

# Zinvol opleiden tussen missie en visie

Hans Schilderman, Radboud Universiteit

Beste collega's,

**(PP-2)** In mijn eigen opleiding – de master geestelijke verzorging aan de Radboud Universiteit – maak ik graag een onderscheid tussen wetenschappers en professionals. Dat zijn verschillende diersoorten. Het werk aan een universiteit en dat in een van de verschillende werkvelden van de geestelijke verzorging verschilt nu eenmaal en ik zal dan ook niet snel beweren dat ik verstand van de geestelijke verzorging heb. Opleiden en onderzoeken is wat anders dan zorg dragen voor mensen die om welke reden dan ook hulp en steun bij religieuze en levensvragen verwachten. Dat ik u toch als collega's aanspreek heeft te maken met het thema van deze studiedag, namelijk opleiden in de geestelijke verzorging. **(PP-3)** Opleiden behoort – zoals u kunt lezen in de beroepstandaard - tot het professionele takenpakket van de geestelijk verzorger<sup>1</sup>, met daaraan corresponderende competenties.<sup>2</sup> Mijn thema van vandaag betreft die opleidingsrol van de geestelijke verzorger die naar mijn overtuiging aan moet sluiten op een veranderende visie op zorg, hetgeen onvermijdelijk consequenties heeft voor de missie van de geestelijke verzorging. Dat de aandacht voor opleiden onder geestelijk verzorgers leeft hoop ik ter afsluiting van mijn lezing te illustreren aan de hand van enkele onderzoeksgegevens over de steun onder VGVZ-leden voor een postacademische opleiding zingevingszorg.

## Domeinzorg

De opleidingsrol confronteert een geestelijk verzorger met de vraag wat haar domein eigenlijk is. Opleiden is mooi, maar hoe borg je dat je eigen expertisegebied - geestelijke zorg – daarbij goed geprofileerd raakt en ook op de cliënt of patiënt afgestemd wordt? Ik noem die aandacht voor wat je kwalitatief onderscheidt 'domeinzorg', en daarbij lijkt het mij van belang om aan te sluiten bij de beschikbare kwaliteitskaders. We kennen allemaal de omschrijving van geestelijke zorg in de beroepstandaard van de VGVZ: *'professionele begeleiding, hulpverlening en advisering bij zingeving en*

---

<sup>1</sup> Zo schrijft de beroepstandaard als één van de rollen van de geestelijk verzorger: *'Een geestelijk verzorger biedt als opleider training en educatie aan professionals, vrijwilligers en toekomstige geestelijk verzorgers met het oog op levensbeschouwelijke en ethische vragen'* VGVZ (2016). *Beroepstandaard Geestelijk verzorger 2015*. 12.

<sup>2</sup> *'Individueel en groepsgeoriënteerd op uitnodigende en didactisch verantwoorde wijze van scholing, training en advies kunnen voorzien met het oog op levensbeschouwelijke aspecten van zorg- en dienstverlening; het kunnen bieden van ondersteuning aan professionals en vrijwilligers in het leren verstaan van het perspectief van anderen'*. VGVZ (2016). *Beroepstandaard Geestelijk verzorger 2015*. 14.

