

## **(Religieuze) levensbeschouwing in de GGZ**

---

*“Fight for change? Thirst for difference? Start talking what men avoid talking about.”*

- Toba Beta.

Naam : Melanie van der Vorst  
Studentnummer : 2189746  
Klas : 4VV02  
Afstudeerdocenten : Maria Stortelder  
Opleiding : Bachelor of Social Work  
Profiel : GGZ-agoog  
Onderwijsinstelling : Fontys Hogeschool Sociale Studies  
Plaats : Eindhoven

*18-8-2017*

---

Copyright © 2017, M. van der Vorst, Eindhoven “alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder juiste vermelding van de auteur”.

Volgens psychiater en bijzonder hoogleraar levensbeschouwing en geestelijke volksgezondheid Arjan Braam (2013) zouden hulpverleners in de GGZ over het algemeen weinig praten over de levensbeschouwing van de cliënten. Het thema kan daarentegen een positieve bijdrage leveren aan de behandeling en de vertrouwensrelatie tussen hulpverlener en cliënt. Daarnaast zou gerichte aandacht naar spirituele zorg erg belangrijk zijn en leiden tot zichtbare gezondheidsveranderingen van de cliënt (Leeuwen, 2009).

Er is onderzoek gedaan binnen een ambulante/poliklinische verslavingskliniek waarbij gespecialiseerde zorg aangeboden wordt en gebruik wordt gemaakt van een multidisciplinair team. Binnen de organisatie X is het onduidelijk in hoeverre de professionals aansluiten bij de (religieuze) levensbeschouwing van de cliënt en of zij voldoende kennis en inzicht daarover beschikken. Dit onderzoek heeft als doel antwoord te geven op de vraag op welke wijze dit thema door de hulpverleners bespreekbaar wordt gemaakt in de behandeling met de cliënt.

Zo is er een verkennend onderzoek verricht waarbij vooral de bespreekbaarheid centraal stond. Uit de data-analyse komt naar voren dat het onderwerp onbewust in brede zin als rode draad in de therapie wordt ervaren en men veelal gericht is hoe de cliënt in het leven staat, waar hij kracht uit haalt en hoe deze bevorderd kunnen worden. Echter is naar voren gekomen dat wanneer het specifiek over religie, geloof of spiritualiteit gaat het een onderbelicht, onduidelijk en ingewikkeld thema wordt. Terwijl de meerderheid het als een belangrijk thema ervaart is er veel onduidelijkheid over hoe dit geïnternaliseerd kan worden in de behandeling. Daarnaast is het voor velen onduidelijk in hoeverre het relevant en effectief kan zijn voor de behandeling doordat er wetenschappelijke onderbouwing zou missen.

Zo speelt angst ook een grote rol in het niet bespreekbaar maken of het niet verder uitdiepen van het onderwerp. Men vindt het belangrijk dat er op vraag en behoefte van de cliënt gehandeld wordt. Extreme gelovigheid of een overheersende overtuiging kan hierbij een belemmering vormen doordat er wel een bepaalde gedragsverandering moet ontstaan en dit daar niet bij zou helpen. Verder is het volgens sommige beter om het onderwerp meer richting het einde van de behandeling bespreekbaar te maken, doordat er eerst stabiliteit en ruimte gecreëerd moet worden.

De onderzoeker heeft de respondenten ook bevraagd op wat zij nodig zouden hebben om dit onderwerp meer te internaliseren. Zo zijn er praktische aanbevelingen gemaakt om meer bewustheid te creëren en de relevantie te vergroten waardoor de professionals mogelijk meer gemotiveerd raken om het daadwerkelijk toe te passen in de behandeling. Daarnaast is er vanuit de respondenten ook gewenst om een vervolgonderzoek te doen waarin de beleving en behoeften van de cliënten onderzocht wordt.

## Voorwoord

---

Met trots en dankbaarheid presenteer ik u mijn afstudeeronderzoek: “*(Religieuze) Levensbeschouwing in de GGZ.*” Ik heb dit verslag geschreven als afstudeerscriptie in het kader van de studie tot ggz-agoog aan de Fontys Hogeschool Sociale Studies te Eindhoven.

Gedurende mijn opleiding ben ik heel wat obstakels tegen gekomen, waaronder ook dit onderzoek. Om te beginnen ben ik tegen dit onderwerp aangelopen toen ik stage liep op een forensische behandelafdeling binnen de GGzE. Ik kan wel stellen dat ik door de jaren heen enorme veranderingen ben ondergaan en zo ook op deze stageplek. Ontzettend veel mogen zien, ervaren, leren, groeien, met vallen en opstaan. In eerste instantie wilde ik mijn onderzoek ergens anders over doen, maar door een persoonlijke omkeer, begon ik dingen anders te zien en sprak dit onderwerp mijn diepe passie aan. Ik heb een grote affiniteit met dit onderwerp en dit maakte de motivatie en wil om met het onderzoek te starten erg groot. Helaas kon ik, door omstandigheden, mijn onderzoek niet uitvoeren binnen de GGzE en moest ik dus opzoek gaan naar een andere ggz-instelling. Dit bleek lastiger te zijn dan gehoopt waardoor de tijd begon te dringen. Uiteindelijk kon ik dan toch via een klasgenootje bij een verslavingszorginstelling terecht. Een compleet andere vorm van behandelaanbod en doelgroep, dan waar ik tegen het probleem was aangelopen, waardoor de relevantie van onderzoek iets minder groot werd, maar nog wel steeds onderzoek waardig was.

Tijd, concentratie en doorzettingsvermogen waren mijn grootste vijanden en dat gaf dus veel mentale strijd om het onderzoek succesvol binnen de tijd af te ronden.

Dat brengt mij ook meteen bij de mensen die ik ontzettend graag wil bedanken. Doordat ik er langer over gedaan heb, heb ik ook verschillende afstudeerdocenten gehad. Maar mijn bijzondere dank gaat uit naar afstudeerdocenten Thea van der Steeg-Hamoen en Petra van Zon voor hun deskundigheid en nauwkeurige feedback gaande het proces. Mijn huidige afstudeerdocent voor de informatie en updates betreffende de gang van zaken en deadlines. Verder wil ik mijn klasgenootje van een eerdere periode S. Segreto bedanken voor haar inzet om mij binnen te loodsen op haar stageplek zodat ik daar mijn onderzoek kon doen en voor het inplannen van een aantal interviews. Verder wil ik Naomi bedanken voor de ontzettend grote mentale steun die ik aan haar gehad heb. Ze was er altijd op momenten dat ik er doorheen zat, gaf mij weer hoop, die schouder om op te leunen en af en toe ook die schop onder mijn kont die ik nodig had. Last, but not least wil ik mijn goede vriendin Cynthia bedanken voor haar kritische blik en praktische hulp op momenten dat ik het nodig had. Bedankt allemaal!

Dat ik dit onderzoek heb afgerond en straks mijn diploma na 5,5 jaar overhandigd mag krijgen, betekent zoveel meer dan alleen een papiertje. Het betekent voor mij dat hoe hoog de berg ook mag zijn, het om de reis er naartoe gaat en ik daar dankbaar naar terug mag kijken.

Melanie van der Vorst

Eindhoven, 23 juni 2017.

## Inhoudsopgave

|                                                                                                                                                                    |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Samenvatting.....                                                                                                                                                  | 3  |
| Voorwoord .....                                                                                                                                                    | 4  |
| Inleiding .....                                                                                                                                                    | 7  |
| Hoofdstuk 1: Context en probleemschets.....                                                                                                                        | 9  |
| 1.1    Probleemanalyse .....                                                                                                                                       | 9  |
| 1.1.1.    Participatie en levensbeschouwing in samenhang met cliënten met psychiatrische problematiek                                                              | 9  |
| 1.1.2.    Zingeving als ondergeschoven kindje in behandeling van de cliënt .....                                                                                   | 12 |
| 1.1.3.    Cliënten hechten belang aan vragen over zingeving .....                                                                                                  | 13 |
| 1.2    Probleemstelling (+ verificatie) .....                                                                                                                      | 14 |
| 1.3    Onderzoeksdoelstelling .....                                                                                                                                | 14 |
| 1.4    Hoofdvraag en deelvragen .....                                                                                                                              | 15 |
| 1.5    Begripsafbakening .....                                                                                                                                     | 16 |
| Hoofdstuk 2: Theoretisch kader .....                                                                                                                               | 18 |
| 2.1.    Hermeneutische benadering.....                                                                                                                             | 19 |
| 2.2.    Herstel en herstelondersteunende zorg .....                                                                                                                | 19 |
| 2.3.    Presentiebenadering.....                                                                                                                                   | 20 |
| 2.4.    Empowerment.....                                                                                                                                           | 20 |
| 2.5.    Neuman Systems Model .....                                                                                                                                 | 21 |
| Hoofdstuk 3: Methodologie .....                                                                                                                                    | 23 |
| 3.1 Onderzoekspopulatie.....                                                                                                                                       | 23 |
| 3.1.1. Steekproef .....                                                                                                                                            | 23 |
| 3.1.2. Kennisverzameling.....                                                                                                                                      | 24 |
| 3.1.3. Onderzoeksbenadering .....                                                                                                                                  | 24 |
| 3.1.4. Waarborgen van de anonimiteit .....                                                                                                                         | 24 |
| 3.2 Dataverzamelingsmethode .....                                                                                                                                  | 25 |
| 3.3 Meetinstrument .....                                                                                                                                           | 26 |
| 3.4 Data-analyse .....                                                                                                                                             | 27 |
| Hoofdstuk 4: Resultaten .....                                                                                                                                      | 28 |
| 4.1. Deelvraag 1: Wat verstaan de professionals van organisatie X onder levensbeschouwing en welke waarde<br>geven zij hieraan in het contact met de cliënt? ..... | 28 |
| 4.1.1. Resultaten.....                                                                                                                                             | 28 |
| 4.1.2. Koppeling tussen resultaten en theoretisch kader.....                                                                                                       | 29 |

|                                                                                                                                                                                                        |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 4.2. Deelvraag 2: Wat wordt er vanuit organisatie X en zijn professionals ondernomen op het vlak van (religieuze) levensbeschouwing? 4.2.1. Resultaten.....                                            | 30 |
| 4.2.2. Koppeling tussen resultaten en theoretisch kader.....                                                                                                                                           | 31 |
| 4.3. Deelvraag 3: Hoe wordt de bespreekbaarheid van het thema levensbeschouwing door de professionals van organisatie X ervaren?.....                                                                  | 31 |
| 4.3.1. Resultaten.....                                                                                                                                                                                 | 31 |
| 4.3.2. Koppeling tussen resultaten en theoretisch kader.....                                                                                                                                           | 32 |
| 4.4. Deelvraag 4: Welke mogelijkheden en belemmeringen worden ervaren door de professionals van organisatie X in het contact met de cliënt met betrekking tot de (religieuze) levensbeschouwing? ..... | 33 |
| 4.4.1. Resultaten.....                                                                                                                                                                                 | 33 |
| 4.4.2. Koppeling tussen resultaten en theoretisch kader.....                                                                                                                                           | 34 |
| 4.5. Deelvraag 5: Wat hebben professionals van organisatie X nodig aan kennis, houding en vaardigheden om de levensbeschouwing van de psychiatrische cliënt in hun begeleiding te integreren? .....    | 35 |
| 4.5.1. Resultaten.....                                                                                                                                                                                 | 35 |
| 4.5.2. Koppeling tussen resultaten en theoretisch kader.....                                                                                                                                           | 36 |
| Hoofdstuk 5: Conclusie en aanbevelingen .....                                                                                                                                                          | 37 |
| Hoofdstuk 6: Discussie .....                                                                                                                                                                           | 40 |
| 6.1 Betekenis en bruikbaarheid .....                                                                                                                                                                   | 42 |
| 6.2 Sterkte- zwakteanalyse.....                                                                                                                                                                        | 44 |
| Bibliografie .....                                                                                                                                                                                     | 46 |
| Bijlagen.....                                                                                                                                                                                          | 49 |

Het onderzoek richt zich op de levensbeschouwing binnen een specialistische GGZ instelling (SGGZ) voor mensen met verslavingsproblematieken en eventueel bijkomende psychische problemen.

Psychische aandoeningen roepen fundamentele levensvragen op. (Langdurende) psychische problemen kunnen verbonden zijn met vragen over zingeving, geloof en identiteit. Deze levensbeschouwende vragen – al dan niet religieus – kunnen zowel belemmerend als steunend zijn binnen het herstelproces. Zo kan problematische betekenisgeving leiden tot (verdere) psychische klachten. Nieuwe betekenisgeving kan daarentegen juist helpen bij genezing. (Yulius, 2014, p. 1).

Uit deze formulering kan gesteld worden dat mensen met psychische problemen met levensbeschouwende vragen bezig zijn. Het kan dan ook als een onmisbaar item gezien worden in de behandeling hiervan. Echter blijkt er uit vele onderzoeken naar voren te komen dat er nog veel onwetendheid, onduidelijkheid, onervarenheid en zelfs in vele gevallen nog een taboesfeer hangt rond het onderwerp levensbeschouwing en dan vooral met name wanneer er gesproken wordt over spiritualiteit, geloof en religies (Krikilion, 2008; Vries-Schot, 2008; Leeuwen, 2009; Akkermans & Leeuwen-den Dekker, 2010; Vierwind, 2014).

De wil bij de hulpverleners blijkt er vaak wel te zijn, alleen blijkt het lastig te zijn om het thema in de praktijk onder de aandacht te brengen binnen de relatie hulpverlener c.q. cliënt (Akkermans & Leeuwen-den Dekker, 2010).

Het is onduidelijk in hoeverre bovenstaande terugkomt binnen organisatie X. Hierdoor dient dit onderzoek vooral ter verkenning binnen de hulpverleners en hun beleving van het onderwerp in de behandeling. Zo zal met name de bespreekbaarheid over de levensbeschouwing tussen hulpverlener en cliënt onderzocht worden. Dit zal beter in kaart worden gebracht met de vragen over bewustheid, ervaring, eventuele barricades en wat men als professional nodig heeft om de bespreekbaarheid te bevorderen in het contact met de cliënt.

Bovenstaande is uitgevoerd en opgedeeld aan de hand van 6 hoofdstukken. In elk hoofdstuk zal er kort worden beschreven wat het inhoudt om het vervolgens uit te voeren. Hieronder is de opbouw van het onderzoek weergegeven.

- |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hoofdstuk 1 | : Context en probleemschets.<br>Hierin staat de probleemanalyse, probleemstelling en diens verificatie, doelstelling, hoofdvraag, deelvragen en de operationalisering van de begrippen beschreven. Het thema zal zich toelichten op drie niveaus waarbij er vanuit verschillende invalshoeken naar het probleem gekeken wordt en interessante artikelen en eerdere onderzoeken beschreven worden.                                                                                             |
| Hoofdstuk 2 | : Theoretisch kader.<br>In het theoretisch kader staan aanvullende modellen en theorieën die gebruikt kunnen worden ter onderbouwing van de bevonden resultaten in hoofdstuk 4. Zo wordt er gebruik gemaakt van overkoepelende eeuwenoude theorie waaronder hedendaagse methoden en theorieën vallen dat in vele ggz-instellingen gebruikt wordt en welke (nauw) samenhangen met het thema levensbeschouwing<br>Deze theorieën kunnen gedeeltelijk antwoord geven op de hoofd- en deelvragen. |
| Hoofdstuk 3 | : Methodologie.<br>Hierin wordt de onderzoekpopulatie (waar, wie, waarom organisatie X.), methode van dataverzameling, de onderzoeksbenadering, het meetinstrument en de data analyse beschreven.<br>Er zal bij de data-analyse, betrouwbaarheid en validiteit stil worden gestaan.                                                                                                                                                                                                           |
| Hoofdstuk 4 | : Resultaten.<br>De resultaten van het onderzoek is per deelvraag beschreven waar er een koppeling is gemaakt met het theoretische kader, waarna er een kort antwoord volgt op de deelvraag..                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

- Hoofdstuk 5 : Conclusie en aanbevelingen.  
In dit hoofdstuk wordt een conclusie gegeven op de hoofdvraag. Aan de hand van de conclusie worden aanbevelingen voor de praktijk gedaan.
- Hoofdstuk 6 : Discussie.  
Hier wordt een koppeling gemaakt met de probleemanalyse en worden er kritische kanttekeningen geplaatst bij dit onderzoek.



## Hoofdstuk 1: Context en probleemschets

---

In dit hoofdstuk wordt stilgestaan bij de probleemanalyse op macro, meso en microniveau op basis van wetenschappelijke onderzoeken en rapporten. Op basis van die analyse volgde de probleemstelling met verificatie, doelstelling, hoofdvraag en deelvragen. Aan het einde van dit hoofdstuk worden de belangrijkste begrippen uit de vraagstelling geoperationaliseerd.

### 1.1 Probleemanalyse

#### 1.1.1 Participatie en levensbeschouwing in samenhang met cliënten met psychiatrische problematiek

Na jarenlang een verzorgingsstaat te zijn geweest, wordt Nederland nu gekenmerkt als participatiestaat. Dit betekent dat iedereen in Nederland actief en zelf-organiserend mee moet kunnen doen (Bekker & Witte, 2016; Winsemius & Houten, 2010). Door de komst van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) – ‘deze wet beoogt het creëren van een nieuwe rol voor burgers’ (Zilfhout, 2010) – is het noodzakelijk voor gemeenten om aandacht te schenken aan participatie. Volgens het Kwaliteitsinstituut Nederlandse Gemeenten (KING) (2015) moet actieve deelname aan het maatschappelijke leven een bijdrage leveren aan een hogere kwaliteit van bestaan.

Een van de doelen van de Wmo is om de zelfredzaamheid en de participatie met mensen met een beperking of met chronische, psychische of psychosociale problemen, maximaal te ondersteunen. Vanuit de Wmo is er dus aandacht voor mensen, die maatschappelijk kwetsbaar zijn. Volgens Regenmortel (2009) is het van belang om deze mensen in hun kracht te zetten, te empoweren, een beroep doen op hun eigen krachten en mogelijkheden zonder dat kwetsbaarheden en problemen ontkent worden. Hierbij is het van belang om een houding aan te nemen van aandacht, presentie, respect, betrokkenheid, gelijkwaardigheid en wederkerigheid, aldus Regenmortel. Het accent ligt op het ondersteunen van deze mensen om weer controle over of invloed te krijgen op hun gezondheid en factoren die daarop invloed uitoefenen, bijvoorbeeld sociale-, culturele- en zingevingfactoren. Verder geeft KING (2015) aan, dat niet iedere burger even actief of zelfredzaam is en dat inzicht in de sociale achtergronden van zowel participanten als niet-participanten daarbij essentieel is (Gremmen, 2015).

Het is daarom belangrijk dat mensen die (tijdelijk) in een psychiatrische instelling leven, dat ook zij in hun kracht worden gezet om mogelijk te kunnen terugkeren en participeren in de maatschappij. Het is van belang, aldus Regenmortel (2009), om in het kader van empowerment en participatie waarde te hechten aan ervaringskennis van deze doelgroep. Door deze kennis krijgen zij mogelijkheden en handvatten om hun leven in te richten en zin te geven aan hun leven, zoals zij dat willen. Bij deze kennis gaat het om de sociale, culturele en zingeving- (hieronder valt religie, levensbeschouwing, spiritualiteit, geloof, godsdienst) achtergronden van de persoon. Hierbij doet de vraag zich voor in hoeverre er binnen de geestelijke gezondheidszorg oog is voor met name de levensbeschouwelijke achtergronden van deze kwetsbare mensen. Deze vraag wordt binnen een GGZ-organisatie in Nederland onderzocht aan de hand van dit onderzoek. In paragraaf 2.3 wordt empowerment verder uitgediept.

Door de eeuwen heen werden geestesziekten gekoppeld aan godsdienst/geloof/religie. “Vele onderzoeken zijn uitgevoerd met betrekking tot de relatie tussen religies en de geestelijke gezondheid van de mens (Stel, 2005, p. 2).”

Walter Krikilion (2008) beschrijft in zijn artikel; Religie en spiritualiteit als uitdaging in de GGZ, dat er de afgelopen vijftien jaar meer openheid is ontstaan voor de religieuze en de spirituele dimensie in de GGZ. Hij omschrijft dat er aan de ene kant weerstand wordt ervaren bij de zorgverleners en het management, en aan de andere kant nog veel onmacht wordt ervaren bij de hulpverleners hoe zij dit thema in hun begeleidingsaanpak moeten integreren. “Men staat er wel voor open, maar men weet niet altijd adequaat te handelen.” aldus Krikilion (2008, p. 252).

