

De levensbeschouwelijk professional in transitie

In dit artikel wordt verslag gedaan van een project dat mogelijkheden voor geestelijk begeleiders in de eerstelijnszorg onderzoekt. Het onderzoek speelt zich af tegen de achtergrond van een veranderend religieus landschap en de gevolgen die dit heeft voor de wijze waarop individuen omgaan met religieuze en existentiële vragen. Wat betekenen deze veranderingen voor een mogelijk levensbeschouwelijk aanbod en welke competenties vraagt dit van religieuze professionals? En welke implicaties zijn er op basis van dit onderzoek te formuleren voor initieel en post-initieel theologisch en levensbeschouwelijk onderwijs?

In de eerste plaats gaan we in op het veranderende religieuze landschap en de bijzondere levensbeschouwelijke uitdagingen die hierdoor lijken te ontstaan, met name wanneer er sprake is van kwetsbaarheid. Vervolgens wordt ingezoomd op het onderzoek naar mogelijkheden voor geestelijk begeleiders in de eerstelijnszorg. Aan de hand van enkele resultaten uit dit onderzoek formuleren we aanbevelingen voor de positionering van levensbeschouwelijke professionals en welke implicaties dit zou hebben voor levensbeschouwelijke opleidingen.¹

Veranderend religieus landschap en de uitdaging van kwetsbaarheid

Godsdienstsocioloog Staf Hellemans laat in zijn studie *Het tijdperk van de wereldreligies* (2007)

zien hoe vanaf 1960 de pluralisering en globalisering begint; honderden religies en religieuze bewegingen buitelen over elkaar heen. Voor individuen brengt deze ontwikkeling meer vrijheid, maar ook onoverzichtelijkheid. Je kunt tegenwoordig kiezen voor boeddhisme, soefisme, islam, hindoeïsme, allerlei vormen van yoga; ook niet-geloven is een optie, zoals onder anderen de Canadese filosoof Charles Taylor benadrukt. Het individu en de subjectieve beleving vormen het middelpunt. Iedereen stelt naar eigen smaak en inzicht een levensbeschouwing samen.

Dit zelf samenstellen van een levensbeschouwing lijkt een verworvenheid, maar kan ook een complexe opgave zijn. Een uitgangspunt van ons onderzoek is dat ervaringen met de kwetsbaarheid van het leven de zoektocht naar zin



urgenter maken (Anbeek 2010; 2013a; 2013b; Vroom 2013). Onze samenleving kenmerkt zich door een aantal dominante waarden, zoals: vrijheid, autonomie, onafhankelijkheid, succesvol zijn, gezond zijn, actief zijn, jong en soepel zijn.² Op het moment dat iemand met kwetsbaarheid te maken krijgt, bijvoorbeeld door het verlies van werk of gezondheid, of door ouderdom, dient zich vaak een andere werkelijkheid aan die gekenmerkt wordt door heel andere gegevens: afhankelijkheid, onzekerheid, vermoeidheid, niet langer actief kunnen zijn, niet succesvol. Traditioneel waren het met name religies in casu religieuze gemeenschappen die hielpen om deze ervaringen van kwetsbaar leven te duiden. Maar door het versnipperde religieuze landschap zijn er geen duidelijke overstijgende zingevingskaders meer voorhanden. ‘Vrijheid, blijheid’ lijkt de grootste gemene deler. Deze vrijheid vormt een behoorlijke uitdaging als mensen op de grenzen van het bestaan stuiten. Als het leven op z’n kop staat, minder vanzelfsprekend is dan het leek te zijn, ons voor morele dilemma’s plaatst en zicht op het einde geeft, juist dan doemt de vraag naar zin en betekenis op. Hoe kunnen we richting vinden en wat is het juiste om te doen?

Dat is geen gemakkelijke opgave. Zeker niet als we bedenken dat ‘zin of betekenis’ verschillende dimensies van het bestaan omvat. Het gaat niet alleen om een levensvisie, maar ook om een levenswijze, om manieren van handelen, om een gemeenschap, een ethiek op grond waarvan je keuzes kunt maken en om rituelen om de chaos mee in te dammen.

Ervaringen met de kwetsbaarheid van het leven maken de zoektocht naar zin urgenter

Door de secularisatie zijn er tegenwoordig minder traditionele religieuze hulpverleners. Bovendien missen zij door hun gebondenheid aan één bepaalde religieuze overtuiging nogal eens de aansluiting bij de meerderheid van de bevolking, die haar heil niet meer zoekt in een traditionele levensbeschouwing. Zorginstellingen zijn wel verplicht geestelijke verzorging te faciliteren, maar dat is voor de meeste sectoren niet nader gekwantificeerd, waardoor er relatief weinig geestelijk verzorgers zijn. In steeds meer instellingen verdwijnen ze zelfs helemaal.

