

Scriptie

Als de dokter door de ogen van de patiënt kijkt.
n.a.v. Phill Collins if you look through my eyes

aangeboden aan
Dr. N.M. Hijweege-Smeets
Dr. J.Z.T. Pieper

Faculteit Geesteswetenschappen
Departement Religiewetenschap en theologie

Als onderdeel van de cursus
GGLMVD1055

Annette de Zeeuw 3071626
Armande Breure 3138607

Augustus 2011

Inhoudsopgave

1	Inleiding	4
1.1	Methode van onderzoek	6
2	Communicatieprocessen in de zorgverlening van de arts aan de patiënt	8
2.1	Inleiding	8
2.2	Wat is communicatie?	9
2.3	Communicatie in de behandelrelatie tussen arts en patiënt	14
2.3.1	Fundamentele factoren in het gesprek	14
2.3.2	Het gesprek is een consult	15
2.3.3	Het consult als behandelrelatie	17
2.3.4	Ontwikkelingen in de maatschappij die van invloed kunnen zijn op het consult	18
2.4	Medische communicatie vanuit onderzoek bekeken	21
2.4.1	Bensing en Dronkers	21
2.4.2	Roter's Interaction Analysis System (RIAS)	22
2.5	Conclusie	22
3	Zingeving	25
3.1	Inleiding	25
3.2	Wat is zingeving?	26
3.3	Zingeving als een proces	27
3.4	Zingevingvragen	31
3.5	Belemmeringen in de omgang met zingeving(vragen)	34
3.6	Coping en zingeving	36
3.7	Conclusie	39
4	Methoden van onderzoek	40
4.1	Inleiding	40
4.2	Het onderzoek	40
4.3	Factoranalyse	43
4.3.1	Vraag 16 Welk soort zingevingvragen komt u tegen bij uw patiënten?	43
4.3.2	Rollen In welke mate kennen uw patiënten u de volgende rol toe?	46
4.4	De deelnemers	47
4.5	Niet in de palliatieve zorg werkende artsen	49
4.5.1	Werkzaamheden	50
4.5.2	Waarnemen van: verwachtingen patiënten, psychische reacties, sociale	53

veranderingen en zingevingvragen.

4.6	Componenten vergeleken met de verschillende rollen	58
4.7	Profiel vertrouwensfiguur/begeleider	62
4.8	Conclusie	67
5	Discussie en conclusie	68
5.1	Inleiding	68
5.2	De onderzoeksvragen	68
5.2.1	In hoeverre is er onderscheid in de aandacht voor zingeving bij de arts bij de verschillende rollen; deskundige, vertrouwensfiguur, begeleider, vriend(in) en ideale ouder?	68
5.2.2	Is er onderscheid in de aandacht voor zingeving bij artsen die vooral werkzaam zijn op de polikliniek of in de kliniek? En Leidt chroniciteit en de daarmee veronderstelde langere contactduur tussen arts en patiënt tot een grotere aandacht voor zingeving bij de arts?	69
5.2.3	Hebben artsen die niet werkzaam zijn in de palliatieve zorg, aandacht voor zingeving?	70
5.3	Tijdgeest	71
5.4	Eindconclusie	72
	Summary	73
Bijlagen	Bijlage 1 vragenlijst Zingevingvragen in het contact tussen patiënt en medisch specialist	74
	Bijlage 2 songtekst “If you look through my eyes”	94
	Literatuurlijst	96

Hoofdstuk 1 Inleiding

De laatste jaren is binnen de gezondheidszorg veel aandacht uitgegaan naar de palliatieve zorg als het gaat om zingeving. Binnen deze zorg krijgt zingeving een prominente plaats, wat mogelijk gestimuleerd wordt door de definitie die de WHO geeft over palliatieve zorg. De WHO omschrijft palliatieve zorg als volgt: *Palliatieve zorg is een benadering die de kwaliteit van het leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard.*¹

Puchalski² stelt de vraag of de kwaliteit van spirituele zorg vanuit de casus palliatieve zorg wellicht verbeterd zou kunnen worden. De vanzelfsprekende aandacht die er lijkt te zijn voor zingeving binnen de palliatieve zorg kan als stimulans gezien worden om geestelijke verzorging binnen de gehele zorg meer aandacht te geven. De huidige ontwikkelingen laten echter eerder een tegengestelde beweging zien. Er is sprake van ontwikkelingen in de gezondheidszorg waarbij ziekenhuizen zich moeten gaan specialiseren, er is sprake van steeds kortere ligduur en een meer technische benadering van de zorgvraag. De vraag die opkomt, is hoe aandacht voor zingeving in deze veranderende samenleving en gezondheidszorg vorm krijgt en welke plaats de geestelijke verzorging hier in zou kunnen nemen.

Voor het onderzoek van deze scriptie is als uitgangspunt genomen de artsen die niet werkzaam zijn in de palliatieve zorg omdat in de palliatieve zorg zingeving een vanzelfsprekend item lijkt te zijn.

De beginvraag die we voor deze scriptie stellen is: *Hebben artsen die niet werkzaam zijn in de palliatieve zorg, aandacht voor zingeving?*

Ontwikkelingen in de zorg lopen samen met ontwikkelingen in de maatschappij. Door de overheid wordt marktwerking gestimuleerd. Zowel zorgvrager als zorgaanbieder zijn spelers op dit veld van marktwerking. In plaats van dat de aandacht voor zingeving in de gehele zorg gestimuleerd zou worden door de manier waarop dit aandacht krijgt binnen de palliatieve zorg, laten de huidige ontwikkelingen een andere tendens zien. Politieke besluiten maken dat partijen zich binnen de marges van het financieel haalbare moeten profileren. Om dit te kunnen bereiken worden ziekenhuizen gestimuleerd om zich te specialiseren, worden behandelcentra aangewezen om moeilijke ingrepen uit te voeren en worden behandelingen niet vergoed wanneer deze plaats

¹ http://www.palliatievezorg.nl/page_867.html

² Puchalski, Chr. et al (2009). Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative care: The report of the Consensus Conference. *Journal of Palliative Medicine*, 12 (10) p. 885-904.

vinden in een ander centrum dan het aangewezen. Daarnaast worden ziekenhuizen gestimuleerd om de ligduur zo kort mogelijk te houden. Deze tendens zorgt voor steeds kortere opnames en meer poliklinische behandelingen. In het onderzoek hebben we gekeken naar verschillen in de aandacht voor zingeving bij artsen die, vooral werkzaam zijn op de polikliniek of in de kliniek. Dit vanuit het idee dat in de kliniek een team van zorgverleners meekijkt bij de zorg voor een patiënt en op de polikliniek de arts meer solistisch werkt. In een team kan de aandacht voor zingeving verdeeld worden over de verschillende behandelaars, en wordt in de praktijk de aandacht voor de patiënt en diens zingevingvragen grotendeels opgevangen door de verpleegkundige. Bij een meer solistisch optreden van de arts, komt de aandacht voor zingeving ook meer op zijn terrein. De vraag is dan, is de arts daarin voldoende competent.

De vraag die hieruit voortkomt is: *Is er onderscheid in de aandacht voor zingeving bij artsen die vooral werkzaam zijn op de polikliniek of in de kliniek?*

Een belangrijke ontwikkeling in de gezondheidszorg is die van aanbod gestuurde naar vraag gestuurde zorg. Daarmee ontstaat ook een verschuiving in aandacht: In plaats van het centraal staan van de arts, staat nu de patiënt centraal. Van beslissingen die genomen worden op basis van wat de arts vindt, naar besluitvorming in gezamenlijk overleg. In de huidige tijd is er sprake van termen als consumentisme, vraag gestuurde zorg en gezamenlijke besluitvorming. Deze termen zijn verbonden aan de ontwikkelingen op een aantal gebieden, te weten: veranderingen in morbiditeit, veranderingen in de beschikbaarheid van medische informatie, meer technische mogelijkheden en veranderingen in de rolverdeling tussen arts en patiënt. Deze ontwikkelingen leiden tot andere verhoudingen en dus moet er herdefiniëring plaatsvinden van de arts-patiëntrelatie zowel als van de functie van communicatie in de medische praktijk³.

Als we dan dieper inzoomen op deze veranderingen zien we nog meer aspecten die van belang zijn. Door verdere ontwikkeling van de medische zorg is er verandering ontstaan in de morbiditeit. Deze ontwikkelingen hebben gevolgen voor het gebruik en toepassing van het biomedische model. Stond eerder de diagnose centraal, nu verschuift dit omdat er steeds meer sprake is van chronische ziekten. Doordat ziekten minder leiden tot overlijden maar mensen met chroniciteit te maken hebben, verandert de behoefte van de patiënt ook in de begeleiding door de arts. Het traditionele model van diagnose-behandeling past niet meer, de rol van de arts wordt beperkter, de patiënt moet het chronisch ziek zijn een plek geven in zijn bestaan en heeft daarbij de arts minder nodig als behandelaar maar veel meer als voorlichter, begeleider en klankbord. Iemand die de

³ Brink van den, A., Dulmen van A.M., Schellevis F.G., Bensing J.M. *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Oog voor communicatie: huisarts-patiënt communicatie in Nederland*. Utrecht: NIVEL, 2004, pag. 36 (<http://www.nivel.nl/nationalestudie>)

patiënt motiveert om een actieve rol te spelen in het contact.

De patiënten hebben veel informatiebronnen zoals internet, tv en kranten tot hun beschikking waardoor zij beter geïnformeerd kunnen zijn omtrent ziekte en mogelijke behandelingen. De arts moet nog wennen aan een goed geïnformeerde patiënt. Doordat de patiënt op de hoogte is van de laatste ontwikkelingen is hij ook vaak veeleisender geworden. Positief is dat de grotere bekendheid van de patiënt leidt tot een meer gelijkwaardige verhouding in de relatie en dat de patiënt ook daadwerkelijk kan bijdragen aan een gezamenlijke besluitvorming.

Mede door de toegenomen beschikking over informatie is er ook sprake van een verandering in rolpatroon. Tot nu toe was de beeldvorming gebaseerd op de uitspraak die Hippocrates heeft gedaan in het verleden over de positie van de arts en patiënt. Hij schreef: *“De patiënt, ofschoon zich ervan bewust dat zijn toestand hachelijk is, kan zijn gezondheid eenvoudig hervinden door tevreden te zijn over de voortreffelijkheid van de arts.”* Het vanzelfsprekende vertrouwen dat de patiënt volgens Hippocrates in de arts moet hebben, komt in deze tijd ter discussie te staan. Uit empirisch onderzoek blijkt echter dat de patiënt wel meer geïnformeerd is, maar dat dit vooral buiten de behandelkamers vorm krijgt.

Na aanleiding van bovenstaande zijn er twee vragen waar we nader onderzoek naar willen doen.

- 1) *In hoeverre is er onderscheid in de aandacht voor zingeving bij de arts bij de verschillende rollen; deskundige, vertrouwensfiguur, begeleider, vriend(in) en ideale ouder?*⁴
- 2) *Leidt chroniciteit en de daarmee veronderstelde langere contactduur tussen arts en patiënt tot een grotere aandacht voor zingeving bij de arts?*

1.1 Methode van onderzoek

Om deze vragen te beantwoorden hebben we in eerste instantie literatuur onderzoek gedaan. Het eerste hoofdstuk gaat over communicatie. Binnen een arts-patiënt contact is er sprake van een relatie. Om zicht te krijgen op hoe een relatie vorm krijgt is meer achtergrond informatie nodig over hoe de relatie tussen arts en patiënt vorm krijgt. Hiervoor is literatuur gebruikt waarin modellen van communicatie worden gepresenteerd. Binnen deze modellen zijn er mogelijkheden om bepaalde rollen te herkennen, deze rollen willen we vanuit onze onderzoeksvraag nader onderzoeken. Aan de hand van onderzoeksresultaten van Bensing⁵ die i.s.m. het NIVEL onderzoek heeft gedaan naar communicatie in de huisarts-patiënt relatie, kijken we ook in hoeverre chroniciteit van invloed kan zijn op de relatie tussen arts en patiënt. Door ontwikkelingen binnen de zorg leiden ziekten minder tot overlijden, maar ondervinden mensen levenslange gevolgen van de ziekte. Over een

⁴ Benaming van de rollen is gelijk aan de benaming die gebruikt is voor het empirisch onderzoek van Pieper en Hljweege

⁵ Brink van den, A., Dulmen van A.M., Schellevis F.G., Bensing J.M. *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Oog voor communicatie: huisarts-patiënt communicatie in Nederland.* Utrecht: NIVEL, 2004

lange(re) periode wordt de patiënt geconfronteerd met de gevolgen van ziek zijn. Dit vraagt in verschillende levensfasen steeds opnieuw om houvast in het leven. De ziekte moet geïntegreerd worden in alle facetten van het leven. Het leven moet door de patiënt (weer) betekenis gegeven worden en dit kan in verschillende fasen nieuwe vragen oproepen. Deze toename van chroniciteit en de daarmee samenhangende toename van poliklinisch contact kan van invloed zijn op de relatie die arts en patiënt onderhouden. Naast de ontwikkeling van meer chronische ziekten zijn er ook veranderingen rondom de plek waar zorg verleend wordt. De opname duur wordt steeds korter waardoor de zorg verschuift van de kliniek naar de polikliniek. Wij willen onderzoeken of de daarmee veronderstelde langere contactduur tussen arts en patiënt van invloed is op de aandacht voor zingeving bij de arts. Om te komen tot uitspraken rondom de aandacht voor zingeving, willen we in de literatuur eerst onderzoeken wat onder zingeving verstaan kan worden. Hiervoor nemen we als basis een conceptueel model van Van der Lans waarin het zingevingproces wordt aangeduid. Omdat de nadruk ligt op de aandacht voor zingeving hebben we in literatuur gezocht naar de manier waarop zingeving in een relatie tot uiting kan komen. Vervolgens hebben we gekeken naar mogelijke coping strategieën die toegepast kunnen worden bij een verstoord zingevingproces. Herkenning van de coping strategieën door de arts kan leiden tot een betere begeleiding van de patiënt.

Om onze onderzoeksvragen beantwoord te krijgen is empirisch onderzoek gedaan onder artsen uit verschillende academische centra. De artsen zijn ondervraagd over hun werkzaamheden, waarnemen van: verwachtingen patiënten, psychische reacties, sociale veranderingen en zingevingvragen. Daarnaast zijn er vragen over: het omgaan met zingevingvragen, contact met andere beroepsgroepen, behoefte aan bijscholing en over persoon en levensbeschouwing. Deze vragenlijst treft u in bijlage 1 aan. Van de vragenlijst zijn de vragen 1,3,6, 11, 15,16, 22, 26,40,41 en 42 eruit gelicht om antwoorden op de onderzoeksvragen te krijgen.

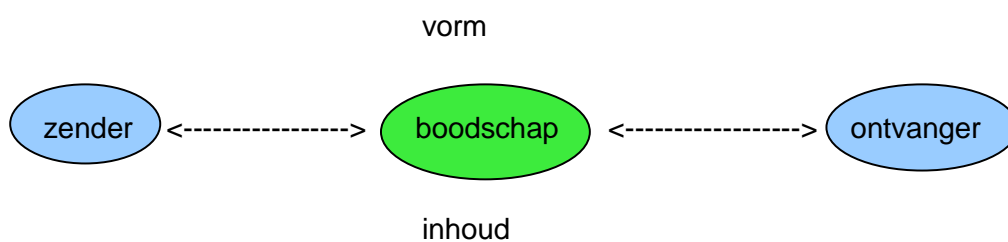
Opbouw van de scriptie

In hoofdstuk 2 gaan we kijken naar communicatieprocessen in de zorgverlening van de arts aan de patiënt. In hoofdstuk 3 kijken we naar verschillende facetten rondom zingeving. In hoofdstuk 4 geven we achtergrondinformatie van het empirisch onderzoek en worden vervolgens de resultaten besproken. Hoofdstuk 5 is het discussiehoofdstuk waarin we een vergelijking maken tussen de gevonden resultaten uit empirisch onderzoek en de literatuur.

Hoofdstuk 2: Communicatieprocessen in de zorgverlening van de arts aan de patiënt.

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zal dieper worden ingegaan op communicatieprocessen die plaatsvinden binnen een relatie tussen zender en ontvanger. Eerst zal gekeken worden naar verschillende omschrijvingen van wat communicatie zoal omvat. Daarna zal dieper worden gekeken naar de specifieke relatie tussen de arts en de patiënt en de rol van communicatie in die specifieke relatie. Invloeden op die communicatie zullen vanuit maatschappelijke ontwikkelingen en ontwikkelingen in de zorg zelf de revue passeren. Als uitgangspunt voor communicatie wordt een basaal communicatie model genomen. Het model ziet er als volgt uit:



In paragraaf 2.2 zal nader worden ingegaan op wat communicatie omvat en er zal een model uitkomen waarmee verder *ingegaan* wordt op de communicatie tussen de arts en patiënt. *Voor dit gedeelte is specifiek medische literatuur vanuit de opleiding voor artsen gebruikt en daarnaast ook literatuur die gebruikt wordt in de opleiding voor geestelijk verzorgers.* Dit betekent dat er soms een vertaalslag gemaakt moet worden van de communicatie gezien vanuit de geestelijk verzorger naar de arts. Dit zal worden gedaan in paragraaf 2.3 waar dieper ingegaan wordt op de communicatie in de behandelrelatie. Hiervoor is literatuur gebruikt waarvan veel toegespitst is op de huisartsenpraktijk. Dit is het gevolg van het nog ontbreken van onderzoek naar de relatie tussen specialist en patiënt. Er wordt uitleg gegeven over hoe een consult opgebouwd zou moeten zijn en welke vormen van relatie er zichtbaar zijn in de hedendaagse huisartsenpraktijk. Dit krijgt een vervolg in de uitwerking van verschillende rollen die artsen kunnen hebben en wat daardoor in de relatie met de patiënt centraal staat. Daarna wordt nog kort ingegaan op de rol van de maatschappelijke ontwikkelingen, die al voor een deel zijn besproken in hoofdstuk 1, en de invloed die dat heeft op het consult en de relatie tussen de arts en de patiënt. Als afsluitend gedeelte zal er vanuit onderzoek van Bensing e.a. nader worden ingegaan op wat een wenselijke en empirisch waargenomen situatie is als het gaat om de relatie tussen de arts en de patiënt.

2.2 Wat is communicatie?

De vraag naar wat communicatie is, is al een complexe vraag. Er zijn veel verschillende definities en omschrijvingen van wat communicatie zou kunnen zijn. Om te beginnen is er binnen communicatie sprake van verbale en non verbale communicatie. Ten Have⁶ e.a. scharen onder verbale communicatie het gesprek dat plaatsvindt tussen zorgverlener en zorgvrager. Bij non verbale communicatie gaat het dan om een blik of een houding. Om tot een goede definitie te komen zijn al deze aspecten door ten Have meegenomen en luidt dan als volgt: *“Communicatie is de uitwisseling van informatie tussen systemen die in staat zijn om bepaalde betekenissen gemeenschappelijk te delen.”*⁷ Toch komt dan hier de vraag naar voren hoe die systemen dan werken. Als je kijkt naar deze definitie gaat het om communicatie tussen mensen onderling, ten Meulen plaatst de definitie in het licht van het gesprek tussen zorgverlener en zorgvrager. Oomkes en Garner⁸ hebben nog een aanvulling al het gaat over de informatieoverdracht tussen mensen. Volgens hen is communicatie de uitwisseling van symbolische informatie tussen mensen die zich direct of indirect bewust zijn van elkaars aanwezigheid. Deze informatie wordt deels bewust, deels onbewust gegeven, ontvangen en geïnterpreteerd. De informatie die gegeven wordt kan blijkbaar bewust en onbewust gegeven worden en hiermee is ook weer de aansluiting gevonden met de definitie van ten Meulen die het heeft over verbale en non verbale communicatie. Maar bij Watzlawick, Helminck-Beavin & Jackson⁹ komt er nog een ander aspect kijken bij communicatie; namelijk een inhouds- en betrekkningsniveau van de boodschap zelf. Het inhoudsniveau omvat de zakelijke informatie, beschrijving van de feiten van zender naar ontvanger. Het betrekkningsniveau omvat de manier waarop diegenen de communicatie beleven, hoe ze elkaar zien in relationeel opzicht, wat er gebeurt in de onderlinge communicatie. Bekend is dat communicatie vaak leidt tot misverstanden en soms zelfs tot conflicten. Vaak schort het niet aan het inhoudelijke niveau van de boodschap, maar juist op het betrekkningsniveau. Schulz von Thun¹⁰ gaat nog een stap verder. Hij splitst het betrekkningsniveau op in een zakelijk, expressief, relationeel en appellerend aspect. Hij doet dit vanuit het oogpunt van communicatie in de relatie tussen een geestelijk verzorger en zijn gesprekspartner.

Hoe kunnen we dit dan doortrekken naar de communicatie tussen de arts en de patiënt? Een zakelijke boodschap die de arts geeft, is bijvoorbeeld u heeft een tumor. De boodschap kan op verschillende manieren worden gezonden, dit neemt niet weg dat de boodschap op zich zakelijk moet worden gebracht, zonder al te veel omwegen. Schulz von Thun beschrijft ook dat mensen in hun communicatie meer van zichzelf laten zien dan ze denken, er komt altijd iets van de

⁶ Ten Have H.A.M.J., ter Meulen R.H.J. En van Leeuwen E., *medische ethiek*, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2009

⁷ Idem, pag. 156

⁸ Idem pag. 158

⁹ Dijkstra, J., *Gespreksvoering bij geestelijke verzorging, een methodische ondersteuning om betekenisvolle gesprekken te voeren.*, uitgeverij Nelissen Soest, 2007, pag. 51

¹⁰ Idem, pag. 52

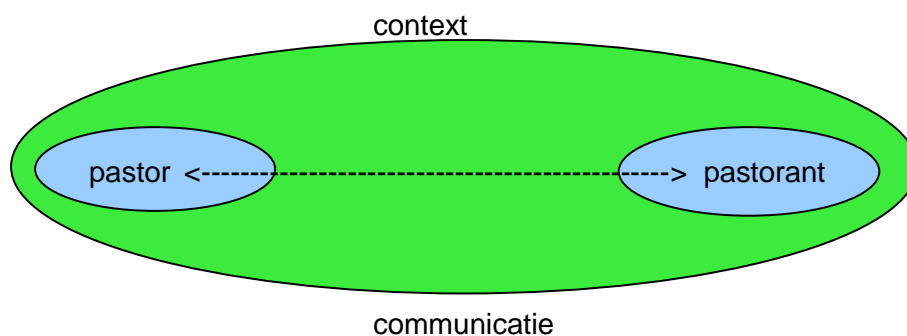
persoonlijkheid van de zender mee. Dit is het expressieve aspect, hier is sprake van een vorm van aftasten en opbouwen van een vertrouwensrelatie. Het is hierbij van belang dat de zorgverlener zich bewust is van de eigen gevoelens die een rol kunnen spelen, als dat niet zo is kan dat ongemerkt het gesprek beïnvloeden. Ook is het van belang dat de expressie overeenkomt met de boodschap. Slecht nieuws kan bijvoorbeeld niet al lachend verteld worden, er is dan sprake van incongruentie, wat er gezegd wordt klopt niet met hoe het gezegd wordt. Daarnaast zegt Schulz von Thun een mens heeft een relatie met anderen maar ook met zichzelf, alleen een goede relatie met jezelf zorgt ervoor dat je goed voor de ander kan zorgen. Maar wie de eigen gevoelens onderdrukt zal ze ook bij een ander niet kunnen onderkennen¹¹. In de manier waarop de boodschap wordt overgebracht, wordt direct of indirect aangegeven hoe de zender de ontvanger in relationeel opzicht ziet. De manier waarop de relatie vorm wordt gegeven moet dus worden geanalyseerd. Als beiden bijvoorbeeld de leiding willen nemen in het gesprek ontstaat een machtsstrijd. Van de professional mag verwacht worden dat hij dit kan analyseren en kan bijsturen. Bij het uitzenden van boodschappen wordt er op de ontvanger een appèl gedaan, omdat we de ontvanger op een bepaalde manier willen beïnvloeden. De boodschap kan een verborgen doel bevatten; als de patiënt meldt: "ik heb een tumor" kan dat alleen een zakelijke mededeling zijn, maar het zou ook kunnen zijn dat hij bedoelt: "ik heb een tumor en weet niet hoe ik daar mee om moet gaan, wilt u mij daarbij ondersteunen?" Belangrijk is dat de professional van tevoren duidelijkheid schept over zijn rol in het gesprek zodat er geen verkeerde verwachtingen ontstaan. Daarnaast is het van belang dat diezelfde professional zich bewust is van het appellerende karakter van sommige uitspraken en dat daarin ook rolverwachtingen meespelen. In het hierboven benoemde voorbeeld doet de patiënt een appèl op de arts om een stuk ondersteuning. De patiënt verwacht van de arts een rol waarin hij de patiënt ook daadwerkelijk ondersteunt.