*levensbeschouwing*'.<sup>3</sup> Dat is wat de geestelijk verzorger doet, maar wat de cliënt of de zorg als zodanig vraagt wordt zo nog niet duidelijk. Een daarvoor meer geschikte definitie uit het kwaliteitskader palliatieve zorg luidt: *'de patiënt en diens naasten ervaren aandacht voor wat voor hen van betekenis is en ontvangen passende ondersteuning bij spirituele en existentiële vragen en behoeften*'.<sup>4</sup> Professionals in de palliatieve zorg beschrijven als één van hun vier kernwaarden dat hun taakstelling *'wordt afgestemd op de (inter)persoonlijke, culturele en levensbeschouwelijke waarden, normen, wensen en behoeften rondom leven, ziek zijn en sterven van de patiënt en diens naasten*'.<sup>5</sup> (PP-4) Daartoe is in de palliatieve zorg ook een kwaliteitskader opgesteld, dat als standaard voor de spirituele dimensie omschrijft: *'De patiënt en diens naasten ervaren aandacht voor wat voor hen van betekenis is en ontvangen passende ondersteuning bij spirituele en existentiële vragen en behoeften*', waarbij vervolgens criteria de vereisten nadert omschrijven.<sup>6</sup> Van dergelijke kwaliteitskaders zijn er meer zoals de onlangs herziene richtlijn 'Zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase', waarbij opgemerkt moet worden dat wordt dit opstellen van kwaliteitsvereisten kennelijk vooral in de terminale ouderenzorg speelt. Meer in het algemeen vergt een kwaliteitskader dat er voor het domein een beroepstandaard beschikbaar is, dat de verantwoordelijkheden goed verdeeld zijn (d.w.z. tussen b.v. professionals, hun teams, andere professionals, bestuurders van zorginstellingen en patiënten), dat er goed verantwoording wordt afgelegd en de kwaliteit van het professioneel handelen getoetst wordt, en tenslotte dat de kwaliteit geborgd wordt in juridische, wetenschappelijke en educatieve zin.<sup>7</sup> Met andere woorden, het gaat om het zo goed mogelijk borgen van domeinzorg in valide professionele termen die voor iedereen in de zorg in beginsel toegankelijk en begrijpelijk zijn.

Het punt van toegankelijkheid en begrijpelijkheid vergt vooral dat dergelijke domeinzorg niet in religieuze of andere levensbeschouwelijke termen maar in zakelijke termen die voor iedere burger inzichtelijk zijn. Het religieuze vocabulaire blijkt in Nederland steeds minder richtinggevend en we zien dan ook een verschuiving naar meer generieke – de religieuze en denominale verschillen overstijgend – taalgebruik. (PP-5) En precies die termen blijken goed aan te sluiten op de veranderingen in de zorg. Noties van spiritualiteit, zingeving, en veerkracht staan centraal in de verschuiving van 'negatieve diagnostiek' (wat gaat er fout?) die disfuncties en afwijkingen identificeert, naar 'positieve diagnostiek' (wat gaat er goed?) die eufuncties en hulpbronnen aanwijst. Een dergelijk concept van positieve

---

<sup>3</sup> VGVZ (2012). *'Beroepsstandaard geestelijke verzorging*'. 2015. 7-8.

<sup>4</sup> Boddaert, M. c.s. (2017). *Kwaliteitskader palliatieve zorg*. Nederland. IKNL/Palliactief. 39-40.

<sup>5</sup> Ibid 39. Voor meer inhoudelijke beschrijvingen zie b.v. Puchalski, C.; Ferrell, B.; O'Donnell, E. (2016). *Spiritual Issues in Palliative Care*. In: Yennurajalingam, S.; Bruera, E. (Eds). *Oxford American handbook of hospice and palliative medicine and supportive care*. New York, Oxford University Press. 257-272.

<sup>6</sup> IKNL (2017). *Kwaliteitskader palliatieve zorg* Nederland. 55.

<sup>7</sup> Zie b.v. het kwaliteitskader van medisch specialisten: Orde van Medisch Specialisten (2010). *Kwaliteitskader van medisch specialisten. Richtlijnen voor medisch specialisten en raden van bestuur*. Utrecht.

gezondheid komt voort uit de positieve psychologie en de daar ontwikkelde (VIA-)diagnostiek.<sup>8</sup> (PP-6) Huber c.s. hebben een model van positieve gezondheid uitgewerkt dat inmiddels voorzien is van praktische instrumenten.<sup>9</sup> Positieve gezondheid wordt daar omschreven als het vermogen van mensen om met levensuitdagingen om te gaan en daarbij zoveel mogelijk zelf de regie te voeren. Geestelijke verzorging vervult daarbij potentieel een strategisch belang, waarbij haar domein omschreven kan worden in termen van patiëntondersteuning in het vermogen om doelen en idealen na te streven, een toekomstperspectief te ontwikkelen en daarbij onvermijdelijkheden te accepteren. De opleidingsrol van geestelijk verzorgers heeft dus alle kansen indien ze aansluit op gezondheidsdoelen als levenskwaliteit, welbevinden, participatie en zingeving.<sup>10</sup>