Nieuwe levensbeschouwelijke uitdaging: een pilot

Met bovenstaande schets over het veranderende religieuze landschap voor ogen besloot de Universiteit voor Humanistiek een pilot (2010-2013) te ondersteunen naar mogelijkheden voor geestelijke begeleiding in de eerstelijnszorg. De pilot bestond uit vier onderdelen:

1. twee masterscripties waarin onderzoek werd gedaan naar hulpverleners in de eerstelijns- en tweedelijnszorg met het oog op het signaleren van en omgaan met zingevingsvragen bij patiënten;
2. zingevingconsulenten (geestelijk begeleiders)³ die binnen enkele huisartspraktijken, in samenspraak met de huisarts, patiënten bezochten. Zowel de huisartsen als de geestelijk begeleiders hielden logboeken van de gesprekken bij;
3. zingevingconsulenten die zelfstandig, zonder tussenkomst van een huisarts, bij mensen

- thuis gesprekken voerden. Ook hier werden logboeken bijgehouden;
4. een focusgroep met huisartsen.

In het artikel *Bestaansconsulenten binnen eerstelijns behandelteams* (Anbeek 2013c) staan de eerste drie onderdelen van deze pilot beschreven; ook worden de eerste conclusies verwoord. Hieronder volgen samengevat de belangrijkste resultaten van dit eerste deel. Daarna presenteren we de belangrijkste resultaten die naar voren zijn gekomen uit de analyse van de focusgroep. Vervolgens wordt gereflecteerd op wat dit voor de positionering van levensbeschouwelijke professionals en hun opleiding zou kunnen betekenen.

Eerste resultaten van het onderzoeksproject

Het doel van de analyse van dertien verzamelde casussen en de bijbehorende logboeken was het verhelderen van de mogelijkheden, kansen en drempels voor inzet van geestelijke verzorging in eerste lijn. Hiertoe werden de volgende analysevragen gesteld:

- I. Welke thematiek komt in de gesprekken naar voren?
- II. Wat doet de zingevingconsulent?⁴
- III. Welke meerwaarde ervaren huisartsen en patiënten?
- IV. Welke drempels ervaren huisartsen, zingevingconsulenten en patiënten?

De thematiek

De thematiek die in de gesprekken naar voren komt betreft de levensgeschiedenis en de ziektegeschiedenis. Tevens de gevolgen van ziekte in het dagelijks leven: bijvoorbeeld vermoeidheid, misselijkheid en beperkingen. Verder wordt er gesproken over de ideeën, gevoelens, verlangens en zorgen over nabije toekomst. Ten slotte betreft het de thematiek rondom sterven, dood, de wilsverklaring, levenseinde en euthanasie en de uitvaart.

Wat doet de zingevingconsulent?

Allereerst is er in alle gevallen sprake van een huisbezoek; dit betekent dat de zingevingconsulent binnenkomt in de leefwereld van de cliënt. Ten tweede is er sprake van het luisteren, de cliënt vrijuit laten praten. Uit de logboekanalyse blijkt dat de zingevingconsulent daarbij erkenning te bieden voor wat cliënt doormaakt, en zich beschikbaar te stellen, verbinding te zoeken en troost te bieden.

Verder blijken de zingevingconsulenten te zoeken naar een alternatieve wijze van kijken en omgaan met wat er aan de hand is. En helpen zij de cliënten kracht- en vreugdebronnen aan te boren. Ook helpen zij de cliënt en naasten met beslissingen nemen en het bespreekbaar maken van aspecten rondom wilsverklaring, euthanasiewensen, houding ten aanzien van sterven en dood en ideeën over de uitvaart. Uit de analyse blijkt dat zingevingconsulenten op deze wijze aan het werk gaan om de cliënt te leren kennen en een vertrouwensbasis te creëren. Zij krijgen inzicht in hun biografie en kunnen zo uiteindelijk helder krijgen wat er precies op het spel staat, om zo ook te laten merken aan

de cliënt: ‘je doet er toe’. De cliënt is sturend, de bestaans- of zingevingsconsulent volgend.

Welke meerwaarde ervaren huisartsen en patiënten?

Zowel huisarts als cliënt lijken tevreden, maar hebben moeite om te verwoorden wat de opbrengst is. Analyserend naar de opbrengst van de inzet van geestelijk verzorgers werd door de huisartsen de rust benoemd te weten dat naast de medische ook de existentiële dimensie de aandacht krijgt.

Welke drempels ervaren huisartsen, zingevingsconsulenten en patiënten?

Uit de pilotstudie komt een aantal dilemma’s naar voren. Zo blijkt dat zowel huisartsen als patiënten geen ‘taal’ hebben voor levensvragen. De religieuze taal is voor velen weggefallen, maar daar is niets voor in de plaats gekomen. Hierdoor worden levensvragen maar moeizaam herkend.

Huisartsen geven aan dat het hun ontbreekt aan handvatten en ervaring wanneer en hoe een zingevingsconsulent inzetbaar is. Er is geen financiering voor de inzet van een zingevingsconsulent. De kosten voor het inschakelen van een zingevingsconsulent moet door de individuele patiënt worden betaald.

Voor de zingevingsconsulent vormt de onduidelijke profilering een belemmering. Hoe maakt de bestaansconsulent duidelijk wat hij te bieden heeft en hoe onderscheidt hij of zij zich daarmee van beroepen zoals de psycholoog of de maatschappelijk werker?

Bij het uitvoeren van euthanasie werd de zingevingsconsulent verschillende keren niet

betrokken, ondanks een voorafgaand intensief contact. Zowel voor patiënten als voor de huisarts was niet duidelijk welke rol een bestaansconsulent hier zou kunnen spelen.