Een andere manier om naar communicatie te kijken is de benadering van Rogers. Hij gebruikt in zijn theorie een drietal aspecten dat van belang is in de communicatie te weten; echtheid, aanvaarding en empathie. Met name de component echtheid is van belang als het gaat om non verbale communicatie. Volgens Rogers moet een relatie eerlijk, congruent en transparant zijn. Incongruentie zorgt voor verwarring, dit wordt meestal veroorzaakt doordat de verbale en non verbale communicatie niet overeenkomt. Rogers noemt het hebben van een relatie eigenlijk in één adem met communiceren. Het gaat daarbij om communiceren met jezelf, weten wat er in je omgaat, zorgt ervoor dat je je ook beter open kan stellen voor de ander. Maar ook communiceren met de ander op een manier waarbij je de ander aanvaardt zoals die is. Om de ander dan goed te kunnen verstaan, moet je je ook kunnen verplaatsen in diens referentiekader (aanvaarding). En daarmee komt hier de context om de hoek kijken. Als derde zegt Rogers moet je naast inleven in het referentiekader van de ander ook in staat zijn om het referentiekader zodanig te verstaan dat je

¹¹ Idem, pag. 54-62

kan doen “alsof je die ander bent” zonder die ander te worden, want dan zou je je identificeren met de ander. Dit laatste gedeelte geldt met name voor professionals. Je kunt niet van een willekeurig gesprek tussen twee of meer personen verwachten dat er altijd op deze manier gekeken wordt of boodschappen op een juiste manier over komen. Rogers beschrijft dit vanuit het perspectief van de hulpverlener in relatie tot/met een cliënt. Vanuit het perspectief van de hulpverlener wordt nu een lijn gelegd naar de relatie tussen de arts en de patiënt. Als er een geslaagde communicatie tussen de arts en de patiënt moet ontstaan, is het van belang dat de arts zich bewust is van al deze aspecten. Er mag van de hulpverlener verwacht worden dat hij zijn gesprekken kan analyseren om zo te komen tot een goede manier van communiceren.

Menken Bekius en van der Meulen leggen in hun boek *reflecteren kan je leren*¹² de nadruk op de context waarbinnen een relatie vorm krijgt. De context kan gezien worden als de plek waar de behandeling plaatsvindt, maar ook als een persoonlijke factor die mede kan bepalen hoe arts en patiënt in de relatie benaderen. Door Menken Bekius en van der Meulen wordt onder communicatie verstaan; een relatie tussen pastor en pastorant in een specifieke context. Zij spreken hierbij over onderwerpen gerelateerd aan wat de pastorant bezighoudt. Het gesprek tussen pastor en pastorant vindt plaats vanuit het levensbeschouwelijk kader in het licht van het evangelie of in het licht van de levensbeschouwing in verbondenheid met een geloofsgemeenschap of levensbeschouwelijke gemeenschap. De aard van de communicatie is de professionele en ambtshalve hulpverlening en begeleiding aan mensen bij de zingeving van hun bestaan en de professionele advisering inzake ethische en/of levensbeschouwelijke aspecten in zorgverlening en beleidsvorming¹³. In hun verhaal ziet het schema¹⁴ er als volgt uit:



¹² Menken Bekius en van der Meulen H., *reflecteren kun je leren*, uitgeverij Kok Kampen, 2007

¹³ idem, pag. 15

¹⁴ idem, pag. 101

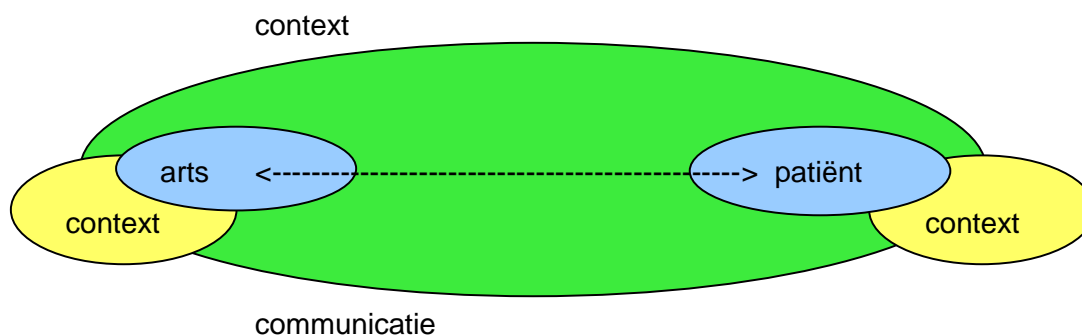
Samenvattend kan gezegd worden dat als er sprake is van communicatie er ook sprake is van een relatie tussen één of meerdere personen. Alle hierboven genoemde beschrijvingen hebben overlappen met elkaar. De één legt meer de nadruk op de boodschap die uitgezonden dan wel ontvangen wordt, de ander heeft meer aandacht voor de context waarbinnen de boodschappen gezonden worden en de invloed die dat kan hebben op het zenden en ontvangen van boodschappen. Een tweetal beschrijft deze aspecten vanuit de geestelijk verzorger, maar de geestelijk verzorger is in principe inwisselbaar voor iedere andere professional zolang maar helder is dat het beroep van de professional van invloed is op de context waarbinnen de relatie vorm krijgt. In ons geval is er sprake van de communicatie tussen de arts en patiënt. Daarmee is er sprake van een medische context en daarmee ook van medisch handelen. De patiënt komt immers niet bij een arts om een kopje koffie te drinken. Het moge duidelijk zijn dat in de medische context op zich geen verbondenheid is met een levensbeschouwelijk genootschap. Wel kan het zo zijn dat een instelling een bepaalde levensbeschouwelijke identiteit heeft, ook patiënt en arts kunnen door de eigen levensbeschouwelijke identiteit wel principiële standpunten naleven. De vraag is wel in hoeverre deze levensbeschouwelijke kleuring een rol speelt in de relatie tussen de arts en patiënt. Communicatie in de medische wereld is een proces waarbij niet altijd specifiek een hulpvraag wordt uitgesproken. Denk hierbij aan bijvoorbeeld acute situaties. Hulp bieden veronderstelt daarmee dus een bepaalde mate van vanzelfsprekende communicatie. Wat overigens niet inhoudt dat de communicatie op zich vanzelfsprekend op een juiste manier verloopt. Dit vraagt van de arts dat hij zich bewust is van de context waarin de relatie ontstaat en de manier waarop hij met de patiënt en diens naasten communiceert.

Zoals hierboven beschreven speelt de context van de arts een rol in de relatie. Rogers benoemt heel duidelijk de kennis die de arts van zichzelf moet hebben als hij in relatie staat tot de patiënt. Ook Schulz von Thun beschrijft het belang van het jezelf kennen in relatie tot het hebben van een relatie met een ander. Het belang van een transparante communicatie in zaken als deze wordt door R. Charon¹⁵ genoemd. Zij bepleit narrative medicine als een tool om tot een respectvolle, empathische en opbouwende medische zorg te komen. De arts staat in vier verschillende relatieverhoudingen waarin volgens Charon de narratieve competentie als een belangrijke vaardigheid en attitude kan dienen. Deze vier verhoudingen zijn: de arts-patiënt, de arts-zelf, de arts-collega's en de arts-maatschappij. Met de narratieve competentie kunnen artsen patiënten bijstaan in hun ziekte, kunnen ze hun persoonlijke proces in het geheel herkennen en zullen ze verwantschap met en verantwoordelijkheid met collega professionals in de zorg erkennen en kan het discours met het publiek over medische zorg verhoogd worden. Door een luisterende, empathische houding aan te nemen en wanneer de arts zelf als klankbord voor de verhalen van

¹⁵ Charon, R., 2001, Narrative Medicine. A model for Empathy, reflection, Profession and Trust. In: *JAMA*, October 17, 2001, Vol 286, No. 15.

patiënten kan dienen, kan de totale situatie van de patiënt waarin de medische klachten zich voordoen beter gehoord worden. Waar in de jaren '60- '70 vooral een afstandelijke houding de norm was, is er nu meer aandacht voor de relatie. Door deze veranderende houding uit te bouwen en oog te hebben voor alle vormen van relatie die in een medisch contact aan de orde zijn, kan de kwaliteit van zorg toenemen. Uit de bijdrage van Charon kunnen we afleiden dat de professionaliteit van de arts toeneemt wanneer deze de narratieven van zijn patiënten deelt met collega's. Over en weer kunnen artsen zo leren van elkaar door te delen over ervaringen.

Het schema dat van toepassing is op de arts-patiënt relatie ziet er dan als volgt uit:



Er zijn twee vormen van context die hier meespelen, de context waarin de relatie en daarmee de communicatie tussen de arts en de patiënt plaatsvindt en daarnaast de context waarin de persoon van de arts en patiënt zelf zich beweegt. Dus bijvoorbeeld voor de arts speelt zijn positie in het ziekenhuis of de maatschap een rol in de relatie die hij met een patiënt kan aangaan. Maar ook zijn privé situatie is een context waarin hij zich beweegt en die van invloed kan zijn op zijn relatie met de patiënt. Ook voor de patiënt geldt dat hij zich in een bepaalde context beweegt, ook hier kan het werk een context vormen.

2.3 Communicatie in de behandelrelatie tussen arts en patiënt

In dit gedeelte kijken we naar de specifieke communicatie tussen de arts en de patiënt. Omdat het hier gaat om de specifieke context wordt de relatie die ontstaat tijdens een consult omschreven als een behandelrelatie. De patiënt komt immers met een specifieke reden naar de arts. *In het eerste deel kijken we naar fundamentele factoren in het gesprek tussen de arts en de patiënt in het tweede deel naar de opbouw van het consult volgens Silverman en volgens Roter. Vervolgens gaan we aan de hand van Schrojenstein Lantman kijken naar de verschillende rollen die een arts kan innemen in zijn relatie met de patiënt.*

2.3.1 fundamentele factoren in het gesprek

Het communicatieproces tussen arts en patiënt kan worden bekeken vanuit verschillende factoren. Als eerste de patiëntfactoren: Er zijn verschillende factoren die een rol spelen binnen de behandeling, deze staan los van de eventuele uitkomsten van de behandeling. Het gaat om gevoelens van *angst en ongerustheid, hoop en vertrouwen, verwachtingen, suggestie en motivatie, zelfwerkzaamheid en controle, zwartgalligheid en pessimisme en attributies*.¹⁶ De verschillende factoren kunnen zowel positieve als negatieve effecten hebben op de behandeling. In het model bevinden deze factoren zich met name in de context van de patiënt, niet alleen bij de patiënt spelen de gevoelens van angst en ongerustheid etc. maar ook in diens omgeving. In de communicatie met de arts kunnen deze elementen mogelijk niet aan de orde komen als er geen specifieke aandacht voor is. Als tweede de arts factoren: Ook hier weer meerdere factoren, de status van de arts en de verwachtingen van de arts. Artsen kunnen d.m.v. non-verbale communicatie hun verwachtingen overbrengen op de patiënt en hiermee oefenen zij dus bewust en onbewust invloed uit op de verwachtingen van de patiënt. Uit onderzoek blijkt een arts met een witte jas hogere bloeddrukken te geven dan wanneer die door een ander in een niet witte jas wordt opgemeten. Dit is een negatief effect, maar de status van de arts kan zeker ook positieve gevolgen hebben. Moerman en Wayne¹⁷ brengen in dat de meeste elementen in de gezondheidszorg een betekenis hebben, en die betekenis is van invloed op de manier waarop de ander daarop reageert, denk bijvoorbeeld aan die witte jas. Ook hier is te zien dat de verschillende factoren die benoemd worden ook vanuit de context een rol spelen. De status van de arts is iets dat niet alleen in de relatie met de patiënt tot stand komt, maar is ook iets van artsen onderling of van de positie die een arts wil hebben binnen de instelling. Cultuur speelt daarmee een belangrijke rol want Moerman en Wayne¹⁸ beschrijven ook dat elementen van invloed kunnen zijn op hoe er op gereageerd wordt. De cultuur binnen een instelling kan daarmee dus ook van invloed zijn op de relatie met de patiënt. En als laatste de factoren in de arts-patiëntrelatie: Communicatie tussen arts en patiënt is

¹⁶ Brink van den, A., Dulmen van A.M., Schellevis F.G., Bensing J.M., *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Oog voor communicatie: huisarts-patiënt communicatie in Nederland*. Utrecht: NIVEL, 2004 (<http://www.nivel.nl/nationalestudie>) pag. 29

¹⁷ Idem pag. 30

¹⁸ Idem pag. 30

gerelateerd aan een aantal gezondheidseffecten. Deze effecten zijn onder te verdelen in drie hoofdgroepen:

Als eerste is daar de sociale steun: De opstelling van de arts zal effect hebben op hoe een patiënt zich voelt, een arts die zich affectief opstelt geeft meer vertrouwen aan de patiënt dan andere artsen. Bij deze artsen zullen ook psychosociale problemen en zorgen meer aan bod komen omdat de patiënt ruimte ervaart en vertrouwen heeft in de arts. Als tweede affectieve communicatie: zoals hierboven al beschreven zorgt affectief gedrag voor vertrouwen, zelfs zodanig dat angst gevoelens, pijn en bloeddruk verlagend kunnen werken. En als derde instrumentele communicatie: Hierbij gaat het om vragen stellen en informatie uitwisseling tussen de arts en de patiënt. In het NIVEL rapport wordt verwezen naar verschillende studies waarbij duidelijk werd dat wanneer er meer ruimte is voor vragen en informatie uitwisseling er ook meer overeenstemming komt omtrent klachten en de mogelijke behandeling. Het gaat zelfs zo ver dat men aangeeft dat klachten zowel psychisch als lichamelijk minder werden als er ruimte was voor het uitwisselen van informatie. In relatie tot het gebruikte model is hier te zien dat er factoren meespelen vanuit de arts zelf. Hoe staat deze in het leven, in persoonlijke zin maar zeker ook als professional. Rogers liet al zien dat het je kunnen verplaatsen in het referentiekader van de ander belangrijk is. Zeker is ook de opmerking van Schulz von Thun van belang dat er altijd iets van de zender meegaat naar de ontvanger, dat betekent dat de arts zich van al deze aspecten bewust moet zijn. In het Nivel rapport komt verder naar voren dat er voor een patiënt twee behoeften zijn die in het consult van belang zijn. Namelijk een cognitieve vraag: wat is er met mij aan de hand? En een emotionele: is dit iets om mij zorgen over te maken en wordt ik serieus genomen? Engel¹⁹ omschrijft dit in twee behoeften: the need to know and understand en the need to feel known and understood. Deze twee behoeften corresponderen met twee typen van gedrag dat door artsen ten toon wordt gespreid te weten instrumenteel gedrag dat is gericht op het oplossen van problemen en het affectief gedrag dat gericht is op de emotionele verwerking van de patiënt.

2.3.2 het gesprek is een consult

Silverman²⁰ ziet een consult als een twee richtingverkeer: De dokter moet naast informatie verzenden, vooral informatie ontvangen. Er moet voortdurend aandacht zijn voor ziekte, klacht en context. Dit betekent dat er gedurende het consult sprake moet zijn van een gestructureerd gesprek. Naast het stellen van gesloten vragen door de arts, zijn juist de open vragen van belang bij het opbouwen van een vertrouwensrelatie. Daarnaast geven de open vragen vaak veel informatie, de gesloten vragen kunnen dan dienen ter aanvulling van de open vragen. De open vragen geven ook een beeld van de visie van de patiënt. Belangrijk is dat er over en weer aandacht is voor de informatie stroom, de arts structureert. De structurering zorgt voor een

¹⁹ Bensing M. en Dronkers J., *Medical care* (april 1992, vol 30, no 4) pag. 283

²⁰ www.hovumc.nl Arts-patiënt communicatie. Silverman voor HAO's, inleiding in het boek vaardig Communiceren in de gezondheidszorg van Silverman e.a.

transparante en veilige verhouding. Er is controle of de informatie overdracht goed overkomt doordat de arts gebruik maakt van samenvattingen. Het idee is dat in een goede relatie de patiënt zijn verhaal, angsten e.d. beter kwijt kan. Ook wordt therapietrouw bevorderd en worden conflicten en misverstanden gereduceerd of zelfs voorkomen. Silverman verdeelt een consult in verschillende fases:

- begin van het consult
- informatie inwinnen

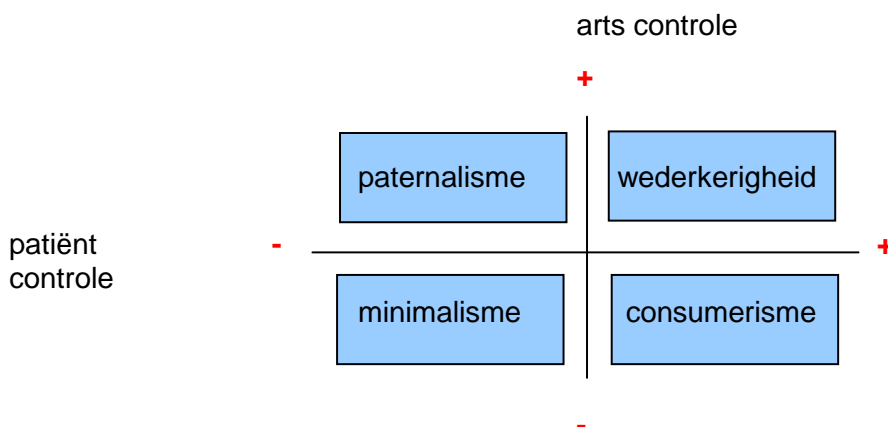
Silverman bepleit dat er veel ruimte moet zijn voor open vragen, betrekken van de patiënt door te vragen naar visie en beleving. Gesloten vragen zijn ter completering van het verhaal van de patiënt.

- lichamelijk onderzoek
- uitleg, advies en planning

Dit is volgens Silverman bij uitstek de fase waarin de arts gaat zenden, maar waar ook het twee richtingen verkeer zo belangrijk is. Er wordt gesproken van het frisbee model: er is voortdurend interactie tussen arts en patiënt. De arts controleert steeds of zijn boodschap begrepen wordt, vult zo nodig informatie aan en komt samen met de patiënt tot een besluitvorming. Deze vorm van communicatie leidt tot meer patiënttevredenheid, coping en therapietrouw. Doordat gezamenlijk de besluitvorming gedaan wordt kan de arts ook beter aansluiten bij de beleving van de patiënt en diens ideeën betrekken bij de uiteindelijke besluitvorming.

- beëindiging van het consult

Het consult volgens Roter²¹ ziet er door de maatschappelijke veranderingen als volgt uit: De horizontale en verticale as zijn de assen waarlangs de mate van invloed op het consult zichtbaar wordt gemaakt die patiënt en arts hebben op het consult.



Linksboven is de weergave van de traditionele relatie die de arts met de patiënt heeft, een

²¹ Brink van den, A., Dulmen van A.M., Schellevis F.G., Bensing J.M. *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Oog voor communicatie: huisarts-patiënt communicatie in Nederland*. Utrecht: NIVEL, 2004, pag. 36 (<http://www.nivel.nl/nationalestudie>)

paternalistische relatie. Hier heeft de arts veel en de patiënt weinig invloed. Rechts boven is een weergave van de gelijkheid in de relatie, hier vindt uitwisseling van informatie plaats tussen de arts en de patiënt. Ook is er sprake van een gezamenlijke besluitvorming op basis van de informatie uitwisseling. Volgens Roter is dat de ideale relatie tussen een arts en zijn patiënt. De onderste helft van het schema is een plaats waarin de arts weinig invloed heeft. In het consumerisme is de besluitvorming door de patiënt overgenomen, de patiënt heeft zelf een besluit genomen en de arts is daarin volgend. Linksonder is een weergave van een oud model zoals Roter zegt die nu met name nog in de Oostblok landen zichtbaar is. De medische wereld heeft weinig invloed en er is weinig aandacht voor de gezondheidszorg op zich. Roter beschrijft het minimalisme als dreigend gevaar voor een consult waarbij de patiënt uit een minderheidsgroepering komt en de Nederlandse taal niet of nauwelijks machtig is. Ook het schema van Roter geeft aan dat er verschillende vormen van een behandelrelatie zijn en dat het besef daarvan essentieel is voor de communicatie tussen de arts en de patiënt.