Het Zorginstituut dat in Nederland het recht op zorg waarborgt en toeziet op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de gezondheidszorg, beklemtoont het belang van scholing, en omschrijft dat in termen van vakbekwaamheid (zowel initieel, post-initieel als middels na- en bijscholing); samenwerkend vermogen (door de praktijk de opleiding binnen te halen en opleidingstrajecten op elkaar af te stemmen); en lerend vermogen (door goede analysetechnieken en toegepast onderzoek).<sup>11</sup> (PP-7) Vakbekwaamheid drukt de kerncompetenties uit van het eigen beroep; iets dat ik eerder aanduidde als domeinzorg. In Nijmegen zijn dat bijvoorbeeld spirituele counseling, ethiekondersteuning en rituele zorg. Samenwerkend vermogen is cruciaal; ik kom er zo terug als ik het heb over zorgintegratie en interprofessionele afstemming. Lerend vermogen is het goed kunnen afleggen van een leertraject in een cyclische afstemming op de werkpraktijk. (PP-8) Dat lerend vermogen staat in de literatuur ook wel bekend als '*clinical reasoning*', het vermogen tot '*wise action, meaning taking the best judged action in a specific context*'.<sup>12</sup> Daarbij gaat het zowel om discipline-specifieke kennis en methodische onderzoekvaardigheden, als ook om voortdurende zelfreflectie om tot gezamenlijke besluitvorming te kunnen komen binnen de uniciteit van een casus of zorgcontext. Dit verder ontwikkelen van '*clinical reasoning*' lijkt me een taak die beantwoordt aan de expertise van de Raad Klinische Pastorale Vorming en haar trainers. Het herzien en komen tot een KPV-training nieuwe stijl, lijkt me dan ook een belangrijke opdracht.

---

<sup>8</sup> Peterson, P.; Seligman, M. (2004). *Character Strengths and Virtues: A Handbook and Classification*. (APA) Oxford, Oxford University Press.

<sup>9</sup> Huber, M. c.s. (2011). How should we define health? *BMJ* 2011;343:d4163 doi: 10.1136/bmj.d4163

<sup>10</sup> Huber, M. (2014). *Towards a new, dynamic concept of Health. Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food*. [Proefschrift Universiteit Maastricht](#).

<sup>11</sup> Van Vliet, K.; Grotendorst, A.; Roodbol, P. (2016). *Anders kijken, anders leren, anders doen. Grensoverstijgend leren en opleiden voor zorg en welzijn in het digitale tijdperk*. Zorginstituut Nederland.

<sup>12</sup> Higgs, J.; Jones, M. (2008). Clinical decision making and multiple problem spaces. In: Higgs, J.; Jones, M.; Loftus, S.; Christensen, N. (Eds.) (2008). *Clinical Reasoning in the Health Professions*. Amsterdam, Elsevier. 3-17. Cit.: 4.