Ten slotte is er onduidelijke samenspraak met andere levensbeschouwelijke professionals die door familie worden ingeschakeld. Een katholieke pastor nam zonder overleg met de bestaansconsulent de uitvaart voor zijn rekening, terwijl de bestaansconsulent hier uitvoerig met de patiënt over van gedachten had gewisseld.

Het teamwork tussen de huisarts en zingevingsconsulent is ook niet vanzelfsprekend. Er dreigt het gevaar van twee solotrajecten. Teamwork zou verder ontwikkeld kunnen worden door structureel overleg binnen de eerste lijn van praktijkondersteuners, huisartsen en zingevingsconsulent.

Als we in termen van competenties van de zingevingsconsulent spreken, kunnen we zien dat er met name een appèl wordt gedaan op de relationele, de hermeneutische en de dialogische competentie. Deze spelen een belangrijke rol in het contact met de patiënt en de familie, zowel als met de huisarts en met andere (zorg)professionals. De zelfreflectieve competentie is mede van belang om te kunnen schakelen tussen de verschillende leef- en professionele werelden (zie tabel).

De focusgroep

Tot deze fase in het onderzoek heeft de focus van de analyse van de onderzoeksgegevens met name gelegen op de inzet van de zingevingsconsulenten. Er is wel gekeken naar wat cliënten en huisartsen als ‘opbrengst’ van de gesprek-

VIER COMPETENTIES TEN BEHOEVE VAN GEESTELIJKE BEGELEIDING	
1. Relationale competentie	Het vermogen te investeren in (de opbouw en het bewaken van) een relatie van veiligheid, gelijkwaardigheid en vertrouwen.
2. Hermeneutische competentie	Het vermogen om verschillende, mogelijk tegenstrijdige, betekenisdimensies in de verhalen en ervaringen van de ander te herkennen, te duiden en te verwoorden teneinde zoveel mogelijk recht te doen aan diens geleefde werkelijkheid.
Narratieve sensibiliteit	De gevoeligheid en openheid voor de vele mogelijke (eventueel tegenstrijdige) betekenisdimensies en nuances in de verhalen en ervaringen van de ander.
3. Zelfreflectieve competentie	Het vermogen om je eigen voorkeuren, ideeën, angsten, verlangens, waarden et cetera te onderzoeken en deze in reactie op de ander te (h)erkennen.
4. Dialogische competentie	Het vermogen je open te stellen voor het verschil en de bereidheid om je eigen vooronderstellingen op het spel te zetten en te veranderen.

Overzicht van de vier competenties. Bron: Duyvenbode 2014, gebaseerd op Alma & Anbeek 2013

ken zagen. Deze twee punten zijn nog niet voldoende uit het verzamelde materiaal naar boven gekomen. Enerzijds bleek dat het lastig was om cliënten van de zingevingsconsulenten achteraf te vragen wat zij van de gesprekken hadden gevonden (cliënten waren overleden; het was voor cliënten moeilijk om onder woorden te brengen wat de ‘opbrengst’ van de gesprekken was geweest omdat er geen problemen opgelost waren; cliënten hebben in vertrouwen met de zingevingsconsulenten over gevoelige thematiek gesproken, waarna ze het lastig vonden om hierover met een onbekende buitenstaander in gesprek te gaan). Anderzijds is in de verzamelde data nog te weinig naar

Voor huisartsen is op het gebied van zingeving een toeleidende rol mogelijk, al zijn er nogal wat dilemma’s

boven gekomen hoe huisartsen de geboden zorg evalueerden (huisartsen zagen geen duidelijke probleemoplossing; hadden te weinig zicht op waar de gesprekken precies over gegaan waren; zagen geen duidelijke veranderingen bij hun patiënten). Om de visie van huisartsen meer zichtbaar te krijgen is een focusgroep-interview georganiseerd. Aan dit interview deden zes praktijk houdende huisartsen, vijf mannen en een vrouw, en een huisarts in opleiding (vrouw) mee. De werving van de huisartsen vond plaats door contacten tussen de huisartsen onderling; een aantal van hen is gespecialiseerd in de palliatieve zorg, van andere huisartsen was bekend dat ze interesse

hebben in zingevingsvragen. Het interview werd geleid door een onderzoeker van het project; daarnaast was een andere onderzoeker als observant aanwezig. Hieronder de belangrijkste bevindingen.

Het interview werd als volgt ingeleid: *In de palliatieve zorg worden jullie als huisartsen wellicht regelmatig geconfronteerd met zingevingsvragen. Wat moet ik me in jullie praktijk daarbij voorstellen? Komen jullie het vaak tegen? Wanneer merk je dat?*

*Wanneer merk je dat niet?*²⁵ Ondanks dat de huisartsen in deze focusgroep in beginsel positief leken te staan tegenover

een eventueel in te schakelen zingevingssconsulent, stond een groot deel van het focusgroep-interview in het teken van de poging vat te krijgen op het concept ‘zingevingsvragen’ en hoe de rol van de huisarts en mogelijk de zingevingssconsulent op dit vlak ingevuld zou kunnen worden.