2.3.3 het consult als behandelrelatie

De arts heeft een behandelrelatie²² met de zorgvrager. De arts bepaalt het verloop van de opname, onderzoeken, behandeling en het uiteindelijke ontslag. Deze behandelrelatie wordt gekenmerkt door een behandelovereenkomst, de zorgvrager wordt betrokken bij het hele proces en heeft recht op informatie. De informatieverstrekking is geregeld middels het “informed consent” in de WGBO²³. Ook een consult valt onder de WGBO en is in die zin een behandelrelatie. Het consult krijgt vorm zoals Silverman het beschrijft in een kortdurend contact. Er wordt in het consult wel aandacht besteed aan behandeling of het uitzetten daarvan middels het laten doen van onderzoeken e.d.. Een consult is daarmee een behandelrelatie, alleen de context waarin die relatie plaatsvindt is anders. In het communiceren met de patiënt zal de arts gebruik maken van een bepaalde vorm. Volgens Schrojenstein Lantman zijn er vier modellen van communicatie te onderscheiden te weten het paternalistische model: Zorgvrager en arts kennen elkaar van eerdere ontmoetingen, er is dus sprake van een bepaalde vertrouwensrelatie. Deze relatie zorgt ervoor dat de zorgvrager ervan uit gaat dat “de dokter weet wat goed voor hem is” en stemt van daaruit in met het voorstel waarmee de arts komt. Het informatieve model: De zorgvrager weet wat hij wil, is goed op de hoogte van wat er “te koop” is, omdat hij gebruik gemaakt heeft van informatiebronnen (TV, internet) de arts is een hulpmiddel bij het bereiken van de eigen doelen. Het interpretatieve model: De arts is raadgever, helpt de zorgvrager bij het verhelderen van de mogelijkheden en bewustzijn van wat de zorgvrager zelf wil. En als laatste het deliberatieve model: De arts treedt meer op als vriend of leraar, de zorgvrager heeft nog geen richting gekozen. “Ik zou dit adviseren, maar wat vind je zelf?”

²² Van Schrojenstein Lantman dr. R., *levensverhalen in het ziekteproces, over geestelijke verzorging en interdisciplinaire samenwerking*, Dwingeloo, Kavanah, 2007 pag. 31

²³ Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst http://wetten.overheid.nl/BWBR0007021/geldigheidsdatum_14-07-2011

Van der Meulen e.a. geven deze modellen als volgt weer in een schema:

	<i>informatief model</i>	<i>interpretatief model</i>	<i>deliberatief model</i>	<i>paternalistisch model</i>
<i>waarden van de patiënt</i>	bepaald, vast en bekend aan de patiënt	warrig en tegenstrijdig, verheldering vereist	open voor ontwikkeling en revisie door morele discussie	objectief en gedeeld door arts en patiënt
<i>verplichting van de arts</i>	verschaffen van relevante feitelijke informatie; uitvoeren van de door de patiënt geselecteerde interventie	verhelderen en interpreteren van relevante patiëntwaarden; informeren van de patiënt; uitvoeren van de door de patiënt geselecteerde interventie	de patiënt overtuigen van diens belangrijkste waarden; informeren van de patiënt; uitvoeren van de door de patiënt geselecteerde interventie	bevorderen van welzijn, onafhankelijk van de voorkeur van de patiënt
<i>begrip van de autonomie</i>	keuze van en controle over de medische zorg	zelfbegrip relevant voor de medische zorg	morele zelfontwikkeling relevant voor de medische zorg	instemming met objectieve waarden
<i>rol van de arts</i>	competente technische expert	raadgever of adviseur	vriend of leraar	leidsman

Tabel 1: Vier modellen van de arts-patiëntrelatie. Uit: E.J. Emmanuel, L.L. Emmanuel: "Four models of the patient-physician relationship." journal of the American Medical Association; 1992, 67(16): 2221-2226

In zijn communicatie met de zorgvrager moet de arts een evenwicht zien te vinden in het handelen volgens de medische standaard en de autonomie van de zorgvrager. Ideaal zou zijn dat er in de professionele relatie tussen arts en zorgvrager een combinatie plaats vindt tussen het begrijpen van de ander en het deliberatief model. Van Schrojenstein Lantman benoemt hier dat ook op het gebied van autonomie voortdurend beweging is. Er is hier sprake van verschuivingen van perspectieven, dit is een belangrijk aspect om mee te nemen bij het maken van (moeilijke) beslissingen rondom behandelingen. Het open staan voor en het perspectief van de ander en verbreding van het eigen perspectief is een belangrijke voorwaarde om de hermeneutische dialoog niet uit het oog te verliezen.²⁴ De hermeneutische dialoog is gericht op het verbreden van het perspectief van beide partijen, zowel de arts als de patiënt. De hermeneutische benadering streeft dan ook het deliberatieve model na.

2.3.4 ontwikkelingen in de maatschappij die van invloed kunnen zijn op het consult

Als we nu kijken naar al deze aspecten van communicatie wat betekenen zij dan in een veranderende maatschappij?

Allereerst verandert het medische model. Er is steeds meer sprake van vraag naar een bio psychosociaal model i.p.v. een biomedisch model. Dit betekent dat er in de opleidingen van artsen meer aandacht zal moeten komen voor het psycho sociale dat een rol speelt in het contact met de

²⁴ Widdershoven G.A.M., *Ethiek in de kliniek, hedendaagse benaderingen in de gezondheidszorg*, Maastricht, Widdershoven, 2007 (vijfde druk) pag. 80

patiënten. Er is een duidelijke verandering van aanbodgestuurde zorg naar vraaggestuurde zorg. Artsen krijgen daardoor steeds meer te maken met goed geïnformeerde patiënten die om een behandeling komen vragen. Vanuit de media (tv/internet) is er meer kennis, die niet altijd overeen komt met de opinie van de arts en hierdoor ontstaan voor de arts mogelijk meer ethische dilemma's. Hoe leg je een patiënt uit dat in jouw optiek een MRI scan niet nodig is omdat al het andere gedane onderzoek jou voldoende informatie geeft. De patiënt heeft gelezen dat een MRI het beste middel is, ga je dan met de patiënt mee of trek je als arts toch je eigen plan. En welke gevolgen heeft dat voor je vertrouwensrelatie met de patiënt? Hier zie je ook gelijk al een andere belangrijke verschuiving komen namelijk een gezondheidszorg waar de patiënt centraal komt te staan i.p.v. de medicus.

Wat betekent die patiëntgerichtheid nu voor de praktijk? Mead & Bower²⁵ definiëren patiëntgerichte zorg als “*de leefwereld van de patiënt binnengaan*” of “*de ziekte door de ogen van de patiënt zien*” of “*de patiënt begrijpen als een uniek menselijk wezen*”. Er worden in de literatuur allerlei elementen genoemd die van belang zijn om dat te kunnen bewerkstelligen. Deze elementen komen terug in de vergelijking die gemaakt wordt tussen patiëntgericht en ziektegericht en patiëntgerichte geneeskunde en artsgerichte geneeskunde. Het beseffen van de verschillen in de benaderingen maakt dat de communicatie beter zal kunnen gaan verlopen. Immers een besef van verandering kan leiden tot een aanpassing van gedrag waardoor in dit geval met name de arts zich bewust kan worden van de veranderde houding die van hem wordt verwacht. Bij patiënt gericht en ziektegericht is de verandering dat de patiënt meer is dan zijn ziekte. Het is even belangrijk om de patiënt te kennen die de ziekte heeft als om de ziekte zelf te kennen. De gezondheidszorg moet zich meer richten op de behoeften van de patiënt en dit kan vanuit het bio psychosociale model, naast de medische feiten die vanuit het biomedische model worden onderzocht. Bij patiënt gerichte geneeskunde en arts gerichte geneeskunde: Het ziek zijn heeft meer aandacht dan de ziekte. De patiënt heeft recht op meebeslissen en daarmee is het onderzoeken van de behoefte van de patiënt een essentieel onderdeel geworden van de geneeskunde. De patiënt moet voldoende informatie hebben om mee te kunnen beslissen bij diagnostische of therapeutische interventies.

Er is sprake van het verschuiven van de doelstelling in de relatie tussen de patiënt en de arts. Bij de patiënt en ziekte gerichte benadering wordt het doel veel meer het inzicht krijgen in de werkelijke reden van het bezoek van de patiënt en inzicht krijgen in diens wensen, verwachtingen en behoeften. Het gewenste gedrag van de arts is hierbij affect gericht. Bij de patiënt gerichte en arts gerichte geneeskunde is het doel van de arts veel meer een evenwicht vinden tussen wat de patiënt wil en wat de arts zelf wil. Uiteindelijk nemen de arts en de patiënt een gezamenlijk besluit en daarvoor is het evenwicht noodzakelijk. De patiënt krijgt hier ook meer verantwoordelijkheid

²⁵ Brink van den, A., Dulmen van A.M., Schellevis F.G., Bensing J.M. *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Oog voor communicatie: huisarts-patiënt communicatie in Nederland*. Utrecht: NIVEL, 2004, pag. 39 (<http://www.nivel.nl/nationalestudie>)

voor de eigen gezondheid.

Als we dit doortrekken naar de communicatie betekent dat volgens Bensing voor de arts dat er meer sprake is van het stellen van open vragen om een beeld te kunnen vormen van de mening van de patiënt. Gesloten vragen helpen om het medische deel duidelijk te krijgen, maar bieden geen ruimte voor de gevoelens van de patiënt zelf. In het consult zal een evenwicht gevonden moeten worden tussen open en gesloten vragen.

2.4 medische communicatie vanuit onderzoek bekeken

In deze paragraaf zal aan de hand van een onderzoek van Bensing en Dronkers nader gekeken worden naar de invloed die de communicatie van de arts kan hebben in de arts-patiënt relatie.

2.4.1 Bensing en Dronkers

Medische communicatie²⁶ komt volgens Bensing en Dronkers in twee houdingen tot uiting namelijk de instrumentale dimensie (taakgericht). De nadruk ligt op de technische kant van het vak, de cure. Er is aandacht voor symptomen, diagnose en genezing. En de affectieve/ expressieve dimensie (socio-emotioneel). Er is met name aandacht voor de care, sociale en emotionele aspecten van diagnose en genezing. Deze aandacht wordt verdeeld in verbaal: persoonlijke aandacht, humor, goedkeuring en overeenkomst(en). Er is verbale aandacht, er wordt medeleven/interesse getoond en er is sprake van sociaal gedrag. Naast verbaal is er sprake van non verbale aandacht: boosheid/irritatie, bezorgdheid/angst/nervositeit, dominantie, betrokkenheid, warmte en vriendelijkheid. Volgens Bensing heeft het communiceren in de arts-patiënt relatie zoals eerder al besproken twee hoofddoelen. Het inwinnen van informatie zodat er gekomen kan worden tot het oplossen van het medische probleem. En het creëren van een therapeutische relatie die nodig is om psychologische aspecten van de gezondheid van de patiënt op tafel te krijgen en om het vertrouwen van de patiënt te winnen. Naast deze twee hoofddoelen zijn er voor de patiënt nog specifieke behoeften als hij bij een arts op consult komt. De patiënt wil weten wat er aan de hand is en wat er aan gedaan kan worden. En daarnaast wil de patiënt door de arts als persoon geaccepteerd worden en niet alleen als een zieke of een ziekte.

Ondanks dat er overeenstemming is tussen beide punten; zowel de arts als de patiënt wil eigenlijk weten wat er aan de hand is, is er ook verschil. De patiënt wil vooral geaccepteerd worden en de arts wil vooral het vertrouwen hebben van de patiënt. Vaak blijkt dat er onenigheid is over de noodzaak van het gedrag dat noodzakelijk is om dit te realiseren. In het onderzoek van Bensing en Dronkers blijkt dat psychotherapeuten een meer affectieve benadering claimen als belangrijkste in de arts-patiënt relatie en anderen, meer probleem oplossende denkers, hangen meer de technische benadering aan als houding die een arts zou moeten hebben.

Voor hun onderzoek hebben Bensing en Dronkers gebruik gemaakt van Roter's interaction analysis system waarbij er d.m.v. video opnames analyses worden gemaakt van een consult in de huisartsenpraktijk.

²⁶ Bensing M. en Dronkers J., *Medical care* (april 1992, vol 30, no 4) pag. 283-298

2.4.2 Roter's Interaction Analysis System (RIAS)

In dit systeem wordt er een onderscheid gemaakt tussen arts en patiënt. Er zijn scoringscategorieën waarmee de mate van betrokkenheid en emotionele steun wordt gemeten bij beide partijen. Daarnaast wordt ook gekeken naar het geven en ontvangen van informatie, het stellen van vragen en het geven van adviezen²⁷. Ofwel het instrumentele gedrag of het affectieve gedrag en de daaraan verbonden communicatie. Het RIAS systeem heeft taakclusters gemaakt m.b.t. het communiceren te weten een information cluster. Hier gaat het met name om de informatie die gegeven wordt door de arts op het gebied van de medische conditie, therapeutische afspraken, leefstijl en gevoelens. Het tweede cluster is questions, hier hebben open en gesloten vragen maar ook vragen die het begrip testen, ophelderingsvragen of het vragen naar de mening van de ander een plaats. Als derde komt counseling als cluster naar voren. Het helder krijgen van alle zaken die te maken hebben met de medische conditie, therapeutische afspraken, leefstijl en gevoelens. En als laatste directions, hier is sprake van beweringen en beweegredenen om de patiënt door het consult heen te leiden. De eerste drie clusters zijn opgedeeld in medisch en psycho sociaal. Dit is gedaan om een beter zicht te krijgen op de bio psychosociale aspecten van de artsen. Daarnaast zijn er clusters als het gaat om het affective behaviour. Hierbij is belangrijk zoals ook hierboven al besproken, het verschil in verbale en non verbale communicatie waarbij persoonlijke aandacht, humor, goedkeuring en overeenstemming nodig zijn om een sociaal emotioneel cluster te kunnen maken. In een drietal items komt deze aandacht naar voren te weten, als eerste in verbale aandacht: Het ten toon spreiden van persoonlijke aandacht, parafraseren en reflecteren van boodschappen die door de patiënt worden uitgezonden. Legitimering van het gedrag of de gevoelens van de patiënt en laten zien van partnerschap. Maar er is ook ruimte voor meningsverschillen. Als tweede betrokkenheid, laten zien van ongerustheid, zorgen en geven van geruststelling. En als derde het sociale gedrag, een persoonlijk tintje aan het contact geven, humor, laten zien van medeleven, goedkeuring. Ook van het non verbale aspect is hier sprake, door Bensing worden dezelfde items genoemd als hierboven beschreven.

2.5 conclusie

Communicatie wordt beïnvloed door de context waarbinnen de relatie vorm krijgt. In de literatuur is nog niet heel duidelijk een directe aanwijzing te vinden dat een specifieke context zoals bijvoorbeeld de kliniek of de polikliniek, ook van invloed is op de relatie. Toch is er wel onderzoek gedaan door Bensing (NIVEL) naar verschillen tussen het patiëntencontact in de huisartsenzorg en specialistenzorg op de polikliniek. Hier blijkt wel dat de huisartsen meer aandacht hebben voor het verhaal van de patiënt, ze zijn meer affectgericht dan de specialisten op de polikliniek. Dit ene

²⁷ Dulmen van A.M., Verhaak P.F.M., Bensing J.M., *communicatie tussen specialist en patiënt, een exploratieve studie*, medisch contact juni 1996 pag. 781

onderzoek beperkt zich alleen tot het verschil tussen huisarts en specialist op de polikliniek. Er is voor zover na te gaan is, geen onderzoek gedaan naar het verschil tussen specialisten op de polikliniek en specialisten in de kliniek.

De resultaten van het onderzoek van Bensing en Dronkers laten zien dat artsen die aandacht geven aan de patiënt door parafraseren, reflecteren en legitimeren van gevoelens, toch vaak meer medische informatie geven. Ze stellen meer psychosociale vragen, niet meer medische. Ze doen meer aan counseling. Het door de arts laten merken aan de patiënt dat hij meeleeft, zich zorgen maakt, zorgen ervoor dat hij ook meer informatie geeft. Dit is volgens Bensing onlosmakelijk met elkaar verbonden. (288) Communicatie heeft alles te maken met verwachtingspatronen. De mate van affect gericht zijn, is van belang voor het communicatieproces. Hoe meer affect gericht, hoe meer de arts tegemoet komt aan de zorgbehoefte van zijn patiënt. Hoe meer overeenstemming er is tussen verwachting van de patiënt en de tegemoetkoming daarin van de arts hoe meer invloed dit heeft op therapietrouw, tevredenheid en gezondheid van de patiënt. Als de relatie tussen de patiënt en de arts minder soepel verloopt doordat een arts zich geïrriteerd voelt, uit zich dat vaak in het stellen van veel vragen door de arts. Er is weinig inleving in de situatie van de patiënt op sociaal en emotioneel vlak. De relatie is er één van disfunctioneren aldus Bensing. Ook artsen die zichtbaar nerveus zijn of boos, overkomt een zelfde soort gedrag. Artsen die interesse hebben in de patiënt en warmte uitstralen, zijn verbaal attent, laten meer sociaal gedrag zien en stellen meer vragen op het psychosociale vlak. Deze artsen begeven zich in het contact met hun patiënt in alle clusters zoals die hierboven beschreven staan. Zij geven dus veel medische informatie en doen veel aan counseling.

De uitkomsten van deze onderzoeken van Bensing en Dronkers zijn vooral gericht op het huisartsenconsult. Het is lastig om te benoemen of er veel verschillen zijn tussen een huisarts en specialist omdat er nog weinig onderzoek gedaan is onder specialisten. Het eerder aangehaalde onderzoek naar de communicatie tussen specialist en patiënt beschrijft dat het verschil tussen huisartsen en specialisten vooral wordt bepaald door de patiëntengroepen die zij zien. Het onderzoek veronderstelt dat specialisten minder patiëntgericht en daarmee dus meer instrumenteel zijn gericht dan huisartsen. Wat niet wegneemt dat aandacht voor emotie en betekenis van de klachten van de patiënt een therapeutische waarde kan hebben. In het onderzoek dat gebruikt is om de communicatie tussen specialist en patiënt in kaart te brengen is gekeken naar consulten met diabetes patiënten en kankerpatiënten. Hierbij bleek dat de eerste groep meer ruimte kreeg om eigen inbreng te hebben en er werd veel medisch advies gegeven. De tweede groep stelde zelf veel medische vragen en werd daartoe uitgenodigd door de specialist. Uiteindelijk bleek dat de ziekte niet uitmaakte in welke mate de arts affectieve of instrumentele gerichtheid toonde. Het onderzoek heeft de uitkomsten van huisartsenbezoek en poliklinisch bezoek naast elkaar gelegd. Uiteindelijk was het verschil tussen een poliklinisch consult en het huisartsen consult dat de specialisten minder patiëntgericht zijn, minder sociaal gedrag tonen en

meer medische informatie geven dan huisartsen. De patiënten zijn op de polikliniek minder sociaal en stellen meer medische vragen dan in een huisartsen praktijk. Het onderzoek is echter niet gericht op het interpreteren van de gegevens maar wordt gebruikt om te kijken of de methode goed is om verder onderzoek mee te kunnen doen.

In de literatuur is gezocht naar de verschillende rollen van de arts binnen de relatie met de patiënt. De rollen vanuit de deelvragen, deskundige, vertrouwensfiguur, begeleider, vriend(in) en ideale ouder, zijn niet geheel te koppelen aan de rollen uit de literatuur. Er is geen duidelijk onderscheid te maken tussen de verschillende rollen die in het empirisch onderzoek worden uitgesplitst. Van Schrojenstein Lantman gebruikt in de communicatie vier modellen; te weten het paternalistische, informatieve, interpretatieve en deliberatieve model. In de opleiding voor artsen waar het model van Emmanuel & Emmanuel wordt gebruikt, wordt van deze indeling gebruik gemaakt. In het paternalistische model wordt de arts beschreven als leidsman en heeft hij een vertrouwensrelatie met de patiënt waarin weinig ruimte is voor autonomie van de patiënt. In het informatieve model heeft de arts de rol van deskundige waarbij de arts een hulpmiddel is bij het bereiken van de doelen van de patiënt. De patiënt is hier goed geïnformeerd door het gebruik van informatiebronnen zoals TV en internet. In het interpretatieve model is de arts raadgever of adviseur en helpt de patiënt bij het verhelderen van de zorgvraag en de mogelijkheden tot behandeling. In het deliberatieve model heeft de arts de rol van vriend of leraar. De zorgvrager heeft nog geen duidelijke richting gekozen. De patiënt wordt ondersteund in het maken van een keuze.

Hoofdstuk 3 Zingeving

3.1 inleiding

Ieder mens doet aan zingeving maar op het moment dat het levensverhaal door ingrijpende momenten verbroken wordt, komt (de nood aan) zingeving nadrukkelijker aan de orde. Aandacht voor zingeving vindt in dit onderzoek plaats binnen de context van het contact tussen arts en patiënt. Ziekte is hier de ingrijpende gebeurtenis die de patiënt weer met zijn levensverhaal moet zien te verbinden om weer houvast in het leven te ervaren. De arts kan daar een belangrijke factor in zijn door de rol die hij inneemt in het communicatieproces. Wanneer de arts een rol bekleedt waarbinnen ruimte is voor de patiënt om meer dan alleen kennisvragen te kunnen stellen, zullen signalen die op zingevingvragen duiden eerder geuit kunnen worden. Om te kunnen onderzoeken of en hoe zingevingvragen door de arts gesignaleerd worden, is een helder beeld nodig van wat onder zingeving verstaan wordt en welke aspecten daarmee verbonden zijn. In dit hoofdstuk wordt allereerst het proces van zingeving beschreven om daarna in te zoomen op wat zingevingvragen dan zijn en hoe deze gesteld kunnen worden. Tenslotte wordt de verbinding tussen coping en zingeving beschreven, wat een meer praktisch inzicht geeft in de manier waarop zingeving in levens van mensen is verweven.

3.2 Wat is zingeving?

Zin zit in het begrip zingeving verweven. Zin, een woord dat makkelijk gebruikt wordt maar moeilijk uit te leggen valt. Wat is nu precies zin? Zin is de ervaring dat iets goed en de moeite waard is. Zin is niet altijd als een vanzelfsprekendheid aanwezig. Aan de andere kant is er juist weer een vorm van zingeving die we dagelijkse zingeving noemen en waarvan we ons vaak niet eens bewust zijn. In de stelling van Mooren²⁸ zien we dat terug: "Zingeving wordt beschouwd als een continu werkzaam proces, waar we niet steeds bewust mee bezig zijn. De zinbeleving zal dikwijls gestalte krijgen in de ervaring van vanzelfsprekendheid die veel van ons omgaan met de werkelijkheid kenmerkt." Mooren spreekt over zingeving als een gelaagd proces. "Het proces van zingeving is werkzaam in gewone bezigheden, zoals werk, contact met familie, vrienden..., etc.". Over de zin van deze bezigheden denken we meestal niet bewust na zolang er sprake is van engagement en een gevoel van welbevinden. Hij noemt deze onbewuste vorm van zingeving "dagelijkse zingeving".

Ook bij Van Ree²⁹ zien we het vanzelfsprekende van zingeving terug: "Voor de meeste mensen die niet in psychische nood verkeren, is de zin ván en ín het leven een vanzelfsprekend ervaringsgegeven." Zingeving blijkt dus vaak een vanzelfsprekend en onbewust gebeuren te zijn.