Vierwind (2014) bevestigt de mening van Krikilion. Ook hij bevestigt dat er de laatste decennia meer aandacht is voor de religieuze overtuiging en het belang daarvan. Men ziet volgens hem meer in dat levensbeschouwelijke overtuigingen een belangrijke rol speelt in onze multiculturele samenleving.

Volgens Interim psychiater Acherrat-Stitou (2009) kan religie daarom ook niet als een ontbrekende factor worden gezien binnen de GGZ met een opkomende groep moslims in Nederland. Zo zijn er verschillende aanwijzingen dat religie een belangrijke rol speelt in de therapeutische relatie, ziektebeleving en tegenoverdracht. Wanneer religie gepaard gaat met negatieve associaties, zoals in het geval van de Islam, kan de therapeutische relatie onder druk komen te staan. Volgens haar is het met name van belang dat er onderkent wordt dat de aanwezige problematieken niet wezenlijk anders zijn dan bij autochtonen, maar dat de betekenisgeving, gedragscodes en inkleuring ervan, kunnen verschillen. Hierdoor is het belangrijk om als hulpverlener oog te hebben voor in hoeverre de patiënt bovennatuurlijke oorzaken onderkent en in hoeverre de klachten samenvoegen met zijn religieuze opvattingen. Zoals eerder werd beschreven werd religie binnen de psychiatrie voor een lange tijd als afwijking beschouwd en zouden psychiaters meer afstand tot religie hebben, dan andere beroepsgroepen. Zo heeft de psychiatrie alle associaties met religie en alternatieve genezers willen afzweren om als serieuze wetenschap beschouwd te worden (Acherrat-Stitou, 2009).

In 2008 was er een fel debat onder Britse psychiaters over religie en geestelijke gezondheid; met de vraag wat psychiaters zouden moeten doen. Voor een lange tijd werd er gedacht dat religieuze overtuigingen en praktijken van patiënten een pathologische basis had. Zodoende hebben psychiaters, voor meer dan een eeuw, deze overtuigingen op die manier bekeken. Eerder onderzoek toont echter aan dat voor sommige patiënten religie hen helpt om te gaan met de stress van hun ziekte of hun sombere levensomstandigheden (Koenig, 2008).

“Religion is an important psychological and social factor that may serve either as a powerful resource for healing or be intricately intertwined with psychopathology.” (Koenig, 2008, p. 201)

Bovenstaand onderzoek inspireerde Vier-Schot (2008) om te schrijven over de cruciale rol van geloof en zingeving in hulpverlening en pastoraat. Zij benadrukt het belang om de spirituele dimensie toe te voegen aan het behandelingsmodel voor kwetsbare mensen. Volgens haar willen de meeste hulpverleners ‘neutraal’ blijven en mijden zij daarom veelal dit soort thematiek in hun werk te betrekken.

Movisie, het landelijk kenniscentrum en adviesbureau voor maatschappelijke ontwikkeling, deed onderzoek naar hoe het thema ‘zinggeving’ binnen de maatschappelijke opvang wordt vormgegeven. Uit dit onderzoek komt naar voren, dat zowel hulpverleners als cliënten zingeving als een niet grijpbaar thema zien. Zij weten niet hoe ze met dit thema moeten omgaan en hoe zij met betrekking tot dit thema doelen moeten formuleren, en wordt het

onderwerp gezien als niet controleerbaar (Akkermans & Leeuwen-den Dekker, 2010). Praktische zaken als huisvesting en financiering krijgen hierdoor voorrang op zingevingsvraagstukken. Deze werkwijze sluit aan bij het hiërarchisch behoeftebegrip: het wordt belangrijker gevonden om eerst in de lagere levensbehoeften te voorzien (voeding, onderdak), voordat zingevingsvraagstukken aan bod kunnen komen. Het is de vraag of deze hiërarchie zo strikt moet worden toegepast, aangezien zingevingsvragen kunnen worden aangeboord als bron van motivatie. Zo blijkt dus dat dit leefgebied vaak een ondergeschoven kindje is: niet zozeer omdat het niet van belang is, maar omdat het lastig te vangen is. Zingeving is niet zozeer een verloren dimensie in de Maatschappelijke Opvang, als wel een onderbelichte (Akkermans & Leeuwen-den Dekker, 2010).

Samengevat: In deze paragraaf is ingegaan op participatie in het algemeen, participatie van kwetsbare mensen (vanuit de Wmo), het empoweren van deze doelgroep, en het belang, om in het kader van empowerment en participatie, waarde te hechten aan de ervaringskennis van deze doelgroep, die de sociale, culturele en zingevings- (hieronder valt religie, levensbeschouwing, spiritualiteit, geloof, godsdienst) achtergronden van de persoon omvat. Verscheidene professionals hebben onderzoek gedaan naar, of schrijven over het belang van levensbeschouwing, religie, geloof, binnen de ggz. Hierbij doet de vraag zich voor in hoeverre er binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) oog is voor met name zingeving en religieuze achtergronden van deze kwetsbare mensen en hoe hiermee omgegaan wordt. Zo maakt de opkomst van moslims in Nederland ook dat het onderwerp dringend meer onder de aandacht moet komen en zeker onder hulpverleners in de ggz. In de volgende paragraaf wordt verder ingegaan op zingeving als ondergeschoven kindje in de behandeling van de cliënt.

### 1.1.2. Zingeving als ondergeschoven kindje in behandeling van de cliënt

Arjan Braam (2013), psychiater en bijzonder hoogleraar levensbeschouwing en geestelijke volksgezondheid, constateerde in zijn onderzoek dat er weinig aandacht is voor de levensbeschouwing van cliënten in de GGZ. Hij legde daarbij uit waarom het belangrijk is dat deze aandacht er wel komt. Volgens Braam praten hulpverleners in de GGZ over het algemeen weinig over de levensbeschouwing van de cliënten, terwijl dit thema zeker een positieve bijdrage kan leveren aan een goede behandeling. Braam geeft aan dat het praten over levensbeschouwing een positieve uitwerking heeft op de vertrouwensrelatie tussen hulpverlener en cliënt. Er wordt namelijk ingegaan op hoe cliënten in het leven staan; cliënten laten positieve gevoelens zien als zij zich gezien en gehoord voelen over dit thema. Door levensbeschouwing kun je onderzoeken welke steun het geloof aan iemand geeft (Riel, 2013). Hier sluit het onderzoek van Immel (2013, p. 34) op aan. Hierin staat:

Psychiatrische aandoeningen en het lijden daaraan sterk vervlochten zijn met existentiële thema's.

Verder omdat de intrinsieke religiositeit een positieve invloed kan hebben op de psychopathologie, met name als bron van coping en het proces van persoonlijke betekenisgeving van groot belang is voor het herstelproces van de patiënt.

Uit haar onderzoek komt dus naar voren dat aandacht voor zingeving in de GGZ onontbeerlijk is.

Ondanks dat de aandacht voor zingeving onontbeerlijk lijkt te zijn in de GGZ stelt Braam dat dit thema in de praktijk nog maar weinig ter sprake komt. Hij vertelt dat er op een intakeformulier wel het kopje 'kerkelijke achtergrond' staat, maar dat het daar vaak bij blijft. Braam geeft aan, dat de hulpverleners in gesprekken vaak geen aandacht geven aan levensbeschouwelijke thema's, omdat deze thema's tot het privé domein van de cliënt behoren, waar een hulpverlener van af moet blijven. Het praten over deze thema's liggen als het ware nog gevoeliger dan praten over het onderwerp seksualiteit. Braam geeft daarbij aan dat levensbeschouwing meer omvat dan alleen religie: "Het kan ook gaan om ontzag voor de natuur, de rijkdom van relaties of het dienen van bepaalde waarden. Dat lijkt heel subjectief. Maar bijvoorbeeld de vraag waar een overledene gebleven is, is universeel, want iedereen verliest een keer een naaste." (Riel, 2013, p. 1) Volgens Braam is er, ondanks dat mensen niet over levensbeschouwing willen spreken vanwege de persoonlijke lading, wel behoefte aan om er over te spreken.

Kortom, de bespreekbaarheid zou volgens bovenstaande onderzoeken actiever mogen worden in het contact met en de behandeling van de cliënt. Cliënten zouden er baat bij hebben en het zou bevorderend kunnen werken voor de behandelrelatie. Hoe dit voor de cliënt bevorderlijk is wordt in de volgende paragraaf verder uitgewerkt.

### 1.1.3. Cliënten hechten belang aan vragen over zingeving

Volgens een grote GGZ-instelling Yulius (2014) roepen psychische aandoeningen fundamentele levensvragen op. Deze psychische problemen kunnen verbonden zijn met vragen over de zingeving van het leven, het geloof en de eigen identiteit. Deze vragen, al dan niet religieus van aard, kunnen zowel belemmerend als steunend zijn voor de cliënt. Wanneer de betekenisgeving problematisch van aard is kan dit juist leiden tot (verdere) psychische klachten, terwijl nieuwe betekenisgeving aan het leven juist weer heel helpend kan zijn bij het herstel. Zo kunnen geloofsgemeenschappen een belangrijke rol spelen in de preventie, acceptatie en omgang met psychische klachten. Hierbij is het belangrijk dat er een goede uitwisseling is van kennis en inzichten met kerken, moskeeën, geestelijk verzorgers, enzovoorts (Yulius, 2014).

Van Leeuwen (2009) brengt naar voren, dat gerichte aandacht naar spirituele zorg erg belangrijk is en leidt tot zichtbare gezondheidsveranderingen bij de cliënt. Volgens hem pleiten verschillende auteurs voor bijvoorbeeld de integratie van de geloofsdimensie in methodische zorgprocessen; daarentegen geven slechts drie op de tien respondenten uit zijn onderzoek aan dat het bij hun takenpakket behoort om vanuit hun professie gerichte vragen te stellen over (eventuele) spirituele problemen (Schip-Akkerman & Leeuwen, 2009).

Daarnaast zegt Vierwind (2014) dat er van professionele hulpverleners verwacht mag worden dat zij, volgens de presentiebenadering van Baart (2006), in hun werk zorgvuldig aansluiten bij de behoeften van de cliënt en daarbij ook aansluiten bij hun normen en waarden. Hij stelt daarentegen dat de cliënten ook vrij staan om hulp te zoeken bij de levensbeschouwing waarin zij zich herkennen wanneer zij hier zelf een grote waarde aan hechten. Uit het eerder genoemde onderzoek van Movisie (2010) (paragraaf 1.1.1.) werd het thema zingeving behandeld binnen de maatschappelijke opvang. Cliënten lieten merken dat ze het thema weldegelijk belangrijk vinden, maar vaak eerst bijvoorbeeld hun financiële zaken op orde willen hebben.

De wil is er, alleen het thema in de praktijk onder de aandacht wordt gebracht binnen de relatie hulpverlener c.q. cliënt, blijkt lastig te zijn. Uit het onderzoek komt juist naar voren, dat cliënten in crisissituaties juist aanleiding kan geven tot vragen over de zingeving en de behoefte naar verandering. Om goed aansluiting te vinden bij het perspectief van de cliënt is het onderzoeken naar de zingeving en drijfveren van essentieel belang (Akkermans & Leeuwen-den Dekker, 2010).

## 1.2 Probleemstelling (+ verificatie)

Voorgaande paragrafen laten zien dat het onderwerp (religieuze) levensbeschouwing lastig bespreekbaar is binnen de psychiatrie, maar wel een essentieel onderwerp is/kan zijn voor de cliënt en de behandeling. Er is een gebrek aan kennis, vaardigheden en ervaring hoe hulpverleners hiermee om moeten gaan. Het is onduidelijk in hoeverre de hulpverlener bewust is van dit onderwerp en zijn eventuele positieve uitwerking in de behandeling. Daarnaast is het onduidelijk in hoeverre de hulpverlener en cliënt bewust het gesprek hierover aan gaat.

Dit onderzoek is gebaseerd op een vooraanname (Baarda & et. al., 2009). Deze vooraanname is gevormd binnen een andere instelling dan waar dit onderzoek uitgevoerd is. Hierin werd de ernst van het probleem gesignaleerd m.b.t. het welzijn van de cliënt. Echter heeft het onderzoek binnen een andere organisatie moeten plaatsvinden. Welke consequenties dit heeft gehad zal uitgelicht worden in hoofdstuk 6. Binnen de herkozen organisatie werd het volgende duidelijk.

### Verificatie

Maria H., psycholoog, yogatrainer en onderzoeker, is werkzaam binnen organisatie X waar gewerkt wordt met specifieke deskundigheid in het behandelen van bijna alle voorkomende vormen van verslaving en eetproblemen en bijkomende psychische en psychiatrische klachten. Na een gesprek te hebben gehad met Maria heeft zij het volgende laten weten:

Binnen organisatie X is nog weinig zicht op hoe hulpverleners bij de (religieuze levensbeschouwing) van hun cliënten aansluiten en of zij voldoende kennis en inzicht hebben over dit onderwerp. Onderzoek naar hoe hulpverleners aansluiten in hun begeleiding van cliënten bij de (religieuze) levensbeschouwing is voor organisatie X waardevol en zal naar verwachting bijdragen aan ons inzicht in dit onderwerp en praktische implicaties bieden voor de praktijk.

## 1.3 Onderzoeksdoelstelling

Het doel van dit onderzoek is om kennis en inzicht te werven over hoe het contact over dit onderwerp is tussen hulpverlener en cliënt binnen organisatie X. Door de onbekendheid met de organisatie en zijn werkwijze wordt er breed in kaart gebracht hoe de bespreekbaarheid, kennis, bewustheid, belemmeringen/positieve effecten zijn binnen de behandeling met de cliënt. Op basis hiervan worden handvatten/aanbevelingen geformuleerd voor de hulpverleners binnen organisatie X. Dit met als uiteindelijke doel dat hulpverleners kennis hebben van wat de verschillende mogelijkheden zijn en wat de positieve effecten zijn op de gezondheid, om zo de optimale aandacht en zorg uit te kunnen dragen naar en aan te sluiten bij gelovige cliënten. Maar ook in het algemeen het thema geloof duidelijk aan bod te laten komen in de behandeling van de cliënt.

## 1.4 Hoofdvraag en deelvragen

### *Hoofdvraag*

- Op welke wijze wordt er door de hulpverleners van organisatie X de (religieuze) levensbeschouwing van de psychiatrische cliënt bespreekbaar gemaakt?

### *Deelvragen*

1. Wat verstaan de professionals van organisatie X onder levensbeschouwing en welke waarde geven zij hieraan in het contact met de cliënt?
2. Wat wordt er vanuit organisatie X en zijn professionals ondernomen op het vlak van (religieuze) levensbeschouwing?
3. Hoe wordt de bespreekbaarheid van het thema levensbeschouwing door de professionals van organisatie X ervaren?
4. Welke mogelijkheden en belemmeringen worden ervaren door de professionals van organisatie X in het contact met de cliënt met betrekking tot de (religieuze) levensbeschouwing?
5. Wat hebben professionals van organisatie X nodig aan kennis, houding en vaardigheden om de levensbeschouwing van de psychiatrische cliënt in hun begeleiding te integreren?

## 1.5 Begripsafbakening

### - *Professionals*

Het behandelteam binnen organisatie X worden in deze zin gezien als de professionals. Bestaande uit: psychologen, sociotherapeuten en ggz-agogen

#### ○ Psycholoog:

In deze organisatie wordt er gewerkt met (klinisch, toegepast) psychologen die adviezen, begeleiding en therapie geven aan cliënten die behoefte hebben aan geestelijke of emotionele steun. Ze werken met cliënten die kampen met verslavingsproblematiek en bijhorende psychische problematiek.

Er wordt gekeken naar de beleving van gebeurtenissen, de herinneringen en gevoelens daarbij en naar mogelijke oplossingen. Hierbij moet altijd rekening worden gehouden met de emoties en wensen van de cliënt. Een behandelplan moet dan ook aansluiten bij de (emotionele) mogelijkheden van de cliënt en zijn hulpvraag (Nationale beroepengids, n.d.).

#### ○ Sociotherapeut:

De sociotherapeut werkt met groepen cliënten binnen organisatie X. Zij proberen - door het bieden van structuur, duidelijkheid en veiligheid - een ideale behandelomgeving te creëren voor de cliënten die poliklinisch in therapie zijn. De sociotherapeut werkt in deze in een multidisciplinair team met hulpverleners als psychologen, psychiaters en maatschappelijk werkers. De sociotherapeut is als het ware in dit team belast met de dagelijkse gang van zaken voor cliënten op de afdeling en een soort eerste aanspreekpunt (Nationale beroepengids, n.d.).

#### ○ GGZ-agoog:

De GGZ-agoog richt zich vooral op het sociaal-maatschappelijk functioneren met een benadering die het persoonlijk, functioneel en maatschappelijk herstel van cliënten ondersteunt. Dat kan zowel vanuit een intramurale GGZ-setting als vanuit een ambulant aanbod worden gedaan. De GGZ-agoog denkt krachtgericht en heeft ook basiskennis van de medische aspecten van psychiatrische aandoeningen en verslaving. De GGZ-agoog biedt contextuele hulpverlening, wat betekent dat hij/zij cliënten behandelt, ondersteunt en begeleidt bij deinst herstel in de dynamiek tussen individu en samenleving. In deze dynamiek krijgt de GGZ-agoog te maken met spanningsvelden en met soms tegenstrijdige belangen, concepten en paradigma's waarin in je als normatief reflexieve professional je eigen visie moet ontwikkelen (Kies op maat, 2012).

### - *Begeleiding:*

In dit onderzoek is de begeleiding toegespitst op de begeleiding van de zorginstelling waar het onderzoek gehouden is. Dit houdt in dat er vanuit verschillende behandelvormen gewerkt wordt, zoals onder andere psychotherapie, psycho-educatie, themagroepen, systeemtherapie en mindfulness. Dit kan vormgegeven worden door een klinische behandeling (opname), dagbehandeling (2, 3, 4 of 5 dagen per week) of ambulant/poliklinisch te behandelen. Zowel in groepsvorm, individueel of in combinatie van beiden.

### - *Psychiatrische/psychische stoornis:*

Volgens DSM-5 is een psychische stoornis een “syndroom, gekenmerkt door klinisch significante symptomen op het gebied van de cognitieve functies, de emotieregulatie of het gedrag van een persoon, dat een uiting is van een disfunctie in de psychologische, biologische, of ontwikkelingsprocessen die



ten grondslag liggen aan het psychische functioneren. Psychische stoornissen gaan gewoonlijk gepaard met significante lijdensdruk en/of beperkingen in het functioneren op sociaal of beroepsmatig gebied of bij andere belangrijke bezigheden. Een reactie op een veelvoorkomende stressor of een verlies, bijvoorbeeld het overlijden van een dierbare, die te verwachten valt en cultureel wordt geaccepteerd, is geen psychische stoornis. Sociaal deviant gedrag (politiek, religieus of seksueel bijvoorbeeld) en conflicten die zich vooral afspelen tussen een individu en de maatschappij zijn geen psychische stoornissen, tenzij de deviatie of het conflict het gevolg is van disfunctioneren van het individu, zoals in het voorgaande wordt beschreven.” (American Psychiatric Association, 2014).

- *(Religieuze) levensbeschouwing*

Levensbeschouwing is de manier waarop iemand naar het leven kijkt en wat zijn visie daarop is. Het gaat het erom wat het leven voor een persoon betekent, welke waarde iemand geeft aan het leven en hoe een persoon zijn leven wil invullen. Mensen kunnen een eigen levensbeschouwing hebben, maar in de meeste gevallen hebben mensen een bepaalde levensbeschouwing omdat ze een religie/godsdienst aanhangen, zoals het Christendom, de Islam, het Hindoeïsme,... In de Bijbel of de Koran staat bijvoorbeeld welke waarde het leven heeft en op welke manier iemand zijn leven in moet vullen (Redactie Ensie, 2011).

Nu het probleem en de onderzoeksvragen geformuleerd zijn is het van belang om erachter te komen welke theorieën en ideeën er bestaan met betrekking tot dit thema. Dit wordt doormiddel van een theoretisch kader gedaan, hierin wordt deze informatie weergegeven. Met andere woorden, het onderzoek wordt ingekaderd. Dit wordt in het volgende hoofdstuk verder behandeld.