## Zorgintegratie

Onze samenleving verandert ingrijpend vanwege voortgaande vergrijzing, razendsnelle toepassing van zorgtechnologie, en ingrijpende veranderingen in de arbeidsmarkt. (PP9). Dat vergt nieuwe vormen van interactie die bijdragen aan de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. De bekende uitgangspunten daarbij zijn dat zijn dat burgers zo lang mogelijk zelfredzaam blijven, de regie over hun leven blijven houden, en dat zij zoveel mogelijk zelf verantwoordelijkheid dragen voor hun persoonlijke levenskwaliteit.<sup>13</sup> Geïntegreerde klinische zorg is daarbij belangrijk zoals de World Health Organization in haar definitie ervan onderstreept: *'Integration of care delivered by professional and providers to patients into a single or coherent process within and/or across professions, such as through use of shared guidelines and protocols'*.<sup>14</sup> (PP-10) Ook geestelijk verzorgers zullen gaan samenwerken in multidisciplinaire teams en sector-overschrijdende netwerken volgens duidelijk omschreven eigen rollen maar in een onderling optimaal afgestemd verband (*'shared care'*). Het Zorginstituut heeft haar visie op geïntegreerd werken duidelijk omschreven. In een toekomstverkenning uit 2015 schetst ze de zorg als gestuurd door multidisciplinaire teams die steeds meer samenwerken op zorgdomeinen die voorheen relatief los van elkaar stonden, zoals voorzorg, gemeenschapszorg, laagcomplex en hoogcomplex zorg. (PP-11) De patiënt/cliënt met haar/zijn mantelzorgers maakt deel uit van een zorgteam dat zich door de zorgvraag van de burger laat leiden en waarbij professionals zich steeds meer generalistisch opstellen. Het Zorginstituut onderscheidt daarbij 23 burgerprofielen met een oplopende probleemernst en dito hulpbehoefte, waarbij gezamenlijke besluitvorming (*'shared decision making'*) op maat van de burger (*'personalized health'*) centraal staan.<sup>15</sup> Dat vergt ook andere accenten in de bekwaamheden die voor die zorgintegratie vereist zijn. In een advies uit 2016 heeft het Zorginstituut diverse richtlijnen voor het opleiden van zorgprofessionals opgesteld. De eerste richtlijn *'Functioneren, veerkracht en eigen regie van burgers staan centraal'* lijkt me van bijzonder belang voor onze samenkomst. Deze richtlijn heeft als kernvraag: *'Hoe functioneert iemand in het dagelijks leven, hoe ziet zijn leefomgeving er uit, hoe neemt hij deel aan de samenleving en wat geeft zin aan zijn leven?'*. Beschikt een burger niet meer over veerkracht en eigen regie dan zijn zorgarrangementen noodzakelijk waarin zorg- en welzijnsprofessionals samenwerken. Voor professionals zijn daarvoor competenties noodzakelijk als inlevingsvermogen, omgaan met diversiteit, en kunnen motiveren. Toekomstbestendig opleiden door geestelijk verzorgers behoort in deze visie daaraan dus bij te dragen.

---

<sup>13</sup> Actiz et.al (2012). *De agenda voor de zorg. Aanbod aan politiek en samenleving van het zorgveld*.

<sup>14</sup> WHO (2016). *Integrated care Models*. WHO. 5. Gebaseerd op: Lewis R, Rosen R, Goodwin N, Dixon J. *Where next for integrated care organizations in the English NHS?* London: The King's Fund; 2010.

<sup>15</sup> Kaljouw, M.; Van Vliet, K. (2015). *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen. De contouren*. Zorginstituut Nederland.

Deze visie op geïntegreerde zorg vergt echter doelstellingen van opleiden die de klassieke missie van de geestelijke verzorging – haar kernwaarden en ambities – ter discussie stellen. Laat ik eens in sneltreinvaart drie van die klassieke missies van de geestelijke verzorging noemen. **(PP-12)** Ik denk dan allereerst aan de vrijplaats - het beroep op autonomie in de bediening van geestelijke bijstand op grond van de vrijheid van godsdienst en levensovertuiging – die tot gevolg heeft dat de geestelijke verzorging binnen de organisatie aan het oog onttrokken dreigt te worden en los komt te staan van indicatiestellingen of behandeltrajecten binnen de zorg als geheel. De vrijplaats berust op het idee dat vrijheid van godsdienst en levensovertuiging een private en zelfs geheime categorie zou zijn die in de behandeltrajecten van hulp en steunverlening geen organische plek heeft. Zo omschreven staat de missie van de vrijplaats op gespannen voet met een visie op samenwerken in de zorg. Een ander missionair kenmerk dat de geestelijke verzorging identificeert stelt de persoon van de geestelijk verzorger centraal als het primaire instrument van het vak. Daarmee bedoel ik de overtuiging dat het innerlijk leven van de geestelijke verzorger – haar empathie en spiritualiteit – in beginsel voldoende is om zorg te bieden aan de cliënt. Maar deze overtuiging die in tal van metaforen ('being there', 'presentie', 'liefdevolle zorg') wordt gehuldigd, stelt de persoon van de geestelijk verzorger en niet de persoon van de patiënt of cliënt centraal. Dat is problematisch voor de opleidingsrol omdat de eigen attitudes, intenties en intuïties moeilijk overdraagbaar, lastig toetsbaar zijn en minstens nog een geëigende klinische toepassing op de zorgvraag bij de cliënt behoeven. En dan een derde missionair kenmerk betreft de religieuze arbeidsverdeling in de geestelijke verzorging. Een verzuilde opdeling naar sectoren in een toch al zeer kleine beroepsgroep verkleint de kans op geïntegreerd werken binnen en buiten de beroepsgroep en sluit niet goed aan bij zorgvragen van burgers; een inzicht dat al langer in de zorgsector bestaat maar inmiddels ook bij werkvelden van defensie en justitie heeft postgevat. Ik wil deze missiekenmerken van vrijplaats, personalisme en verzuiling niet bestrijden maar slechts opmerken dat ze in de opleidingsrol van geestelijk verzorgers problemen kunnen opleveren in het aansluiten bij een visie op geïntegreerde zorg.