Wanneer de vanzelfsprekendheid echter door een gebeurtenis doorbroken wordt, wordt de vraag naar zin of het zoeken naar zin een bewuster gebeuren. Wanneer dingen goed gaan wordt de vraag naar de zin bijna nooit gesteld. Wij, mensen, hebben er geen moeite mee om te accepteren dat het ons goed gaat. Op momenten of in periodes waarop het minder goed gaat, komen de vragen naar zin op. Zingeving komt aan de orde op momenten waarop het vanzelfsprekende niet meer zo vanzelfsprekend is, op kruispunten in het leven. Bij ziekte bijvoorbeeld komen de vragen naar de existentiële zin van ons bestaan meer naar boven. Zin verwijst naar de uiteindelijke betekenis van iets, dat waar het om gaat.³⁰ Dit wordt meestal heel concreet als vraag gesteld. Waarom moet dat nu zo? Waarom moet ik, die altijd onafhankelijk was, nu iedereen tot last zijn? Is mijn leven nog de moeite waard?

Ziekte grijpt op verschillende manieren in op de kwaliteit van het bestaan. Op het fysieke niveau kan ziekte ervaren worden in lichamelijke klachten zoals vermoeidheid, pijn of kortademigheid. Op het psychische niveau beïnvloedt ziekte onder andere de stemming, het zelfbeeld en de toekomstverwachtingen die mensen hebben. Op het sociale niveau kan ziekte invloed hebben op de aard van sociale contacten en de plaats die de (zieke) persoon in de maatschappij inneemt. Door ziekte wordt de vanzelfsprekende gang van zaken doorkruist waardoor ziekte ook vragen

²⁸ Mooren, J.H.,(1998) Zingeving en cognitieve regulatie, een conceptueel model ten behoeve van onderzoek naar zingeving en levensbeschouwing. In: Jacques Janssen, Rien van Uden & Hans van der Ven (red.) *Schering en inslag*. Nijmegen, KSGV, pag.193-206.

²⁹ Ree, Van, Frank (2001) Het ontbrekende referentiekader. In: T.H. Zock & G. Glas (red.) *Religie in de psychiatrie*. Tilburg, KSGV, pag. 51-65.

³⁰ Steemers-van Winkoop, M, (2000) Zorg om zin, In: Vincent Kirkels (red.), *Chronische zorg, zingeving en zinbeleving*, Nijmegen, Valkhof Pers, pag.109-116

oproept over de zin van het bestaan. Wanneer door ziekte de als vanzelfsprekend ervaren zin wordt ondermijnd, worden er meer vragen op het existentiële niveau gesteld. In het woord zingeving klinkt 'zin' door en wel op drie manieren: *Ik heb zin in, het heeft zin dat* en *ik geef zin aan*. 'Zin hebben in' drukt een zekere levenslust of lustgevoel uit. Met 'het heeft zin dat' wordt een betekenis uitgedrukt, soms zelfs een noodzaak. En met 'Ik geef zin aan' wordt een bedoeling uitgedrukt, een doel of een bestemming. Zin hebben in, zin vinden in en zin (kunnen) geven aan, staan in voortdurende wisselwerking met elkaar.³¹ Het ontdekken van zin moet steeds worden gezocht en gevonden. Soms kan zin ontdekt worden in moeilijke situaties, in de diepe dalen van het leven. Iets kan echter zin hebben, ook al is de situatie waarin iemand verkeert, niet prettig. Het zoeken naar zin is eigenlijk een zoeken naar houvast, een betekenis, om een situatie te begrijpen en die situatie daardoor te kunnen accepteren of integreren.

3.3 zingeving als proces

Hierboven werd al opgemerkt dat zingeving, bij het wegvallen van de vanzelfsprekendheid, een actieve houding vraagt om de zin in/van de gegeven situatie (weer) te ontdekken. Zingeving wordt dan ook vaak aangewezen als een proces. Hekking³² beschrijft zingeving als een continu proces waarin ieder mens, in interactie met zijn omgeving betekenis geeft aan zijn leven. Het procesmatige van zingeving is ook terug te zien in de begripsomschrijving van Munnichs en Nies³³: "Zingeving is een procesmatig gebeuren, waarbij het individu betekenis en waarde toekent aan het eigen leven in zijn totaliteit of aan aspecten van het eigen leven, en dat mede tot stand komt in de interactie van het individu met zijn sociale omgeving."

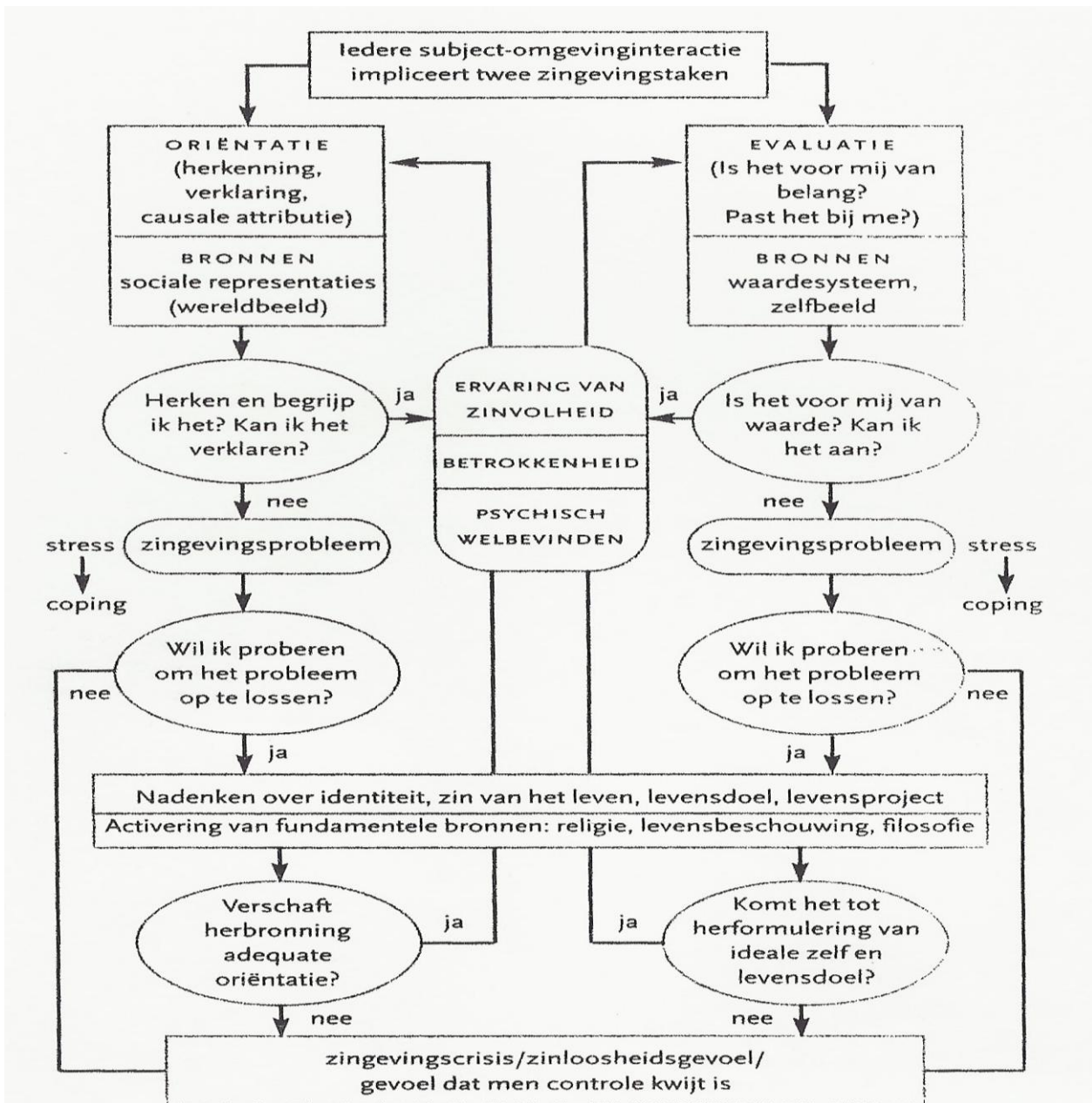
Hoe dat proces zich afspeelt wordt uitgebeeld in onderstaand conceptueel model van Van der Lans³⁴. Binnen het proces tot zingeving zien we dat daarbij zowel het denken, het voelen en het willen van de mens gemoeid is. Anders gezegd is zingeving een proces waarbij zowel een cognitieve, een affectieve als een motivationele component gemoeid is.

³¹ Zanten - Van Hattum, Mariet van (1993) *Zingeving kun je leren. Een onderzoek naar het onderwijsleergesprek als didactische werkvorm in een lessenplan levensbeschouwelijke oriëntatie voor verpleegkundigen en ziekenverzorgenden*. (Dissertatie). Nijkerk, Intro

³² Hekking, R., 2005, Het domein van de geestelijk verzorger, In: *Tijdschrift geestelijke verzorging*, 6e jaargang, 29, pag. 49.

³³ Munnichs, J. M. A. en H.L.G.R. Nies (1989) Het begrip zingeving. In: Joep Munnichs en Gwennyth Uildriks (red.) *Psychogerontologie. Een inleidend leerboek*. Deventer, Van Loghum Slaterus, pag. 53-57

³⁴ Lans, J. van der (2006), *Religie ervaren*, Tilburg, KSGV, pag. 72-127



Bij het zoeken naar zin worden allereerst twee centrale taken verricht: een oriënterende en een evaluerende taak. Bij de oriënterende taak worden twee vragen beantwoord: "is het te begrijpen" en "heb ik er een verklaring voor?". Het gaat hierbij om het besef van cognitief-affectieve controle als resultaat van herkennen en begrijpen. Als de nieuwe situatie of de nieuwe informatie voor ons herkenbaar is en ingepast kan worden in het beeld dat we hebben van de werkelijkheid, geeft dat ook een gevoel van vertrouwdheid. Voor de beantwoording van deze vraag beschikken we over gemeenschappelijke voorstellingen en betekenissen die tezamen het culturele wereldbeeld vormen.

Bij de evaluerende taak worden de volgende vragen beantwoord: "Hecht ik er waarde aan" en "kan ik het aan". Of beoordeeld wordt dat iets de moeite waard is, hangt af van de doeleinden die

worden nagestreefd, van het persoonlijk waardesysteem en van het zelfbeeld. Bij deze evaluerende taak gaat het dus om het motivationele aspect van zingeving. We willen ergens 'voor gaan', iets is de moeite waard, zo lang en naarmate het te maken heeft met een doel dat gesteld is, een doel dat voortvloeit uit het levensproject, dat op zijn beurt weer gebaseerd blijkt te zijn op het ideale beeld dat iemand gecreëerd heeft met betrekking tot het zelf. Zolang iets past bij het levensideaal wordt het ervaren als waardevol en daarmee als zinvol.

Wanneer zowel de oriëntatie als de evaluatie positief verlopen, wordt de situatie als zinvol ervaren. "Dat drukt zich uit in een gemotiveerd 'commitment' en een gevoel van psychisch welbevinden". Dit komt op zijn beurt weer tot uiting in een vitaal lust- en geluksgevoel (gedachtegoed van Bühler, besproken door Andriessen³⁵). "We hebben er weer zin in".

Niet altijd zullen beide taken positief beoordeeld worden en wordt de ervaring van zin aangetast. In het model van Van der Lans wordt aangegeven, op welke momenten zingevingsproblemen kunnen ontstaan. Dit is aan de orde wanneer de oriëntatie stagneert (de situatie is niet te begrijpen, niet te plaatsen in het gehanteerde wereldbeeld) of wanneer de evaluatie problemen oplevert (het is niet duidelijk of iets nog wel past in het levensproject). Aangezien dan de gebruikelijke zingevingsbronnen niet meer toereikend blijken te zijn om een gevoel van zinvolheid te verschaffen, zal de betrokkene opnieuw moeten nadenken over de zin en het doel van zijn leven. In deze fase kunnen de mogelijkheden van coping met de situatie onderzocht worden. Hier gaan we in het laatste deel van dit hoofdstuk dieper op in. Van der Lans spreekt in dit verband van 'herbronning' (de oriënterende taak) en van het herformuleren van het waardesysteem en het zelfbeeld (de evaluerende taak). Als dit proces van heroriëntatie slaagt, zien we de zinbeleving terugkeren bij de betrokkene en daarmee ook het gevoel van welbevinden. Lukt de poging om tot heroriëntatie te komen niet, dan is er sprake van een zingevingscrisis.

In deze laatste fase van heroriëntatie komen godsdienst, filosofie en ethiek in beeld als bronnen voor nieuwe zingeving. Van der Lans merkt hierover op dat er in de vakliteratuur over zingeving gewoonlijk een fundamentele relatie verondersteld wordt tussen zingeving en levensbeschouwing. Empirisch onderzoek geeft deze sterke samenhang echter niet weer. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat veel mensen pas een beroep doen op levensbeschouwelijke ideeën en waarden wanneer zich een zingevingsprobleem voordoet en de alledaagse zingevingsbronnen niet meer toereikend zijn om dat op te lossen. Zo zou godsdienst als zingevingsbron pas een functie vervullen op het niveau van existentiële zingeving.³⁶

³⁵ Andriessen, H.C.I. (1970) *Groei en grens in de volwassenheid. Inleiding in de psychologie van de volwassen levensloop*. Nijmegen: Dekker & Van de Vegt

³⁶ Lans, J. van der (2006), *Religie ervaren*, Tilburg, KSGV, pag.83

Ook Leijssen³⁷ bevestigt dat geloof of godsdienst niet bovenaan in het rijtje staan van bronnen van zingeving:

“Als men bij volwassenen peilt naar wat hun leven zin geeft, komt het thema ‘*relaties*’ altijd naar voren als de belangrijkste bron. Meer specifiek wordt het meeste voldoening gevonden in intieme relaties in familiekring en goede vriendschappen, gevolgd door het belang dat relaties met anderen in het algemeen hebben. Vervolgens dient zich een categorie aan die omschreven wordt als ‘*succes in persoonlijke ontwikkeling of in het realiseren van levensdoelen*’. Hier heeft de betekenisgeving te maken met belangrijke bezigheden zoals werk, studie, of een hobby waarin men veel tijd steekt. Diverse onderzoekers zijn het eens dat dit de meest zingevende bronnen zijn van de ‘gemiddelde mens’, van alle leeftijden in uiteenlopende culturen. De verdere volgorde van bronnen van zingeving varieert; de belangrijkste categorieën die door Leijssen nog vernoemd worden zijn: creativiteit, natuur, religie en spiritualiteit, sociale en politieke activiteiten, ontspanning, cultuur, gezondheid, uiterlijk, geld en bezit”.

³⁷ Leijssen, M. (2004). Zingeving en zingevingproblemen vanuit psychologisch perspectief. In *Wetenschappelijk denken: een laboratorium voor morgen? Lessen voor de eenentwintigste eeuw* (pag. 241-268). Leuven: Universitaire Pers Leuven.

absolute einde? De dood roept ook vragen over de zin van het leven op. Als ik dood ga en terug kan kijken op mijn leven, heeft dit mij dan gebracht wat ik er van verwacht had?

Bij gebrokenheid van het bestaan komen we op het kruispunt van leven en dood, bij het lijden. Hier ontstaan vragen naar de oorzaak en de zin van het lijden. Mensen hebben vaak een beeld van samenhang in het leven. Bij het uiteenvallen van de samenhang komt al snel een gevoel van schuld. Onder een zingevingsvraag bij het lijden kan daarom ook goed de vraag naar de schuld van het lijden schuil gaan.

Tegenover de gebrokenheid van het bestaan staat de heelheid van het bestaan. Juist in het contrast en in samenhang met de gebrokenheid kan de heelheid ervaren worden. In de donkere tijden kunnen lichtpuntjes oplichten. Op deze momenten kan iemand zich afvragen of er toch niet meer is, ondanks dat het niet te bevatten is. Momenten op deze kruispunten van leven en dood roepen bij de één radeloze angst op en vullen de ander met een groot vertrouwen dat het allemaal goed komt.

Aangezien wij ons richten op zingeving in het contact tussen arts en patiënt en dan met name op en hoe de arts zingevingvragen signaleert, proberen we een beeld te krijgen van de manier waarop zingevingvragen gesteld worden en hoe zingevingvragen zichtbaar (kunnen) worden. In onderstaand overzicht volgen vijf kenmerken van zingevingvragen zoals Van Zanten³⁹ deze noemt:

1. Van Zanten maakt onderscheid tussen zingevingvragen en 'vraagvragen'.

Onder de laatste verstaat ze 'gewone' vragen, vragen die als vraag bedoeld zijn.

Bij zingevingvragen gaat het om de zoektocht naar "de zin in, de betekenis van en het doel van het leven".

2. Als tweede kenmerk noemt ze dat zingevingvragen niet op zichzelf staan, ze staan dus niet los van het 'dagelijks leven'. De zin wordt altijd gezocht in de relatie tot de dingen die we willen doen, in de relatie tot de mensen met wie we in contact willen treden en in relatie tot zaken die we belangrijk (waardevol) vinden.

3. Als derde kenmerk van zingevingvragen wijst Van Zanten er op dat de zingevingsvraag vaak schuil gaat achter de 'vraag-vraag'. Met andere woorden: de zingevingsvraag is verpakt in een 'gewone' vraag. Reden kan zijn dat de persoon zelf zich nog niet bewust is van zijn zinvraag. Het kan ook zijn, dat het nog te moeilijk is om er op directe wijze over te praten. Een gevolg hiervan is dat zingevingvragen niet altijd als zodanig herkenbaar zijn. Dit vraagt om een gerichte houding bij de arts of andere hulpverlener om de zingevingvragen te

³⁹ Zanten - Van Hattum, Mariet van (1993) *Zingeving kun je leren. Een onderzoek naar het onderwijsleergesprek als didactische werkvorm in een lessenplan levensbeschouwelijke oriëntatie voor verpleegkundigen en ziekenverzorgenden.* (Dissertatie). Nijkerk, Intro

kunnen horen.

4. Van Zanten geeft ten vierde aan, dat zingevingvragen niet alleen voor komen in de vorm van een ('gewone') vraag, maar ook in de vorm van dromen, wanen, lichamelijke klachten, losse opmerkingen en noodkreten. Ook hier is weer een appèl naar de arts of andere hulpverlener om bedacht te zijn op het schuilgaan van zingevingvragen in één of meerdere van de genoemde vormen. Deze gerichtheid is van groot belang voor het signaleren ervan.

5. Als laatste kenmerk van zingevingvragen noemt Van Zanten dat deze vragen vaak onbeantwoordbaar zijn; in ieder geval zijn ze niet te beantwoorden door de hulpverlener. Alleen het individu zélf kan zijn eigen antwoord vinden, als er al een antwoord bestaat. Bovendien zal een eventueel gevonden antwoord steeds voorlopig zijn.

In het concept 'Richtlijn spirituele zorg'⁴⁰ (concept onder redactie van C. Leget e.a. waarin opgenomen de richtlijn existentiële crisis uit 2005) worden aanbevelingen gedaan ten aanzien van goede zorg bij existentiële vragen. Er worden signalen genoemd die op zingevingvragen duiden, te weten: angst, strijd om zin van leven en dood, vragen omtrent godsbeeld, verstoord godsbeeld, verliesverwerking, gestagneerde verliesverwerking, conflicterende levensbeschouwelijke opvattingen, zoeken naar alternatieve levensbeschouwelijke opvattingen, behoefte aan steun bij existentiële nood, verbroken sociale contacten, zinverlies, ernstige depressie en sterke doodswens. In het empirisch onderzoek komt een aantal signalen die op zingeving kunnen duiden aan bod.⁴¹ (vraag 15) We willen zien of artsen deze signalen van zingevingaspecten herkennen en of ze ook voorkomen in hun praktijk.

⁴⁰ www.pallialine.nl

⁴¹ Bijlage 1, vraag 15

3.5 Belemmeringen in de omgang met zingeving(vragen)

Een punt dat kan spelen bij het denken aan zingeving is dat godsdienst zonder meer een rol speelt. Pas wanneer vragen een religieus getinte ondergrond hebben, zouden ze als zingevingvragen gezien worden. Ook een arts die deze overtuiging heeft, zal dan pas een zingevingsvraag signaleren wanneer deze er een religieuze ondertoon in waarneemt.

Echter uit het schema van Van der Lans kunnen we al aflezen dat godsdienst als zingevingbron pas expliciet wordt ingezet op het niveau van existentiële zingeving. Op bovenliggende niveaus, waaronder de dagelijkse zingeving, komt godsdienst niet zo duidelijk in beeld. Ook Hekking⁴² vermeldt over het proces van zingeving dat dit weliswaar sterk beïnvloed kan worden door levensbeschouwingen maar het valt er niet mee samen. Geloof kan een onderdeel zijn van iemands zingevingssysteem maar hoeft dat niet te zijn.

Een ander punt dat verwarring met zich mee kan brengen is de vermeende overlap van religie met spiritualiteit.

Zingeving is nauw verweven met spiritualiteit, zoals uit de volgende begripsomschrijving van Van Leeuwen blijkt. Hij gebruikt hiervoor de omschrijving ontleend aan Jochemsen: “spiritualiteit is het ideologisch en religieus functioneren van een mens, inclusief de vragen naar het vinden en ervaren van zin.” Van Leeuwen⁴³ heeft onderzoek gedaan naar de eventuele rol van spiritualiteit bij patiënten met fysieke klachten binnen de Nederlandse ziekenhuizen. Spiritualiteit kan daarbij religieus en niet-religieus geduid worden. Spiritualiteit is gerelateerd aan alle vormen van overtuigingen en wereldbeelden. Uit de studie blijkt wel dat binnen de Nederlandse context spiritualiteit snel met religiositeit wordt verbonden. Verschillende studies laten zien, volgens Van Leeuwen, dat de spirituele noden belangrijk zijn voor patiënten tijdens hun ziekte en behandeling. De noden zijn divers en kunnen soms binnen een specifiek religieuze context geplaatst worden (bijvoorbeeld het zich gesteund voelen door God of de kerk), andere zijn dat weer niet (door zich uit te drukken in termen van hoop, contact met de natuur of andere communicatie). Het op de hoogte zijn van de spirituele noden, helpt de zorgprofessionals bij het signaleren van en verlenen van de benodigde hulp gedurende de behandeling.

Als laatste punt omtrent zingevingvragen kan nog opgemerkt worden dat een mogelijke belemmering in de omgang met deze vragen de huidige tijdgeest is. Zingevingvragen worden door Kunneman⁴⁴ als ‘trage vragen’ bestempeld. Kunneman stelt dat de hedendaagse kennis- en informatiemaatschappij zich laat kenmerken door een hoge mate van versnelling, zoals bijvoorbeeld in wereldwijd menselijk verkeer via internet. Een probleem van de versnelling lijkt te

⁴² Hekking, R., 2005, Het domein van de geestelijk verzorger, In: *Tijdschrift geestelijke verzorging*, 6e jaargang, 29, pag. 49

⁴³ Leeuwen, R. van (2008), *Towards nursing competencies in spiritual care*, University Groningen

⁴⁴ Kunneman, H., noot in: Kal, Doortje (2004) *De verbinding maken. Het verschil behoeden. Hoe het herwinnen van een plaats in de samenleving van belang is voor zingeving*. In: Ad van Heeswijk e.a. (red.) *Vragen naar zin. Het perspectief van de GGZ-cliënt*. Tilburg, KSGV, pag. 34-49

zijn dat ze omwille van zichzelf centraal staat. Het lijkt niet te gaan om recht te doen aan vraagstukken van uitsluiting (bijv. door ziekte niet meer deel kunnen nemen aan maatschappij), duurzaamheid en zingeving. Kenmerk van de versnellende techno maatschappij is dat ze trage vragen probeert te transformeren in snelle vragen die efficiënt opgelost moeten worden.