Volgens de deelnemers spelen zingevingsvragen vaak als er sprake is van verlieservaringen. Het meest in het oog springend is dat in de palliatieve zorg, maar verlieservaringen spelen ook bij chronisch zieken, mensen die een naaste verloren hebben of iets wat voor hen belangrijk is hebben moeten opgeven. Verder ziet één van de huisartsen zingevingsvragen als ‘welzijns vragen en eenzaamheid’. Een ander noemde ‘angst’ als mogelijk aspect.

Afbakening van het domein ‘zingevingsvragen’

Ondanks dat huisartsen zingevingsvragen of -problematiek lijken te signaleren in de levens van patiënten, bleek het bijzonder lastig om

helder te krijgen wat zingevingsvragen precies zijn. Ze komen ook niet als zodanig ter sprake. Patiënten benoemen hun problemen niet in die termen en huisartsen ‘vertalen’ de verwoorde klachten vervolgens bijvoorbeeld als ‘medisch onverklaarbare klacht’, ‘moetheid’, of ‘boosheid’.

Door dit vage karakter hangt het dus van de werkwijze en duiding door de huisarts af of problemen waar patiënten mee worstelen als zingevingsvragen geïnterpreteerd worden. Of

huisartsen vervolgens ook een rol zouden moeten spelen in aandacht voor zingevingsvragen is twee. En omdat patiënten niet

uit zichzelf zullen vragen naar begeleiding door een voor hen onbekende zingevingssconsulent, lijkt hier een cruciale vraag te liggen. Als huisartsen op het gebied van zingeving een rol zouden moeten nemen, zullen zij hierin dus een toeleidende rol nemen. Aan die mogelijk toeleidende rol zitten enkele lastige aspecten.

Past aandacht voor zingeving wel bij de rol van de huisarts?

Alle deelnemende huisartsen herkenden situaties waarin mogelijk zingevingsvragen bij patiënten aan de orde waren. In die gevallen kan de huisarts een speciale rol spelen door de vragen of klachten van patiënten aldus te verwoorden en vervolgens eventueel patiënten door te verwijzen naar een zingevingssconsulent.

Soms kan het signaleren van de vragen door de huisarts zelf reeds genoeg zijn om patiënten te helpen. Pas wanneer huisartsen het gevoel hebben dat ‘ze niet verder komen met een patiënt’ denken zij dat expliciet aandacht geven

aan zingevingsvragen nuttig zal zijn.

Huisartsen voelden zich daarbij ook onzeker (onvoldoende kennis) of onmachtig (onvoldoende tijd) om patiënten hierin te begeleiden. Ook botst het regelmatig met de rol van huisarts: je moet vaak onder tijdsdruk handelen (diagnosticeren; insturen of niet; medicijnen voorschrijven). De zorgverzekeraar hanteert de eenheid van tien minuten per consult, met een maximum van twee aaneensluitende consulten, ook voor visites.

In het focusgroep-gesprek werd daarom nader onderzocht of het mogelijk en wenselijk is

om patiënten door te kunnen verwijzen naar iemand die zich specifiek met zingevingsvragen bezighoudt. Maar ook voor het verwijzen geldt dat van de gebruikelijke werkmodus afgestapt moet worden. Ook voor het ‘simpel’ signaleren van zingevingsvragen moet je dus rust en geduld hebben en beschouwend of reflecterend kunnen kijken. Gezien het gevoel van huisartsen dat zij daar niet voldoende tijd en expertise voor hebben, ligt hier dus al een probleem.

Wat moet iemand kunnen om zich met zingevingsvragen bezig te houden?

Om patiënten te kunnen begeleiden in hun zingevingsvragen vinden de deelnemende huisartsen dat de betreffende professional zich dient aan te sluiten bij en af te stemmen op de patiënt, om op die wijze de vragen of blokkades van patiënten te kunnen verhelderen, te duiden en daardoor mogelijk voor betrokkene beter hanteerbaar te maken. Dit alles door de tijd te nemen, te praten, te luisteren en te benoemen. Daarnaast

wordt kennis van verschillende wereldvisies en het omgaan met diversiteit genoemd.

Wie kunnen dat?

Verschiedende disciplines werden hierbij genoemd: een (academisch opgeleide) zingevingssconsulent (analoog aan de geestelijk verzorger die binnen een zorginstellingen werkzaam is); maatschappelijk werker, psycholoog, sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, vrijwilliger of

buurvrouw. Wie nu de juiste persoon of wat nu de juiste professie is, is wederom lastig te bepalen vanwege de omissie van

een duidelijke begrenzing of definiëring van het thema ‘zingevingsproblematiek’.

Wat moet het effect/resultaat zijn van aandacht voor zingevingsvragen?

Door aandacht aan zingevingsvragen te geven kan wellicht voorkomen worden dat vragen die niet medisch zijn toch bij de huisarts neergelegd (blijven) worden. Daarvoor is het noodzakelijk dat zowel de patiënt als de huisarts dat inzien. Beiden dienen daarvoor uit de gebruikelijke medische modus te stappen.