## Interprofessionaliteit

Wat is er nodig om in het opleiden het eigen domein te behartigen en tegelijkertijd aan te sluiten op geïntegreerde zorg? Mijn antwoord daarop luidt: 'interprofessioneel opleiden'. **(PP-13)** Laat ik dat inleiden met een observatie. Het beroep van de geestelijk verzorger kent geen post-initiële opleidingen. Wat aangeboden wordt is bijscholing in uiteenlopende cursussen, trainingen of studiedagen die weliswaar geaccrediteerd kunnen worden door de Stichting Kwaliteitsregister

Geestelijke Verzorgers, maar deze stichting voert evenals de beroepsvereniging zelf tot op heden geen eigen curriculaire beleid. Bijscholing op individuele interesse van deelnemers biedt dus ook geen garanties dat de geestelijke verzorging zich als domein-specifiek beroep post-initieel verder ontwikkelt op een wijze die spoort met de inzichten van wetenschap, beroepsvereniging of overheidsbeleid. Dat betekent ook dat er na de initiële opleiding weinig standaardisering plaatsvindt qua begrippenkader van het vak, dat vaardigheden nauwelijks worden geïjkt en dat opleidingseffecten slechts rudimentair worden getoetst. De geestelijk verzorger kan als opleider zelf onderwijsaanbod ontwikkelen en aanbieden, en de workshops vandaag getuigen daar ook van. Maar strategische kwaliteitszorg in opleiden door de beroepsvereniging en het accreditatieorgaan lijkt me hoe dan ook noodzakelijk om de aan te sluiten op de veranderingsprocessen van de zorg die ik zojuist schetste. Dus scholing: ja, maar dan op basis van gedeelde normen, slimme werkvormen en effectieve toetsing.

Ik voeg daar iets aan toe dat het probleem oplost van de ontbrekende post-initiële scholing van de geestelijk verzorger. Maak het leerproces dat je boogt tot een interprofessioneel initiatief: leidt jezelf op door anderen op te leiden waarbij je je eigen domein inzet als het te ontwikkelen belang voor andere disciplines. Dus geen traditionele rolverdeling meer van docent en student, maar interdisciplinaire teamontwikkeling in het professionele verband waarin je werkzaam bent. **(PP-14)** Daarbij staat de cliënt in haar omgeving centraal; zij is als het ware het radertje dat interprofessionele taken aandrijft, zoals het herkennen van mogelijkheden tot samenwerken, het feitelijke teamwork zelf, de kritische reflectie erop en het goed afsluiten ervan.<sup>16</sup> Interprofessioneel opleiden staat aan de wieg van geïntegreerde zorg doordat het disciplines van meet af aan informeert en verbindt op gedeelde belangen in de zorg.<sup>17</sup> Diverse handboeken bieden voor de opzet en ontwikkeling van interprofessioneel opleiden theoretische inzichten, 'best practices' en werkmodellen.<sup>18</sup> Een delphi-studie in het kader van het zgn. PIPE-project uit 2007 noemt daarbij de volgende faciliterende vaardigheden: zelfbewustzijn, omgaan met diversiteit en conflict, groepsprocessen en persoonlijke relaties, omgaan met macht en status, en contextbewuste planning.<sup>19</sup> Dergelijke vaardigheden lijken me van groot belang om te verdisconteren in de opleidingsdoelen van geestelijke verzorgers. En ook

---

<sup>16</sup> Werkgroep IPE HAN-Radboudumc (2017). *Raamwerk interprofessioneel samenwerken, leren en opleiden in de gezondheidszorg*. Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen en het Radboudumc.