Zingevingvragen zijn echter geen vragen waar direct een oplossing voor gegeven kan worden. Ze worden gesteld wanneer de kwaliteit van het leven is aangetast. De vraagsteller zoekt naar een nieuwe samenhang, naar een nieuw houvast in de gegeven situatie. Het gaat er om dat de vraagsteller het zelf met zijn vragen 'uit kan houden'. Belangrijk is dat er ruimte gegeven wordt om de vragen te kunnen stellen. Ruimte die de patiënt nodig heeft om zelf ook bij zijn existentiële vragen uit te komen. Dit vraagt ook van de patiënt het nodige aangezien deze ook kind van de techno maatschappij is. Van de arts als professional vraagt het om de signalen en vragen met zingevingaspecten te herkennen. Het is aan de taxatie van de arts of de vraag van de patiënt door de arts voldoende beantwoord kan worden. In de medische context zoals wij die voor ogen hebben zou een doorverwijzing naar een geestelijk verzorger een 'goede oplossing' kunnen zijn.

3.6 coping en zingeving

In de schematische weergave van het zingevingproces door Van der Lans wordt aangegeven op welke momenten zingevingproblemen kunnen ontstaan. Dit gebeurt wanneer de oriëntatie stagneert (de situatie is niet te begrijpen, niet te plaatsen in het gehanteerde wereldbeeld) of wanneer de evaluatie problemen oplevert (het is niet duidelijk of iets nog wel past in het levensproject). Wanneer dan de gebruikelijke zingevingbronnen niet meer toereikend zijn om een gevoel van zinvolheid te verschaffen, zal de betrokkene opnieuw moeten nadenken over de zin en het doel van zijn leven. Hier komt de Engelse term 'coping' in beeld. Deze term is afgeleid van het werkwoord 'to cope with', het hoofd bieden aan. Uitgangspunt is dat mensen niet zomaar, automatisch reageren op wat hen overkomt, maar zoeken naar betekenisvolle samenhangen in hun bestaan. In het licht van de gewenste betekenissen proberen ze hun leven te beschermen tegen dreigingen of weer op te pakken na verlies.⁴⁵ Pargament omschrijft coping als "een transactioneel proces, een proces van uitwisseling en ontmoeting tussen het individu en de situatie binnen een groter geheel."⁴⁶ Het copingproces raakt ook haast iedere dimensie van het menselijk bestaan: de cognitieve, affectieve, gedragsmatige en psychologische dimensie.

In het dagelijks taalgebruik spreken we vaak over een crisissituatie wanneer we het over ingrijpende gebeurtenissen hebben. Binnen het zingevingproces waar coping in beeld komt wordt met de term crisis niet de ingrijpende gebeurtenis zelf aangeduid. Een gebeurtenis of situatie kan tot een crisis leiden, afhankelijk van de taxatie van de inzetbaarheid van de hulpbronnen en de mate waarin een situatie de levenswaarden en eigenwaarde van de persoon aantast. Ook de sociale context, de mate waarin hulp en steun vanuit de omgeving te verwachten is, bepaalt mede hoe een persoon de situatie opneemt. R. Lazarus en S. Folkman⁴⁷ noemen deze cognitieve constructies de primary appraisal waarbij getaxeerd wordt in hoeverre een situatie de belangrijke waarden van de persoon aantast. De secondary appraisal bepaalt vervolgens of er voldoende hulpbronnen aanwezig zijn om de situatie het hoofd te kunnen bieden. Er wordt getaxeerd of de persoon de ontstane situatie met zijn beschikbare bronnen aankan. Beschikbare bronnen zijn positieve elementen zoals (familie)relaties, geld, gezondheid maar kunnen ook een negatieve inhoud hebben zoals ervaringen van verlies, falen, negatief zelfbeeld en financiële schulden. Wanneer het uiteindelijk niet lukt om een betekenis te vinden voor de dingen die gebeuren in het leven spreken we van een zingeving- of existentiële crisis.

Een ernstige ziekte brengt de patiënt in een nieuw ontstane situatie waarmee omgegaan zal moeten worden. In de vorm van coping strategieën bepalen mensen zelf (eventueel met therapeutische hulp) hoe ze zich verhouden met de gegeven omstandigheden en beïnvloeden zij

⁴⁵ Ganzevoort, R. & Visser, J., 2009, *Zorg voor het verhaal*, Zoetermeer, Meinema, 290-300.,

⁴⁶ Pargament, K., 1997, *The psychology of religion and coping. Theory, research, practice*. New York, The Guilford Press, 82-89.

⁴⁷ Lazarus, R.S, & Folkman, S, 1984, *Stress, appraisal and coping*, New York, Springer.

hun eigen beleving van zin. Ganzevoort noemt het doel van het coping proces om te komen tot verandering van de situatie of verandering van beleving of betekenis.⁴⁸ Bijvoorbeeld in de situatie van ernstige ziekte zal er niet altijd verandering van de situatie mogelijk zijn en zal het coping proces erop gericht moeten zijn om tot verandering van beleving of betekenis te komen. Dit cognitief herwaarderen zien we ook terug in de beschrijving van mogelijke zingevende coping strategieën door M. Leijssen⁴⁹:

Cognitief selecteren

Deze strategie is erop gericht het positieve naar voren te halen. Het is een cognitieve act die erin bestaat de aandacht selectief te richten op bepaalde aspecten van een situatie, waardoor men er een betekenis aan geeft waarmee zingeving overeind kan blijven of terugkeren. Door de aandacht selectief te richten, bepalen mensen zelf of een situatie hen overmeestert en gevangen houdt in pijn en ellende, of dat ze benut wordt als opstap naar het ontwikkelen van nieuwe eigenschappen en het vinden van creatieve invalshoeken. Bijv. iemand die in het ziekenhuis ligt, kan nieuwsgierig zijn naar de gang van zaken, zich verwonderen over dingen, andere aspecten van zichzelf ontdekken... waardoor de ziekte naar de achtergrond verdwijnt en er ruimte ontstaat voor nieuwe ervaringen. De socioculturele context beïnvloedt de betekenisgeving van wat mensen overkomt. Is ziek zijn bijvoorbeeld een last of een uitdaging om nieuwe prioriteiten te stellen?

Waar de situatie nog kan veranderen is 'aanpassen' mogelijk een coping strategie:

De aanpassingsmogelijkheden van het individu zijn doorslaggevend om het gevoel van zingeving te behouden of een nieuwe zin te vinden. Bij plotselinge veranderingen hebben mensen minder grip op de situatie en is er vaak een teruggang van de zelfwaardering. Zinvermindering die het gevolg is van gewijzigde omstandigheden (zoals verlies van iets of iemand, achteruitgang van financiële, fysieke en mentale mogelijkheden, technologische evoluties, een nieuwe omgeving...) vergt een bijsturing van het zelfbeeld en het wereldbeeld, zodat er een betere aansluiting met de gewijzigde realiteit komt. Ook vraagt het om een herstellen van persoonlijke doelen en plannen in functie van beschikbare mogelijkheden en het aanboren van andere bronnen van zingeving. Bijvoorbeeld na een ongeval moet iemand in zijn zelfbeeld rekening houden met verminderde fysieke mogelijkheden, andere troeven of talenten ontwikkelen, nieuwe contacten leggen, hobby's ontwikkelen die passen bij zijn huidige mogelijkheden.

Pargament meende dat de veel voorkomende manieren van rangschikken van coping strategieën,

⁴⁸ Ganzevoort, R. & Visser, J., 2009, *Zorg voor het verhaal*, Zoetermeer, Meinema, 299.

⁴⁹ Leijssen, M. (2004). Zingeving en zingevingproblemen vanuit psychologisch perspectief. In *Wetenschappelijk denken: een laboratorium voor morgen? Lessen voor de eenentwintigste eeuw* (pp. 241-268). Leuven: Universitaire Pers Leuven.

zoals beschrijvend, opeenvolgend of typologisch, geen recht doen aan de onderliggende focus bij coping, namelijk het zoeken naar betekenis. Vanuit deze functionele hoek bekeken maakt Pargament⁵⁰ een schematische weergave van de twee mechanismen die in de zoektocht naar (nieuwe) betekenis steeds aan de orde zijn, namelijk conserveren en transformeren. Met doel wordt hier bedoeld de waarden en objecten die iemand in stand wil houden omdat ze van groot belang voor hem/haar zijn. Met het middel gaat het om de voor de persoon gebruikelijke manieren om de waarden uit te leven.

Schematisch ziet het coping mechanisme met transformatie en conservering er als volgt uit:

		Destinations of Significance	
		Conservering van doel	Transformatie van doel
conservering van middel	conservering van middel	Preservation	Re-valuation
	transformatie van middel	Reconstruction	Re-creation

Tabel 2: coping mechanisme met transformatie en conservering (bron: K. Pargament, 1997, *The psychology of religion and coping. Theory, research, practice.*)

Bij preservation blijven middel en doel hetzelfde. Vasthouden aan de eigen waarden en de wereldoriëntatie die deze waarde bevestigt, kan een succesvolle overlevingsstrategie zijn. Preservation kan ook betekenen de ogen sluiten voor andere opties die beter waren. In die vorm is het niet altijd een succesvolle strategie.

Bij re-valuation blijft het middel hetzelfde en wordt het doel bijgesteld. Hier wordt verandering van betekenis (waarde) zichtbaar. De situatie kan misschien niet meer veranderd worden of de keus is om deze niet te veranderen. In het geval van een palliatieve fase kan de situatie van de ziekte op zich niet meer veranderd worden maar kunnen wel andere doelen gesteld worden. Geen lange termijn doelen maar bijvoorbeeld een ontmoeting met de partner of andere belangrijke persoon in iemands leven, kan het doel van de dag zijn.

Bij reconstruction verandert het middel en blijft het doel hetzelfde. Hier is de gerichtheid vooral op verandering van de situatie. Wanneer het doel voor een patiënt is om zelfstandig te kunnen blijven wonen, kunnen er aanpassingen nodig zijn om dit mogelijk te maken. Hulpvragen kunnen hier een belangrijk middel zijn. Het zelfbeeld kan hier ook beïnvloed worden wanneer iemand voorheen alles zelf wilde doen.

Bij re-creation verandert zowel het middel als het doel. Wanneer een jong persoon verlamd raakt zal deze zijn doelen en middelen bij moeten stellen. Een radicaal nieuwe kijk op het leven is hier

⁵⁰ Pargament, K., 1997, *The psychology of religion and coping. Theory, research, practice.* New York, The Guilford Press, 106-114.

haast nodig om opnieuw betekenis te vinden.

Het is niet bij voorbaat gezegd dat de ene optie beter is ten opzichte van de andere. Veel hangt af van de mogelijkheden die een patiënt of betrokkene voor zichzelf ziet. Ook hier geldt weer dat de arts als een klankbord of begeleider binnen het coping proces zou kunnen gelden om het voor de patiënt mogelijk te maken nieuwe opties in beeld te krijgen.

3.7 Conclusie

Omdat in het onderzoek van deze scriptie de aandacht voor zingeving prominent aanwezig is, moet er helderheid bestaan over wat zingeving dan is. In dit hoofdstuk is het procesmatige van zingeving naar voren gekomen en is verduidelijkt dat signalen die op zingevingvragen kunnen duiden niet altijd eenvoudig waar te nemen zijn. Daarbij is zingeving ook een persoonlijk proces waarmee bedoeld wordt dat niet iedere persoon op een gelijke wijze tot een hernieuwde zinbeleving komt. Daarbij is het zo dat eenzelfde situatie die de ene persoon als crisis ervaart en waar mogelijk een zingevingcrisis uit voort kan komen, voor een andere persoon geen problemen op hoeft te leveren. Omdat de arts binnen het ziekteproces een belangrijke gesprekspartner is kan de rol die de arts bekleedt een belangrijke factor zijn in de begeleiding binnen het zingevingproces. Het is daarom van groot belang dat de arts met name goed zicht heeft op de verschillende aspecten rondom zingeving. Of artsen zingevingaspecten signaleren en of de rol van de arts hierbij nog onderscheid maakt is daarom onderwerp van dit onderzoek.

Hoofdstuk 4 Methoden van onderzoek

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zullen we nader ingaan op de aanleiding voor het onderzoek. In eerste instantie gaan we in op de eerste twee onderdelen van het onderzoek opgezet door docenten van de Universiteit Utrecht. Daarna zullen we nader toelichten hoe wij het onderzoek verder hebben vormgegeven.

4.2 Het onderzoek

Voor ons onderzoek maken we gebruik van gegevens uit de enquête 'Zingeving in het contact tussen arts en patiënt' (zie bijlage 1). Deze enquête behoort bij een gelijknamig onderzoek, dat sinds 2009 wordt verricht door dr. N.M. Hijweege–Smeets, dr. J.Z.T. Pieper en dr. W. Smeets. Voorafgaand aan dit onderzoek is door Hijweege en Pieper een exploratief onderzoek⁵¹ uitgevoerd in het UMCU (Universitair medisch centrum Utrecht), om te kunnen nagaan hoe er door medisch specialisten wordt omgegaan met existentiële zingevingvragen die zich bij patiënten met een ernstige ziekte voordoen, welke differentiatie hierin eventueel bestaat naar ziektebeeld en hoe deze differentiatie tot uiting komt in het contact tussen arts en patiënt. Voor dit onderzoek werden artsen werkzaam op de afdelingen medische oncologie, oncologische chirurgie, reumatologie en diabetes in de periode 2006/ 2007 door geestelijk verzorgers van het UMCU of een onderzoeker geïnterviewd. Doel was om zicht te krijgen op de specifieke aard van zingeving bij ziekte en hospitalisatie en het omgaan van artsen daarmee. De spreiding van artsen over vier afdelingen maakte het mogelijk enig zicht te krijgen op de wijze waarop de aard van de ziekte van invloed is op de aspecten van zingeving als gevolg van ziekte, die artsen (i.c. medisch specialisten) in het contact met hun patiënten ervaren. Voorafgaand aan de afname van de interviews (van het exploratieve onderzoek) werd een interviewschema opgesteld, waarin een aantal thema's aan de orde kwamen:

- achtergrond gegevens en werksituatie arts;
- zingevingbronnen van de arts;
- waarnemen van veranderingen op psychisch, sociaal en existentieel gebied ten tijde van ziekte;
- waaraan worden zinvragen herkend;
- welke verwachtingen koestert de patiënt ten aanzien van de arts?;
- omgaan met zinvragen door de arts;
- vaardigheden en competenties in het omgaan met zinvragen;
- verwijzing en bijscholing.

Op basis van de informatie die in het gesprek werd verzameld rond de werksituatie en de persoon van de arts werd de vraagstelling als volgt uitgewerkt; hoe artsen zingeving waarnemen, zij met

⁵¹ Hijweege, N, Pieper, J.Z.T, zingeving in het contact tussen arts en patiënt, In: *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 11, 28-35, 2008

deze aspecten omgaan, welke contacten artsen op dit punt hebben met andere beroepsgroepen, de behoefte die er bij hen bestaat aan bijscholing. In totaal werden vijftien interviews afgenomen; bij vier artsen van de afdeling medische oncologie, vier artsen van de afdeling oncologische chirurgie, vier reumatologen en drie diabetologen. In het ruwe materiaal is een ordening/ clustering gemaakt, aan de hand van acht interpretatievragen. Uit onderzoeksresultaten blijkt dat artsen zinvragen waarnemen. Zinvragen die worden beschreven zijn onder meer; waarom ik? Hoe komt het? Hoe lang nog? En hoe zinvol is verder behandelen nog? De meeste ondervraagde artsen blijken te werken vanuit het bio psychosociaal model. Afstemming op (verwachtingen van) de patiënt wordt door artsen als belangrijk element in de samenwerking arts en patiënt ervaren. Concluderend stellen de onderzoekers na analyse van het materiaal dat “artsen oog hebben voor levensvragen en zingeving, maar deze doorgaans niet verbinden met centrale levenswaarden, geloofsovertuigingen en spiritualiteit”⁵².

Hijweege en Pieper geven aan dat er voor een goed verstaan van de resultaten, het van belang is om in het oog te houden dat het onderzoek plaats heeft gevonden in een academisch ziekenhuis waar in vergelijking met de perifere ziekenhuizen meer tijd is voor patiëntencontact. Een tweede punt van aandacht dat wordt benoemd is het feit dat het onderzoek geheel is gebaseerd op zelfrapportage van artsen en derhalve geheel gezien moet worden vanuit het perspectief van de medisch specialist.

Het huidige kwantitatieve onderzoek

Na afronding van het vooronderzoek op één locatie (UMCU) is besloten het onderzoek voort te zetten door middel van een kwantitatief vragenlijstonderzoek en wel op 4 locaties: de academische ziekenhuizen van Amsterdam (AMC), Utrecht (UMCU), Nijmegen Radboud UMC en Maastricht (AZM). Dit vragenlijstonderzoek kan nagaan in welke mate de gevonden antwoorden in het vooronderzoek zich voordoen in Nederland in het algemeen. De vragen die we stellen zijn gebaseerd op de resultaten van het vooronderzoek, op nieuw verschenen literatuur en op de ervaringen van de geestelijk verzorgers werkzaam op genoemde locaties. De vragenlijst bestaat uit 6 blokken:

1. Kenmerken van de persoon van de arts
2. Kenmerken van de werkzaamheden
3. Waarnemen van zingevingvragen
4. Omgaan met zingevingvragen
5. Contact met andere beroepsgroepen
6. Behoefte aan bijscholing

Deze gegevens worden ingewonnen om de volgende vraagstelling te beantwoorden.

⁵² Hijweege, N, Pieper, J.Z.T, zingeving in het contact tussen arts en patiënt, In: *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 11, 28-35, 2008

Vraagstelling:

In hoeverre wordt het waarnemen van en omgaan met zingevingvragen van de patiënt door de medisch specialist bepaald door de gebeurtenis (aard van de ziekte), de persoon (motivatie en zingevingbronnen van de specialist) en de context (het universitair medisch centrum)?

Daarbij worden de volgende subvragen gesteld;

1. Welke patiëntenpopulatie heeft de specialist onder zijn/haar hoede en wat zijn de centrale werkzaamheden?;
2. Over welke motivatie en zingevingbronnen beschikt de specialist?;
3. Welke verwachtingen hebben de patiënten ten aanzien van het handelen van de specialist?;
4. Wat neemt deze waar aan psychische, sociale, zingeving- en levensbeschouwelijke aspecten aan de ziekte en zieke?;
5. Hoe verloopt het contact tussen specialist en patiënt: doelen, houdingen, vaardigheden en inhoud?;
6. Welke plaats neemt aandacht voor zingeving daarbinnen in: belang en ruimte?;
7. Welke behoefte aan bijscholing is er?;
8. Welke contacten met andere beroepsgroepen zijn er en naar wie wordt doorverwezen?

Beantwoording van deze vragen moet bijdragen aan het realiseren van de volgende doelstelling.

Doelstelling:

Het verbeteren van de kwaliteit van leven van patiënten door middel van het formuleren van aanbevelingen voor het handelen van medisch specialisten met betrekking tot zingevingaspecten van ziekte en hospitalisatie. Daarbij wordt beoogd de contacten tussen het medisch personeel en de dienst geestelijke verzorging te bevorderen.

4.3 factoranalyse

In deze paragraaf worden een aantal basisgegevens getoond vanuit het empirisch onderzoek. Het betreft de vraag naar *Welk soort zingevingvragen komt u tegen bij uw patiënten?*⁵³ Als tweede factoranalyse gedaan op de vraag: *In welke mate kennen uw patiënten u de volgende rollen toe?*

4.3.1 vraag 16 *Welk soort zingevingvragen komt u tegen bij uw patiënten?*

Op deze vraag is een factoranalyse gedaan om de hoeveelheid data te reduceren. Er wordt gewerkt met de reacties van 564 artsen. Uit de analyse van de verschillende items komen vier componenten. Deze vier componenten zullen in het nader onderzoek omtrent de aandacht voor zingeving gebruikt worden. Hieronder volgen de Pattern Matrix, Communalities en de uitwerking van de componenten met de onderverdeling van de verschillende items.

Pattern Matrix^a

	Component			
	1	2	3	4
q_2.4.2_2	,208	,043	,606	,073
q_2.4.2_3	-,045	,124	,451	,245
q_2.4.2_4	,172	-,017	,770	-,094
q_2.4.2_5	,079	-,071	,765	-,056
q_2.4.2_6	,645	-,046	,273	-,046
q_2.4.2_7	-,137	,192	,590	,135
q_2.4.2_8	,414	,030	,058	,376
q_2.4.2_9	,298	-,128	,073	,584
q_2.4.2_10	-,028	-,196	,070	,762
q_2.4.2_11	,190	,264	-,153	,475
q_2.4.2_12	,727	,104	,053	,074
q_2.4.2_13	,199	,032	,159	,447
q_2.4.2_14	-,278	,194	,253	,442
q_2.4.2_15	-,062	,345	-,061	,458
q_2.4.2_16	,627	,005	,279	-,027
q_2.4.2_17	,261	,354	-,130	,365
q_2.4.2_18	,532	,128	-,146	,065
q_2.4.2_19	,782	,001	-,006	-,002
q_2.4.2_20	,028	,835	,001	-,027
q_2.4.2_21	-,008	,786	,171	-,157
q_2.4.2_22	,125	,799	-,059	-,092
q_2.4.2_23	,369	,191	,193	,123
q_2.4.2_24	,027	,424	,116	,180

Extraction Method: Principal Component Analysis a. 3 components extracted

⁵³ Zie bijlage 1 vraag 16

Communalities

	Initial	Extraction
q_2.4.2_2	1,000	,529
q_2.4.2_3	1,000	,367
q_2.4.2_4	1,000	,643
q_2.4.2_5	1,000	,583
q_2.4.2_6	1,000	,541
q_2.4.2_7	1,000	,467
q_2.4.2_8	1,000	,438
q_2.4.2_9	1,000	,503
q_2.4.2_10	1,000	,533
q_2.4.2_11	1,000	,447
q_2.4.2_12	1,000	,641
q_2.4.2_13	1,000	,383
q_2.4.2_14	1,000	,392
q_2.4.2_15	1,000	,402
q_2.4.2_16	1,000	,546
q_2.4.2_17	1,000	,469
q_2.4.2_18	1,000	,331
q_2.4.2_19	1,000	,609
q_2.4.2_20	1,000	,694
q_2.4.2_21	1,000	,618
q_2.4.2_22	1,000	,635
q_2.4.2_23	1,000	,362
q_2.4.2_24	1,000	,321

Extraction Method: Principal Component

Analysis.

