografische gegevens van professionals voor tenminste 10 jaar na het onderzoek.

De PThU bewaart de geanonimiseerde data.

**4. Verantwoordelijkheden**

BEHEER DATA GEDURENDE HET ONDERZOEK:

Cis de Hoop: Altrecht

dr. H.J. Olsman: PThU

BEHEER DATA NA AFLOOP ONDERZOEK:

Informed consent formulieren: Altrecht – 10 jaar (tot 1 januari 2032)

Geanonimiseerde data: PThU (dr. H.J. Olsman) – 10 jaar (tot 1 januari 2032)

### 5. Juridische en ethische aspecten

EIGENAAR DATA:  
PThU, dr. H.J. Olsman

PRIVACYGEOELIGE DATA: JA / NEE

Ja, wat betreft: tijdelijke opslag van audiobestanden, demografische gegevens over professionals en getekende informed consent formulieren (alle bij Altrecht). Deze zijn tijdens het onderzoek alleen in te zien door Cis. Daarna (najaar 2021) dient Altrecht aan te geven wie verantwoordelijkheid draagt voor het zorgvuldig bewaren van de getekende informed consent formulieren, en voor het vernietigen van audiobestanden.

Nee, wat betreft de geanonimiseerde data (alle bij PThU). Deze zijn alleen toegankelijk voor de Cis de Hoop, de eerste begeleider (dr. H.J. Olsman, PThU) en een tweede begeleider / beoordelaar van de scriptie (nog te bepalen, PThU).

INDIEN JA: HOE WORDEN ZAKEN ALS VEILIGE OPSLAG EN TOESTEMMING VAN BETROKKEN PERSONEN EN/Organisaties GEREgeld?

- Deelnemers aan het onderzoek worden schriftelijk en mondeling geïnformeerd over het onderzoek en tekenen een toestemmingsformulier.
- De geluidsopnames worden tijdens het transcriberen geanonimiseerd, wat inhoudt dat namen van plaatsen, personen, instellingen, et cetera, niet worden uitgetypt. Ook andere identificeerbare gegevens, voor zover van toepassing, worden geanonimiseerd.

### 6. Overige zaken

Nvt

=====  
(In te vullen door thesisbegeleider:)

Goedgekeurd

Niet goedgekeurd, omdat: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Naam, handtekening: dr. H.J. Olsman  
Datum: 4 mei 2021