<sup>17</sup> Het 'Centre for the Advancement of Interprofessional Education' omschrijft het doel van interprofessioneel opleiden als volgt: 'to promote health and wellbeing and to improve the health and social care of the public by advancing interprofessional education'. CAIPE (1997). *Interprofessional Education – A Definition*. CAIPE Bulletin No. 13.

<sup>18</sup> Donnelly, P. (2019). *How to succeed at interprofessional education*. Hoboken, Wiley-Blackwell. Forman, D.; Jones, M.; Thistlethwaite, J. (Eds.). (2016). *Leading Research and Evaluation in Interprofessional Education and Collaborative Practice*. London, Palgrave MacMillan. Howkins, E.; Bray, J. (Eds.) (2008). *Preparing for Interprofessional Teaching. Theory and Practice*. Abingdon, Radcliffe Publishing Ltd.

<sup>19</sup> Bray, J. (2008). Interprofessional facilitation skills and knowledge: evidence from a Delphi research survey. In: Howkins, E.; Bray, J. (Eds.) (2008). *Preparing for Interprofessional Teaching. Theory and Practice*. Abingdon, Radcliffe Publishing Ltd. 27-39.

hier ligt een opdracht, in het bijzonder voor de universitaire opleidingen, de academische ziekenhuizen en – opnieuw - de Raad voor Klinische Pastorale Vorming.

## Zingevingzorg

Samengevat zeg ik dus: ontwikkel - en focus op - de kerndefinities van je domein, sluit aan op de kwaliteitskaders van geïntegreerde zorg, en leidt interprofessioneel op. Bestaat voor een dergelijk model van interprofessioneel werken met het oog op geïntegreerde zorg voor zingeving wel belangstelling onder geestelijk verzorgers?

Met dat doel voor ogen hebben we aan de Radboud Universiteit een peiling ondernomen onder belangenorganisaties in de zorg, en diepte-interviews gevoerd met medisch specialisten van enkele relevante disciplines, en daarbij unaniem veel interesse vastgesteld. Ook hebben we begin dit jaar een klein survey afgenomen onder leden van de VGVZ.<sup>20</sup> **(PP-15)** Uit de draagvlakpeiling onder geestelijk verzorgers blijkt dat onder geestelijk verzorgers een meerderheid van ruim 70% belangstelling heeft voor een dergelijke PAO-opleiding, en dat onder deze groep bereidheid is om zelf een deel van de kosten voor de opleiding te dragen.**(PP-16-17)** Ruim 80% van de geestelijk verzorgers is voorstander van het openstellen van de opleiding voor andere beroepsgroepen, waarbij aandacht voor zingeving en levensvragen, en samenwerking, communicatie en verwijzing als belangrijkste pluspunten van interprofessioneel leren worden gezien **(PP-18)**. Op basis van dit onderzoek hebben we samen Radboudumc een businesscase ontwikkeld voor de inrichting van een postinitiële opleiding zingevingzorg die inmiddels door het College van Bestuur van de Radbouduniversiteit van middelen is voorzien. Het doel is om deze vervolgopleiding in te richten met de in deze lezing besproken uitgangspunten in het achterhoofd, en met een aanbod dat geheel gericht is op het domeinkenmerk 'zingeving', dat openstaat voor geestelijk verzorgers en voor medische professionals die frequent met zingevingsthema's, vragen of –problemen – resp. levensthema's – worden geconfronteerd, zoals huisartsen, palliatief werkzame artsen, artsen ouderengeneeskunde en gezondheidszorgpsychologen.