Factor / component 1: vragen rondom het levenseinde/ tijd die nog rest (Cronbach's Alpha .808)

hoe lang nog

is er nog een resterend zinvol leven

hoe zal het doodgaan zich voltrekken

hoe zinvol is verder behandelen nog

vragen rond orgaandonatie

vragen rond euthanasie

vragen rond hoop

Factor 2 / component 2: theodicee (Cronbach's Alpha .710)

waarom straft God mij

heeft God hier een bedoeling mee

waarom laat God mij in de steek
waarom is er ziekte en lijden

Factor 3 / component 3: verantwoordelijkheid en rechtvaardigheid (Cronbach's Alpha .752)

waarom ik
is het wel rechtvaardig
hoe komt het
wat kan ik eraan doen
wat is mijn schuld, verantwoordelijkheid

Factor 4 / component 4: ik (identiteit) en de ander (Cronbach's Alpha .712)

hoe behoud ik mijn autonomie
hoe raak ik niet geïsoleerd
is er leven na de dood
vragen rond omgaan met naasten
vragen rond schaamte
hoe ga ik om met spijt over in het leven gemaakte keuzes
hoe kan ik het leven loslaten

Een hoge score op de factoren betekent dat mensen veel items die de component uit maken hebben aangevinkt. Een lage score betekent dat mensen weinig items die de component uitmaken hebben aangevinkt.

4.3.2 rollen: *In welke mate kennen uw patiënten u de volgende rollen toe?*

Voor de factoranalyse van de verschillende rollen is twee keer een analyse gedaan. De eerste keer kwamen daar 5 factoren uit te weten de vijf verschillende rollen; te weten deskundige, vertrouwensfiguur, begeleider, vriend(in) en ideale ouder. Vervolgens is er opnieuw een factoranalyse gedaan om een tot een datareductie te komen. Dit is een gedwongen factoranalyse geweest waarbij de rol van vertrouwensfiguur en de rol van begeleider samengevoegd zijn. Dit is gedaan op basis van theoretische overwegingen. Deze rollen zouden inhoudelijk bij elkaar kunnen aansluiten. Doordat de betrouwbaarheid (Cronbach's Alpha .561) niet geheel aanwezig is, kan het zo zijn dat er verschillen niet onderscheiden worden omdat de rollen samengetrokken zijn. Er zijn nu drie rollen ontstaan te weten de deskundige, vertrouwensfiguur/ begeleider en vriend(in)/ ideale ouder.

Pattern Matrix^a

	Component		
	1	2	3
q_2.1.2_1	-,004	,014	,996
q_2.1.2_2	-,022	,843	-,042
q_2.1.2_3	,031	,815	,057
q_2.1.2_4	,761	,121	-,057
q_2.1.2_5	,887	-,092	,041

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 8 iterations.

Communalities

	Initial	Extraction
q_2.1.2_1	1,000	,994
q_2.1.2_2	1,000	,702
q_2.1.2_3	1,000	,682
q_2.1.2_4	1,000	,655
q_2.1.2_5	1,000	,746

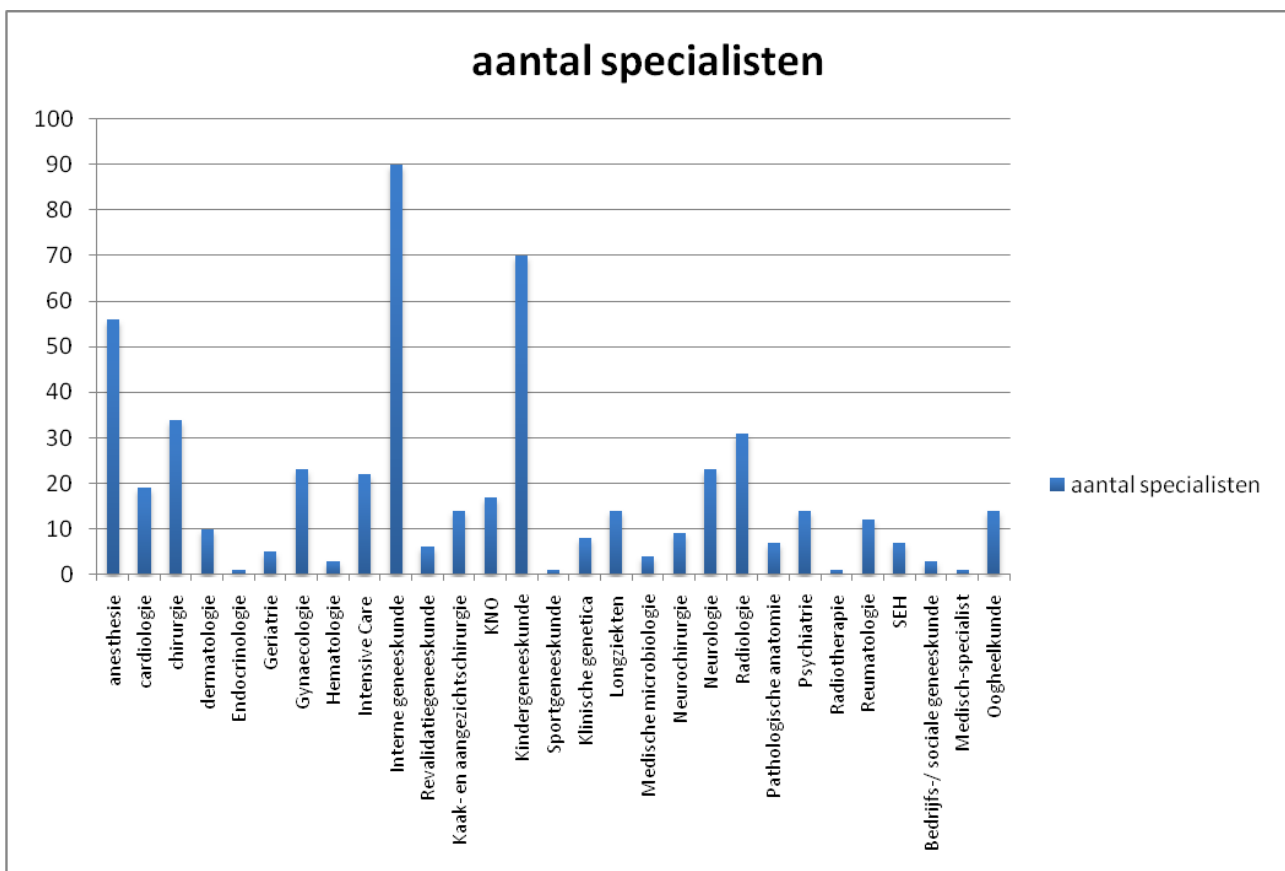
Extraction Method: Principal Component

Analysis.

4.4 de deelnemers

Aan het onderzoek hebben 564 artsen meegedaan vanuit het UMCU, AZM, AMC en Radboud UMC. De ondervraagde artsen zijn met name medisch specialisten (64%), 11% is medisch specialisten en hoogleraar, 26% is arts assistent. Opgemerkt moet worden dat er in één ziekenhuis geen arts assistenten zijn benaderd voor de enquête, dit is van invloed op de totale verhouding specialist/arts assistent. Daarnaast hebben veel artsen deze vraag niet beantwoord. Veel van de ondervraagde artsen werken in de intake/diagnose fase of de behandelingsfase. De duur van de contacten met de patiënten is vooral kortdurend en middellang.

Van de 564 deelnemers hebben 519 deelnemers de vraag beantwoord “welk specialisme beoefent u?” (N=519). De grafiek laat een onderverdeling zien in de verschillende specialismen.



Tabel 3: alle specialisten onderverdeeld per specialisme

In het onderzoek werd gevraagd aan de artsen in welke mate zij menen dat hen door patiënten een bepaalde rol wordt toegekend. De uitkomsten bij de rollen zijn dus op basis van de zienswijze van de arts. Bij alle artsen (N=519) kent 97% zich de rol van deskundige toe, 71% de rol van vertrouwensfiguur/begeleider⁵⁴ en 8% de rol van vriendin/ideale ouder. De vraag naar welke fasen in het ziekteproces maakt u mee is onderverdeeld in intake- diagnose, behandeling, poliklinische nazorg en palliatieve zorg. De antwoord mogelijkheid van palliatieve zorg hebben we gebruikt om

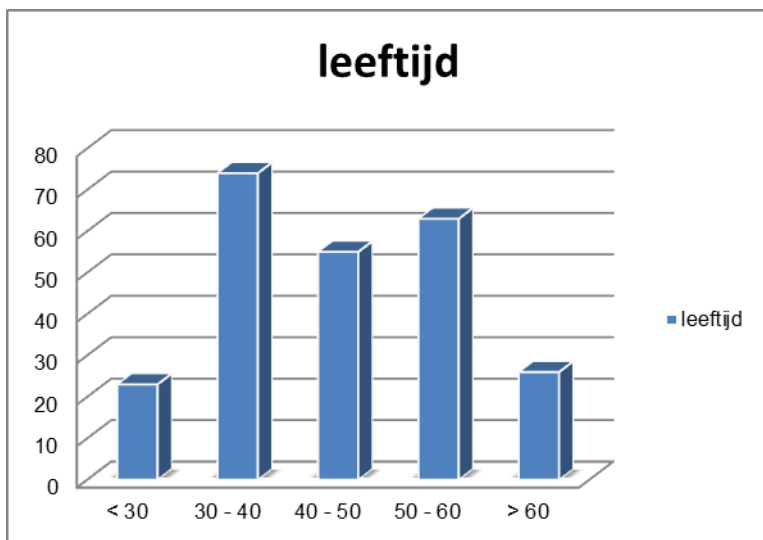
⁵⁴ De vraag luidt: In welke mate kennen uw patiënten u de volgende rollen toe? In de analyse is te lezen: de arts die zich herkent in de rol van...

een uitsplitsing te maken in werkzaam in de palliatieve zorg en niet werkzaam in de palliatieve zorg. Van de 564 artsen hebben 181 aangegeven dat werken in de palliatieve zorg soms van toepassing is en 139 artsen hebben aangegeven niet werkzaam te zijn in de palliatieve zorg. In totaal gaat het hierbij om 320 artsen die voor de verdere verwerking van de resultaten genoemd zullen worden als artsen die niet werkzaam zijn in de palliatieve zorg.

We hebben ons gericht op de artsen die niet werkzaam zijn in de palliatieve zorg en de aandacht voor zingeving omdat we veronderstellen dat aandacht voor zingeving in de palliatieve zorg een vanzelfsprekendheid is.

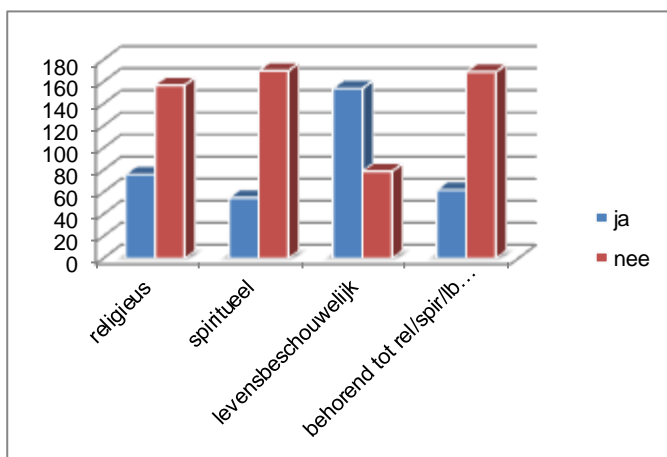
4.5 niet in de palliatieve zorg werkende artsen

Er is voor de groep artsen die niet werkzaam zijn in de palliatieve zorg een onderverdeling gemaakt in leeftijdscategorieën (N=241). De gemiddelde leeftijd van deze groep is 48 jaar. De groep van 30-40 jarigen is in aantal het meest vertegenwoordigd. Bij de verdeling per geslacht (N=238) is er 125 man en 113 is vrouw.



Tabel 4: leeftijdsverdeling artsen die niet werkzaam zijn in de palliatieve zorg

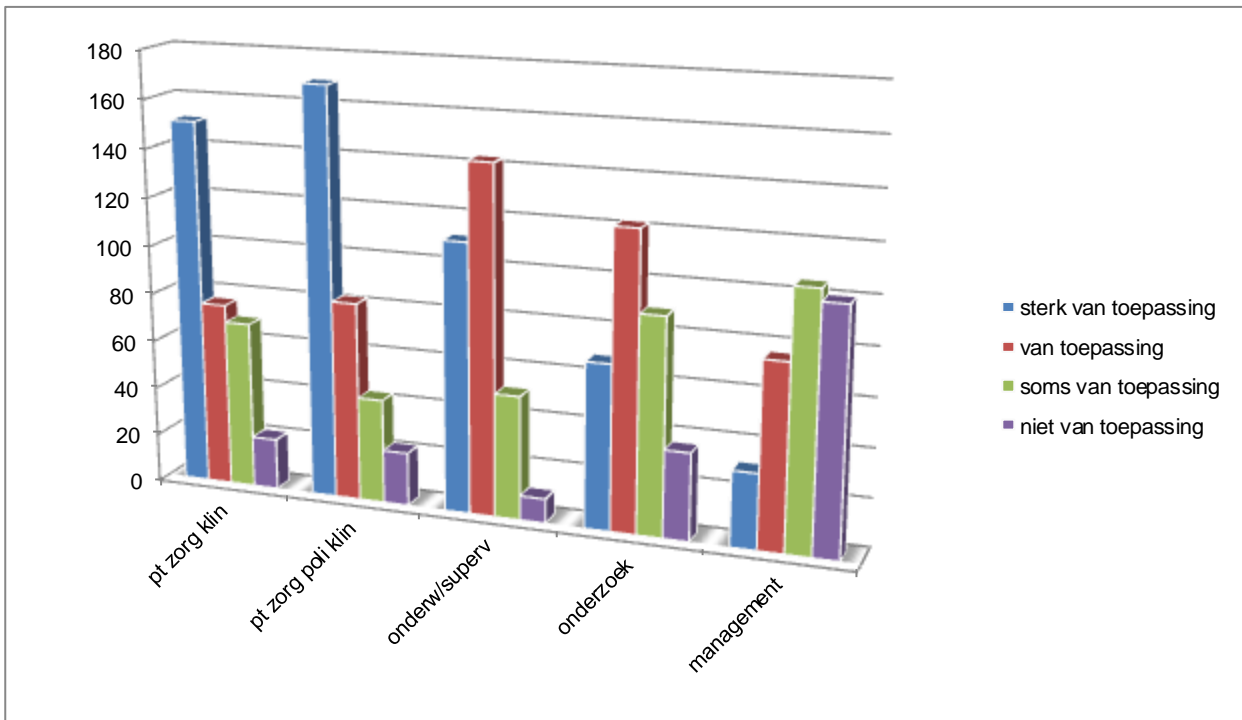
De artsen werd ook gevraagd of ze religieus, spiritueel, levensbeschouwelijk zijn ingesteld en of ze behoren tot een religieuze, spirituele of levensbeschouwelijke groepering. Van de artsen beschouwt 48% zich als levensbeschouwelijk ingesteld (N= 233), 24 % noemt zich religieus (N= 233) en 17% noemt zich spiritueel (N=225). Slechts 19% is betrokken bij een religieuze en of spirituele groepering (N=231). In de grafiek is het aantal te zien waarin onderscheid gemaakt kon worden tussen ja en nee.



Tabel 5: 'Ik beschouw mijzelf als..'

4.5.1 werkzaamheden

In de vragenlijst is opgenomen een vraag naar de taken van de arts. Hierbij kon geselecteerd worden: patiëntenzorg klinisch, patiëntenzorg poli klinisch, onderwijs/supervisie, onderzoek en management. Bij deze vraag kon de arts sterk van toepassing, van toepassing, soms van toepassing en niet van toepassing aankruisen. In de tabel is te zien het aantal artsen dat de verschillende mogelijkheden heeft ingevuld.



Tabel 6: taken van artsen die niet werkzaam zijn in de palliatieve zorg weergegeven in aantallen (N=312-315)

Voor de beantwoording van de vraag: *Is er onderscheid in de aandacht voor zingeving bij artsen die met name werkzaam zijn op de polikliniek of in de kliniek?* maken we een onderverdeling van artsen die alleen op de polikliniek of alleen in de kliniek werkzaam zijn. De andere taken die in de tabel beschreven worden zijn niet nodig om tot beantwoording van deze vraag te komen en zullen verder niet behandeld worden.

Vanuit de tabel kunnen we lezen dat er in totaal (sterk van toepassing en van toepassing) 227 artsen aangeven in de kliniek te werken en in 251 (sterk van toepassing en van toepassing) op de polikliniek werken. Er is een crosstabs gemaakt om hieruit de artsen te filteren die alleen werkzaam zijn op de polikliniek of in de kliniek. Hieruit blijkt dat er 72 alleen op de polikliniek en 47 alleen in de kliniek werken. Van deze artsen hebben we gekeken of er onderscheid is in de contactduur die ze hebben met patiënten. In de grafiek is te zien per contactduur hoe het onderscheid is tussen klinische en poliklinische artsen.

	Klinisch		Poli klinisch	
	van toepassing	niet van toepassing	van toepassing	niet van toepassing
eenmalig	63%	37%	44%	56%
kort durend, enkele contacten	62%	38%	70%	30%
middel lang, max 1 jaar	19%	81%	69%	31%
Langdurend, levensloop volgend	4%	96%	51%	49%

Tabel 7: contactduur en het klinisch of poliklinisch werkend

De antwoordmogelijkheden waren sterk van toepassing, van toepassing, soms van toepassing en niet van toepassing. Bij de verwerking van de gegevens hebben we sterk van toepassing en van toepassing samen gevoegd tot van toepassing. En soms van toepassing en niet van toepassing tot niet van toepassing. Het volgende valt dan op:

Bij de **eenmalige contacten** scoren klinische artsen het hoogst bij 'van toepassing' (63% van de klinische artsen) Eenmalige contacten zijn er bij beiden maar duidelijker vertegenwoordigd bij klinische artsen.

Bij de **kortdurende contacten** scoren de poliklinische artsen hoog 70%, maar ook de klinische artsen scoren hier 62%. Beide groepen hebben dus veel kortdurende contacten.

Bij **middellange contacten** valt op dat de klinische artsen hier grotendeels (81%) aangeven dat dit 'niet van toepassing' is. De poli klinische artsen scoren juist hoog bij 'van toepassing' (69%). Bijna 70% van de poliklinische artsen herkent zich dus in de middellange contacten terwijl de klinische artsen bij van toepassing maar 19% scoren.

Langdurend contact komt bij klinische artsen bijna niet voor. Slechts 4% scoort op 'van toepassing'. Bij de poliklinische artsen is deze score 51%, ruim de helft dus van de poliklinische artsen heeft langdurige contacten met de patiënt.

We kunnen concluderen dat klinische artsen meer kortdurende contacten hebben en poliklinische artsen hebben meer langer durende contacten.

specialisme	Frequentie	klinisch	poliklinisch
Anesthesie	39	15	0
Cardiologie	11	3	0
Chirurgie	24	1	0
Dermatologie	10	0	6
Endocrinologie	1	0	0
Geriatric	3	0	1
Gynaecologie	16	0	5
Hematologie	0	0	0
Intensive Care	8	8	0
Interne geneeskunde	42	0	12
Revalidatiegeneeskunde	3	0	1
Kaak- en aangezichtschirurgie	9	0	1
KNO	8	0	2
Kindergeneeskunde	35	6	6
Sportgeneeskunde	1	0	1
Klinische genetica	7	0	6
Longziekten	3	1	0
Medische microbiologie	3	0	0
Neurochirurgie	6	1	0
Neurologie	9	0	2
Radiologie	16	3	6
Pathologische anatomie	4	3	0
Psychiatrie	13	1	6
Radiotherapie	0	0	0
Reumatologie	12	0	6
SEH	7	1	1
Bedrijfs-/ sociale geneeskunde	1	0	0
Medisch-specialist	1	0	0
Oogheelkunde	12	1	7
Total	304	44	69

Tabel 8: Aantal artsen onderverdeeld per specialisme van de niet in de palliatieve zorg werkende artsen (320) en de arts die allèen klinisch of allèen poliklinisch werken

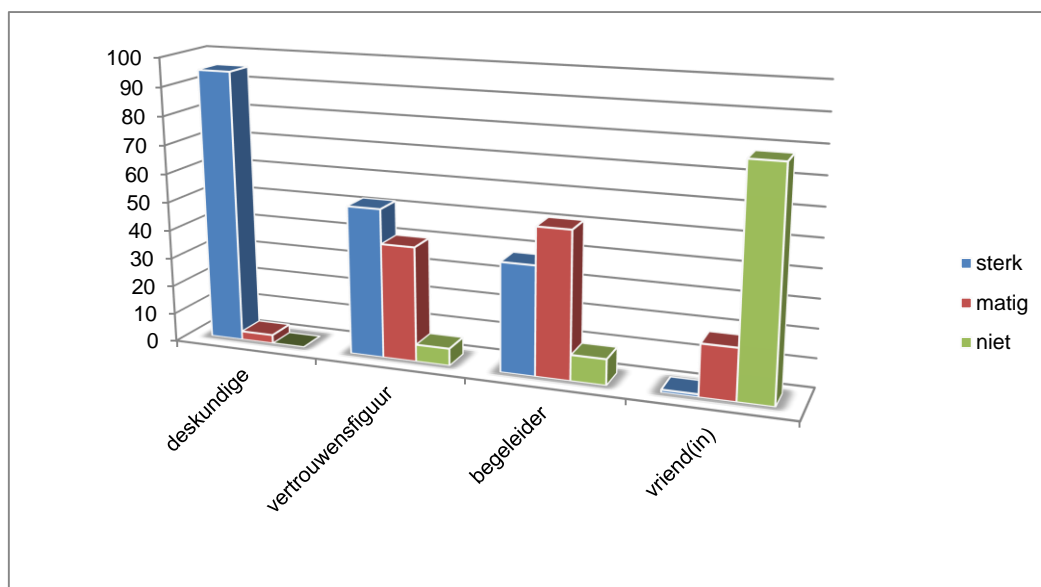
Wat opvalt is dat er meer artsen allèen poliklinisch werken t.o.v. artsen die allèen in de kliniek werken. Van de 304 artsen werken 191 artsen dus zowel op de polikliniek als in de kliniek. Een aantal specialismen valt op doordat zij in het onderscheid allèen klinisch of allèen poliklinisch, allèen klinisch werken: anesthesie, cardiologie, chirurgie, intensive care, longziekten, neurochirurgie en pathologische anatomie. En een aantal valt op omdat zij allèen poliklinisch werken: dermatologie, geriatric, gynaecologie, interne geneeskunde, revalidatiegeneeskunde, kaak- en aangezichtschirurgie, KNO, sportgeneeskunde, klinische genetica, neurologie en reumatologie.

4.5.2 Waarnemen van: verwachtingen patiënten, psychische reacties, sociale veranderingen en zingevingvragen.

De volgende vraag die we willen beantwoorden luidt: *In hoeverre is er onderscheid in de aandacht voor zingeving bij de verschillende rollen; deskundige, vertrouwensfiguur, begeleider, vriend(in) en ideale ouder?*

De verschillende onderdelen van de vraag te weten de rollen en aandacht voor zingeving zullen we eerst los van elkaar neerzetten om daarna vanuit de analyses een antwoord te formuleren op bovenstaande vraag.