Eveneens hoopt de huisarts dat hij daardoor ontlast wordt, omdat de vragen niet meer op zijn bordje (blijven) liggen en er dus minder beroep op hem gedaan zal worden. Maar het zal wellicht niet enkel ontlasten (dus werkdruk verminderen), het kan ook verdiepend en voedend werken. Dat vergt echter tegelijkertijd een investering van de huisarts.

Natuurlijk draagt die consulent iets bij, want anders heb ik die consulent niet nodig. Als





*Montfort Demonstrationschool for the
Deaf and Blind, Limbe, Malawi*

die consulent dingen doet die ik ook kan, dan is het puur ontlastend, maar hij doet wat anders.[...]

Ik denk vooral dat die patiënt er beter van wordt. Ik heb niet de illusie dat het mij zal ontlasten. Als het mij vier keer zoveel werk kost, dan zal ik mij wel achter de oren krabben. Ontlasten zal deels ook wel zo zijn, maar het kost ook wat.[...]

Ook hier wordt het risico gesignaleerd dat door de moeilijk te begrenzen en te definiëren ‘zingevingsproblematiek’ en daarmee de vage doelen die de aandacht voor deze problematiek zou moeten dienen, tot onduidelijkheid en onbegrensde groei zal kunnen leiden.

Maar aanbod creëert ook vraag. Er is een lijdensdruk die wij in onze spreekkamer ontvangen en waar we ons best mee doen. Maar als je niet duidelijk definieert welk doel zo’n begeleidingstraject heeft ... [...]

Behoeft van de huisarts ten aanzien van zingevingsproblematiek

Gezien de onzekerheid die huisartsen ervaren in het signaleren, begeleiden en ‘oplossen’ van zingevingsproblematiek van patiënten, uiten huisartsen de behoefte om hierover met gelijkwaardige samenwerkings- en gesprekspartners te kunnen reflecteren. Zij pleiten ervoor dat zij in een of andere samenwerkingsvorm met academisch opgeleide zingevingssconsulenten patiëntencasusstiek zouden kunnen bespreken en uitwisselen.

Daarnaast kan samenwerking huisartsen helpen om – vanwege de andere invalshoek die

de zingevingssconsulent kiest – beter zicht te krijgen op hoe de patiënt tegenover zijn situatie staat, waardoor hij zijn zorg daar ook beter op kan afstemmen. Voorwaarde hiervoor is wel dat huisarts en consulent hierover inhoudelijk mogen uitwisselen.

Hoe patiënten overtuigen?

Zoals reeds gesteld: in de spreekkamer van de huisarts benoemen patiënten zingevingsvragen of -problemen niet in deze termen. Huisartsen worstelen daarom hoe hen te overtuigen en te verwijzen naar een voor hen nog onbekend iemand met een onduidelijk aanbod om over hun (zoals de huisarts dat benoemt) zingevingsprobleem te gaan praten. Daarbij is patiënten bovendien ook niet direct te verhelderen wat de uitkomst van dat soort gesprekken zal zijn.

Organisatievorm en financiering

Tijdens dit focusgroep-interview is er naast bovengenoemde onderwerpen nog kort aandacht besteed aan de vorm van organisatie en financiering van het inschakelen van hulpverlening op het gebied van zingevingsvragen. Qua organisatie is de mogelijkheid dat huisarts en zingevingssconsulent in een hechte samenwerkingsrelatie gaan werken, waarbij de zingevingssconsulent bijvoorbeeld binnen het gezondheidscentrum aanwezig en beschikbaar is. Wellicht dat dit voor patiënten drempelverlagend werkt.

Het wordt daarbij wel als meerwaarde gezien dat de zingevingssconsulent bij de mensen thuis in gesprek gaat. Een andere vorm is dat de zingevingssconsulent onafhankelijk en zelfstandig is, en door de huisarts in te schakelen is. Een nadeel hiervan zou kunnen zijn dat de huisarts

te weinig of pas achteraf geïnformeerd blijft over wat er ter sprake komt tussen zingevingssconsulent en patiënt.

Dit punt raakt aan een belangrijke vraag die bij beide organisatievormen speelt: hoe moet de informatie-uitwisseling tussen huisarts en zingevingssconsulent geregeld worden? Voor geestelijk verzorgers binnen een intramurale setting geldt veelal een vrijplaatsfunctie. De huisartsen lieten duidelijk weten dat zij juist behoefte hadden aan een hechte samenwerkingsrelatie, omdat zij van de inzichten en het perspectief van de zingevingssconsulent konden leren of dat zij samen konden reflecteren, zodat daardoor hun kwaliteit van zorg zou kunnen verbeteren. De zingevingssconsulent heeft hierin dan dus naast een consulterende functie richting de patiënt ook een consultfunctie richting de huisarts. Hiervoor is het nodig dat de zingevingssconsulent niet een strikte interpretatie van de vrijplaats hanteert, maar bereid is om na toestemming van de patiënt informatie over de gesprekken uit te wisselen.