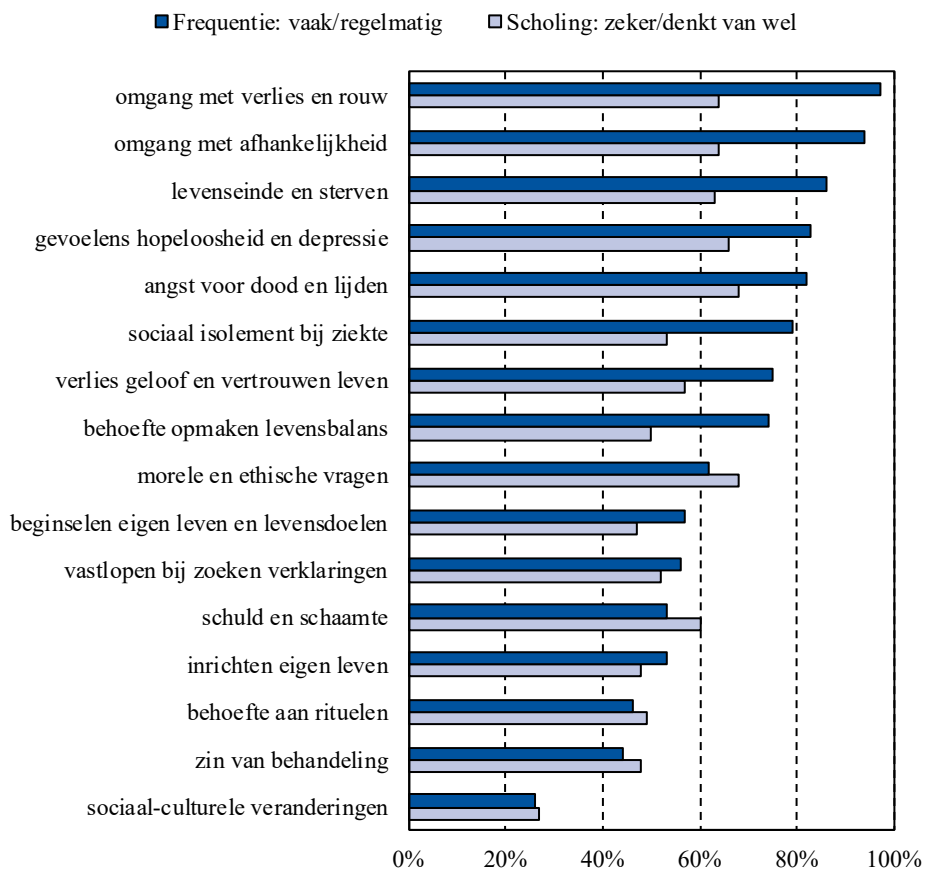
Dat is boter bij de vis, en een waardevolle strategie om de missie van de geestelijke verzorging te verbinden met een toekomstbestendige visie op haar positie in de zorg. **(PP-19)**

---

<sup>20</sup> Joris Kregting, Kaski Nijmegen, 14 februari 2019. Eind januari 2019 zijn alle geestelijke verzorgers in Nederland die zijn verbonden aan de landelijke beroepsvereniging VGVZ via een email uitgenodigd om een vragenlijst in te vullen over een postacademische opleiding geestelijke verzorging in de zorg. Geestelijke verzorgers van 60 jaar en ouder waren ondervertegenwoordigd zijn buiten beschouwing te laten. Van de 741 benaderde geestelijke verzorgers jonger dan 60 jaar, hebben er 259 de vragenlijst ingevuld, een respons van 35%. De achtergrondkenmerken van de respons komen overeen met, oftewel is representatief voor, de populatie voor wat betreft de verdeling naar geslacht, leeftijd, sector en werkveld.