In het onderzoek wordt de volgende vraag gesteld: *In welke mate kennen uw patiënten u de volgende rollen toe?* De keuze kan gemaakt worden tussen deskundige, vertrouwensfiguur, begeleider, vriend(in) en ideale ouder. In de tabel zien we de rol van ideale ouder niet terug komen omdat deze niet is geselecteerd door de artsen.

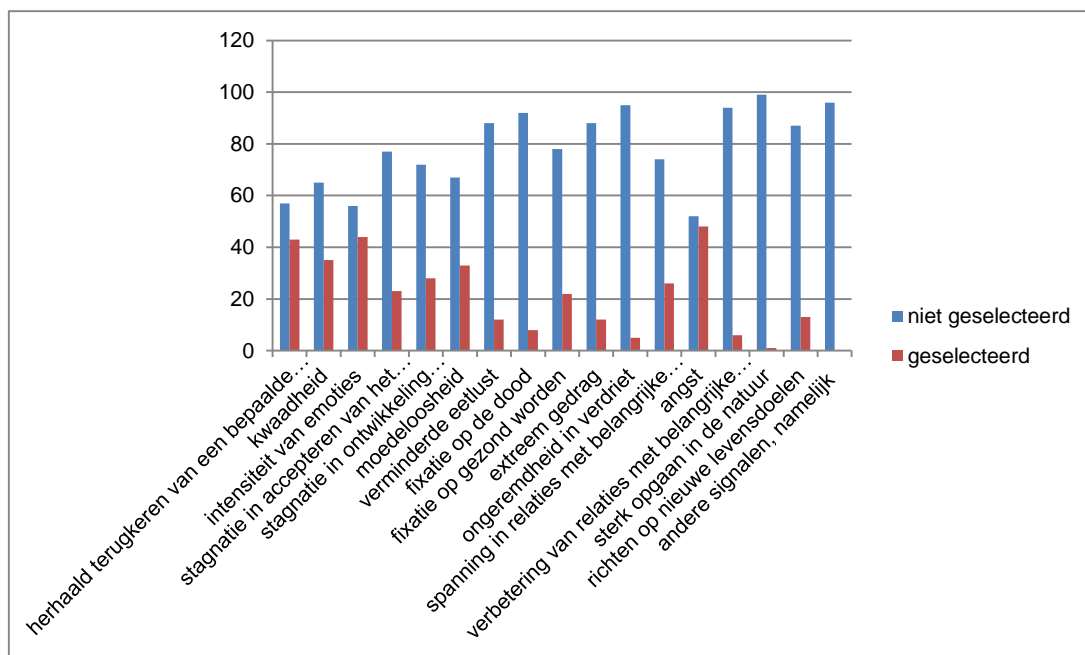


Tabel 9: Rollen die patiënten toekennen aan artsen die niet werkzaam zijn in de palliatieve zorg (in %)

Na de factoranalyse zoals beschreven in 4.3 zijn de rol van vertrouwensfiguur en begeleider in het vervolg samengevoegd. Toegepast op onze onderzoeksgroep van artsen die niet in de palliatieve zorg werken blijkt dat 98% van de artsen zich de rol van deskundige toekent (N=295), 64% kent zich de rol van vertrouwensfiguur/begeleider toe (N=296). De rol van vriendin/ideale ouder kent slechts 1% zich toe (N=292).

Om de vraag naar onderscheid in aandacht voor zingeving te kunnen beantwoorden kijken we nu eerst naar een tweetal vragen rondom zingevingaspecten. De eerste vraag luidt: *Waarom herkent*

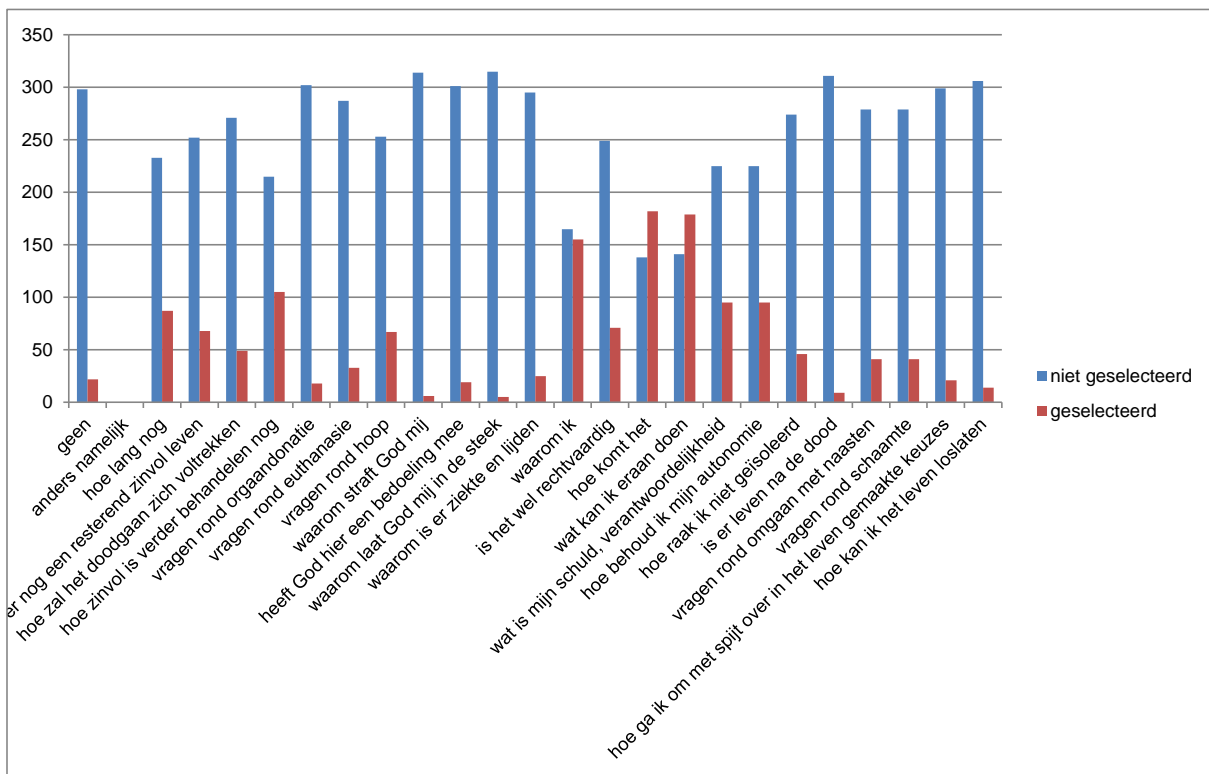
u bij uw patiënten dat er zingevingaspecten van ziek-zijn aan de orde zijn. De tabel laat zien welk percentage van de artsen de antwoordmogelijkheden wel of niet hebben geselecteerd.



Tabel 10: herkenning zingevingaspecten in percentages

Uit de tabel is af te lezen dat angst (48%), herhaald terugkeren van bepaalde thema's (43%) en de intensiteit van emoties (44%) het meest worden geselecteerd. Alle andere aspecten worden aanmerkelijk minder geselecteerd. De vraag die hier gesteld kan worden: is het weinig selecteren van de zingevingaspecten een signaal dat zingeving niet herkend wordt? Of zien artsen deze aspecten niet als zingeving?

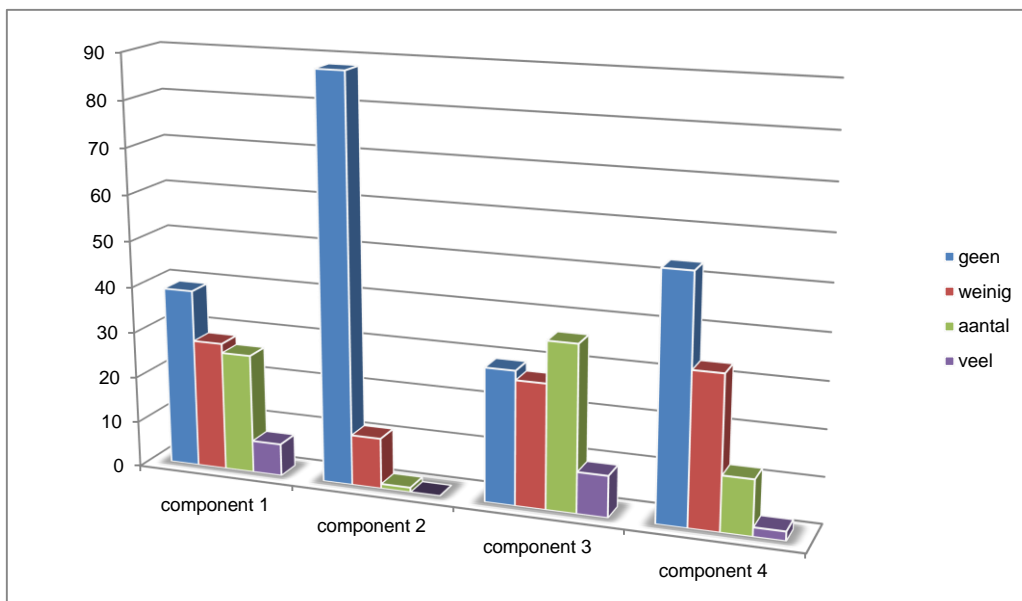
De tweede zingevingvraag luidt: *Welk soort zingevingvragen komt u tegen bij uw patiënten?*



Tabel 11: zingevingvragen bij patiënten in aantallen

We kunnen in de tabel lezen dat zingevingvragen vaker niet dan wel worden geselecteerd. De vragen “hoe komt het” en “wat kan ik eraan doen” worden als enige vragen vaker wel dan niet geselecteerd.

Zoals in 4.3 is aangegeven is er een factoranalyse gedaan en zijn deze zingevingvragen gegroepeerd in 4 componenten.



Tabel 12: componentenanalyse in percentages; vraag 16 verdeeld in vier componenten van zingevingaspecten bij alle artsen (N=564)

Component 1: In de tabel is te zien dat 39% van de artsen de vragen van component 1 niet selecteert, 28% weinig, 26% een aantal en 7% selecteert veel componenten. Opmerkelijk is dat de zingevingvragen uit deze component vaker niet geselecteerd worden dan weinig of een aantal. Dit is opmerkelijk omdat deze vragen toch ziekte gerelateerde onderwerpen lijken te zijn die duidelijk met het beroep van de arts verbonden zijn.

Component 2: De zingevingvragen van component 2 worden nauwelijks geselecteerd. 88% van de artsen selecteert geen van de vragen uit deze component, 11% weinig, 1% een aantal en 0% selecteert veel componenten. Omdat component 2 met name vragen zijn die rondom de theodicee zijn geformuleerd, kan dit een verklaring zijn.

Component 3: In de tabel is te zien dat 29% van de artsen geen zingevingvragen uit deze component selecteert, 27% weinig, 36% een aantal en 9% selecteert veel zingevingvragen uit deze component. Opvallend is dat in tabel 10 te zien is dat de vragen *is het wel rechtvaardig* en *wat is mijn schuld, verantwoordelijkheid* door de artsen vaker niet dan wel geselecteerd worden. De *waarom ik vraag* wordt nagenoeg gelijk geselecteerd. De vragen *hoe komt het* en *wat kan ik eraan doen* worden vaker wel dan niet geselecteerd. De laatste twee vragen lijken vragen die meer een beroep doen op de kennis en kunde van de arts en zijn daarmee meer instrumenteel van aard. De eerste drie vragen lijken meer gericht op de patiënt zelf en vragen een meer affectieve benadering door de arts.

Component 4: In de tabel is te zien dat 53% geen zingevingvragen uit deze component selecteert, 33% weinig, 12% een aantal en 2% veel. Veel vragen uit component 4 lijken verbonden te zijn met

de sociale context van de patiënt. De vraag *hoe behoud ik mijn autonomie* wordt van alle vragen uit component 4 het meest geselecteerd door de arts. Wij veronderstellen dat de vraag verbonden is met inspraak van de patiënt rondom de behandeling. Hiermee wordt een beroep gedaan op de kennis van de arts en is meer instrumenteel gericht dan de andere vragen uit deze component. Die vragen zijn meer gericht op de patiënt als persoon in de sociale context en vragen daarmee een meer affectieve houding van arts.

4.6 Componenten vergeleken met de verschillende rollen

Bij de analyse van de componenten met de verschillende rollen is er steeds een vergelijk gemaakt tussen de arts die zich sterk herkent en de arts die zich niet herkent in de rol.

rol deskundige

Bijna alle artsen geven aan zich sterk te herkennen in de rol van deskundige. Er is daarom weinig spreiding in de antwoorden tussen artsen die zich sterk en die zich niet herkennen in de rol van deskundige.

rol vriend(in)/ ideale ouder

Bijna alle artsen geven aan zich niet te herkennen in de rol vriend(in)/ideale ouder. Ook hier is daarom weinig spreiding in de antwoorden tussen artsen die zich sterk en die zich niet herkennen in de rol van vriend(in)/ ideale ouder. Er is een significantie gevonden tussen rol van vriend(in)/ ideale ouder en component 2. Dit is inhoudelijk niet te duiden.

rol van vertrouwensfiguur/ begeleider N= 312

Ondanks dat niet alle onderdelen een significant resultaat laten zien is er op theoretische gronden besloten om de uitkomsten bij de rollen vertrouwensfiguur/ begeleider samen te nemen. Bij deze rol is er wel een spreiding in de antwoorden en is verder kijken naar de uitkomsten wel interessant.

Crosstab rol van vertrouwensfiguur/ begeleider Q_2.1.2_6a met component 1 (Q_2.4.2_25a)

			Q_2.1.2_6a			Total
			1,00	2,00	3,00	
Q_2.4.2_25a	,00	Count	82	41	22	145
		% within Q_2.4.2_25a	56,6%	28,3%	15,2%	100,0%
	1,00	Count	69	22	9	100
		% within Q_2.4.2_25a	69,0%	22,0%	9,0%	100,0%
	2,00	Count	28	11	1	40
		% within Q_2.4.2_25a	70,0%	27,5%	2,5%	100,0%
	3,00	Count	19	8	0	27
		% within Q_2.4.2_25a	70,4%	29,6%	,0%	100,0%
Total		Count	198	82	32	312
		% within Q_2.4.2_25a	63,5%	26,3%	10,3%	100,0%
		% of Total	63,5%	26,3%	10,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11,788 ^a	6	,067

Veel artsen die zich sterk herkennen in de rol van vertrouwensfiguur/ begeleider geven aan geen zingevingvragen van component 1 te herkennen. Slechts 19 geeft aan veel te herkennen. 22 artsen die zich niet herkennen in de rol van vertrouwensfiguur/ begeleider herkennen ook geen zingevingvragen uit component 1.

Crosstab component 2 met de rol van vertrouwensfiguur/ begeleider

			Q_2.1.2_6a			Total
			1,00	2,00	3,00	
Q_2.4.2_26a	,00	Count	171	72	30	273
		% within Q_2.4.2_26a	62,6%	26,4%	11,0%	100,0%
	1,00	Count	24	9	2	35
		% within Q_2.4.2_26a	68,6%	25,7%	5,7%	100,0%
	2,00	Count	3	1	0	4
		% within Q_2.4.2_26a	75,0%	25,0%	,0%	100,0%
Total		Count	198	82	32	312
		% within Q_2.4.2_26a	63,5%	26,3%	10,3%	100,0%
		% of Total	63,5%	26,3%	10,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,522 ^a	4	,823

Opvallend is dat veel artsen die zich sterk in de rol van vertrouwensfiguur/ begeleider herkennen weinig zingevingvragen uit component 2 herkennen.

Crosstab component 3 met de rol van vertrouwensfiguur/ begeleider

			Q_2.1.2_6a			Total
			1,00	2,00	3,00	
Q_2.4.2_27a	,00	Count	40	24	18	82
		% within Q_2.4.2_27a	48,8%	29,3%	22,0%	100,0%
	1,00	Count	49	26	9	84
		% within Q_2.4.2_27a	58,3%	31,0%	10,7%	100,0%
	2,00	Count	49	20	2	71
		% within Q_2.4.2_27a	69,0%	28,2%	2,8%	100,0%
	3,00	Count	60	12	3	75
		% within Q_2.4.2_27a	80,0%	16,0%	4,0%	100,0%
Total		Count	198	82	32	312
		% within Q_2.4.2_27a	63,5%	26,3%	10,3%	100,0%
		% of Total	63,5%	26,3%	10,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	28,444 ^a	6	,000

Opvallend is dat van de artsen die zich sterk herkennen in de rol van vertrouwensfiguur/ begeleider er 60 veel zingevingvragen herkennen en 49 herkent een aantal vragen van deze component.

Crosstab component 4 met de rol van vertrouwensfiguur/ begeleider

			Q_2.1.2_6a			Total
			1,00	2,00	3,00	
Q_2.4.2_28a	,00	Count	89	57	25	171
		% within Q_2.4.2_28a	52,0%	33,3%	14,6%	100,0%
	1,00	Count	88	20	7	115
		% within Q_2.4.2_28a	76,5%	17,4%	6,1%	100,0%
	2,00	Count	14	4	0	18
		% within Q_2.4.2_28a	77,8%	22,2%	,0%	100,0%
	3,00	Count	7	1	0	8
		% within Q_2.4.2_28a	87,5%	12,5%	,0%	100,0%
Total		Count	198	82	32	312
		% within Q_2.4.2_28a	63,5%	26,3%	10,3%	100,0%
		% of Total	63,5%	26,3%	10,3%	100,0%

Chi-Square Tests

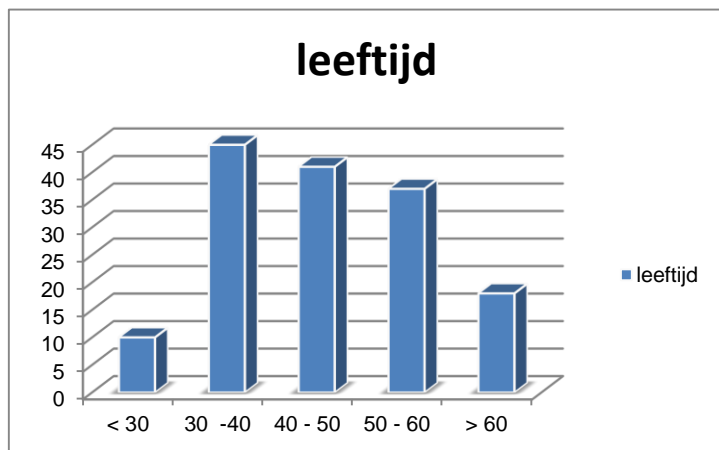
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	23,087 ^a	6	,001

Opvallend is dat artsen die zich sterk herkennen in de rol van vertrouwensfiguur/ begeleider geen of maar weinig van de zingevingvragen van component 4 herkennen. Ook bij de artsen die zich matig in de rol herkennen is geen herkenning van component 4 vragen.

De rol van vertrouwensfiguur/begeleider scoort aanmerkelijk hoger bij de herkenning van zingevingvragen. We kunnen concluderen dat artsen die zichzelf sterk herkennen in deze rol zich meer onderscheiden in het herkennen van zingevingvragen dan artsen die zich niet herkennen in deze rol. Omdat deze rol zich duidelijk onderscheidt willen we in beeld krijgen wat het profiel van deze arts is. Dit profiel wordt in de volgende paragraaf verder uitgewerkt.

4.7 Profiel vertrouwensfiguur/begeleider.

Omdat uit de resultaten blijkt dat de rol van vertrouwensfiguur/ begeleider meer aandacht heeft voor zingeving, willen we nader onderzoeken wie dan deze arts is. We hebben daarvoor gebruik gemaakt van leeftijd, geslacht, specialisme, levensbeschouwelijke instelling en de mate waarin aandacht voor zingeving belangrijk geacht wordt. Om het profiel inhoud te geven gebruiken we alleen de cijfers van de artsen die zich sterk in de rol van vertrouwensfiguur/begeleider herkennen.



Tabel 13: leeftijd artsen die zich sterk met de rol van vertrouwensfiguur/begeleider

Ten opzichte van de groep van alle artsen die niet werkzaam zijn in de palliatieve zorg, valt op dat de leeftijdscategorie van 40-50 hoger scoort bij deze rol. Verder is ook hier de leeftijd tussen 30 en 40 jaar het hoogst vertegenwoordigd. De leeftijd boven 60 is in verhouding hier sterker vertegenwoordigd. Van het totaal zijn 26 artsen boven 60, hiervan zijn er 18 die zich sterk in deze rol herkennen. Het geslacht van de artsen binnen dit profiel is 79 man en 71 vrouw. De gemiddelde leeftijd is 40 jaar.

Het verschil in specialisme wordt in de onderstaande tabel weergegeven. Eerst zien we de hoeveelheid per specialisme van het totaal aantal artsen (564), daarna de verdeling van artsen die niet werkzaam zijn in de palliatieve zorg (320) en de laatste kolom laat de verdeling per specialisme van artsen die niet werkzaam zijn in de palliatieve zorg zien die zich sterk herkennen in de rol van vertrouwensfiguur/ begeleider (190).

specialisme	Frequentie	Frequentie niet palliatief	Frequentie vertrouwensfiguur/ begeleider
Anesthesie	56	39	20
Cardiologie	19	11	7
Chirurgie	34	24	14
Dermatologie	10	10	7
Endocrinologie	1	1	0
Geriatric	5	3	3
Gynaecologie	23	16	14

Hematologie	3	0	0
Intensive Care	22	8	4
Interne geneeskunde	90	42	32
Revalidatiegeneeskunde	6	3	3
Kaak- en aangezichtschirurgie	14	9	8
KNO	17	8	6
Kindergeneeskunde	70	35	25
Sportgeneeskunde	1	1	0
Klinische genetica	8	7	5
Longziekten	14	3	0
Medische microbiologie	4	3	0
Neurochirurgie	9	6	2
Neurologie	23	9	6
Radiologie	31	16	5
Pathologische anatomie	7	4	0
Psychiatrie	14	13	8
Radiotherapie	1	0	0
Reumatologie	12	12	10
SEH	7	7	3
Bedrijfs-/ sociale geneeskunde	3	1	1
Medisch-specialist	1	1	0
Oogheelkunde	14	12	7
Total	519	304	190

Tabel 14: Aantal artsen onderverdeeld per specialisme en van het totaal aantal artsen (564), niet in de palliatieve zorg werkende artsen (320) en de arts die zich herkent in de rol van vertrouwensfiguur/ begeleider.

We merken op dat van alle niet in de palliatieve zorg werkzame artsen bijna 2/3 zich herkent in de rol van vertrouwensfiguur/begeleider.

De artsen die zich herkennen in de rol van vertrouwensfiguur/ begeleider zijn t.o.v. de totale groep van 564 artsen bij bepaalde specialismen ruim vertegenwoordigd. We hebben een top 5 samengesteld van de specialismen waarbij de rol van vertrouwensfiguur/ begeleider 60% of meer voorkomt. De top 5 is geriatrie 60%, gynaecologie 61%, klinische genetica 62%, dermatologie 70% en bovenaan staat reumatologie met 83%.