Heel kort is het onderwerp ‘financiering’ verder nog aan bod gekomen. Daarbij wordt op twee gedachten gehinkt. Enerzijds zou aandacht aan zingevingsvragen zo goedkoop mogelijk en daarmee laagdrempelig geregeld moeten worden (door bijvoorbeeld speciaal getrainde vrijwilligers), anderzijds wordt het toch ook wel als speciale expertise gezien waarbij de huisarts te rade kan gaan om zo de zorg zo goed mogelijk op de situatie af te stemmen. Een ander punt is de bron van financiering: moeten de mensen het (deels) zelf betalen of moet het gefinancierd worden vanuit de zorgverzekering of andere gemeenschappelijke middelen?

Conclusies, aanbevelingen en implicaties

Op grond van de pilot komen we tot een aantal conclusies, waaraan we een aantal reflecties verbinden wat dit voor de positionering van levensbeschouwelijke professionals dient te betekenen. Op basis hiervan formuleren we vervolgens een aantal implicaties voor initieel en post-initieel theologisch onderwijs.

Conclusies

1. De zingevingssconsulent lijkt goed en betekenisvol werk te doen, maar weet dit niet in een hedendaagse levensbeschouwelijke of existentiële taal te communiceren.⁶ Hierdoor dreigt psychologisering van het vakgebied (luisteren, erkennen, bevestigen, aandacht geven) en onderwaardering van de expertise van de geestelijk begeleider (‘de buurvrouw kan het ook’). Daarbij dreigt de levensbeschouwelijke dimensie en expertise uit beeld te raken en zelfs te verdwijnen.
2. Uit de analyse van de logboeken komt naar voren dat huisartsen en patiënten geen taal hebben voor levensvragen. Ook uit de focusgroep blijkt dat er grote verwarring is rondom begrippen als zingeving, levensvragen en spiritualiteit. Deze conclusie kwam ook naar voren in de twee masterscripties die in het kader van dit project geschreven zijn (Hulshof 2012; De la Hayze 2012). De termen zingeving, levensvragen en spiritualiteit zorgen bij een breder publiek maar ook bij medische professionals voor verwarring en onduidelijkheid.
3. De onduidelijke profilering van de zingevingssconsulent zorgt voor onzekerheid over ➤

de eigen rol. Omdat de eigen levensbeschouwelijke expertise onvoldoende in beeld is, ontstaat er rolverwarring ten aanzien van aanpalende zorgverleners, zoals psychologen, maatschappelijk werkers en vrijwilligers.

4. Huisartsen signaleren zingevingsvragen en geven aan dat hier een andere expertise en andere competenties geboden zijn dan de medische. Snelle analyse en probleemoplossing staan niet op de voorgrond, maar rust, geduld en beschouwende reflectie. Hier zou een speciaal opgeleide professional, die kennis heeft van verschillende wereldvisies en het omgaan met diversiteit, een rol kunnen spelen. Als voordeel van een academisch opgeleide professional wordt de mogelijkheid van gelijkwaardige samenwerking en reflectie genoemd, wat tot betere zorg zou kunnen leiden, maar ook tot verdieping en voeding van de professional zelf.

5. Voor de organisatie en financiering van geestelijke begeleiding zijn nog de nodige gesprekken, beroepsverheldering (beroepsgeheim in plaats van vrijplaats), vindingrijkheid en ondernemingszin geboden.

Aanbeveling 1

Op grond van conclusie 1, 2 en 3 lijkt er werk aan de winkel voor de opleidingen om een hedendaagse (inter)levensbeschouwelijke taal te ontwikkelen, die het domein van de particuliere religies maar ook van de psychologie weet te overstijgen. Dit is geen eenvoudige klus, maar wel een noodzakelijke. Sommige denkers wijzen

op de overbodigheid van levensbeschouwelijke inhouden (De Botton 2011), anderen op het ontbreken van een taal die de dagelijkse ervaringen van mensen verbindt met maatschappelijke, levensbeschouwelijke en politieke visies, waardoor belangrijk engagement onzichtbaar en onbesproken blijft (Van den Brink 2012). Uit ons onderzoek blijkt dat er een wereld verloren dreigt te gaan als levensbeschouwelijke professionals, of het nu geestelijk begeleiders of

predikanten zijn, geen taal meer hebben om aan buitenstaanders uit te kunnen leggen over welke dimensie van het

menselijk bestaan hun expertise gaat.

In onze visie dienen concrete ervaringen van kwetsbaarheid en een veelheid aan religieuze en culturele (literatuur, kunst) bronnen en verhalen (die vaak gaan over kwetsbaarheid) het uitgangspunt te zijn voor een dergelijke nieuwe, hedendaagse levensbeschouwelijke taal. In *De berg van de ziel* en *Aan de heidenen overgeleverd* (Anbeek 2013b; 2013a) wordt een eerste aanzet tot een mogelijke uitwerking gegeven, waarbij de zoekvragen van de systematische theologie als leidraad zijn genomen. Er zijn echter ook andere aanzetten om voorbij de voor velen onbegrijpelijk geworden traditionele religieuze taal te komen en te zoeken naar nieuwe, levensbeschouwelijk verankerde inhouden en uitdrukkingsmogelijkheden. Zie bijvoorbeeld het werk van de theologen Ganzevoort (2012), Berkvens-Stevelink (2011) en de antropoloog Droogers (2013). De krachten dienen hier, zowel op het gebied van onderzoek, onderwijs en maatschappelijk debat, gebundeld te worden.