## Hoofdstuk 2: Theoretisch kader

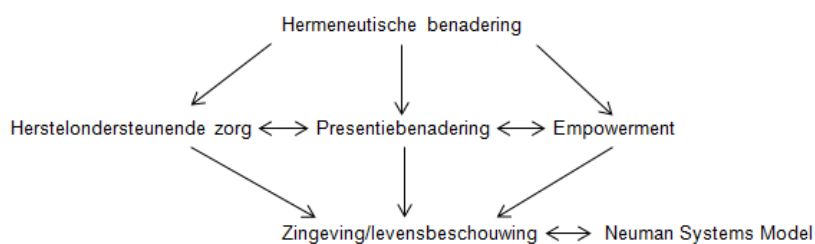
Het theoretisch kader vormt de wetenschappelijke verantwoording van dit onderzoek. Dit kader laat de relevantie van het onderzoek zien, gebaseerd op wetenschappelijke theorieën.

In dit hoofdstuk worden een aantal theorieën en methoden uitgelegd die aansluiten op de hoofd- en deelvragen van dit onderzoek. Daarnaast wordt de relatie tussen deze theorieën en het onderwerp van dit onderzoek besproken. Verder is dit theoretische kader het uitgangspunt geweest van de topiclijst dat gebruikt is bij de interviews. Dit wordt in hoofdstuk 3 verder uitgelegd. Ten slotte worden de theorieën en methoden gekoppeld aan de interviews en de resultaten die hieruit zijn gekomen. Hierbij worden de theorieën als bevestigend/ondersteunend gediend.

In onderstaande figuur (figuur 1) worden de theorieën en methoden systematisch weergegeven. Deze afbeelding laat zien dat alle gebruikte theorieën met elkaar in verband staan en dus ook gebruikt kunnen worden als theoretische onderbouwing van de bevonden resultaten. De levensbeschouwing/zingeving van een persoon kan een bepalende richting aan zijn leven geven. Het kan vaak helpend of belemmerend werken naar de weg van herstel. Dit onderzoek richt zich op de wijze van bespreekbaarheid van hulpverleners met betrekking tot de levensbeschouwing van de cliënt. Vanuit welke theoretische achtergronden zou men te werk kunnen gaan, wordt verder uitgelegd in dit hoofdstuk.

De Hermeneutische benadering is de overkoepelende theorie waaronder de herstelondersteunende zorg, presentiebenadering en empowerment valt. Uit alle drie de theorieën komt het onderdeel zingeving/levensbeschouwing naar voren. In alle drie de theorieën wordt gewerkt met een zelfde of soortgelijke visie waarbij het verhaal van de cliënt en zijn krachten en competenties centraal staan. In het perspectief van zingeving/levensbeschouwing is het Neuman Systems Model terug te vinden. In dit model staat de spiritualiteit

ofwel levensbeschouwing van de cliënt centraal. Dit wordt verder toegelicht in dit hoofdstuk.



Figuur 1

## 2.1. Hermeneutische benadering

De hermeneutische benadering richt zich als methode op het begrip krijgen voor het verhaal van de ander. De mens wordt in deze benadering gezien als “tekst” met een eigen verhaal en taal. Om de mens te kunnen begrijpen moeten deze gezien worden in de context waarin zij leeft en moet de begeleider als het ware in de huid van de ander kruipen. Zo probeert men om verder te gaan dan alleen het verstandelijk begrijpen van gedrag in termen van oorzaak en gevolg. Op deze manier wordt gedrag gezien als een vorm van betekenisverlening. Ieder mens geeft op een persoonlijke manier betekenis aan het leven en de wereld om zich heen (Methodieken, n.d.). De hermeneutische competentie heeft enerzijds betrekking op het verstaan, de interpretatie, de uitleg en de communicatie van de bronnen waarop de levensbeschouwing van de cliënt is gebaseerd en anderzijds op het verstaan van het levensverhaal van de cliënt (Dijkstra, 2007). “Wie zichzelf in meer of mindere mate niet meer verstaat, voelt zich niet gelukkig.” Een mens verstaat zich in relatie tot zijn geschiedenis en toekomst steeds weer anders. (Dijkstra, 2007, p. 18). Daarom is het belangrijk om de cliënt te leren verstaan in zijn/haar context en zijn/haar taal. Ieder mens spreekt namelijk zijn eigen taal. Ondanks er veelal dezelfde woorden worden gebruikt, geeft ieder mens toch zijn eigen betekenis aan die gemeenschappelijke woorden. De Hermeneutiek is dan ook bedoeld om met de cliënt een gemeenschappelijke taal te leren spreken om zo het isolement te doorbreken. Taalgemeenschap is daarom een belangrijke term binnen de hermeneutiek. Deze taalgemeenschap tussen cliënt en therapeut is mogelijk door levenservaringen met elkaar te bespreken (Langeveld Centrum, n.d.).

## 2.2. Herstel en herstelondersteunende zorg

Onder de hermeneutische benadering (2.1.) kan herstelondersteunende zorg, presentiebenadering (2.3) en empowerment (2.4) vallen. Bij alle drie de methoden de cliënt en zijn verhaal centraal. Hierbij gaat het om vragen als: welke betekenis geeft de cliënt aan zijn leven, hoe vult hij deze in, over welke krachten en competenties beschikt de cliënt en hoe kunnen deze meer tot hun recht komen. Zo staat de hulpverlener naast de cliënt en heeft een ondersteunende rol. (Baart, 2006; Regenmortel, 2009; Hendriksen-Favier, Nijnsens, & Rooijen, 2012).

In de visie van herstel en de bijhorende methodiek herstelondersteunende zorg komt duidelijk naar voren dat de identiteit, betekenisgeving en het belang van het eigen verhaal van de cliënt, als belangrijk wordt gezien. Zo wordt herstel als een uiteenlopend begrip gezien. Zoals beschreven in Dries (2011, p. 19):

‘Herstel’ is een zeer persoonlijk en uniek proces waarin iemands opvattingen, waarden, gevoelens, doelen, en/of rollen veranderen. Het leidt tot een leven met meer voldoening waarin hoop een plaats heeft en men kan geven en nemen ondanks de beperkingen die veroorzaakt worden door de aandoening. Herstel heeft te maken met het ontstaan van nieuwe betekenis en zin in het leven, terwijl men over de rampzalige gevolgen van een psychiatrische aandoening heen groeit.

Uit deze beschrijving is de methodiek herstelondersteunende zorg ontstaan waarbij alle zorg gericht is op het bevorderen van het herstelproces. Binnen de GGZ werkt men eraan om het juiste evenwicht te zoeken tussen behandeling en ondersteuning bij herstel van onder andere de identiteit (als persoon). Het gewenste resultaat hierbij is dat de cliënt zingeving, zelfgevoel, grenzen (persoonlijke identiteit) heeft. Zo is er onderzocht welke factoren herstelbevorderend zijn hier vallen ook hoop en spiritualiteit onder (Hendriksen-Favier, Nijnsens, & Rooijen, 2012). Kijkend naar de competenties/kenmerken van de herstelondersteunende zorg en de benadering van de geestelijke verzorger, kan er vastgesteld worden dat er vele overeenkomsten zijn (bijlage 1). ‘De weinige

verschillen zijn te verklaren vanuit het feit dat de geestelijke verzorger doorgaans geen behandeling biedt, maar vooral ondersteuning en begeleiding.’ (Immel, 2013, p. 44). Individuele betekenisgeving en zinbeleving lijken dus van groot belang voor de weg tot en het doel van herstel (Immel, 2013). Toch wordt in de literatuur over herstel weinig expliciete informatie gegeven over zingeving. Uit onderzoek blijkt dat er bij het herstelproces vooral gericht gekeken wordt naar domeinen als ‘wonen, werken, dagbesteding, vrije tijd, leren en sociale- of familiecontacten’ (Droës, 2011, p. 20).

### 2.3. Presentiebenadering

Andries Baart (2006) schreef het boek; ‘een theorie van de presentie’. Deze studie, benadering is tot stand gekomen naar aanleiding van een praktijktheorie van het buurtpastoraat. Baart deed studie naar de benadering van pastors en pastoressen naar de mens toe. Zij handelden met een menselijke bewogenheid en bekommeren zich met liefde over de mens. Hier heeft Baart zijn benadering verder op door geborduurd. ‘Vandaar dat deze oriëntatie diepe wortels heeft in het christelijke, en met name katholieke sociale denken en de katholieke moraaltheologie. De benadering richt zich op professionals (in en buiten kerken en levensbeschouwelijke organisaties) maar zeker ook op vrijwilligers.’ (Andries Baart, n.d. , p. 1)

Deze benadering houdt in dat er gestreefd wordt naar ‘er zijn met’ en zo ook ‘er zijn voor’ de hulpvrager. Daarbij is het belangrijk dat er aansluiting en afstemming is op de leefwereld en levensloop van de cliënt. De relatie met de cliënt moet zowel weldadig als richtinggevend zijn voor de gezochte hulp en steun. Zowel de hermeneutische- als de presentiebenadering gaan uit van het belang van een effectieve bekommernis die het verhaal en het leven van de cliënt leert verstaan en verder brengt.

### 2.4. Empowerment

Regenmortel (2009) meldt in haar artikel (empowerment in de geestelijke gezondheidszorg) dat de belangstelling naar empowerment steeds meer groeit binnen de GGZ. Empowerment sluit goed aan bij de vernieuwende ontwikkelingen binnen de GGZ zoals de vermaatschappelijking en cliëntenparticipatie. Daarnaast probeert de GGZ zich steeds minder te focussen op ziektebeelden en de bijhorende behandeling. Men wil meer op zoek gaan naar de krachten en competenties van de cliënt en dit op diverse terreinen van het maatschappelijke leven terugbrengen, een betere samenwerking tussen cliënt en zijn omgeving en daarnaast meer preventief en vraaggericht werken om zo te werken naar een samenlevingsgerichte zorg.

Empowerment is een proces van versterking waarbij individuen, organisaties en gemeenschappen greep krijgen op de eigen situatie en hun omgeving en dit bereiken via het verwerven van controle, het aanscherpen van kritisch bewustzijn en het stimuleren van participatie (Regenmortel, 2009, p. 1).

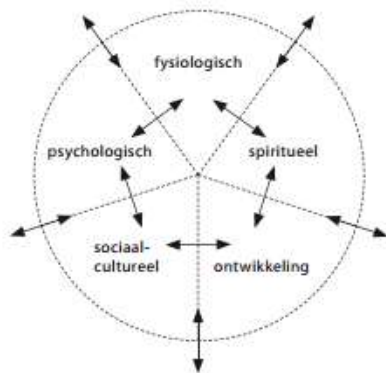
Empowerment richt zich op kwetsbare doelgroepen; voor dit onderzoek is het toegespitst op cliënten met een verslaving en bijkomende psychische/psychosociale problemen. Mensen functioneren op drie niveaus, te weten: het persoonlijke niveau, het niveau van handelen en het maatschappelijk participeren. Kwetsbare mensen disfunctioneren op één of meerdere van deze niveaus. Deze niveaus zijn te onderscheiden in een zestal levensgebieden waaronder; persoonlijke levensstijl, zingeving en burgerschap (maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven) Binnen deze levensgebieden kan het individu al dan niet zijn identiteit, in samenspraak met anderen vorm geven (Boumans, 2012). Herstelondersteunende zorg, zoals in paragraaf 2.2. is aangegeven, hangt nauw samen met empowerment van waaruit gezondheid ook niet langer alleen gezien wordt als ‘de afwezigheid van ziekte’ (Regenmortel, 2009). De nadruk komt bij beide methoden te liggen op het ondersteunen van de

controle over of de invloed op gezondheid, die daarop van invloed zijn. De kwaliteit van leven staat voorop. Dat betekent, dat zaken als levenskracht, zin in het leven, verbondenheid met anderen, kunnen doen wat men betekenisvol vindt en het gevoel hebben dat men invloed heeft op het uitoefenen op het eigen bestaan, belangrijk zijn. Al deze elementen van kwaliteit van leven helpen mee aan het herstelproces en uiteindelijk ook participatie aan de maatschappij.

## 2.5. Neuman Systems Model

Dr. René van Leeuwen, verplegingswetenschapper, gebruikte in zijn lectorale rede (2009) 'over spiritualiteit als relevante dimensie in zorg- en hulpverlening' het model van Neuman. Het Neuman Systems Model (Neuman & Fawcett, 2002) is gebaseerd op de systeemtheorie, de stress-coping theorie en de preventietheorie. Dit model vat de mens op als een open systeem dat beïnvloed wordt door intra-, inter- en extrapersoonlijke factoren. Van

nature heeft de mens een basisstructuur dat uit vijf variabelen bestaat (zie figuur 2).



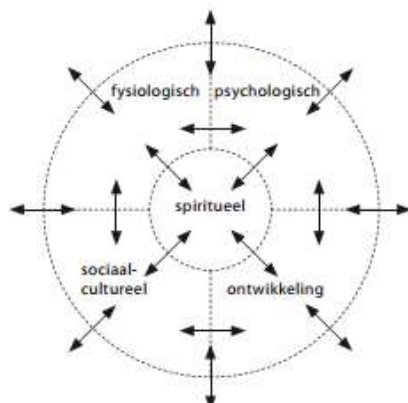
Figuur 2: Basisstructuur mensconcept NSM

Deze vijf variabelen staan voortdurend in wisselwerking met elkaar en beïnvloeden elkaar ook onderling. Dit proces wordt door Neuman beschreven als 'spirit controls the mind, the mind controls the body.' De spirituele factoren kunnen het functioneren van de cliënt positief dan wel negatief beïnvloeden. Spiritualiteit kan als stressor dienen, maar ook als copingsmechanisme. Spirituele nood kan met andere woorden bijvoorbeeld leiden tot lichamelijke klachten, angst of sociale

problemen, maar het kan ook juist helpen om te gaan met angst. Wanneer iemand geconfronteerd wordt met een diagnose, ziekte, chronische aandoening, kan dit iemands kijk op het leven veranderen, een spiritueel proces van vallen en opstaan en weer doorgaan. Dit proces kan gepaard gaan met verschillende gevoelens zoals neerslachtigheid, boosheid, verminderde eetlust, slapeloze nachten, enzovoorts. Deze gevoelens hebben op zijn plaats weer invloed op de psychologische, fysiologische variabelen zoals in figuur 2 wordt weergegeven. Alles staat in verhouding tot en met elkaar.

Het lectoraat, onder leiding van Dr. Van Leeuwen, heeft het model van Neuman (fig. 2) enigszins aangepast. In dit model wordt de nadruk gelegd op het gegeven dat de spirituele dimensie in zorgsituaties niet altijd direct

zichtbaar is en vaak op indirecte wijze pas naar voren komt (zie onderstaand figuur 3)



Op de buitenste schil zijn de zichtbare elementen van het menselijk functioneren te zien. Het model illustreert dat de spirituele dimensie zich vaak niet aan de oppervlakte bevindt. Vaak wordt het indirect via de andere dimensies van ons functioneren geuit. Wanneer een cliënt bijvoorbeeld stil in bed ligt, geagiteerd is of geen

Figuur 3: Spiritualiteit: de verborgen dimensie

eetlust heeft, kunnen deze signalen duiden op een dieperliggend spiritueel probleem/behoefte. Van Leeuwen legt het als volgt uit: “De spirituele dimensie is niet altijd meteen toegankelijk. De cliënt is zich er niet van bewust, of wil zich er niet van bewust zijn. Je praat er niet altijd makkelijk over en ook niet met iedereen. Het heeft iets intiem en persoonlijks.” (2009, p. 14). Hierdoor is het voor zorgverleners in de hulpverleningsrelatie met de cliënt niet altijd direct van toepassing om hier wat mee te doen, maar dat wil niet zeggen dat je er als hulpverlener niets mee moet doen. Een vraag met betrekking tot de spirituele dimensie kan altijd in elke fase van de behandeling opspelen. Hierdoor moeten zorgverleners een gevoeligheid ontwikkelen om die spirituele behoefte - indien relevant - te herkennen. Hierbij is het belangrijk om de vraag achter de vraag te signaleren. Doordat de spirituele dimensie zich niet aan de oppervlakte bevindt, zoals in figuur 3 wordt weergegeven, is het van belang dat hulpverleners dieper en verder kijken dan wat er zich aan de oppervlakte aandient. Van Leeuwen vertelt dat uit gesprekken met verpleegkundigen het rechtstreeks vragen stellen aan cliënten over spiritualiteit en/of de behoeften van cliënten niet vaak voor kwam, maar dat de ze dit wel indirect signaleerden (2009). Onderstaand voorbeeld maakt dit duidelijk.

Een verpleegkundige brengt de post rond en treft een erg geagiteerde mevrouw van Dalen in bed aan. Vandaag heeft ze gehoord dat de ziekte terug is. De verpleegkundige geeft haar pieper af aan een collega en luistert naar het verhaal en probeert te begrijpen hoe moeilijk het is om een dergelijk bericht te moeten ontvangen. Maar het gesprek gaat dieper. Het blijkt dat de patiënt, een gelovige vrouw, niet alleen kwaad is omdat de ziekte terug is, nee, ze is boos op God. Ze heeft veel gebeden. De ziekte ging weg. Ze was dankbaar, maar nu is de ziekte terug (Leeuwen, 2009, p. 15).

Hulpverleners kunnen de aandacht voor spiritualiteit in de praktijk op drie verschillende manieren uiten in de benadering naar de cliënt. Volgens Shafranske (2005) wordt er over impliciete en expliciete integratie gesproken wanneer het over de spirituele dimensie gaat in de behandeling. “Hij ziet ze als twee polen van een continuüm. Daarbij onderscheidt hij:

- a. Een minimale positie (impliciete integratie): de zorgverlener brengt spiritualiteit niet actief ter sprake en laat het afhankelijk zijn van wat de cliënt inbrengt;
- b. Een middenpositie (expliciet-minimale integratie): de zorgverlener brengt spiritualiteit op een actieve en explorerende wijze ter sprake;
- c. een maximale positie (expliciet-maximale integratie): de zorgverlener brengt spiritualiteit op een actieve en explorerende wijze ter sprake en biedt een zekere mate van spirituele leiding door middel van specifieke spirituele interventies. Welke positie in de zorgverlening wordt gekozen kan per setting verschillen” (Leeuwen, 2009, p. 20).

De theorieën laten zien dat het aansluiten bij de cliënt hoog in het vaandel staat en dat hoop en spiritualiteit herstelbevorderende factoren zijn en dus als belangrijk gezien kan worden in de behandeling en contact van hulpverlener naar cliënt (Hendriksen-Favier, Nijmens, & Rooijen, 2012). Daarnaast is het belangrijk dat de mens wordt bekeken als meer dan alleen tekst (Langeveld Centrum, n.d.) en een diepere benadering vereist is om tot de kern van de persoon, in zijn spirit, te komen (Neuman & Fawcett, 2002). De aanpak van de hulpverlener is hier onmiskenbaar in en kan zoals eerder beschreven, op drie verschillende manieren aangepakt worden. Het is interessant om te kijken in hoeverre het model, zoals Shafranske dat presenteert, ook van toepassing is binnen een verslavingssector van de GGZ en hoe dat in verhouding staat met de behandelrelatie en het herstel van de cliënt.

## Hoofdstuk 3: Methodologie

---

In dit hoofdstuk worden de keuzes besproken die zijn gemaakt voorafgaand aan het onderzoek. Het hoofdstuk is onderverdeeld in subgroepen waaronder allereerst de onderzoekspopulatie en steekproef wordt beschreven. Vervolgens wordt er uitgelegd welke methode van dataverzameling is gebruikt met achtereenvolgens het gebruikte meetinstrument en de stappen in de data-analyse. Deze subgroepen verklaren daarmee hoe de validiteit en betrouwbaarheid van dit onderzoek gewaarborgd zijn.

### 3.1 Onderzoekspopulatie

De gehele onderzoekspopulatie bestaat uit ruim 125 medewerkers van organisatie X verdeeld over vijf locaties in 2015 (GGZ Momentum, 2016). De medewerkers van organisatie X maken onderdeel uit van een multidisciplinair team bestaande uit onder andere psychiaters, psychologen, vaktherapeuten, sociotherapeuten, maatschappelijkwerkers en GGZ-agogen (in dit onderzoek “de professionals” en “de respondenten”). Omdat de kenmerken van de medewerkers verschillend zijn, is de populatie heterogeen van aard (Boeije, 2005). De populatie verschilt van geslacht, leeftijd, scholing en functie in hun werk, ervaring, en de regio waarin men werkzaam is. Ondanks dat er vanuit de organisatie gewerkt wordt met een visie en missie, kan de visie over dit onderwerp erg verschillend zijn vanuit hun eigen opvoeding of expertise.

In dit onderzoek is er voor gekozen om de verscheidenheid binnen het behandelteam te behouden. Dit omdat het een mogelijk extra perspectief kan bieden of de bespreekbaarheid verschillend is naarmate het beroepsprofiel.