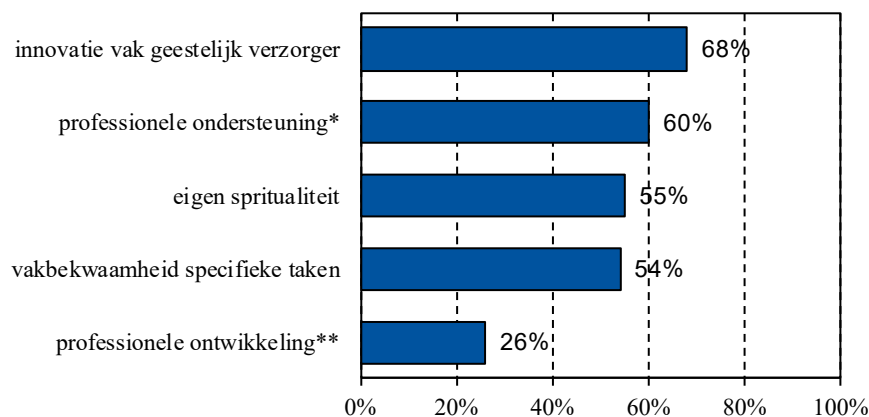
## Bijlage: survey VGVZ

**Figuur 1** Frequentie problemen en vragen rond zingeving in contacten met patiënten en cliënten en wens tot scholing hieromtrent\* (n=259)



\* 3% geeft bij alle problemen of vragen 'scholing niet nodig' aan.

**Figuur 2** Gewenste scholing van competenties (n=259)

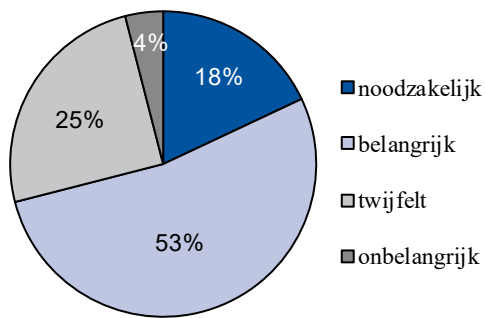


\* Van zichzelf en anderen (supervisie/intervisie/coaching).

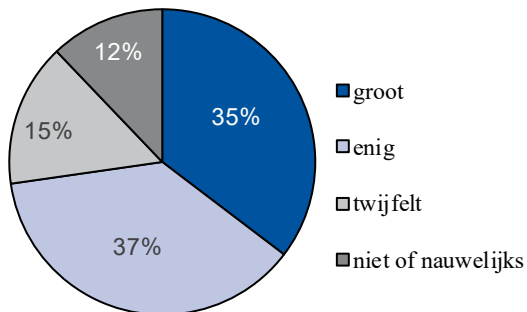
\*\* Door onderzoek en begeleiding juniors.



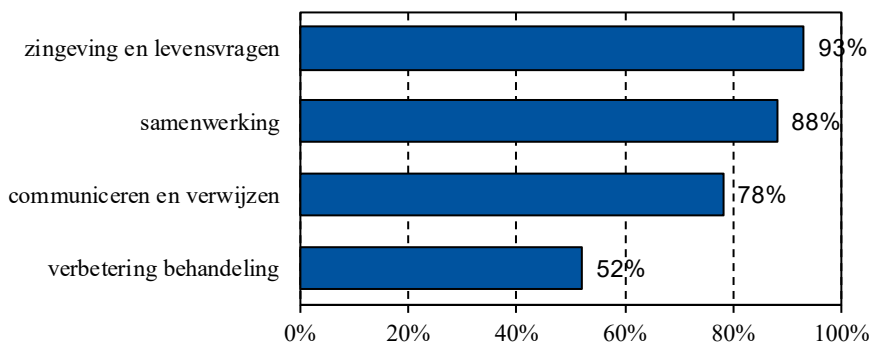
**Figuur 3** Algemeen belang postacademische opleiding voor geestelijke verzorgers in de zorg (n=245)



**Figuur 4** Eigen interesse postacademische opleiding (n=259)



**Figuur 5** Doel postacademische opleiding: Aspecten interprofessioneel leren (n=132)\*



\* Niet gevraagd aan geestelijk verzorgers die geen interesse hebben in een postacademische opleiding of twijfelen of ze interesse hebben, en niet gevraagd aan geestelijk verzorgers die geen voorstander zijn van deelname andere beroepsgroepen aan een postacademische opleiding.