In termen van competenties gaat het hier met name om de hermeneutische en dialogische competentie. Hoe kunnen de ervaringen en verhalen van mensen existentieel geduid worden en verbonden worden met overstijgende narratieven? En: hoe kan hierover gedialogiseerd worden binnen verschillende taalvelden zoals het medische en psychologische taalveld? Daarnaast is de zelfreflectieve competentie van de theoloog of levensbeschouwelijke professional van groot belang: het vermogen om de eigen voorkeuren, angsten, ideeën in reactie op de ander te herkennen en zich hierdoor niet blind te laten leiden.

Aanbeveling 2

Op grond van conclusie 4 kan gesteld worden dat levensbeschouwelijke professionals hun *unique sellingpoint* beter dienen te vermarkten. Beschouwende reflectie, kennis van wereldvisies en kunnen omgaan met diversiteit worden door medische professionals als waardevol gezien. Het op academisch niveau kunnen inbrengen van deze competenties wordt als een verrijking voor de zorg voor de patiënt en als verdiepend voor de professional genoemd. Voor de opleiding van levensbeschouwelijke professionals zou dit kunnen betekenen dat er meer wordt ingezet op het oefenen met het inbrengen van deze competenties in gesprekken met andere professionals, zoals artsen en psychologen.

Een aspect dat binnen de pilot niet expliciet aan de orde kwam, maar in dit verband wel genoemd dient te worden, is de expertise op het gebied van moreel beraad die de levensbeschouwelijke professional kan inbrengen in zorgcontexten. Ook hier zijn beschouwende reflectie,

kennis van wereldvisies en kunnen omgaan met diversiteit onontbeerlijke competenties die tot het domein van de levensbeschouwelijke professional behoren.

Aanbeveling 3

Op grond van conclusie 5 kan de aanbeveling gedaan worden dat opleidingen voor levensbeschouwelijke professionals hun studenten dienen toe te rusten om als ondernemer in een onontgonnen werkteerrein te kunnen staan. Dit is geen gemakkelijke taak, omdat het ondernemerschap om competenties vraagt die nogal eens haaks staan op de competenties van de meer klassiek geschoolde levensbeschouwelijke professional. Zo vraagt ondernemerschap om: overtuigingskracht, marktorientatie, probleemanalyse, netwerken, durf, rendementsbesef, initiatief nemen, beïnvloeden en communiceren, terwijl de klassieke geestelijk begeleider juist prat gaat op terughoudendheid, kosteloosheid, volgend aanwezig zijn, zeker niet beïnvloeden en de vrijplaats als absolute grens van communicatie. Voor de opleidingen ligt hier de noodzakelijke uitdaging om, met behoud van het goede van de klassieke levensbeschouwelijke professional, toch te werken aan een gezonde ondernemingszin van de hedendaagse professional. Alleen op die manier kan er een wereld veroverd worden.

Implicaties voor de opleidingen

Op grond van het bovenstaande zijn de volgende implicaties te formuleren voor het initieel en post-initieel theologisch onderwijs. Meer dan nu het geval is dient er onderzoek te worden gedaan naar een hedendaagse, voor velen toegankelijke levensbeschouwelijke taal ►

die aansluit bij ervaringen van kwetsbaarheid en de mogelijke betekenis hiervan voor mensen met verschillende of geen levensbeschouwelijke achtergronden. Dit onderzoek dient direct in het onderwijs verdisconteert te worden.

Er dient in het onderwijs aandacht te komen voor de interdisciplinariteit waarmee een hedendaagse levensbeschouwelijke professional mee te maken heeft. Hij of zij moet de eigen expertise kunnen verwoorden binnen andere taalvelden, zoals het medische, het psychologische en het juridische taalveld. Hij of zij dient bereid te zijn om binnen een teamverband te werken en daarin een eigen expertise te vertegenwoordigen, waarbij het beroepsgeheim op een open en niet belemmerende wijze kan werken.

Naast de klassieke competenties die de professie van een levensbeschouwelijk werker kenmerken, dient er aandacht te komen voor competenties die te maken hebben met ondernemerschap. Binnen de opleidingen dienen deze competenties verworven te worden (onder andere door stages in pioniersgebieden), waarbij tevens inzicht wordt geboden dat de paradoxaliteit van de competenties elkaar niet hoeven tegen te spreken, maar juist kunnen versterken.

De genoemde implicaties gelden zowel voor het initieel als het post-initieel onderwijs. Voor het post-initieel onderwijs ligt er bovendien de uitdaging om interdisciplinaire cursussen te ontwikkelen, waar professionals uit verschillende domeinen (zorg, media, bedrijfsleven, levensbeschouwing) geschoold worden en met elkaar in gesprek gaan over hoe levens- of zin-vragen binnen de verschillende werkterreinen een rol spelen en op welke wijze hiermee kan worden omgegaan. ◀

Noten

¹ Met dank aan Elza Kuijk die kritische feedback op het artikel gaf.

² In het ZonMw-rapport (de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie) *Moet alles wat kan?* (2013) wordt bezwaar gemaakt tegen de hedendaagse opvatting van gezond en sterk willen zijn. We klampen ons met z'n allen vast aan een niet-realistisch beeld met onrealistische verwachtingen ten aanzien van de gezondheidszorg.