#### 3.1.1. Steekproef

Omdat de gehele onderzoekspopulatie te groot is om te onderzoeken gezien de beschikbare tijd, is er gekozen voor een representatieve selecte steekproef uit deze onderzoekspopulatie (Baarda & et. al., 2009). Deze steekproef bestaat uit tien volwassen mannen en vrouwen, verspreid over twee locaties ‘s Hertogen Bosch en Veldhoven. Er is gekozen voor deze twee locaties omdat de andere locaties verder van elkaar verwijderd zijn en op deze manier de reistijd gemakkelijker te overbruggen was. Er is sprake van een selecte niet-gerichte steekproef, gespecificeerd in zelfselectie (Boeije, 2005). Dit houdt in dat er op verzoek van de onderzoeker een mail is rondgegaan binnen de twee locaties, waarin het onderzoek werd uitgelegd en de vraag wie zich geroepen voelde om zich aan te melden als beschikbare respondent.

De respondenten zijn dus vanuit de organisatie gekozen op basis van beschikbaarheid en bereidheid deel te nemen aan het onderzoek. Daarnaast is er wel rekening mee gehouden dat er niet alleen psychologen of alleen sociotherapeuten benaderd werden, maar de bereidwilligheid van de professionals was hierin verspreid genoeg waardoor de onderzoeker niet te veel heeft hoeven sturen.

De eerder genoemde kenmerken, zoals leeftijd, van de professionals werd geheel aan het toeval overgelaten.

De cliënten zelf zullen niet onderzocht worden omdat dit onderzoek gericht is naar hoe de professionals handelen, het onderwerp al dan niet bespreekbaar maken. De ervaring van de cliënt omtrent de bespreekbaarheid doet er in deze zin niet toe omdat het vooral een verkennend/informerend onderzoek is, zonder oordeel of dit nu goed of slecht gedaan wordt. Daarnaast is er door de geringe beschikbaarheid en bereidwilligheid van het gehele aanbod aan respondenten, niet gekozen om een voorselectie te maken op wel of geen gelovige respondenten.

### 3.1.2. Kennisverzameling

De kennis is opgedaan vanuit relevante (vak)literatuur, het theoretisch kader en de probleemanalyse. Door het grondig bestuderen van theorieën rondom dit thema is het mogelijk geworden om de interviews doelgericht te maken waarbij er ruimte bewaard is voor het verhaal en visie van de respondent. Doordat het onderzoek zich niet richt op wat de respondent inhoudelijk allemaal van het onderwerp af weet, zal er dan ook weinig kennis over het onderwerp zelf worden opgenomen, maar wel meer zicht op de visie, ervaringen en handelingen vergaard worden.

### 3.1.3. Onderzoeksbenadering

Er is gekozen voor een kwalitatief explorerend onderzoek, omdat de diversiteit onder de professionals op het gebied van visie, werkwijze en persoonlijkheid, groot is. In een kwalitatief explorerend onderzoek worden belevingen, gevoelens en ervaringen in kaart gebracht (Baarda & et. al., 2009). Daarnaast worden er interviews afgenomen in plaats van enquêtes, omdat deze te weinig diepgang bieden, dit zal verder uitgelegd worden in kop 3.2. De interviews zijn afgenomen binnen de instelling waar de respondent werkzaam is.

### 3.1.4. Waarborgen van de anonimiteit

De anonimiteit van de respondenten wordt in dit onderzoek gewaarborgd doordat er geen namen worden genoemd in het verslag en interviews. Verder wordt er in dit onderzoek geen informatie verstrekt voor welke instelling de respondenten werkzaam zijn. Zo wordt de organisatie aangeduid als organisatie X. Wel wordt er aangegeven vanuit welke twee steden de respondenten komen om de steekproef te verduidelijken.



### 3.2 Dataverzamelmethode

Er is gekozen voor een kwalitatief onderzoek gezien het onderwerp om een dieper gelegen kwestie gaat waarbij er gevraagd wordt naar de persoonlijke ervaring en gedachtengoed van de respondenten. Zo is er gekozen om data te verzamelen middels semigestructureerde interviews. De semistruktuur zal geboden worden doormiddel van een topiclijst. Via deze methode van dataverzameling is er veel ruimte en flexibiliteit. De respondenten kunnen hun eigen verhaal doen en hun gedachten verwoorden op een manier zoals zij dit zelf prettig vinden (Baarda & et. al., 2009). Zo'n topiclijst verlaagt de kans dat er belangrijke informatie vergeten wordt en biedt een handvat voor de onderzoeker, zonder te veel te sturen in het verhaal van de respondent. De topiclijst wordt verder uitgelegd in kop 3.3.

Allereerst heeft er contact plaatsgevonden met een psychologe van organisatie X. Zij is tevens onderzoeker, en doet momenteel zelf een onderzoek naar existentiële thema's binnen de GGZ waar levensbeschouwing onder valt. Na het gesprek heeft zij medewerkers benaderd met de vraag of zij bereid zijn om geïnterviewd te worden. Na het inplannen van afspraken met enkele medewerkers vanuit de afdeling van Den Bosch zijn er mails verstuurd naar de respondenten om hen verder in te lichten over het onderzoek en wat er van hen verwacht wordt. Deze mail is te vinden in bijlage 3. Daarnaast is er nog contact gelegd met de contact persoon van de afdeling in Veldhoven en is ook hier een mail uitgegaan naar de vraag voor respondenten. De afspraken hebben plaatsgevonden in december 2016 en januari 2017 op de twee bovengenoemde locaties. De respondent mocht zelf bepalen waar het interview gehouden werd, dit werd veelal gehouden binnen hun eigen werkruimte.

Aangezien de respondenten en de onderzoeker onbekend voor elkaar waren, heeft de onderzoeker zich alvorens het interview zichzelf even voorgesteld en nogmaals kort uitgelegd waarom het onderzoek uitgevoerd wordt. Daarna is gevraagd zichzelf even kort voor te stellen alvorens er diepgaande vragen gesteld zouden worden.

Van alle interviews zijn, met toestemming van de respondent, een geluidsopname gemaakt. Dit heeft levert een positieve bijdrage aan de betrouwbaarheid van het onderzoek en gevormde resultaten. De respondent is te allen tijde anoniem gebleven en de opnames zijn alleen gebruikt voor dit onderzoek en zal niet voor andere praktijken gebruikt worden. De anonimiteit is gewaarborgd door alle namen van de respondenten en de naam van de organisatie weg te laten. De reden waarom er voor een geluidsopname is gekozen is omdat dit de interviewer en respondent de vrije ruimte geeft om het gesprek zo soepel mogelijk te laten verlopen in plaats van dat de interviewer alles moet opschrijven en geen informatie verloren gaat (Boeije, 2005). Er is niet gekozen voor een open interview omdat er wel concrete vragen gesteld moeten worden die antwoord geven op de deelvragen en tenslotte de hoofdvraag. Deze vorm van interviewen levert een positieve bijdrage aan de validiteit van het onderzoek. Dit zal verder nog toegelicht worden in hoofdstuk 3.3.

Na de afronding van het onderzoek zijn de resultaten teruggekoppeld. De bevindingen en aanbevelingen zijn gepresenteerd aan de onderzoekspopulatie, om zo de waarde van het onderzoek te toetsen. Dit wordt verder toegelicht in hoofdstuk 6.

### 3.3 Meetinstrument

Alle tien de respondenten zijn op een semigestructureerde wijze geïnterviewd aan de hand van de topiclijst. Dit vormt tevens ook het meetinstrument voor de data-verzameling van het onderzoek. Doordat iedere respondent aan de hand van dezelfde topiclijst wordt bevraagd, vergroot dit de validiteit en betrouwbaarheid (Boeije, 2005). Deze topiclijst moet volgens Boeije (2005) relevant zijn voor de vraagstelling en de resultaten die hieruit komen geven een antwoord op de hoofd- en deelvragen, wat dan weer in lijn staat met de probleemstelling en probleemanalyse. Zo kunnen de resultaten van elke respondent met elkaar vergeleken worden (Boeije, 2005).

De topics zijn gebaseerd op de hoofd- en deelvragen, aangezien het interview daar een antwoord op moet geven. Doordat het een kwalitatief explorerend onderzoek is, zal er niet echt diep ingegaan worden op theorieën waar de professionals uit handelen. Wel zal er een koppeling gemaakt worden met de resultaten uit dit onderzoek en de theorieën of hier een overeenkomst in is, of juist verschillen in zijn.

Elke topic heeft een aantal richtinggevende vragen (schaduwlijst) voor de onderzoeker, te dienen als houvast, maar staat niet per definitie vast. Hierdoor heeft de respondent de ruimte om zijn verhaal te doen en biedt ruimte voor de onderzoeker om er eigenhandig dieper op in te gaan, afgestemd op de taal van de respondent (Boeije, 2005). In bijlage vier is de topiclijst en de schaduwlijst te vinden. De topiclijst bestaat uit de volgende onderwerpen:

- Introductie
- Eerste gedachten over thema
- Bekendheid
- Bespreekbaarheid
- Eigen ervaringen
- Belemmeringen
- Mogelijkheden
- Communicatieve vaardigheden
- Kennisvaardigheden
- Toekomst
- Afsluiting

### 3.4 Data-analyse

Elk afgenomen interview is, zoals eerder vermeld, opgenomen. Deze zijn daarna letterlijk getranscribeerd wat wordt gezien als een belangrijke kwaliteitswaarborg. Delen van de getranscribeerde tekst kunnen in de eindrapportage worden verwerkt, zodat de relatie tussen de oorspronkelijke gegevens en de interpretaties beoordeeld kunnen worden (Boeije, 2005).

De onbelangrijke delen van de getranscribeerde teksten zijn geschrapt en vervolgens open gecodeerd. Dit wil zeggen dat de tekst opgedeeld is in fragmenten en de meest relevante fragmenten worden verbonden aan een code. Het resultaat hiervan is dat de data hanteerbaar en overzichtelijk worden, waardoor ze beter geïnterpreteerd kunnen worden (Boeije, 2005).

Na de opencodering is opnieuw gekeken naar de fragmenten met bijhorende codes en zijn deze vergeleken met alle tien de interviews om zo te kijken wat er overheen komt en wat niet. Deze fragmenten en codes zijn vervolgens axiaal gecodeerd waardoor er subcodes zijn ontstaan (Boeije, 2005). “Tijdens het axiaal coderen wordt de betekenis van de belangrijke begrippen achterhaald en waar mogelijk wordt het begrip omschreven en met voorbeelden geïllustreerd” (Boeije, 2005, p. 99).

De opencodes en axiale codes zijn met elkaar vergeleken en verder geordend. Uit het axiaal coderen is de codeboom ontstaan. Deze is weergegeven in bijlage vijf.

Na de axiale codering, is de data selectief gecodeerd. Dit houdt in dat de samenhang tussen de gegevens, het feitelijk beschrijven, het interpreteren van de gegeven en het trekken van conclusies, wordt vastgesteld (Boeije, 2005). De gegevens zijn opnieuw schematisch geordend, zodat alle bijhorende gegevens bij elkaar staan en het interpreteren van de resultaten vereenvoudigd, waaruit de definitieve codeboom is ontstaan.

Volgens Boeije (2005) is het belangrijk om de codeboom met bijhorende fragmenten door een derde te laten bekijken om zo de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te waarborgen en het leidt tot een beter ontwikkelde codering. Door dit overleg kan bevestigd worden of de juiste codes zijn gebruikt en/of deze op een goede systematische wijze zijn neergezet. Eventueel kunnen er ook verschillen ontstaan van interpretatie dat het interessant maakt om te onderzoeken waarom een ieder het interpreteert op die manier (Boeije, 2005). De onderzoeker heeft verscheidende keren hulp ingeschakeld van een derde met betrekking tot het formuleren van de juiste codes bij het fragment. Echter is dit niet bij de gehele codeboom gebeurd waardoor de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid minder goed gewaarborgd is.

De definitieve codeboom met alle drie de stappen geven een duidelijk overzicht om vervolgens de hoofd- en deelvragen mee te beantwoorden. Dit wordt gedaan in het volgende hoofdstuk.

## Hoofdstuk 4: Resultaten

---

In het hoofdstuk resultaten worden de deelvragen beantwoord aan de hand van de verkregen informatie uit de interviews in samenhang met de eerder beschreven theorie uit het theoretisch kader. De interviews zijn onderdeel van een explorerend kwalitatief onderzoek waarbij tien medewerkers binnen verslavingskliniek x zijn bevraagd. Deze tien medewerkers zijn werkzaam vanuit verschillende en een aantal met meerdere disciplines zoals psycholoog (vier personen), sociotherapeut (twee personen), psychotherapeut (twee personen), GGZ-agoog (één persoon), SPH-student (één persoon). Onder deze verschillende disciplines zijn er ook twee ervaringsdeskundig. De steekproef bestaat uit twee mannen en acht vrouwen verdeeld over twee locaties van dezelfde organisatie. Bij alle deelvragen wordt als eerste de meest relevante resultaten uit de interviews beschreven. Vervolgens wordt een koppeling gemaakt met het theoretisch kader en hierbij wordt gekeken naar overeenkomsten en verschillen in de praktijk.

### 4.1. Deelvraag 1: Wat verstaan de professionals van organisatie X onder levensbeschouwing en welke waarde geven zij hieraan in het contact met de cliënt?

#### 4.1.1. Resultaten

##### 4.1.1.1. Gedachten en mening

Allereerst zijn de respondenten bevraagd naar wat er als eerste bij hen op kwam wanneer zij aan het thema levensbeschouwing dachten. Vrijwel elke respondent omschrijft levensbeschouwing als godsdienst, religie en of spiritualiteit (zevenmaal). Een derde geeft aan te denken aan normen en waarden. Verder worden er nog enkele andere omschrijvingen gegeven zoals zingeving (tweemaal), kijkwijze (twee maal) en vormgeving leven (twee maal). Een derde refereert levensbeschouwing aan hun eigen referentiekader en vertelde zo hun persoonlijke visie, ervaringen en gedachten op het onderwerp. Vier respondenten geeft aan een religieuze achtergrond te hebben en twee zijn er gelovig. Hoe dit ervaren wordt, wordt besproken bij deelvraag 3. Over het algemeen wordt er positief gedacht over het onderwerp en drie derde vindt het een belangrijk thema in de behandeling dat op meerdere gebieden helpend kan zijn (zie 4.1.2.).

“Ik denk dat het onwijs belangrijk is. De manier waarop je naar het leven kijkt, beïnvloed denk ik het plezier wat je in het leven kunt hebben, de zingeving die je kunt ervaren. Ik denk dat het heel veel effect kan hebben op thema's als hoop, vertrouwen ook schuld en schaamte.” (Respondent 4)

De meningen over het thema zijn verdeeld, maar grotendeels zijn ze positief. Men vindt het o.a. interessant en waardevol, maar ondanks dat het als een belangrijk thema wordt beschouwd, wordt er in de praktijk niet bewust naar gevraagd en als een onderbelicht thema beschouwd. Men is zich er niet zo van bewust, niet actief mee bezig of de cliënt moet er zelf over beginnen.

“Als ik denk levensbeschouwing denk ik oh ja misschien best wel een onderbelicht dingetje of de cliënt moet er zelf over beginnen dan is daar altijd de ruimte voor, [...] ik ben er denk ik op die manier nooit zo heel actief mee bezig.” (respondent 3)

Men vindt het belangrijk dat de hulpverlener zich richt op de beleevingswereld van de cliënt (drie maal). Dit houdt in dat men verder kijkt dan alleen de verslaving zelf. Niet gebaseerd op ratio, maar hoe de cliënt zijn

verslaving ervaart en wat het allemaal teweegbrengt op o.a. emotioneel vlak. Hierbij is het vooral belangrijk om te kijken naar wat de cliënt zelf wilt. De hulpverlener richt zijn handelingen af op de hulpvraag van de cliënt (drie maal).

#### **4.1.1.2 Waarde voor de cliënt**

De respondenten werden gevraagd te denken over welke waardes levensbeschouwing kan bieden voor de cliënt. Men kon vele waardes bedenken zowel voor de cliënt persoonlijk als in de therapeutische behandeling. De meest genoemde persoonlijke waarde is dat het richtinggevend (vier maal) en kracht kan bieden voor de cliënt (vier maal), vooral op momenten wanneer het moeilijk gaat of wanneer de cliënt het even niet meer ziet zitten. Dan kan levensbeschouwing/geloof helpend zijn om zich aan vast te houden (drie maal).

“Ik kan me ook wel voorstellen dat als ik het eerder in de behandeling gebruik, dat het ook wel een stukje richting, betekenis of kracht kan geven al eerder in de behandeling. En vaak zie je toch mensen heel veel lijden hebben als ze nog maar net gestart zijn en als je dan [...] een bepaalde visie hebt of dat religie toch meer een rol heeft in je leven, dat het een bepaalde houvast kan geven.” (Respondent 1)

De voornaamste waardes die genoemd worden voor de therapie zelf is dat het thema bevorderend kan zijn voor de behandelrelatie (tweemaal), het in contact komen met lotgenoten (tweemaal) en het herstelproces (tweemaal).

“Ik denk dat het kan helpen bij herstel, omdat het idee dat je ergens in gelooft of hoop uit kan putten het volgens mij heel een hele krachtige motivatie is en ook op momenten dat je het gevoel hebt misschien dat je het niet meer redt of wat dan ook, dat dat je hoop kan geven.” (Respondent 2)

Wat er allemaal voor nodig is om bovenstaande waarden te bevorderen en te expanderen, wordt verder toegelicht bij deelvraag 4 (competenties/benodigdheden).

#### **4.1.2. Koppeling tussen resultaten en theoretisch kader**

De resultaten van deelvraag één komen duidelijk overeen met eerder bevonden resultaten van voorgaande onderzoeken wat in de probleemanalyse beschreven staat. Daarnaast komen de gedachten over levensbeschouwing van de respondenten overeen met de definitie van levensbeschouwing (1.5.) en heeft men dus een goed begrip van wat er onder levensbeschouwing verstaan wordt.

Volgens onderzoek vanuit Movisie (2010) wordt zingeving als een onderbelichte dimensie gezien, dit is ook wat de respondenten aangeven. Men is er niet zo van bewust, niet actief mee bezig of de cliënt moet er zelf over beginnen.

De uitspraken van Arjan Braam (2013), en Rianne Immel (2013), die in de probleemanalyse worden toegelicht, komen terug in de bevonden resultaten van dit onderzoek. Het zou volgens Immel bevorderend zijn voor het herstelproces van de cliënt en volgens Braam een positieve uitwerking hebben op de vertrouwensrelatie tussen hulpverlener en cliënt.

Vanuit de herstelondersteunende zorg wordt gesteld dat individuele betekenisgeving en zinbeleving van groot belang lijkt te zijn voor de weg tot en het doel van herstel. Hierbij zijn hoop en spiritualiteit factoren die als herstelbevorderend werken (Hendriksen-Favier, Nijnens, & Rooijen, 2012), dit wordt beaamd door een aantal respondenten van dit onderzoek.

Verder wordt er door de respondenten aangegeven dat het men het belangrijk vindt dat de hulpverlener zich richt op de belevingswereld van de cliënt. Deze benadering komt overeen met de presentiebenadering van Andries Baart (2006). Hij stelt in zijn theorie dat het belangrijk is dat er aansluiting en afstemming is op de leefwereld en levensloop van de cliënt. Waarbij het van belang is dat er een effectieve bekommernis is die het verhaal en het leven van de cliënt leert verstaan en verder brengt. Dit wordt bij deelvraag twee verder toegelicht.

## **4.2. Deelvraag 2: Wat wordt er vanuit organisatie X en zijn professionals ondernomen op het vlak van (religieuze) levensbeschouwing?**

### **4.2.1. Resultaten**

#### **Aanbod**

De resultaten laten zien dat er binnen organisatie X al verschillende dingen ondernomen worden omtrent dit thema. Zo zijn er een aantal therapievormen als; narratieve therapie, mindfulness en zijn er sinds kort existentiële groepen opgericht. De levensbeschouwing van de cliënt wordt in deze therapievormen in brede zin centraal gezet ofwel indirect bij betrokken. Er is echter geen specifieke aandacht of groep dat dieper ingaat op de geloofsovertuiging of spiritualiteit van de cliënt. Wel wordt er gebruik gemaakt van het zogeheten 12-stappenmodel van Minnesota. Hier refereerde alle tien de respondenten naar.

Het twaalf stappenplan, ook wel bekend als het Minnesota model, is een vorm van behandeling of therapie voor verslavingen. Deze vorm van hulp bij verslavingen is afkomstig uit de Verenigde Staten en wordt daar al vanaf ongeveer 1930 met zeer veel succes toegepast binnen de kringen van de Anonieme Alcoholisten. Omdat de behandeling zo succesvol bleek bij alcoholverslaving werd deze daarna ook toegepast op andere typen verslavingen zoals bijvoorbeeld drugsverslaving, seksverslaving of internetverslaving. Ook bij andere typen verslaving bleek deze vorm van therapie aan te slaan. (Mens en gezondheid, 2010).

In dit model wordt er verwezen naar een god/hogere macht dat iedere persoon voor zichzelf mag vormgeven wat die hogere macht dan is. Door het gebruik van dit model komt levensbeschouwing meer aan de orde, maar meer binnen de afkickkliniek in Zuid-Afrika dan daadwerkelijk in de vervolgbehandeling. Er wordt wel eens naar verwezen, maar niet specifiek uitgediept.

#### **Visie**

Verder komt er uit de resultaten naar voren dat de organisatie het onderwerp levensbeschouwing onder een andere noemer ervaart (vier maal). Men is onbewust heel veel bezig met de levensbeschouwing van de cliënt en ziet de therapieën zelf als levensbeschouwing. Men handelt voorbij symptoombestrijding (drie maal) en ziet de cliënt als een verhaal dat vertelt en begrepen dient te worden. Deze visie sluit erg aan op de Hermeneutische benadering dat hieronder verder toegelicht wordt.

#### 4.2.2. Koppeling tussen resultaten en theoretisch kader

Zoals hierboven genoemd wordt sluit de manier waarop er vanuit organisatie X gewerkt wordt erg nauw aan op de Hermeneutische benadering dat gebruikt is in het theoretische kader (2.1.). De mens wordt in deze benadering gezien als “tekst” met een eigen verhaal en taal. En probeert verder te gaan dan alleen het verstandelijk begrijpen van gedrag in termen van oorzaak en gevolg. Op deze manier wordt gedrag gezien als een vorm van betekenisverlening. Ieder mens geeft op een persoonlijke manier betekenis aan het leven en de wereld om zich heen (Methodieken, n.d.). De organisatie uit dit onderzoek werkt onbewust vanuit deze benadering door verder te werken dan symptoombestrijding alleen. Men kijkt voorbij wat er aan de oppervlakte gebeurt en hun therapie is gericht op de diepere betekenisgeving aan het verhaal van de cliënt. De respondenten staan stil bij dieper gelegen aspecten als hoe de cliënt zichzelf ervaart en hoe deze naar de wereld kijkt, waar hij kracht uit put en dit wordt op zijn beurt empowered. Doordat men onbewust vanuit deze benadering werkt sluiten de andere methoden vanuit het theoretische kader hier bij aan. De behandeling is erop gericht dat er aan het herstelproces van de cliënt gewerkt wordt. Dit gebeurt doormiddel van o.a. empowerment; opzoek gaan naar de krachten en competenties van de cliënt, met de houding vanuit de presentiebenadering; “er zijn met en er zijn voor”. Zo wordt er gekeken naar de cliënt op zich, waarop de benadering en behandeling is afgestemd op zijn behoeften en hulpvragen (aansluiten bij de cliënt vijf maal, cliëntafhankelijk vijf maal).

### 4.3. Deelvraag 3: Hoe wordt de bespreekbaarheid van het thema levensbeschouwing door de professionals van organisatie X ervaren?

#### 4.3.1. Resultaten

##### **Bespreekbaarheid**

De bespreekbaarheid is afhankelijk van een aantal factoren. Zo moet er gekeken worden naar de benadering vanuit de professional naar de cliënt, de cliënt naar professional en vanuit de organisatie zelf. Meer dan de helft van de respondenten geeft aan dat het neerkomt op aanvoelen (zes maal) en timing (vier maal). Het zou afhankelijk zijn van de casus die je voor je hebt. Niet iedere cliënt is hetzelfde en zo heeft iedere cliënt een andere benadering nodig (aansluiten bij cliënt, vijf maal). Zo is het ook afhankelijk in welke fase de cliënt van de behandeling zit. Zo geeft een drietal respondenten aan dat uit ervaring blijkt dat het effectiever werkt wanneer dit aan het einde van de behandeling besproken wordt. Dit omdat de cliënt dan al zelfbewuster is, het draagvlak groter zou zijn en er vaak eerst andere prioriteiten zijn.

“Dat is echt afhankelijk van de casus, [...] wat voor casus en wat de situatie is. Op momenten dat ik denk dat iemand ervoor open staat en [...] iemand erbij gebaad kan zijn om hun stukje spiritueel open te stellen of om mijn verhaal erover te horen, dan zal ik het delen. Maar ook [...] momenten waarvan ik denk van: deze persoon is té beïnvloedbaar, [...]. Dat ik dan zoekende ben van is het op dit moment handig voor bijvoorbeeld iemand zijn autonomie of iemands eigen pad.”(respondent 4)

Vier respondenten geven aan dat het de taak is van de hulpverlener om hier naar te vragen en niet alleen wanneer de cliënt er zelf over begint. Echter is het volgens vier respondenten niet concreet genoeg en onduidelijk wat komt er allemaal bij kijken, wat is belangrijk om te bespreken en hoe doe je dat. Zo blijft het vaak een oppervlakkig onderwerp.

“[...] in de groep zijn heel veel onderwerpen die best wel vaak terugkomen. Maar dit is dan zo'n ding wat ja wat er wel hangt, maar nooit echt besproken wordt zeg maar.” (respondent 9)

Het eerder genoemde 12-stappenmodel is voor de helft van de respondenten een handig hulpmiddel om het onderwerp aan te snijden of om op terug te refereren tijdens moeilijkere periodes van de cliënt (higher power).

Opvallend was dat één respondent vertelde dat ze wel vaker in aanraking komt met specifiek de religie of geloofsovertuiging dat het niet vanzelfsprekend hoeft te zijn dat wanneer een cliënt een bepaalde geloofsovertuiging heeft, dit dan ook daadwerkelijk bespreekbaar wil maken. Zo zou het voor de cliënt als privé of onnodig worden ervaren om het daarover te hebben.

### **Ervaring met de cliënt**

Uit de resultaten komt naar voren dat er een wisselende ervaring is rondom de bespreekbaarheid en zijn uitwerking. De helft van de respondenten geeft aan dat het thema weinig aan bod komt. Drie respondenten geven aan dat het actiever besproken mag worden, andere drie geven aan dat het voldoende besproken wordt. Zoals eerder aangegeven wordt de psychotherapeutische benadering als levensbeschouwing gezien (vier maal). Vier respondenten ervaren levensbeschouwing als de rode draad binnen de behandeling/organisatie.

De ervaring met de cliënt is wisselend (drie maal). Vier respondenten geven aan dat wanneer het onderwerp specifiek besproken werd tijdens de behandeling het als positief en helpend (vier maal), voor beide partijen, werd ervaren. De respondenten geven daarnaast ook een aantal negatieve ervaringen aan zoals dat het ontregelend kan werken voor de cliënt (draagvlak te klein, heftig proces) en tegenstrijdig kan zijn met het referentiekader, normen en waarden van de professional. Zoals al eerder vermeld, staat men er wel voor open, maar blijkt in de praktijk dat bv. Religie volgens een aantal respondenten een beladen en lastig onderwerp is om te bespreken.

“[...] ik vind het vooral heel prettig, maar dat gaat eigenlijk op alle vlakken [...], maar als het overal over kan gaan en religie is wel een soort van beladen iets vaak. Mensen die al binnenkomen met een bepaalde geloofsovertuiging, schromen daar af en toe ook wel eens voor, [...] we leven nou eenmaal in een maatschappij waarin religie niet meer zo heel erg in z'n algemeen geaccepteerd is.” (respondent 6)

### **4.3.2. Koppeling tussen resultaten en theoretisch kader**

“Verslaving is slechts is een uitingsvorm van een bepaalde ontevredenheid. En dan kun je het daar heel erg over hebben en natuurlijk gaat het daar ook over, maar volgens mij moet je het laagje eronder hebben.” (respondent 3).

De bovenstaande uitspraak is terug te koppelen aan het Neuman Systems model dat in het theoretische kader beschreven is (2.5). In dit model wordt de cliënt zijn spiritualiteit centraal gesteld wat invloed heeft op de vijf variabelen van een mens (fysiologisch, psychologisch, sociaal-cultureel, ontwikkeling). Dit model geeft de mens met twee schillen weer. Volgens Neuman (2002) zijn op de buitenste schil de zichtbare elementen van het menselijk functioneren te zien. Het model illustreert dat de spirituele dimensie zich vaak niet aan de oppervlakte bevindt. Vaak wordt het indirect via de andere dimensies van ons functioneren geuit.

Indirect wordt dit driemaal aangehaald door de bevroegde respondenten. Zij geven aan dat een cliënt bepaald



gedrag kan laten zien vanuit zijn verslavingsproblematiek, maar dat wanneer dit gedrag geminimaliseerd is, het niet per se betekent dat het probleem daarmee opgelost is. Het is volgens hen belangrijk om dieper op het gedrag in te gaan door de kern van het probleem te ondervinden.

Volgens van Leeuwen (2009) moeten zorgverleners een gevoeligheid ontwikkelen om die spirituele behoefte - indien relevant - te herkennen. Om dit te kunnen herkennen is het belangrijk om de vraag achter de vraag van de cliënt te signaleren. Uit gesprekken die van Leeuwen gevoerd heeft met verpleegkundigen, is duidelijk geworden dat er vaak niet rechtstreeks gevraagd wordt naar de spirituele vragen en/ of behoeften van cliënten, maar dat zij het wel indirect signaleren.

Het model is gebaseerd op o.a. stress-coping theorie dat onderdeel is van de integratieve cognitieve gedragstherapie. Binnen de organisatie wordt er ook veel gewerkt vanuit de schematherapie wat ook een integratieve cognitieve gedragstherapie is. In deze therapievormen wordt er net als het Neuman Systems Model verder gekeken dan alleen naar de buitenste schil wat maakt dat de professionals meer met de levensbeschouwing van de cliënt in aanraking komen.

Bij de voorgaande deelvraag werd benoemd dat professionals werken vanuit de presentiebenadering en gebruik maken van empowerment, deze benaderingen/methoden heeft dan ook zijn uitwerking in de bespreekbaarheid van de professional naar de cliënt. Vijf respondenten geven aan dat het belangrijk is aan te sluiten bij de cliënt en vier respondenten geven aan dat het ook afhankelijk is in welke fase van de behandeling de cliënt zich bevindt, dit is net zoals dat er vanuit de presentiebenadering gewerkt wordt.

#### **4.4. Deelvraag 4: Welke mogelijkheden en belemmeringen worden ervaren door de professionals van organisatie X in het contact met de cliënt met betrekking tot de (religieuze) levensbeschouwing?**

##### **4.4.1. Resultaten**

###### **4.4.1.1. Belemmeringen**

De respondenten zijn bevraagd over wat voor (mogelijke) belemmeringen zij zoal tegen komen in het contact met de cliënt. Zo benoemen zij een aantal belemmeringen die onder te verdelen zijn in subgroepen zoals persoonlijke belemmeringen, cliënt gerelateerde belemmeringen en specifiek een groep van angsten,.... Er wordt door meer dan de helft van de respondenten genoemd dat het hebben van een overheersende overtuiging of het hebben van een extreme geloofsovertuiging de bespreekbaarheid zou belemmeren doordat het onder andere een bepaalde gedragsverandering in de weg zou kunnen staan.

“[...] als iemand heel overtuigd is, op een bepaalde manier naar het leven kijkt en daar heel star aan vasthoudt dat het wel minder bewegingsruimte geeft in de therapie. [...] dus dat je dan moet zoeken naar hoe kan ik dan toch aansluiten en een bepaalde verandering teweeg brengen. Misschien laten ze bepaalde veranderingen ook niet toe, terwijl je uiteindelijk wel bepaalde gedragsveranderingen tot stand wil brengen” (respondent 1).

Voor drie respondenten zou het persoonlijk een belemmering vormen wanneer zij zelf gelovig zouden zijn. Dit doordat de neutraliteit in gevaar zou komen en het de behandeling zou kunnen ondermijnen doordat bepaalde overtuigingen/handelingen haaks op elkaar kunnen staan. Daarnaast vinden drie respondenten het een

belemmering wanneer zij een bepaalde levensvisie, geloofsovertuiging niet kunnen begrijpen en zich dus onvoldoende kunnen inleven in de leefwereld van de cliënt.

Voor twee respondenten zou het een belemmering zijn wanneer het een vast onderdeel zou zijn in de behandeling omdat dit onderwerp volgens hen geen een verplichting moet zijn, maar een persoonlijke zoektocht waar de cliënt zelf op moet uitkomen.

Uit de interviews komt naar voren dat de grootste belemmering voor de bespreekbaarheid, angst is. Zevenmaal wordt er angst of een vorm van angst benoemd. Zo ervaren twee respondenten een angst op veroordeling naar zichzelf (zelf gelovig) of de kans dat cliënten elkaar gaan veroordelen wanneer het in een groep besproken wordt. Daarbij aansluitend de angst op discussie in een groep en zou het een te gevoelig onderwerp zijn om in groepsverband te bespreken. Als laatste wordt er specifiek benoemd dat er angst is voor onwetendheid. De onwetendheid zou ervoor zorgen dat er een minder grote zekerheid en houvast is dat maakt dat het onderwerp eng is om te bespreken.

“[...] ik kan me dat heel goed voorstellen dat religie toch een soort van eng, ingewikkeld, moeilijk onderwerp is. Der zijn genoeg andere moeilijke, ingewikkelde onderwerpen waar we het al over moeten hebben, wil je die er niet ook nog eens bij.”(respondent 6).

#### **4.4.1.2. Mogelijkheden**

Uit de interviews zijn vele mogelijkheden naar voren gekomen. De respondenten benoemde vooral mogelijkheden vanuit de organisatie en/of de behandeling. Zo zou het volgens drie respondenten een topic bij de intake mogen worden zodat er al meteen meer zicht op is en er ook specifiek naar terug gerefereerd kan worden in de behandeling zelf. Het biedt een extra handvat. Verder werden er mogelijkheden genoemd als; item in de deeltijdgroep(tweemaal) en dit soort interviews (tweemaal). Voor een aantal zou het ook gewenst zijn om wetenschappelijke onderbouwing te verkrijgen, middels een klinische les of iets dergelijks. En de mogelijkheid om een vervolg onderzoek te doen naar de beleving van de cliënten.

“[...] ik zou dat nu ook anders kunnen doen ik zou dan gewoon een thema aanpakken en met iedereen gaan bespreken van hé heb je überhaupt iets als een levensbeschouwing of ben je religieus of wat dan ook,...]. Misschien zelfs bij de intake maar dat doen we nu niet en ik weet eigenlijk niet zo goed waarom niet.” (respondent 2).

Om deze mogelijkheden te verwezenlijken zijn een aantal dingen nodig. Dit wordt bij deelvraag 5 verder besproken.

#### **4.4.2. Koppeling tussen resultaten en theoretisch kader**

De respondenten hebben een aantal persoonlijke (mogelijke) belemmeringen genoemd. Doordat het vooral persoonlijke ervaringen zijn maakt het wat lastig om te koppelen aan theorie. De extreme gelovigheid of overheersende overtuiging zou voor vele een belemmering kunnen vormen. Daarnaast zijn er ook vele angsten die de bespreekbaarheid in de weg zouden kunnen staan. Echter als we kijken naar de presentiebenadering van Baart (2006) zou het niet hoeven uit te maken of een cliënt extreem gelovig is of niet. Hierbij is het vooral belangrijk dat je er voor de ander bent, de cliënt in zijn waarde laat, de ander erkent, de ander tot zijn recht te laten komen en zo ook nooit iemand afschrijft.

Doordat er veel onbegrip en onduidelijkheid rondom het thema blijkt te zijn is het lastig om dit te integreren in de behandeling. Eerder onderzoek van Movisie (2010) gaf aan dat het belangrijkste advies was om zingeving ofwel levensbeschouwing te vertalen naar de praktijk en cliënten en hulpverleners hiervoor handvatten te geven. Volgens dat onderzoek is er behoefte aan een meer praktische en concrete invulling van het leefgebied zingeving. Dit is ook zo te vertalen naar dit onderzoek als we naar de genoemde mogelijkheden kijken.

De herstelondersteunende zorg beaamt dat er vooral gekeken wordt naar domeinen als wonen, werken, dagbesteding, vrije tijd, leren en sociale- of familiecontacten en blijft het domein zingeving/levensbeschouwing vaak uit (Droës, 2011, p. 20). Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dit ook zo te zijn en zouden er andere prioriteiten zijn.

#### **4.5. Deelvraag 5: Wat hebben professionals van organisatie X nodig aan kennis, houding en vaardigheden om de levensbeschouwing van de psychiatrische cliënt in hun begeleiding te integreren?**

##### **4.5.1. Resultaten**

###### **Houding**

Er zijn heel wat benodigheden/competenties opgenoemd door de respondenten dat onder te verdeeld is in vaardigheden, houding, kennis en een kleine subgroep van wat de cliënt en organisatie nodig hebben.

Uit de resultaten komt naar voren dat de respondenten het belangrijkste vinden om een professionele houding te hebben, waarna vaardigheden volgde en als laatste kennis. De belangrijkste houdingsaspecten die professionals nodig zouden moeten hebben volgens de geïnterviewde is openheid. Maar liefst zeven respondenten gaf dit aan.

“Ik denk dat ik zelf ook heel open ben en transparant, [...]dat een voorwaarde is dat mensen bepaalde dingen delen, en je ziet als hoe meer mensen zich kwetsbaar opstellen dan gaan andere mensen dat ook doen.” (respondent 10).

Daarnaast komt het er voor net iets minder dan de helft erop neer dat je gewoon lef moet hebben en het gewoon moet doen.

“Niks, gewoon doen en oefenen. En... Gewoon proberen. Is ook niet zo spannend als dat het nou klinkt. Maar, ja iedereen is er in z'n hoofd toch mee bezig, denk ik dan. Dus, op zich is het niet zo raar.” (respondent 9)

Volgens vier respondenten is het belangrijk om nieuwsgierig te zijn en je een onbeoordeelde houding moet hebben (viermaal). Verder worden er door drie respondenten houdingsaspecten genoemd als acceptatie, vertrouwen, transparantie en oprechte interesse.

###### **Vaardigheden**

De respondenten zijn minder te spreken over wat voor vaardigheden een professional over zou moeten beschikken. Men valt refereert naar de standaard communicatieve vaardigheden, dat het belangrijk is om samen te werken en cliëntgericht handelt. Eén iemand benoemd dat het belangrijk is dat je signalen kan oppikken.

Volgens deze persoon zou het helpen als de cliënt als onbeschreven blad gezien zou worden zodat het makkelijker wordt om signalen op te pikken. De cliënt zou deze nu ook kunnen geven, maar niet kunnen oppikken omdat er vanuit een bepaald kader gedacht wordt.

### **Kennis**

Een aantal respondenten grepen in het begin van het interview als eerste naar kennis. Zij gaven aan het nodig te vinden om kennis te hebben over verschillende levensstromingen of godsdiensten en wetenschappelijke relevantie voor mogelijke implementatie in de behandeling. Toch kwamen velen hierop terug en vonden zij bepaalde houdingsaspecten toch belangrijker dan het beschikken over bepaalde kennis. Zo zei een respondent dat kennis als een makkelijk houvast fungeert. Kennis zou zekerheid geven en wetenschappelijke onderbouwing, waarom het efficiënt of belangrijk zou zijn om het hierover te hebben in de behandeling, zou voor de professional maar ook voor de cliënt als motivatie kunnen fungeren om het ook daadwerkelijk meer bespreekbaar te maken. Deze kennis zou ook ter verantwoording van de cliënt zijn behandelproces gelden.

“Als het wat meer op mijn netvlies staat, als ik betere tools heb en [...] er met mensen over in gesprek te gaan, als ik wat meer referentiekader heb van oh, ja dit en dit kun je inzetten binnen een behandeling, of zo en zo zou je dat kunnen aanpakken of zo zou je het kunnen combineren met een bestaande behandeling.” (respondent 7)

### **Cliënt en organisatie**

Een enkeling gaf aan dat de bespreekbaarheid ook afhankelijk is van het draagvermogen van de cliënt. Als het teveel zou oproepen moet de professional een andere insteek kiezen en het meer aan de oppervlakte houden en proberen meer stabiliteit te creëren dan dat er diep gegraven wordt terwijl de cliënt daar nog helemaal niet klaar voor is zij het niet om spiritualiteit, geloof of levensgeschiedenis wat dan ook. Daar moet op afgestemd worden. Een ander gaf aan dat er een teamovereenstemming nodig is. Niet alleen dat je als één team hetzelfde uitdraagt, maar dat wanneer er bijvoorbeeld een groepssessie is het handig is dat wanneer één collega dit onderwerp aansnijdt het voor de ander ook gemakkelijker wordt om hierover te praten met cliënten.