³ In de pilot werd na discussie besloten om de term *zingevingsconsulenten* en later *bestaansconsulenten* te gebruiken voor de geestelijk begeleider. In dit artikel wordt de term 'zingevingsconsulent' gebruikt. 'Ziek zijn en ouder worden zijn in de huidige maatschappij geen aansprekende gespreksonderwerpen. Liever gaat het over nieuwe snufjes en 'gezond zijn in een gezond lichaam', dan over handicaps en minder mobiel worden, afhankelijk zijn van een mantelzorger. De notie dat het leven eindig is moet überhaupt weer meer in de samenleving doordringen – nu domineert vaak het beeld van sterke en gezonde mensen die door nieuwe medische vondsten en

⁴ De zingevingsconsulenten die participeerden waren afgestudeerde geestelijk begeleiders met verschillende levensbeschouwelijke achtergronden: humanistisch, katholiek en protestants. De verschillende zingevingsconsulenten hadden allemaal ervaring binnen intramurale geestelijke verzorging, variërend van justitiële inrichtingen, ziekenhuizen en gehandicaptenzorg.

⁵ Naast deze openingsvraag werd het gesprek semi gestructureerd door de vragen: Wanneer spelen zingevingsvragen? Wat zijn zingevingsvragen? In hoeverre past aandacht voor zingevingsvragen bij de rol van de huisarts? Hoe kan de huisarts hierin ondersteund worden?

⁶ Zie Anbeek (2013c) waar deze conclusie door tal van citaten uit de logboeken geïllustreerd wordt.

Literatuur

- Anbeek, C. (2013a). *Aan de heidenen overgeleverd. Hoe theologie de 21^{ste} eeuw kan overleven*. Utrecht: Ten Have.
- Anbeek, C., Jong, A. de (2013b). *De berg van de ziel. Een persoonlijk essay over kwetsbaar leven*. Utrecht: Ten Have.
- Anbeek, C., Schuurmans, J. & Palmboom, G. (2013c). Bestaansconsulenten binnen eerstelijns behandelteams: een verborgen vraag en mogelijkheden voor een nieuw aanbod. In: Erp, S. van, Goris, H., *De theologie gevierendeeld. Vier spanningsvelden voor de theologiebeoefening in Nederland*. [Nijmegen]: Valkhof Pers, 137-159.
- Anbeek, C.W. & Alma, H. (2013). Worldviewing competence for narrative interreligious dialogue: a Humanist Contribution to Spiritual Care. In: D.S. Schipani (ed.), *Multifaith Views in Spiritual Care*. Kitchener, Ontario: Pandorapress, 149-166.
- Anbeek, C. (2010). *Overlevingskunst. Hoe te leven met de dood van een dierbare*. Kampen: Ten Have.
- Berkvens-Stevelinck, C. (2012). *Erfenis Europa. Toekomst van een stervende zwaan*. Vught: Skandalon.
- Botton, A. de (2011). *Religie voor atheïsten. Een heidense gebruikersgids*. Amsterdam: Uitgeverij Atlas.
- Brink, G. van den, Panhuysen, M. & Maalsté, N. (2012). *Eigentijds idealisme. Een afrekening met het cynisme in Nederland*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Droogers, A. (2013). *God 3.0. Voorbij godsdienst en atheïsme. Hoe ziet God eruit in de 21ste eeuw?* Almere: Uitgeverij Parthenon.
- Duyvenboden, L. (2014). *Verborgene verhalen. Psychiatrie & geestelijke begeleiding: een narratief perspectief*. Masterscriptie Universiteit voor Humanistiek, Utrecht.
- Ganzevoort, R. R. (2013). *Spelen met heilig vuur. Waarom de theologie haar claim op de waarheid moet opgeven*. Utrecht: Ten Have.
- Haaf, G. ten (2013). *Moet alles wat kan? Vragen rond medische beslissingen bij het begin en einde van het leven*. Den Haag: ZonMw-signalement.
- Hayze, J. de la (2012). *De spirituele dimensie in een palliatief team*. Utrecht: masterscriptie Universiteit voor Humanistiek.
- Helleman, S. (2007). *Het tijdperk van de wereldreligies. Religie in agrarische civilisaties en in moderne*

samenlevingen. Zoetermeer/Kapellen: Meinema/Pelckmans.

Hulshof, K. (2012). *De geestelijk verzorger in de eerstelijns palliatieve zorg: een hele uitdaging!* Masterscriptie Universiteit voor Humanistiek, Utrecht.

Vroom, H. (2013). *Walking in Widening World. Understanding Religious Diversity*. Amsterdam: VU University Press.

Christa (prof.dr. C.) Anbeek is bijzonder hoogleraar Remonstrantse theologie aan de Vrije Universiteit en hoofddocent Geestelijke begeleiding aan de Universiteit voor Humanistiek.

c.anbeek@uvh.nl

Ger Palmboom is humanisticus en onderzoeker op het gebied van filosofie en ethiek.

www.nietsiszwartwit.nl

Jaap Schuurmans is huisarts en palliatief arts en beeldend kunstenaar.

www.redladder.nl