#### **4.5.2. Koppeling tussen resultaten en theoretisch kader**

Vele houdings- en vaardigheidsaspecten die de respondenten genoemd hebben zijn ook van toepassing bij de gebruikte theorieën uit het theoretische kader. De meeste spreken eigenlijk voor zich als er naar bijvoorbeeld het competentieprofiel van een ggz-agoog gekeken wordt. Bij de herstelondersteunende zorg is het een competentie dat je je observaties even parkeert, je ingaat op waar de cliënt mee zit en dus niet uitlegt wat er gebeurt maar dat de cliënt bepaalt welke hulp hij wanneer wil hebben (Droës, 2011). Dit komt overeen met dat je onbeoordeeld en cliëntgericht werkt zoals een aantal respondenten dat benoemde. Dit sluit ook aan bij de Hermeneutische benadering waarbij de cliënt gezien wordt als een geschreven tekst waarbij de professional gaat onderzoeken wat het verhaal zegt hierbij staat het verhaal van de cliënt dus centraal wat ook een competentie is binnen de herstelondersteunende zorg.

Het eerder genoemde psychische draagvermogen kan gewaarborgd worden wanneer de behandeling gefragmenteerd wordt met onderbrekingen, pauzes en tempowisselingen die aansluitend zijn bij de ontwikkeling van de cliënt zoals gevraagd wordt bij een herstelondersteunende werker (Droës, 2011).

Kennisinhoudelijk wordt er weinig toegelicht binnen de gebruikte theorieën.

## Hoofdstuk 5: Conclusie en aanbevelingen

---

In dit hoofdstuk wordt er allereerst per deelvraag een antwoord gegeven. Aan de hand van deze antwoorden wordt er een conclusie geformuleerd op de hoofdvraag. Vervolgens wordt er op basis van de conclusie, aanbevelingen gedaan voor de organisatie om in praktijk te brengen. Deze aanbevelingen staan in relatie met de probleemanalyse en wordt onderbouwd met de theorie uit het theoretische kader.

### 5.1. Antwoorden op de deelvragen

#### **Deelvraag 1: Wat verstaan de professionals van organisatie X onder levensbeschouwing en welke waarde geven zij hieraan in het contact met de cliënt?**

Levensbeschouwing wordt als een breed begrip ervaren en een eenduidig antwoord is dan ook niet mogelijk. De termen die er echter aan verbonden worden komen overeen met wat levensbeschouwing inhoudt. De professionals van organisatie X geven aan eerst te denken aan geloof, godsdienst, religie, spiritualiteit, waarna men vervolgt met de bredere essentie van het begrip levensbeschouwing zoals de kijk op het leven, levensfilosofie,...

Het onderwerp wordt als positief en belangrijk ervaren, maar ondanks de belangrijkheid houdt men zich er in de praktijk niet bewust en niet actief mee bezig, mits de cliënt er zelf over begint. Toch zou het onderwerp volgens een aantal respondenten voor de cliënt richtinggevend zijn, kracht bieden en als houvast fungeren. Daarnaast zou het bevorderend zijn voor de behandelrelatie, het in contact komen met lotgenoten en het herstelproces.

#### **Deelvraag 2: Wat wordt er vanuit organisatie X en zijn professionals ondernomen op het vlak van (religieuze) levensbeschouwing?**

Organisatie X beschouwd de cliënt in zijn geheel en onderzoekt samen met de cliënt de levensbeschouwing van deze. Doormiddel van empowerment en de presentiebenadering wordt er gewerkt aan het herstel van de cliënt. Zo wordt er niet alleen de verslaving zelf behandeld, maar worden de diepere onderliggende factoren uitgemeten en besproken om terugval te minimaliseren. Zo is er een breed scala aan therapievormen waarin de levensbeschouwelijke vragen terugkomen die het herstelproces van de cliënt bevorderen, zoals narratieve therapie, mindfulness en er zijn existentiële groepen opgericht. Zo beschouwen de respondenten de therapievormen als levensbeschouwing zelf. Echter wordt er specifiek met geloof, religie, spiritualiteit nog vrij weinig mee gedaan en niet specifiek uitgediept in de therapie. De organisatie werkt wel met het 12-stappenmodel waarin een god/hogere macht een specifiek onderdeel is, dit wordt alleen niet door iedere respondent toegepast in de eigen behandeling met de cliënt. Het wordt dan eerder een keer aangehaald dan dat er echt dieper op ingegaan wordt. Waar dit van afhankelijk is wordt bij deelvraag drie verder toegelicht.

### **Deelvraag 3: Hoe wordt de bespreekbaarheid van het thema levensbeschouwing door de professionals van organisatie X ervaren?**

De bespreekbaarheid van het thema wordt wisselend ervaren. Over het algemeen wordt levensbeschouwing als rode draad in de therapie ervaren en is men met niets anders bezig, terwijl er wel wordt aangegeven dat het weinig aan bod komt en er te weinig aandacht uitgaat naar spiritualiteit ansicht. Door de meerderheid wordt gesteld dat het geheel afhankelijk is van de cliënt en zijn proces en komt het er op neer dat je het juiste moment moet aanvoelen en je moet aansluiten bij de wens en vraag van de cliënt. Wanneer het specifiek over geloof, religie, spiritualiteit gaat is het voor een aantal respondenten niet concreet genoeg in welke zin zij dit zouden moeten bespreken en of het relevant is voor de behandeling. Zo zou er volgens sommigen een samenhang ontbreken en andere prioriteiten zijn ter bespreking.

De ervaring is dat wanneer het wel besproken wordt, de meeste het als positief ervaren en het helpend zou zijn voor de cliënt. Daarbij is het wel gewenst dat het meer aan het einde van de behandeling aan bod komt in plaats van aan het begin. De draagkracht zou dan groter zijn en doordat de cliënt verder in zijn proces is zou er ook meer ruimte vrijkomen om met levensvragen/ existentiële vragen bezig te houden. Echter zou religie ansicht een wat meer beladen en lastig onderdeel zijn in de bespreekbaarheid. Het 12-stappenmodel is een handig middel om het onderwerp meer aan te kaarten en om op terug te vallen.

Onbewust wordt er door een aantal vanuit het Neuman Systems Model gewerkt doordat er meer gekeken wordt naar de wortels van de problemen dan de problemen van de cliënt zelf.

### **Deelvraag 4: Welke mogelijkheden en belemmeringen worden ervaren door de professionals van organisatie X in het contact met de cliënt met betrekking tot de (religieuze) levensbeschouwing?**

Extreme gelovigheid of overheersende overtuiging van de cliënt zou voor de professionals de grootste belemmering vormen in het contact met de cliënt. Dit doordat het de ruimte voor verandering in de weg zou kunnen staan en het begrip/inlevingsvermogen zou verkleinen. Daarnaast zou het voor een aantal ook een belemmering kunnen zijn of het al als een belemmering ervaren wanneer zij zelf gelovig (zouden) zijn. Hierbij komt een stukje neutraliteit om de hoek kijken. Het zou volgens deze respondenten moeilijk zijn om dan nog neutraal te kunnen zijn in het contact met de cliënt omdat je dan sneller geneigd zou zijn om sturing te geven. Daarnaast speelt angst ook een grote rol. Zo zijn er verschillende angsten opgenoemd; zoals het bang zijn voor de veroordeling (voor de professional zelf, en voor de cliënt in zijn groep) en zou het een te gevoelig onderwerp zijn om aan te snijden.

Doordat het onderwerp ervaren wordt als ingewikkeld, onduidelijk en ontastbaar, wordt het als mogelijkheid aangedragen om bijvoorbeeld een (vrijwillige) klinische les te geven, het als een topic bij de intake en intervisie te maken, voor meer tools en wetenschappelijke onderbouwing.

Verder mag het voor een aantal actiever aangeboden worden door hunzelf, maar ook de organisatie zelf mag meer bewustheid creëren. Maar het moet volgens een aantal geen vast onderdeel worden in de behandeling, omdat het een vrij proces moet zijn en geen verplichting. Wat hiervoor nodig is wordt hieronder verder verduidelijkt.

### **Deelvraag 5: Wat hebben professionals van organisatie X nodig aan kennis, houding en vaardigheden om de levensbeschouwing van de psychiatrische cliënt in hun begeleiding te integreren?**

De professionals van organisatie X vinden houdingsaspecten de belangrijkste competenties om de levensbeschouwing van de psychiatrische cliënt in hun behandeling te integreren. Hierbij benoemd men vooral dat het belangrijk is dat de professional open is, lef heeft, onbeoordeeld en nieuwsgierig is. Daarnaast is vertrouwen, transparantie en acceptatievermogen nodig. Kennis en vaardigheden zijn volgens de respondenten minder belangrijk, maar bieden wel zekerheid, duidelijkheid en een stukje houvast. Zo zou wetenschappelijke kennis over het belang van het onderwerp en de effectiviteit op de behandeling, een bijdrage kunnen leveren aan de motivatie, om het bespreekbaar te maken, van zowel hulpverlener als cliënt. Zo is het ook een wisselwerking tussen hulpverlener en cliënt, er moet samengewerkt worden, waarbij de cliënt leidend is in hulpvraag. Hierbij moet de professional op het psychische draagvermogen letten en zijn benadering daarop aansluiten.

Verder zou het helpend zijn wanneer de organisatie/ het team dit in zijn geheel uit zou dragen en er een teamovereenstemming is rondom dit thema om het al dan niet meer bespreekbaar te maken en in welke vorm dit dan zou moeten gebeuren.

### **5.2. Conclusie op de hoofdvraag**

Door de antwoorden op bovenstaande deelvragen kan een conclusie geformuleerd worden op de hoofdvraag die als volgt luidt: *“Op welke wijze wordt er door de hulpverleners van organisatie X de (religieuze) levensbeschouwing van de psychiatrische cliënt bespreekbaar gemaakt?”*

Aan de hand van de beantwoorde deelvragen kan er geconcludeerd worden dat de hulpverleners van organisatie X de levensbeschouwing van de psychiatrische cliënt in brede zin bespreekbaar maakt. De therapieën zelf zijn erop gericht dat er niet alleen gekeken wordt naar de buitenste schil van de persoon, maar dat er gezocht wordt naar de diepere betekenis van bepaalde gedragingen en gedachten die leiden tot de problematiek waarin de cliënt zich verkeert. Men denkt bij levensbeschouwing eerder aan geloof, godsdienst, religie en spiritualiteit, maar beschouwt het in brede zin als de rode draad van de behandeling. Dit omdat er gekeken wordt naar wie de cliënt is als mens, hoe hij zichzelf ziet en wil zien buiten de verslavingsproblematiek. Echter wanneer het specifiek over geloof, spiritualiteit gaat wordt het een onderwerp dat lastiger bespreekbaar is. De respondenten zijn het er over eens dat het een belangrijk onderwerp is dat voor de cliënt richtinggevend kan zijn, de cliënten zo in contact komen met lotgenoten en het bevorderend zou zijn voor het herstelproces. Maar in de praktijk houden ze zich er niet bewust en niet actief mee bezig. Zo zijn er wel een aantal therapievormen waarin de levensbeschouwing wat meer op de voorgrond ligt zoals narratieve therapie, mindfulness en er zijn existentiële groepen opgericht. Verder werkt men met het 12-stappenmodel waarin gesproken wordt over een hogere macht/god. Sommige respondenten gebruiken dit tijdens de behandeling, anderen niet.

De hulpverleners stellen de bespreekbaarheid grotendeels afhankelijk van de cliënt en zijn proces en komt het er op neer dat je het juiste moment moet aanvoelen en je moet aansluiten bij de wens en vraag van de cliënt. Voor een aantal hulpverleners is de relevantie van de bespreekbaarheid onduidelijk waardoor er minder specifiek naar gevraagd wordt. Zo wordt geloof, religie, spiritualiteit meer een onderbelichte kant binnen de levensbeschouwing. De ervaring is echter positief en helpend voor de cliënt wanneer het wel besproken wordt. Het is daarbij wel meer gewenst om dit aan het einde van de behandeling te bespreken omdat de draagkracht dan

groter zou zijn en basale problemen dan al meer afgevlakt zijn en er zo meer ruimte ontstaat voor diepere inzichten.

Er zijn een aantal factoren die de bespreekbaarheid voor de professionals beïnvloeden. Zo zou extreme gelovigheid of een overheersende overtuig een belemmering voor de professional (kunnen) vormen en ook wanneer zichzelf gelovig zouden zijn. Dit doordat het de neutrale houding zou kunnen beïnvloeden en geneigd bent om meer sturing te geven. Verder speelt angst een grote rol in het niet spreken over specifiek geloof, religie, spiritualiteit. Men zegt bang te zijn voor veroordeling en het eng vinden doordat het zo'n gevoelig onderwerp is. Hierdoor wordt de levensbeschouwing dus in de breedste zin besproken en wordt het minder specifiek uitgelicht omdat het door velen ingewikkeld, onduidelijk en als ontastbaar ervaren wordt.

### 5.3. Aanbevelingen

Er kunnen aanbevelingen gevormd worden op basis van de verstrekte conclusies. Dit ter bemoediging en om verbetering in de praktijk te kunnen brengen. Alleen relevante aanbevelingen worden genoemd die voortvloeien uit de bovengenoemde resultaten.

#### **Topic intake**

De respondenten zijn bevraagd op wat zijzelf als mogelijkheid voor verbetering zien en welke competenties/benodigdheden zij hierbij nodig zouden moeten hebben om het onderwerp bespreekbaar te maken. Zo werd er voornamelijk aanbevolen om het specifiek te betrekken in de intakefase. Doormiddel van een topic op de vragenlijst die de cliënt moet invullen alvorens de behandeling begint, zou de drempel iets lager maken om erover te beginnen doordat er dan een tastbaar punt is om naar terug te refereren wanneer de cliënt in zijn behandeling zit. Dit geldt voor beide gevallen wanneer de cliënt wel of niet een bepaalde geloofsovertuiging zou hebben. Om te voorkomen dat dit een vergeten topic wordt, is het een aanbeveling om dit ook binnen het behandelplan te integreren waarbij meerdere partijen ermee gemoeid zijn die dit kunnen waarborgen. Eerder onderzoek over psychiatrie en zingeving schreef als aanbeveling: "het verdient de aanbeveling er naar te streven om aandacht voor zingeving niet afhankelijk te laten zijn van persoonlijke affiniteit, maar dit te zien als inherent onderdeel van professionaliteit in de ggz." (Immel, 2013, p. 111). Deze aanbeveling kan ook voor dit onderzoek en deze organisatie gelden. Om deze inherentie te vergroten kan onderstaande aanbeveling van invloed zijn hierop.

#### **Seminar/symposium**

Door de grote onduidelijkheid over wat levensbeschouwing nu precies inhoudt, wat hier allemaal bij komt kijken en welke waarde het heeft binnen de GGZ zou er een seminar of symposium gehouden kunnen worden om hier meer zicht op te geven. Deze zou gegeven kunnen worden door externe professionals te denken aan geestelijk verzorgers, theologen, pastoraalmedewerkers, maar ook bijvoorbeeld een communist met kennis over dit onderwerp en ervaringsdeskundigen die hun ervaring kunnen delen. Dit kan op grote en/of kleine schaal georganiseerd worden binnen of buiten de organisatie toegankelijk gesteld worden. Zo'n seminar of symposium zou de motivatie, bereidwilligheid en zo ook de bespreekbaarheid kunnen vergroten doordat er zo een duidelijker beeld geschept kan worden over de positieve waarden en effectiviteit voor de cliënt zelf, maar ook in de behandelrelatie.



### **Klinische les**

Verder werd er door een aantal respondenten genoemd dat kennis over verschillende geloofsovertuigingen zou helpen bij het inlevingsvermogen. Zo zou er een klinische les voorbereidt kunnen worden waarin er een beeld geschetst wordt welke verschillende geloofsovertuigingen er zijn en hoe deze in combinatie met een verslaving of psychische stoornis kunnen staan.

De groep moslims in Nederland wordt bijvoorbeeld steeds groter en over de Islam in combinatie met psychiatrie zou misvattingen kunnen vormen bij de hulpverleners.

In een artikel over de Islam en psychiatrie wordt het volgende geschreven: “Met betrekking tot de thema’s is het met name van belang te onderkennen, dat de aanwezige problematiek niet wezenlijk anders is dan bij autochtonen, maar dat de betekenisverlening, inkleuring en gedragscodes anders zullen liggen.” (Acherrat-Stitou, 2009, p. 110). Een klinische les hierover zou de hulpverleners meer inzicht en handvatten kunnen aanreiken en de bespreekbaarheid in de behandeling kunnen bevorderen.

### **Topic intervisie/scholing**

Doordat een aantal respondenten aangaf het belangrijk te vinden dat er een teamovereenstemming is of het onderwerp als team uitgedragen wordt, is het een mogelijkheid om dit een specifieke topic te maken binnen intervisie of het scholing moment dat de organisatie aanbiedt.

Bij intervisie helpen collega’s elkaar om beter te worden in hun werk. In zo’n intervisiegroep worden problemen behandeld die zich voordoen op de werkvloer. Zo kunnen er vakinhoudelijke, ‘technische’ kwesties, maar ook problemen die met het persoonlijk functioneren te maken hebben (Weijers, n.d.).

In zo’n intervisiebijeenkomst kan er besproken worden hoe de bespreekbaarheid van het onderwerp ervaren wordt, en aan de hand van dit onderzoek verder gekeken worden naar hoe dit verder geïmplementeerd kan worden in de behandeling. Er kunnen specifieke casussen naar voren worden gebracht waar de levensbeschouwing, geloofsovertuiging van de cliënt naar voren komt om vervolgens samen te onderzoeken naar hoe je de cliënt het beste kan benaderen. Door hiermee te oefenen in gespreksvorm kan dit het lef om het daadwerkelijk aan te kaarten tijdens de behandeling vergroten, maar ook verstevigen doordat er meer handvatten zijn om te gebruiken.

Dit speelt vervolgens mee in het belang van de ontwikkeling van de gevoeligheid van de professionals. De gevoeligheid om zingevingsvragen op te merken en hun (professionele) referentiekader bewust en terughoudend te hanteren is uiterst van belang. Hierbij komt kijken dat men respectvol omgaat met de persoonlijke beleving en de eigen taal van de cliënt.

### **Vervolgonderzoek cliënten**

Een laatste aanbeveling die gedaan kan worden gaat omtrent vervolgonderzoek naar de beleving van de cliënten zelf. Een aantal respondenten gaf aan dat de interviews die gedaan werden hen hielpen bij de bewustwording van het onderwerp, maar dat het ook belangrijk is om te weten wat hun cliënten zelf ervaren aangezien er gewerkt wordt vanuit de vraag van de cliënt. Er zijn wetenschappelijke onderzoekers aanwezig die dit onderzoek zouden kunnen uitvoeren, maar het kan ook gedaan worden door een student van een der welke sociale opleiding die het zou willen onderzoeken en een bijdrage wil leveren aan kwaliteitsverbetering van de organisatie en zijn behandeling.

## Hoofdstuk 6: Discussie

---

In dit hoofdstuk is er ruimte voor de bespreking van de kwaliteit van het onderzoek waarin de sterke en zwakke punten van het onderzoek toegelicht wordt. De kwaliteit van zowel kwalitatief als kwantitatief onderzoek is verbonden met de termen betrouwbaarheid en validiteit (Boeije, 2005). Deze termen worden besproken bij kopje 6.2. Allereerst zal de betekenis en bruikbaarheid van het onderzoek in de praktijk toegelicht worden.

### 6.1 Betekenis en bruikbaarheid

#### 6.1.1. Koppeling met de probleemanalyse

##### **Landelijk niveau**

De analyse van het probleem is op macroniveau uitgebreid beschreven in hoofdstuk 1.1.1. Hierin kwam naar voren dat het middels de participatiewet belangrijk is om mensen met psychische of psychosociale problemen te ondersteunen en te empoweren waarbij gelet wordt op dat zij weer in hun kracht gezet worden. Dit zodat de mogelijkheid tot rehabilitatie vergroot wordt. Volgens Regenmortel (2009) is het van belang dat er gekeken wordt naar de ervaringskennis van de doelgroep. Bij deze kennis gaat het om sociale, culturele en zingevingachtergronden waar ook religie, levensbeschouwing, spiritualiteit, geloof en godsdienst onder vallen.

Respondenten geven aan dat ze voorbij symptoombestrijding werken en hun benadering afstemmen op de krachten en mogelijkheden van de cliënt waarbij er ook gericht gewerkt wordt om deze krachten en mogelijkheden te vergroten en de kans op terugval zo minimaal mogelijk te maken. Door deze minimalisering wordt de terugkeer in de maatschappij op zijn beurt vergroot. De benoemde kennisaspecten worden aangesneden, maar wanneer het specifiek over geloof of spiritualiteit gaat wordt het lastiger.

Een aantal professionals hebben in een aantal artikelen laten weten dat er meer aandacht is voor de religieuze overtuiging en het belang daarvan maar zoals Vier-Schot (2008) onderzocht heeft, willen de meeste hulpverleners ‘neutraal’ blijven en zouden zij daarom dit soort thematiek mijden in hun behandeling. Het onderzoek vanuit Movisie (2010) kwam naar voren dat hulpverleners het thema als een ongrijpbaar iets zien en ze niet weten hoe ze ermee moeten omgaan en hoe dit te betrekking in de doelen van de cliënt. Zo zouden andere zaken voorrang krijgen. Zingeving ofwel levensbeschouwing zou gezien worden als een onderbelicht thema binnen de GGZ. Uit de conclusies die getrokken zijn uit dit onderzoek kan er vastgesteld worden dat er dezelfde resultaten verkregen zijn.

Verder zou het aanbod op scholen en opleidingen voor professionals in de zorg- en hulpverlening groot zijn, terwijl het aanbod binnen de hulpverlening klein is (Vierwind, 2014). Dit onderzoek is gericht op één organisatie binnen de GGZ en heeft geen inzicht verleend over hoe dit onderwerp binnen sociale opleidingen geïntegreerd is. Hier kan dus geen uitspraak over gedaan worden.

### **Instellingsniveau**

Op instellingsniveau wordt er door o.a. Arjan Braam (2013) gesteld dat er weinig aandacht is voor de levensbeschouwing van cliënten in de GGZ. Dit soort thema's zouden nog gevoeliger liggen dan het onderwerp seksualiteit en veelal dus vermeden worden, ondanks de positieve uitwerking die het op de cliënten kan hebben. Dit onderzoek is uitgevoerd binnen een opensetting dat klinisch, ambulant/poliklinisch zijn behandelingen doet. Volgens de respondenten is de levensbeschouwing, in brede zin, juist de rode draad van de behandeling. Existentiële vragen of thema's als hoop worden in deze zin dus niet gemeden, maar juist onderzocht in het contact met de cliënt. Zo zou de woonkamersfeer die er gecreëerd wordt ertoe bijdragen dat er meer toegankelijkheid ontstaat voor zowel cliënt als hulpverlener om het hierover te hebben. Geloof specifiek is daarentegen een wat lastiger onderwerp om aan te kaarten of is er onduidelijkheid in wat voor relevantie en invloed het kan hebben in de bespreekbaarheid en behandeling van de cliënt. Dit onderzoek is kleinschalig uitgevoerd en kan dus niet spreken voor alle GGZ-instellingen in Nederland. Verder is er wel onderzoek gedaan naar de behoeften en ervaringen van de cliënt zoals in de probleemanalyse aangehaald wordt, maar om de behandeling specifiek voor deze organisatie te laten aansluiten bij de wensen, behoeften en ervaringen van de cliënt zou er een intern onderzoek uitgevoerd moeten worden onder de cliënten van deze organisatie.

### **Cliëntniveau**

Uit de probleemanalyse in 1.1.3. wordt de waarde van de bespreekbaarheid verduidelijkt aan de hand van eerder gedane onderzoeken. Zo zouden psychische aandoeningen fundamentele levensvragen oproepen volgens een grote GGZ-instelling (Yulius, 2014). Zij stelde dat deze vragen die al dan niet religieus van aard zijn, zowel belemmerend als steunend zijn voor de cliënt en zijn herstel. Uit de resultaten komt naar voren dat het inderdaad herstelbevorderend en steunend kan zijn voor de cliënt, maar dat het ook ontregelend van aard kan zijn wanneer de cliënt nog te onstabiel zou zijn of de cliënt zijn autonomie te klein zou zijn. Daarnaast is het ook niet vanzelfsprekend dat wanneer een cliënt een bepaalde geloofsovertuiging heeft, dit bespreekbaar wil maken.

Het onderzoek van Movisie over zingeving binnen de maatschappelijke opvang stelde vast dat cliënten lieten merken dat ze het belangrijk vonden, maar andere zaken belangrijker zouden vinden. Dit wordt door dit onderzoek ook vastgesteld vanuit de ervaring van de professional. Deze ervaring is dat het onderwerp vaak meer richting het einde van de behandeling aan het licht komt omdat er dan meer ruimte is ontstaan en de basale problemen dan al verholpen zijn.

In het onderzoek van Van Leeuwen (2014) kwam naar voren dat drie op de tien respondenten aangaf dat het bij het takenpakket behoort om gerichte vragen te stellen over (eventuele) spirituele problemen. Uit dit onderzoek vonden vier van de tien respondenten dit behoren bij het takenpakket van de professional.

De wil is er, alleen het thema in de praktijk onder de aandacht wordt gebracht binnen de relatie hulpverlener c.q. cliënt, blijkt lastig te zijn (Akkermans & Leeuwen-den Dekker, 2010). Dit geldt hetzelfde voor de bevroegde professionals. Echter kan er nogmaals benoemd worden dat dit een kleinschalig onderzoek is en dit de validatie beperkt. Dit wordt verder toegelicht bij hoofdstuk 6.2.

## 6.2 Sterkte- zwakteanalyse

### 6.2.1. betrouwbaarheid

De aanleiding voor het onderzoek is op basis van een persoonlijke ervaring binnen een bepaalde organisatie. Deze ervaring heeft de affiniteit, passie van de onderzoeker aangewakkerd en aangezet om op onderzoek uit te gaan. Een kwalitatief onderzoek is gebaseerd op een vooraanname (Baarda & et. al., 2009). De vooraanname van dit onderzoek is dat de bespreekbaarheid van levensbeschouwing in de GGZ onvoldoende is, maar een essentieel onderdeel is van de behandeling. Het gevolg hiervan kan zijn geweest dat de onderzoeker de respondenten mogelijk in een bepaalde richting heeft gestuurd wat het onderzoek minder betrouwbaar maakt. Echter kan dit ook als sterkte punt worden ervaren doordat de persoonlijke affiniteit tot verdiepend onderzoek en verdiepende vragen naar de respondenten heeft geleid.

Het probleem is gesignaleerd binnen een instelling waar de onderzoeker veel kennis en ervaringen mee had, echter is dit onderzoek helaas niet binnen deze instelling uitgevoerd kunnen worden. Zo is dit onderzoek binnen een onbekende, en ander soort setting binnen de GGZ gedaan, dan waar het probleem gesignaleerd was. Dit heeft ervoor gezorgd dat de onderzoeker geen voorkennis had en een breed verkennend onderzoek moest uitgevoerd worden, waarbij het onderwerp in zijn breedste zin genomen is. De manier van vragen stellen tijdens het interview werd hierdoor soms wat onduidelijk voor de respondent en heeft de onderzoeker op bepaalde momenten een toelichting moeten geven en suggestieve vragen gesteld wat de betrouwbaarheid en objectiviteit mogelijk negatief heeft beïnvloed. Desondanks heeft de onderzoeker zo veel mogelijk open vragen gesteld. De onbekendheid van de instelling en zijn werknemers is tevens ook een sterktepunt van dit onderzoek doordat de onderzoeker niet beïnvloed kon worden door persoonlijke ervaringen met respondenten en zo objectiever het interview ingegaan is wat de betrouwbaarheid mogelijk positief beïnvloed heeft.

Het onderzoek zou specifiekker zijn geworden wanneer de onderzoeker ook een aantal cliënten zou hebben geïnterviewd. De efficiëntie van het onderzoek zou dan duidelijker zijn geworden en daarnaast meer evenwicht geven in de betrouwbaarheid door de andere kant te belichten. Nu is er enkel gekeken naar het perspectief van de hulpverlener waar specifiek voor gekozen was, maar achteraf gezien had het het onderzoek meer in balans kunnen brengen door de cliënt zijn bijdrage/perspectief op het antwoord van de hulpverleners.

Volgens Boeije (2005) kan de betrouwbaarheid van een onderzoek beïnvloed worden door toevallige of onsystematische fouten. Hierbij kunnen de emoties van de respondenten hun beantwoording beïnvloed worden. Een aantal respondenten voelde zich wat ongemakkelijk bij het afnemen van het interview omdat zij van mening waren dat ze te weinig afwisten van het thema en het gevoel hadden dat ze zich hadden moeten voorbereiden door zichzelf in te lezen. Hierdoor kan het mogelijk zijn dat de respondent een vertekend beeld heeft gecreëerd omdat ze (volgens de respondent) niet 'dom' over wilde komen. Daarnaast is er een respondent geïnterviewd die zelf gelovig en ervaringsdeskundig is. Deze heeft ontzettend veel affiniteit met het thema en heeft zo veel verteld over eigen persoonlijke ervaringen waardoor de intersubjectiviteit benadeeld werd (Baarda & et. al., 2009).

Boeije (2005) beschrijft in haar boek dat de betrouwbaarheid ook beïnvloed kan worden door de nauwkeurigheid van de data-verzameling of het gebruikte meetinstrument. Het meetinstrument van dit onderzoek was de topiclijst met een bijhorende schaduwlijst. De betrouwbaarheid zou mogelijk beïnvloed kunnen zijn doordat de onderzoeker, vooral bij de eerste interviews, onbekend was met de respondenten en hun behandeling. Hierdoor

werd het interview meer gestructureerd afgenomen volgens de topiclijst dan bij de daaropvolgende interviews waar de onderzoeker zich flexibeler opgesteld heeft en meebewoog naar de antwoorden van de respondent. Hierdoor kwam er meer diepgang en werden de resultaten uitgebreider.

### 6.2.2. Interne en externe validiteit

De validiteit van een onderzoek kan beïnvloedt worden door systematische fouten (Boeije, 2005). Wanneer een bepaalde onderzoekspopulatie niet wil meewerken aan het onderzoek of een geplande afspraak voor een interview opeens niet doorgaat waardoor de onderzoeker genoodzaakt is om een andere respondent te zoeken, beïnvloedt de interne validiteit (Boeije, 2005). De steekproef was selectief omdat de respondenten vanuit twee locaties genomen moesten worden en een bepaalde functie moesten hebben. Echter was het moeilijk realiseerbaar om tien respondenten te vinden die tijd en zin hadden om mee te doen aan het onderzoek. Zo is de onderzoeker moeten afwijken van de oorspronkelijke voorkeur aan beroepsprofielen dat vooropgesteld werd vanuit de opleiding (sociaal agogisch). Hierdoor was het onderwerp voor sommige respondenten minder aan de orde dan bij de andere beroepsprofielen wat de informatie enigszins verkleind zou kunnen hebben.

Tevens kan de (mis)interpretatie van de resultaten tot een verminderde interne validiteit leiden volgens Boeije (2005). De onderzoeker heeft de resultaten op een bepaalde manier geïnterpreteerd en daaruit conclusies getrokken. De onderzoeker had de interne validiteit beter kunnen waarborgen door een externe persoon de verkregen resultaten en conclusie te laten lezen om te voorkomen dat er teveel vanuit persoonlijk perspectief geïnterpreteerd is.

Wat betreft de externe validiteit is het onderzoek niet representatief voor de gehele organisatie X of andere GGZ-instellingen. De steekproef is hiervoor te gering wat volgens Boeije (2005) de externe validiteit beïnvloedt. Doordat het een praktijkgericht en geen wetenschappelijk onderzoek is kunnen er geen statische uitspraken gedaan worden het te generaliseren voor de gehele GGZ.

## Bibliografie

---

- Acherrat-Stitou, Z. (2009). Islam en psychiatrie in Nederland, een verkenning. *Psyche & Geloof* 20, pp. 110-118.
- Akkermans, C., & Leeuwen-den Dekker, P. v. (2010). *Zingeving als onderbelichte dimensie in de maatschappelijke opvang*. Utrecht: MOVISIE.
- American Psychiatric Association. (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen*. Amsterdam: BOOM.
- Andries Baart. (n.d. ). *Presentie*. Opgeroepen op 20 oktober 2016, van <http://www.andriesbaart.nl/presentie/>
- Baarda, B., & et. al. (2009). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Baart, A. (2006). *Een theorie van de presentie*. Den Haag: Lemma.
- Baart, A. (2006). *Een theorie vn de presentie*. Den Haag: Lemma BV.
- Beelen, A. v. (2013, april). 'Meer aandacht voor seks dan religie'. *Mednet*, pp. 8-11.
- Bekker, J., & Witte, T. d. (2016). *Sociale dynamiek van de gemeentelijke politiek. Samenspel tussen lokale overheid en sociale professionals*. Bussum: Coutinho.
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Amsterdam: Boom uitgevers.
- Boumans, J. (2012). *Naar het hart van empowerment*. Utrecht: Movisie.
- Buurtpastoraat . (2011). *geschiedeis*. Opgevraagd op 20 oktober 2016, van <http://www.buurtpastoraatutrecht.nl/buurtpastoraat/54-geschiedenis>
- Dijkstra, J. (2007). *Gespreksvoering bij geestelijke verzorging*. Soest: Nelissen.
- Droës, J. (2011). *Behandeling en rehabilitatie in herstelondersteunende zorg*. Utrecht: SBWU.
- Faculteit der Sociale Wetenschappen. (2014). *de participatiesamenleving*. Opgevraagd op september 2016, van [http://www.fsw.vu.nl/nl/Images/TALMALEZING\\_2014\\_DE\\_PARTICIPATIESAMENLEVING\\_tc\\_m249-371428.pdf](http://www.fsw.vu.nl/nl/Images/TALMALEZING_2014_DE_PARTICIPATIESAMENLEVING_tc_m249-371428.pdf)
- GGZ Momentum. (2016). *Ons team*. Opgevraagd op 12 april 2016, van <http://www.ggzmomentum.nl/team/>
- Gremmen, M. (2015). *Kwetsbare groepen in een inclusieve samenleven*. Den Haag: kwaliteitsinstituut Nederlandse Gemeenten.
- Hendriksen-Favier, A., Nijens, K., & Rooijen, S. v. (2012). *Handreiking voor de implementatie van herstelondersteunende zorg in de ggz*. Utrecht: Movisie.

- Immel, R. (2013). *Psychiatrie & zingeving*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Janssen, J. (2007). *De nieuwe code gedecodeerd*. Amersfoort: ThiemeMeulenhoff bv.
- Kies op maat. (2012). *GGZ Agoog*. Opgevraagd op 20 oktober 2016, van <https://www.kiesopmaat.nl/modules/hva/DMR/136216/>
- Koekkoek, B., & Vandereycken, W. (2008). Religie en levensbeschouwing in de GGZ. *Psychopraxis*, Volume 10, Issue 6, pp 230–230.
- Koenig, H. (2008). Religion and mental health: what should psychiatrists do? *Psychiatric Bulletin*, 201-203.
- Kortmann, F. (2004). *Sociale psychiatrie*. Opgevraagd op 25 februari 2016, van <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/en/issues/214/articles/5330>
- Krikilion, W. (2008). Religie en spiritualiteit als uitdaging in de GGZ: handvatten voor de praktijk. *PsychoPraxis*, 252.
- Langeveld Centrum. (n.d.). *Hermeneutiek*. Opgevraagd op 20 oktober 2016, van <http://www.langeveldcentrum.nl/site/index.php/wat-is-hermeneutiek>
- Leeuwen, R. v. (2009). *Geloof het of niet! Spiritualiteit als relevante dimensie in zorg- en hulpverlening*. Opgehaald van [https://hbo-kennisbank.nl/record/sharekit\\_viaa/oai:surfsharekit.nl:4bb92976-55c3-4349-bf11-bb6b9d8528bd](https://hbo-kennisbank.nl/record/sharekit_viaa/oai:surfsharekit.nl:4bb92976-55c3-4349-bf11-bb6b9d8528bd)
- Mens en gezondheid. (2010). *Verslaving behandeling: Het 12 stappenplan (Minnesota model)*. Opgevraagd op Juni 2017, van <http://mens-en-gezondheid.infonu.nl/verslaving/59321-verslaving-behandeling-het-12-stappenplan-minnesota-model.html>
- Methodieken. (n.d.). *Hermeneutische benadering*. Opgevraagd op 20 oktober 2016, van [http://www.methodieken.nl/methodieken\\_methoden.asp](http://www.methodieken.nl/methodieken_methoden.asp)
- Nationale beroepengids. (n.d.). *Werken als psycholoog*. Opgevraagd op 20 november 2016, van <http://www.nationaleberoepengids.nl/Psycholoog>
- Nationale beroepengids. (n.d.). *Werken als Sociotherapeut*. Opgevraagd op 17 oktober 2016, van <http://www.nationaleberoepengids.nl/Sociotherapeut>
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2002). *The Neuman Systems Model 4th ed. (4e ed.)*. New Jersey: Prentice Hall.
- NVP. (2016). *Het beroep psychotherapeut*. Opgevraagd op 17 oktober 2016, van <http://www.psychotherapie.nl/217055235/Het-beroep-psychotherapeut>

- Redactie Ensie. (2011, maart 3). *Levensbeschouwing*. Opgevraagd op 17 oktober 2016, van <https://www.ensie.nl/redactie-ensie/levensbeschouwing>
- Regenmortel, T. (2009). Empowerment in de geestelijke gezondheidszorg. *Neuron*, 1-6.
- Riel, E. v. (2013, oktober 24). *'Psychiaters zijn niet meer bekend met godsdienst'*. Opgevraagd op september 2016, van <http://www.trouw.nl/tr/nl/5009/Archief/article/detail/3532324/2013/10/24/Psychiaters-zijn-niet-meer-bekend-met-godsdienst.dhtml>
- Schep-Akkerman, A., & Leeuwen, R. v. (2009). *Spirituele zorg in sociaal werk: relevant, maar taakopvatting niet eenduidig*. Opgevraagd op 25 februari 2016, van <http://pdf.swphost.com/Sozio/91/ArtikelSchep-vanLeeuwen.pdf>
- Shafranske, E. (2005). The Psychology of Religion in Clinical and Counseling Psychology. In R. Paloutzian, & C. Park, *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*. New York: The Guilford Press.
- Stel, J. v. (2005). Spiritualiteit en religie. Het verband met geestelijke en lichamelijke gezondheid. *Psychologie en Gezondheid*, 1-17.
- Vierwind, G. (2014, april 8). *Religieuze levensbeschouwing en psychosociale hulpverlening*. Opgevraagd op 24 februari 2016, van <http://www.che.nl/~media/Academie%20Sociale%20Studies/lectoraat%20Jeugd%20en%20Gezin/artikel%20G%20Vierwind%20religieuze%20levensbeschouwing.pdf>
- Vries-Schot, M. d. (2008). *Geloven is gezond*. Zoetermeer: Boekencentrum.
- Weijers, E. (n.d.). *Intervisie*. Opgevraagd op Juni 2017, van <http://www.carrieretijger.nl/functioneren/ontwikkelen/jezelf-ontwikkelen/intervisie>
- Winsemius, A., & Houten, M. v. (2010, april 26). *Participatie ontward*. Utrecht: MOVISIE. Opgevraagd op 17 oktober 2016, van <http://www.socialevraagstukken.nl/participatie-kwetsbare-mensen-dilemma%E2%80%99s/>
- Yulius. (2014). *Levensbeschouwelijke zorg*. Opgevraagd op februari 25, 2016, van Yulius: <https://www.yulius.nl/levensbeschouwelijke-zorg>
- Zilfhout, P. (2010). Waarden onder spanning - een sociaalethische verkenning van de Wmo. In J. Steyaert, & R. Kwekkeboom, *Op zoek naar duurzaamheid* (p. 52). Utrecht: Libertas.



### Bijlage 1. Competenties herstelondersteuner en geestelijk verzorger (Droës, 2011)

| <i>Herstelondersteunende zorg</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <i>Geestelijk verzorger</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Luisteren</li> <li>- Je observaties even parkeren</li> <li>- Ingaan op waar de cliënt mee zit</li> <li>- Woorden van de cliënt gebruiken</li> <li>- Niet uitleggen wat er gebeurt maar cliënt bepaalt welke hulp hij wanneer wil hebben</li> <li>- Ruimte voor fouten en ervan leren</li> <li>- Eigen mening geven, maar cliënt beslist</li> <li>- Complimenten bij eigen initiatief</li> <li>- Ervaringsdeskundigheid wordt gewaardeerd</li> <li>- Samen mogelijkheden uitzoeken</li> <li>- Steeds zorgen voor keuzes, gezamenlijke besluitvorming</li> <li>- Altijd op zoek naar de persoonlijke betekenis en oorzaken van ziekte</li> <li>- Eigen verhaal centraal, subjectieve beleving heeft betekenis</li> <li>- Zelfhulp en lotgenotencontact zijn een kern van behandeling</li> <li>- Het proces is belangrijker dan het resultaat en wordt beoordeeld op de mate van persoonlijke groei die het veroorzaakt</li> <li>- Behandeling is idealiter een gefragmenteerd proces met onderbrekingen, pauzes en tempowisselingen aansluitend bij de ontwikkeling van de cliënt</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Present zijn</li> <li>- Het hanteren van je professionele referentiekader op een terughoudende en bescheiden wijze</li> <li>- Ruimte maken voor en aansluiten bij het eigen verhaal van de cliënt</li> <li>- De woorden van de cliënt gebruiken</li> <li>- Stimuleren en benutten van de eigen kracht van de cliënt</li> <li>- Ingaan op waar de cliënt mee zit</li> <li>- Op zoek gaan naar de persoonlijke betekenis van ziekte</li> <li>- Het erkennen, benutten en stimuleren van de ondersteuning van de cliënt door belangrijke anderen</li> <li>- Gerichtheid op het verlichten van lijden en het vergroten van eigen regie/autonomie</li> <li>- Het proces is belangrijker dan het resultaat en wordt beoordeeld op de mate van persoonlijke groei die het veroorzaakt en het doel is nooit genezing in medische zin</li> </ul> |

## Bijlage 2. Verificatie onderzoek



Maria H[redacted] | GGZ

di 6-12, 11:39

U ↕

Hoi Melanie,

Hierbij de verificatie,

Binnen GGZ [redacted] is nog weinig zicht op hoe hulpverleners bij de (religieuze levensbeschouwing) van hun cliënten aansluiten en of zij voldoende kennis en inzicht hebben over dit onderwerp. Onderzoek naar hoe hulpverleners aansluiten in hun begeleiding van cliënten bij de (religieuze) levensbeschouwing is voor organisatie x waardevol en zal naar verwachting bijdragen aan ons inzicht in dit onderwerp en praktische implicaties bieden voor de praktijk.

Met hartelijke groet,

Maria H[redacted]

Psycholoog/yogatrainer/onderzoeker

### **Bijlage 3. Mail naar respondenten**

Beste medewerkers van organisatie X.

Mijn naam is Melanie van der Vorst en ik ben momenteel aan het afstuderen tot GGZ-agoog binnen de Fontys Hogescholen. Hiervoor doe ik een kwalitatief onderzoek naar de (religieuze) levensbeschouwing in de GGZ. Eerdere onderzoeken tonen aan dat het onderwerp (religieuze) levensbeschouwing lastig bespreekbaar is binnen de GGZ, maar wel een essentieel onderwerp is/kan zijn voor de cliënt en de behandeling. Het is onduidelijk in hoeverre de hulpverlener bewust is van dit onderwerp en zijn eventuele positieve uitwerkingen.

Het doel van dit onderzoek is dan ook om kennis en inzicht te werven bij hulpverleners in contact met cliënten met een psychiatrische aandoening over hoe hulpverleners dit onderwerp al dan niet bespreekbaar maken. Heeft men hier kennis over, is men zich hier bewust van ja of nee en welke belemmeringen/positieve effecten worden er of zouden er kunnen worden ervaren wanneer dit onderwerp meer bespreekbaar wordt gemaakt? Op basis hiervan worden handvatten/aanbevelingen geformuleerd voor in de praktijk.

Ik heb al een aantal respondenten vanuit de afdeling in Den Bosch, maar zoek nog een aantal andere respondenten die zich geroepen voelen en bereid zijn om hierover geïnterviewd te worden. Het liefste wil ik mensen van verschillend beroepsprofiel interviewen om te kijken of dit een verschil maakt. Het zal in totaal 1 uur/ 1,5 uur in beslag nemen. Betreffende de maand december en januari. Ik begrijp dat het nu een drukke tijd is, maar u zou mij er echt enorm mee helpen!

Alvast bedankt!

Met vriendelijke groeten,

Melanie van der Vorst

#### **Bijlage 4. Topiclijst + schaduwlijst**

- Introductie
  - o Welkom heten en voorstellen.
  - o Bedanken voor de medewerking
  - o Aanleiding tot onderzoek + verdere introductie
  - o Anonimiteit toelichten
  - o Gespreksduur ± 1-1,5 uur
  - o Opname, na het afstuderen vernietigt. Verbatim 5 jaar bewaren.
- Eerste gedachten over thema
  - o Wat roept (religieuze) levensbeschouwing bij u op?
  - o Wat vindt u van dit thema?
- Bekendheid
  - o Hoe goed bent u bekend met dit thema?
  - o Wat weet u al allemaal over dit thema?
- Bespreekbaarheid
  - o Hoe komt dit thema terug in uw behandeling met de cliënt?
  - o Wordt er vanuit uw organisatie iets gedaan met dit thema?
- Eigen ervaringen
  - o Bent u zelf gelovig, spiritueel, of geïnteresseerd in thema's zoals deze?
  - o Heeft u wel eens een cliënt met een bepaalde geloofsovertuiging gehad?
    - Zo ja, wat zijn uw ervaringen hiermee?
- Belemmeringen
  - o Zijn er aspecten die u tegen houden om dit thema bespreekbaar te maken?
    - Zo ja, welke
  - o Wat zou u kunnen helpen om deze belemmeringen kleiner te maken?
- Mogelijkheden
  - o Welke mogelijkheden ziet u in de bespreekbaarheid?
    - Zou u deze mogelijkheden willen toepassen in uw contact met de cliënt?
    - Wat heeft u hierbij nodig?
- Communicatieve vaardigheden
  - o Welke communicatieve vaardigheden denkt u dat hulpverleners nodig hebben om dit onderwerp bespreekbaar te maken?
  - o Beschikt u over deze vaardigheden?
    - Zo nee, zou u dit wel willen?
- Kennisvaardigheden
  - o Welke kennisvaardigheden denkt u dat hulpverleners nodig hebben om dit onderwerp bespreekbaar te maken?
  - o Beschikt u over deze vaardigheden?
    - Zo nee, zou u dit wel willen?

- Toekomst
  - Zou u in het toekomstperspectief meer aandacht aan dit thema willen geven in uw behandeling met de cliënt?
    - Waarom wel, waarom niet
- Afsluiting
  - Zijn er nog zaken waar ik niet naar gevraagd hebben en die u wel belangrijk acht?

Bedanken en informeren over het verdere verloop

## Codeboom

| Deelvraag                                                                                                                               | Thema     | Axiaal                         | Code                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Wat verstaan de professionals van organisatie X onder levensbeschouwing en welke waarde geven zij hieraan in het contact met de cliënt? | Gedachten | Omschrijving levensbeschouwing | Godsdienst/religie, spiritualiteit 7x<br>Normen en waarden 3<br>Zingeving 2x<br>Kijkwijze 2x<br>Vormgeving leven 2x<br>Stroming 1x<br>Zin van het leven 1x<br>Geloofsovertuiging 1x<br>Levensfilosofie 1x<br>Hoop 1x<br>Existentiële thema's 1x |
|                                                                                                                                         |           | Negatief                       | Inkadering 2x<br>Blokkeren 1x<br>Twijfel 1x<br>Onbewust 1x<br>Geen verdieping 1x<br>Onderbelicht 1x                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                         |           | Positief                       | Interessant 2x<br>Acceptatie 1x<br>Kracht 1x<br>Regelmatig aan bod 1x                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                                         |           | Persoonlijk                    | Eigen referentie kader 3x<br>Yoga 1x<br>Oosterse filosofie 1x                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                         |           | Overig                         | 12 – stappenmodel 2x<br>Niet actief in behandeling 1x<br>Persoonsafhankelijk 1x<br>Breed begrip 1x<br>Wisselend op in gegaan 1x<br>Refererend naar cliënten 1x<br>Diepgaand 1x                                                                  |

|  |                       |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--|-----------------------|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Mening                | Positief            | Belangrijk 7x<br>Richten op belevingswereld 3x<br>Vraaggericht werken 3x<br>Interessant 2x<br>Waardevol 2x<br>Aandacht geven 1x<br>Herstel bevorderend 1x<br>Invloed plezier in leven 1x<br>Positief 1x<br>Effectief emotionele thema's 1x<br>Onmiskenbaar 1x<br>Leuk 1x<br>Waardevol cliënt zelf ontdekken 1x<br>Is therapie zelf en dus essentieel 1x<br>Vrijheid 1x<br>Eigen kracht 1x<br>Actueel eigen sterfelijkheid actief 1x<br>Leven en dood 1x<br>Ondersteunend reguliere behandeling 1x |
|  |                       | Negatief            | Niet kaderen 1x<br>GGZ teveel op ratio 1x<br>Onduidelijk binnen psychologische behandeling 1x<br>Moeite met compassie bij onbegrip 1x<br>Te ingewikkeld 1x                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|  |                       | Overig              | Buiten higher power om 1x                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|  | Waarde voor de cliënt | Persoonlijke waarde | Richtinggevend 4x<br>Kracht 4x<br>Acceptatie 3x<br>Houvast 3x<br>Helpend 2x<br>Zelfbewustzijn 2x<br>Betekenisgeving 2x<br>Steunend 2x<br>Zelfwaardering 2x<br>Rust 1x                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|                                                                                                                    |                    |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                    |                    |                    | Hoopgevend 1x<br>Motiverend 1x<br>Vergroten autonomie 1x<br>Vereenvoudigend 1x<br>Vanuit cliënt zelf waardevoller 1x<br>Zoektocht naar identiteit 1x<br>Mildheid 1x<br>Horizon verbreden 1x<br>Thuisituatie 1x                                                                                                                                                             |
|                                                                                                                    |                    | Waarde in therapie | Contact lotgenoten 2x<br>Herstelbevorderend 2x<br>Bevorderend behandelrelatie 2x<br>Gespreksvrijheid 1x<br>Begrip 1x<br>Tabula rasa 1x<br>Serieus genomen 1x<br>Bespreekbaarheid teken van herstel 1x<br>Wanneer verzet, ook verzet op andere gebieden 1x<br>Hulpverlener + cliënt gelovig is bevorderend 1x<br>Leuke discussie in groep 1x                                |
| Wat wordt er vanuit organisatie X en zijn professionals ondernomen op het vlak van (religieuze) levensbeschouwing? | Vanuit organisatie | Aanbod             | Existentiële groepen 3x<br>12-stappenmodel 3x<br>Narratieve therapie 3x<br>Mindfulness 3x<br>Therapie is levensbeschouwing 2x<br>Geen specifiek onderdeel 2x<br>Weinig 2x<br>Onduidelijk 2x<br>Veel aandacht kliniek Zuid-Afrika 1x<br>Acceptance and commitment therapy 1x<br>Onderwijsmomenten 1x<br>Niet in intake 1x<br>Terughoudend in aanbod 1x<br>Niet besproken 1x |
|                                                                                                                    |                    | Visie              | Andere noemer 4x                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |



|                                                                                                                                                                                |               |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                |               |                          | Voorbij symptoombestrijding 3x<br>Visie nastrevend 2x<br>Bespreekbaar in team 2x<br>Geloof/spiritualiteit te weinig 2x<br>Professional afhankelijk 1x<br>Ontwikkelingen 1x<br>Methodisch handelen 1x<br>Zelfsturende cliënt 1x<br>Niet bewust 1x<br>Thema hoop 1x<br>Neuman systems model 1x<br>Voorselectie 1x<br>Persoonsgerichte aanpak 1x<br>Affiniteit 1x |
| Welke mogelijkheden en belemmeringen worden ervaren door de professionals van organisatie X in het contact met de cliënt met betrekking tot de (religieuze) levensbeschouwing? | Belemmeringen | Wanneer de cliënt        | Overheersende overtuiging 4x<br>Extreem gelovig 2x<br>Beperkte autonomie 2x<br>Ziektebeeld afhankelijk 1x<br>Antisociale persoonlijkheid 1x<br>Kan ontregelend werken 1x                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                |               | Persoonlijk              | Onbegrip 3x<br>Zelf gelovig 3x<br>Privé 2x<br>Specifiek geloof/geloofsovertuiging 2x<br>Geen belemmering naar cliënt 2x<br>Ontastbaar 2x<br>Geen affiniteit 1x<br>Onervarenheid 1x<br>Negatieve blik op gelovige hulpverleners 1x<br>Geen prioriteit 1x<br>Niet vanzelfsprekend 2x<br>Geen verdieping 2x                                                       |
|                                                                                                                                                                                |               | Kennis/<br>benodigdheden | Ingewikkeld 2x<br>Tot welk doel 1x<br>Tijd 1x<br>Te weinig tools 1x                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                                                                                                                            |                  |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                            |                  | Organisatie                 | Als team niet open is 1x<br>Vast onderdeel 2x<br>Groepsverband 1x                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                                            |                  | Angsten                     | Angst 2x<br>Angst op veroordeling 2x<br>Angst voor onwetendheid 1x<br>Bang voor discussie 1x<br>Te gevoelig 1x                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                                                            | Mogelijkheden    | Professional                | Vaker bespreken 3x<br>Bewustheid creëren 3x<br>Actiever aanbieden 2x<br>Blik verbreden 2x<br>Eigen referentiekader inzetten 1x                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                                                            |                  | Behandeling/<br>Organisatie | Topic intake 3x<br>Item in deeltijdgroep 2x<br>Eerder in behandeling 2x<br>Dit soort interviews 2x<br>Wetenschappelijke onderbouwing 2x<br>Cliënten interviewen 2x<br>Organisatie vrijwillig aanbieden 1x<br>Klinische les (vrijwillig) 1x<br>Groep opzetten 1x<br>Topic intervisie 1x<br>Training voor hulpverleners 1x<br>Internaliseren 1x |
|                                                                                                                            |                  | Overige                     | Opleidingsonderdeel 1x                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Hoe wordt de<br>bespreekbaarheid van het<br>thema levensbeschouwing<br>door de professionals van<br>organisatie X ervaren? | Bespreekbaarheid | Professional<br>afhankelijk | Aanvoelen 6x<br>Aansluiten bij cliënt 5x<br>Weinig aan bod 5x<br>Onbewust 4x<br>Hulpverlenerstaak 4x<br>Timing 4x<br>Concretiseren 4x<br>Afhankelijk behandel fase 4x<br>Niet inhoudelijk 3x<br>Actiever 3x<br>Eigen referentiekader 2x                                                                                                       |

|  |  |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--|--|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |                   | <p>Op maat cliëntendoel 2x</p> <p>Samenhang ontbreekt 2x</p> <p>Voldoende 3x</p> <p>Betekenisgeving 2x</p> <p>Gelijkwaardig onderwerp 2x</p> <p>Geen issue 2x</p> <p>Minder tastbaar 2x</p> <p>Onduidelijk 2x</p> <p>Andere prioriteiten 2x</p> <p>Beleving verkennen 2x</p> <p>Niet naar wens 1x</p> <p>12-stappenmodel tastbaar hulpmiddel 1x</p> <p>Wisselende actualiteit 1x</p> <p>Geen tijd 1x</p> <p>Weinig aandacht spiritualiteit 1x</p> <p>Empowerment 1x</p> <p>Angst uiten eigen geloofsovertuiging 1x</p> <p>Gedragmatige behandeling weinig aan bod 1x</p> <p>Psychotherapeutische behandeling veel aan bod 1x</p> <p>Onhandig 1x</p> <p>Inhoudsniveau gemakkelijker 1x</p> <p>Betrekkingsniveau moeilijker 1x</p> <p>Zinvolle informatie 1x</p> <p>Privé 1x</p> |
|  |  | Cliëntafhankelijk | <p>Cliëntafhankelijk 5x</p> <p>Meer interne beweegredenen cliënt 2x</p> <p>Weinig behoefte vanuit cliënt (aaname) 2x</p> <p>Niet vanzelfsprekend bespreekbaar bij gelovige cliënt 1x</p> <p>Cliënt leidt 1x</p> <p>Groepsdruk 1x</p> <p>Vanuit cliënt 1x</p> <p>Afhankelijk cliëntdoel 1x</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|  |  | Organisatie-      | Rode draad 4x                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|                                                                         |                             |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                         |                             | afhankelijk          | Psychotherapeutische benadering is levensbeschouwing 4x<br>Neuman Systems model 3x<br>Intake 1x<br>Huiskamergevoel 1x                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                         | Ervaring met cliënt         | Positieve ervaringen | Positief 4x<br>Helpend 4x<br>Onderzoekend 3x<br>Rust 2x<br>Ondersteunende factor motivatie 1x<br>Stabiliteit 1x<br>Geen belemmeringen 1x<br>Spanning reducerend 1x                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                         |                             | Negatieve ervaringen | Wisselend 3x<br>Onwetend 3x<br>Kan onregelend werken 2x<br>Tegenstrijdigheid 2x<br>Niet specifiek bevraagd 2x<br>Niet beginfase 2x<br>Einde behandeling 1x<br>Religie niet accepterend in maatschappij 1x<br>Moet persoonlijke zoektocht zijn 1x<br>Religie beladen 1x<br>Identiteit nodig tot spiritualiteit 1x<br>Lastig bespreekbaar 1x<br>Geen ruimte 1x<br>Geen behoefte 1x<br>Godsdienst inhoudelijk belemmering 1x |
|                                                                         |                             | Overige              | 12-stappenmodel 3x<br>Higher power 2x<br>Groepsafhankelijk 1x<br>Algemeen bevraagd in intake 1x<br>Vaststaande methoden overnemen 1x                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Wat hebben professionals van organisatie X nodig aan kennis, houding en | Competenties/ benodigdheden | Vaardigheden         | Cliëntgericht 2x<br>Samenwerking 2x<br>Standaard communicatieve                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

|                                                                                                     |  |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| vaardigheden om de levensbeschouwing van de psychiatrische cliënt in hun begeleiding te integreren? |  |         | vaardigheden 2x<br>Vragend 1x<br>Luisterend 1x<br>Signalen oppikken 1x<br>Breken met stereotypen 1x<br>Los van eigen referentiekader 1x<br>Aansluiten bij cliënt 1x<br>Oefenen 1x<br>Luchtig houden 1x<br>Kwetsbaar opstellen 1x                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                                     |  | Houding | Openheid 7x<br>Doen/lef 4x<br>Onbeoordeeld 4x<br>Nieuwsgierigheid 4x<br>Accepterend 3x<br>Vertrouwen 3x<br>Transparant 3x<br>Oprechte interesse 3x<br>Respect 2x<br>Out of the box denken 2x<br>Bereidwilligheid 2x<br>Bewustheid 2x<br>Openminded 2x<br>Tabula rasa 2x<br>Compassie 2x<br>Neutraal 2x<br>Niet verwijtend: vraagstelling en praktiseren 1x<br>Veiligheid 1x<br>Reflecterend vermogen 1x<br>Inlevingsvermogen 1x<br>Bescheidenheid 1x<br>Inschattend vermogen 1x<br>Introspectief vermogen 1x<br>Mentalliserend vermogen (onderscheid eigen gedachten en de ander) 1x |
|                                                                                                     |  | Kennis  | Kennis/wetenschappelijke onderbouwing 3x<br>Levenswijsheid 1x                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|  |  |             |                                                                                                                                                                              |
|--|--|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |             | Kennis levensstromingen 2x<br>Theorie verweven 1x<br>Informatie houvast 1x<br>Informatie niet noodzakelijk 1x<br>Zelfkennis 1x<br>Niet inhoudelijke kennis 1x                |
|  |  | Cliënt      | Autonomie cliënt 1x<br>Psychisch draagvermogen cliënt 1x                                                                                                                     |
|  |  | Organisatie | Supervisie 1x<br>Actueler 1x<br>12-stappenmodel 1x<br>Tijd 1x<br>Uitnodigend vanuit organisatie 1x<br>Draagkracht team 1x<br>Als team uitdragen 1x<br>Teamovereenstemming 1x |