We hebben in de groep van niet in de palliatieve zorg werkende artsen gekeken of deze artsen alleen werkzaam zijn in de kliniek of alleen op de polikliniek. Dan blijkt dat er van de artsen uit de top 5 niet één alleen werkzaam is in de kliniek. Als we dan kijken naar de artsen die alleen op de polikliniek werkzaam zijn dan gaat het bij de geriatrie om 1 arts, bij gynaecologie om 5 artsen, bij klinische genetica om 6 artsen, bij de dermatologie om 6 artsen en bij de reumatologie om 6 artsen.

In de vragenlijst wordt de volgende vraag gesteld: *In hoeverre vindt u het belangrijk om zingevingvragen van uw patiënten.....*

De antwoordmogelijkheden zijn: deze vragen te signaleren, in te gaan op zingevingvragen, begeleiden van deze patiënten rond deze vragen en het doorverwijzen van deze patiënten. Echter deze laatste antwoordmogelijkheid komt niet voor in relatie met de rol van vertrouwensfiguur.

Alleen voor de rol van vertrouwensfiguur/begeleider komen er significante verschillen in de resultaten. Die zijn hieronder in percentages in de tabel terug te vinden. (N=246-248)

	alle artsen niet werkzaam in de palliatieve zorg	sterke herkenning van de rol vertrouwensfiguur/ begeleider
signaleren zingevingvragen	27	42
ingaan op zingevingvragen	23	34
begeleiden van patiënten bij zingevingvragen	14	22

Tabel 15: *In hoeverre vindt u het belangrijk om zingevingvragen van uw patiënten met artsen die niet werkzaam zijn in de palliatieve zorg en de arts die zich sterk herkent in de rol van vertrouwensfiguur/ begeleider.*

Opvallend hier is het grote onderscheid in het belang bij signaleren van zingevingvragen. Van de vertrouwensfiguren vindt 42% het in sterke mate belangrijk om zingevingvragen te signaleren ten opzichte van 27% van alle niet in de palliatieve zorg werkende artsen.

In de vragenlijst stond ook de vraag: *'Bij mij komen zingevingvragen aan de orde...'* met de antwoordmogelijkheden 'alleen als de patiënt er zelf over begint', 'meestal begin ik er zelf over', 'soms begint de patiënt, dan weer ikzelf' en '(bijna) nooit'. Alleen voor de rol van vertrouwensfiguur/ begeleider zijn er significante verschillen.

Crosstab Bij mij komen zingevingvragen aan de orde met de rol vertrouwensfiguur/ begeleider

			Q_2.1.2_6a			Total
			1,00	2,00	3,00	
q_3.5	Alleen als de patiënt er zelf over begint	Count	69	28	8	105
		% within q_3.5	65,7%	26,7%	7,6%	100,0%
	Meestal begin ik er zelf over	Count	10	2	0	12
		% within q_3.5	83,3%	16,7%	,0%	100,0%
	Soms begint de patiënt, dan weer ikzelf	Count	60	19	4	83
		% within q_3.5	72,3%	22,9%	4,8%	100,0%
	(bijna) nooit	Count	20	18	10	48
		% within q_3.5	41,7%	37,5%	20,8%	100,0%
Total		Count	159	67	22	248
		% within q_3.5	64,1%	27,0%	8,9%	100,0%
		% within Q_2.1.2_6a	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	64,1%	27,0%	8,9%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18,856 ^a	6	,004

Van alle artsen die zich sterk met de rol identificeren begint 6% er zelf over en 38% soms de arts, soms de patiënt. Hooguit in 44% van de gevallen kan er dus op initiatief van de arts over zingevingvragen gesproken worden. In 56% van de gevallen worden zingevingvragen ook in de rol van vertrouwensfiguur/begeleider niet aangeroerd.

Ook is er een vraag naar levensbeschouwing. De vraag is: *Ik beschouw mijzelf als*: In de tabel zijn de verschillende antwoordmogelijkheden gekoppeld aan de artsen die zich sterk in de rol van vertrouwensfiguur herkennen.

Ik beschouw mijzelf als	%
Religieus ingesteld	29
Spiritueel ingesteld	26
Levensbeschouwelijk ingesteld	65
Behorend tot een religieuze/ spirituele of levensbeschouwelijke groepering	25

Tabel 16: de vraag naar levensbeschouwing

Van de niet in de palliatieve zorg werkende artsen (tabel 5) is 24% religieus, spiritueel 17%, levensbeschouwelijk 48% en 19% behoort tot een religieuze/ spirituele of levensbeschouwelijke groepering. Kijkend naar de artsen die zich herkennen in de rol van vertrouwensfiguur/ begeleider valt op dat deze groep bij alle antwoorden hoger scoort dan alle niet in de palliatieve zorg werkende artsen.

Het profiel van de arts die zich sterk herkent in de rol van vertrouwensfiguur/ begeleider kan een man of een vrouw zijn, is gemiddeld 40 jaar, is religieus, spiritueel of levensbeschouwelijk ingesteld en behoort tot een religieuze/ spirituele of levensbeschouwelijke groepering. De arts is werkzaam op de polikliniek en heeft langer durende contacten. Uit paragraaf 4.6 is gebleken dat de rol van vertrouwensfiguur/ begeleider meer signalering van zingevingsaspecten laat zien dan de andere rollen. De componenten 3 en 4 uit de factoranalyse bevatten socio-emotionele aspecten, deze worden in de literatuur omschreven als behorend bij de affectieve dimensie. We veronderstellen dat de arts die zich herkent in de rol van vertrouwensfiguur/ begeleider ook affectief gericht is. We kunnen vanuit de analyse niet vergelijken of dit onderscheidend is met de andere rollen. Ook is gebleken dat er meer artsen die zich herkennen in de rol van vertrouwensfiguur/ begeleider allèen werkzaam zijn op de polikliniek. Wij veronderstellen daardoor dat artsen die allèen op de polikliniek werkzaam zijn meer aandacht hebben voor signalering van zingevingsaspecten. Daarmee komen we uit bij de dermatoloog en reumatoloog die het meest van alle artsen alleen werkzaam zijn op de polikliniek.

4.8 Conclusie

Zoals hierboven duidelijk is geworden onderscheidt de rol van vertrouwensfiguur/ begeleider zich in de aandacht voor zingeving. Bij het verschil tussen klinische en poliklinische artsen werd duidelijk dat klinische artsen meer kortdurende contacten hebben en poliklinische artsen meer langer durende contacten. Ook zagen we dat poliklinische artsen een sterkere verbondenheid met de rol van vertrouwensfiguur/ begeleider hebben dan klinische artsen.

Gezien de resultaten zou verondersteld kunnen worden dat poliklinische artsen meer aandacht hebben voor zingeving. Om deze veronderstelling te kunnen onderbouwen zou verder onderzoek gedaan moeten worden, ook omdat er alleen gekeken is naar artsen die uitsluitend op de polikliniek of in de kliniek werken.

De analyse naar onderscheid in specialisme en klinisch of poliklinisch werkend is een top vijf gekomen. Opvallend daarbij is dat de reumatologie en de dermatologie hoog scoren in de mate waarin zij alleen poliklinisch werken. Het is opvallend omdat deze specialismen chronische patiëntencategorieën behandelen, een veronderstelde langere contactduur hebben en dus mogelijk meer oog voor zingeving hebben dan hun collega specialisten.

Hoofdstuk 5 Discussie en conclusie

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk maken we een vergelijking tussen de gevonden resultaten uit de enquête en de bevindingen uit de literatuur.

5.2 De onderzoeksvragen

In deze paragraaf worden de onderzoeksvragen opnieuw benoemd en zal er bij de vragen een toelichting zijn vanuit de literatuur en de koppeling met de vragen uit het empirisch onderzoek.

5.2.1 *In hoeverre is er onderscheid in de aandacht voor zingeving bij de arts bij de verschillende rollen; deskundige, vertrouwensfiguur, begeleider, vriend(in) en ideale ouder?*

In de literatuur is geen duidelijk onderscheid te maken tussen de verschillende rollen zoals die in het empirisch onderzoek worden uitgesplitst. Deze rollen zijn dus niet één op één in te passen in de rolverdeling zoals deze in de modellen in de literatuur beschreven worden. De rol van deskundige wordt naar onze mening het best omschreven in een combinatie van het paternalistische model met het informatieve model. De rol van vertrouwensfiguur/ begeleider zien we naar onze mening het best terug in de omschrijving van het informatieve en het interpretatieve model. De onderverdeling van Bensing en Dronkers is eenvoudiger aangezien de rol van deskundige hier goed in de instrumentale dimension past en de vertrouwensfiguur/begeleider meer in de affectieve dimension. Deze indeling kan volgens ons gemaakt worden omdat uit het onderzoek blijkt dat de rol van vertrouwensfiguur/ begeleider zich onderscheidt in het signaleren van zingevingaspecten. Bij de affectieve dimension is er verbale aandacht in de vorm van meeleven en interesse. Er is sprake van non-verbale aandacht voor boosheid, irritatie, bezorgdheid, angst, betrokkenheid, warmte en vriendelijkheid. In de literatuur komt naar voren dat zingevingvragen moeilijk te signaleren zijn omdat ze verpakt kunnen zitten in een gewone vraag. Een arts moet naast het verstaan van de gewone vraag dus ook oog krijgen voor de signalen die op een zingevingsvraag kunnen duiden. In de 'Richtlijn spirituele zorg'⁵⁵ worden signalen genoemd die op zingevingvragen duiden. Dit zijn: angst, vragen naar de zin van leven en dood, vragen over godsbeeld, verstoord godsbeeld, verliesverwerking, gestagneerde verliesverwerking, conflicterende levensbeschouwelijke opvattingen, zoeken naar alternatieve levensbeschouwelijke opvattingen, behoefte aan steun bij existentiële nood, verbroken sociale contacten, zinverlies, ernstige depressie en doodswens. In de enquête wordt angst wel veel

⁵⁵ Richtlijn spirituele zorg, www.pallialine.nl

geselecteerd, de andere signalen worden minder geselecteerd. Uit het literatuur onderzoek zijn geen aanwijzingen te halen dat angst meer gesignaleerd zou worden dan andere zingevingsaspecten.

In de enquête is te zien dat de rol van vertrouwensfiguur/ begeleider er uitspringt in de aandacht voor zingeving. We hebben nader onderzoek gedaan naar het profiel van deze rol. Daaruit blijkt dat deze arts past in het profiel dat Bensing en Dronkers schetsen van een arts die affect gericht is. De resultaten van het onderzoek van Bensing en Dronkers laten zien dat artsen die persoonlijke aandacht geven aan de patiënt meer psychosociale vragen stellen en meer aan counseling doen. Door het meeleven met de patiënt wordt ook meer informatie gegeven. De mate van affectgericht zijn is van belang voor het communicatieproces. We verwachten dat wanneer de arts meer affect gericht is deze meer zingevingsaspecten zal signaleren. Het blijft van belang dat de arts inschat wat de verwachting van de patiënt is in de onderlinge relatie. Verwacht de patiënt een arts die affect gericht is of heeft hij meer behoefte aan een instrumentele benadering.

Het samenvoegen van de rol van vertrouwensfiguur en de rol van begeleider kan leiden tot verlies van informatie daar waar beide rollen wel onderscheidend van elkaar zijn. Er zou nader onderzoek gedaan kunnen worden naar verschillen tussen de beide rollen en vragen gericht op een affectieve of instrumentele houding. Mogelijk spelen meerdere factoren een rol die van invloed kunnen zijn op een affectief of instrumenteel gericht zijn van de arts, te denken valt aan persoonlijke eigenschappen, sociaal culturele factoren e.d..

5.2.2 Is er onderscheid in de aandacht voor zingeving bij artsen die allèen werkzaam zijn op de polikliniek of in de kliniek? en, Leidt chroniciteit en de daarmee veronderstelde langere contactduur tussen arts en patiënt tot een grotere aandacht voor zingeving bij de arts?

Deze vragen hebben we apart gesteld omdat ze voortkwamen uit twee afzonderlijke (maatschappelijke) ontwikkelingen. Kortere ligduur leidt tot meer poliklinische behandelingen en de medische ontwikkelingen leiden tot meer chronische ziekten. Door de resultaten blijkt dat antwoorden op deze afzonderlijke vragen eigenlijk niet los van elkaar gezien kunnen worden.

Achteraf bleek dat de vraag is er onderscheid in aandacht voor zingeving, klinisch-poliklinisch ook in één crosstab te analyseren was geweest. Hierdoor zou er een duidelijker resultaat behaald kunnen zijn op het gebied van aandacht voor zingeving in het vergelijk tussen kliniek en polikliniek.

Uit ons onderzoek blijkt dat artsen die een langer durend contact hebben met hun patiënten meer aandacht voor zingevingsaspecten hebben. Deze artsen zijn allèen werkzaam op de polikliniek. Wij veronderstellen dat de toename van chroniciteit leidt tot een grotere aandacht voor zingeving omdat

chroniciteit een langer durend contact met zich meebrengt. Terugkijkend naar de top 5 valt op dat reumatologie en dermatologie bovenaan staan met beide 6 specialisten die allèen poliklinisch werken. Dit specialisme kent chronisch zieke patiënten waarbij een langere contactduur gewoon is. Wij veronderstellen dan ook dat de chroniciteit en de daarmee gepaard gaande opbouw van een relatie tussen de arts en de patiënt van invloed is op de aandacht voor zingeving. Omdat er in totaal 12 reumatologen binnen onze onderzoeksgroep vallen kan op grond van de cijfers niet vastgesteld worden of alle reumatologen die allèen poliklinisch werken (6) ook allen passen in de rol van vertrouwensfiguur/ begeleider (10). Deze vaststelling kan voor geen van de artsen gedaan worden. Dit zou in een volgend onderzoek dan per specialisme verder uitgezocht moeten worden.

Vanuit de literatuur is er nog weinig onderzoek gedaan naar specialist – patiëntencontact. Bensing en Dronkers schrijven vooral vanuit het huisartsenconsult en daarin is aandacht voor zingeving een houdingsaspect. Uit het onderzoek dat Bensing gedaan heeft onder specialisten blijkt in vergelijking tot het huisartsen consult dat specialisten minder patiëntgericht zijn en dus meer instrumenteel gericht zijn dan huisartsen. Daarnaast is gebleken dat de ziekte niet uitmaakt voor de mate van affectief of instrumenteel gericht zijn van de arts. Het grootste verschil tussen een poliklinisch consult en een huisartsenconsult is, dat specialisten minder patiëntgericht zijn, minder sociaal gedrag vertonen en meer medische informatie geven. Er is nog geen onderzoek gedaan naar verschil tussen poliklinische en klinische artsen en de mate van aandacht voor zingeving. De vraag is wanneer we de tendens doortrekken van meer aandacht voor zingeving in langer durende contacten, of dit betekent dat specialisten die alleen kortdurende contacten hebben, nauwelijks aandacht voor zingeving hebben.

In ons onderzoek hebben we alleen onderscheid gemaakt tussen artsen die allèen poliklinisch of klinisch werken. Nader onderzocht zou kunnen worden of aandacht voor zingeving in meer of mindere mate aanwezig is bij artsen die zowel klinisch als poliklinisch werken.

5.2.3 Hebben artsen die niet werkzaam zijn in de palliatieve zorg, aandacht voor zingeving?

Algemeen kan gesteld worden dat artsen die niet werkzaam zijn in de palliatieve zorg, aandacht hebben voor zingeving. We veronderstellen dat de toegekende rol aan de arts van invloed kan zijn op de mate waarin aandacht is voor zingeving. Hoe de aandacht voor zingeving zich onderscheidt ten opzichte van artsen die alleen werkzaam zijn in de palliatieve zorg, is niet onderzocht. Hierdoor kunnen we dus niet concluderen of artsen die niet werkzaam zijn in palliatieve zorg meer of minder aandacht hebben voor zingeving. Om te beoordelen of de kwaliteit van spirituele zorg binnen de niet palliatieve zorg verbeterd zou kunnen worden is aanvullend onderzoek nodig. Hierbij zou een vergelijking gemaakt kunnen worden tussen artsen die wel en die niet werkzaam zijn in de palliatieve zorg.

Globaal is wel te stellen dat er op het gebied van signaleren van zingeving nog terrein te winnen is.

5.3 Tijdgeest

Vanuit de maatschappelijk ontwikkelingen die we beschreven hebben zou je veronderstellen dat er meer aandacht voor de relatie is tussen arts en de patiënt. Dit wordt veroorzaakt door een verschuiving van biomedisch naar meer bio psychosociaal. Artsen worden opgeleid om meer aandacht voor communicatie te hebben. In de literatuur is te zien dat er veel aandacht besteed wordt aan hoe je boodschappen overbrengt en dat er meer oog is voor verborgen vragen. Er wordt een appèl gedaan op artsen om een meer empathische houding aan te nemen waardoor de medische klachten die zich voordoen beter gehoord worden.

Een andere stroming in de huidige tijd is dat vertaling van trage vragen heeft plaatsgemaakt voor gerichtheid op oplossingsgerichte vragen. Door de vertechnisering in de maatschappij is er met name ruimte voor snelle vragen.

Van de arts vraagt dit besef van deze mogelijke verschillen in de relatie met de patiënt. Was er vroeger sprake van een veronderstelde rolverdeling, is er nu grotere verscheidenheid.

Zingeving wordt vaak gekoppeld aan godsdienst en is daardoor mogelijk een ondergeschoven kindje in de zorgverlening aan patiënten. In de literatuur wordt beschreven dat zingevingvragen pas herkend worden door artsen als er een religieus getinte ondergrond in zit. In de enquête wordt de vraag gesteld: 'Ik beschouw mijzelf als'⁵⁶. Van de arts die zichzelf als vertrouwensfiguur/ begeleider herkent is 65% levensbeschouwelijk ingesteld, 29% beschouwt zichzelf als religieus. Uitgaande van een koppeling van zingeving aan godsdienst zou een vraag kunnen zijn of religieuze artsen van mening zijn dat zingevingvragen niet tot hun takenpakket horen. Zij zouden mogelijk van mening kunnen zijn dat de zingevingvragen bij de godsdienstige groepering thuishoren waartoe de patiënt behoort. In de literatuur wordt aangegeven dat de koppeling van zingeving aan godsdienst een belemmerende factor is voor het signaleren van zingevingvragen. In het licht daarvan zou het interessant kunnen zijn om nog nader onderzoek te doen naar wat een arts onder zingeving verstaat.

⁵⁶ Bijlage 1 vraag 42

5.4 Eindconclusie

Zoals we bij de verantwoording voor de keuze voor niet in de palliatieve zorg werkende artsen aangaven, meenden we dat er binnen de palliatieve zorg vanzelfsprekend aandacht voor zingeving is. Op het eind van ons onderzoek hebben we een profiel neergelegd van de rol van de arts die nog het meest oog voor zingeving heeft. Ook stellen we dat er bij langer durende contacten op de polikliniek meer aandacht is voor zingeving. Algemeen blijkt dat er wel zingevingvragen herkend worden, maar dat er zeker nog een slag te maken valt.

De aandacht voor zingeving lijkt samen te hangen met een bepaalde rol die de arts wordt toegekend. We vermeldden in de inleiding al dat Puchalski⁵⁷ de vraag stelt of de kwaliteit van spirituele zorg, voor de zorg in zijn totaliteit, vanuit de casus palliatieve zorg wellicht verbeterd zou kunnen worden. Tijdens ons onderzoek bleek dat we voor verbetering in de aandacht voor zingeving ook op het punt komen dat er meer aandacht in de vorm van (rogeriaanse) gespreksvaardigheden zou moeten zijn en dat er ruimte voor en besef van zingevingaspecten moet zijn zodat deze ook gesignaleerd kunnen worden. In de richtlijn spirituele zorg⁵⁸ wordt een overzicht gegeven van de zorg bij levensvragen zoals die er volgens de richtlijn uit zou moeten zien. Hierbij wordt onderscheid gemaakt in aandacht, begeleiding en crisisinterventie, afhankelijk van de mate waarin de patiënt aandacht nodig heeft voor zijn vragen. De arts hoeft niet op al deze onderscheidingen de gesprekspartner te zijn. Het is belangrijk dat een arts de zingevingaspecten kan signaleren door aandacht te hebben voor de patiënt, te ondersteunen door met name medische vragen te begeleiden en daar waar het niet meer onder zijn aandachtsgebied valt door te kunnen verwijzen. Belangrijk is dus dat naast het inoefenen van communicatietechnieken ook gewerkt moet worden aan het onderkennen en signaleren van zingevingaspecten.

Uit de onderzoeksvragen kan verondersteld worden dat chroniciteit en een langere contactduur van invloed zijn op de aandacht voor zingeving. Dit wordt ondersteund doordat uit de analyse blijkt dat dermatologie en reumatologie opvallen door de hogere score op de mate waarin zij zich herkennen in de rol van vertrouwensfiguur/ begeleider en de mate van allèen werkzaam zijn op de polikliniek.

In het licht van de maatschappelijke ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg is het belangrijk om te realiseren dat de zorg verschuift van klinisch naar poliklinisch en dat daar in de aandacht voor zingeving nog winst te behalen is.

⁵⁷ Puchalski, Chr. et al (2009). Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative care: The report of the Consensus Conference. *Journal of Palliative Medicine*, 12 (10) p. 885-904.

⁵⁸ www.pallialine.nl

Summary

Within this thesis is a study of the attention for meaning in the contact between doctor and patient focus. This survey was conducted among specialists in four academic hospitals in The Netherlands. The focus of this thesis is paid to the possible distinction in meaning to focus on clinical or outpatient treatments. The increase in chronicity and thus assumed a longer contact time between doctor and patient, this is also linked long as these contacts often take place at the outpatient clinic. In addition, also is investigated whether a distinction is to note for a physician within a certain role in the therapeutic relationship.

As we to account for the choice for non-palliative care practitioners indicated, we thought that within the palliative care course, attention to meaning is. At the end of our investigation, we deposited a profile of the role of the physician still has meaning for most purposes. We also determine that a longer duration of outpatient contacts gives more attention to meaning. Generally speaking meaning questions are recognized, but there certainly is a blow to fall.

The focus on meaning seems to be associated with a particular role that the physician is granted. We refer to Puchalski [1] who asks whether the quality of spiritual care, the care in its totality, from the case of palliative care could be improved. During our study, it appeared that the focus on meaning could be improved by paying more attention in the form of (Rogerian) communication skills and by improving sense of meaning aspects so that they can be spotted. The spiritual care directive [2] gives an overview of how care at lifequestions, according to the directive should look like. A distinction is made in attention, counseling and crisis intervention, depending on the extent to which the patient needs attention to his questions. It is important that a physician can identify aspects of meaning by paying attention to the patient, particularly by supporting medical questions follow and where it is no longer under his area by referring to. In addition to practice communication techniques attention has to be given on identifying and highlighting aspects of meaning.

From the research can be assumed that chronicity and longer contact time affect the focus on meaning. This is supported by the analysis in which it shows that dermatology and rheumatology are noticed by the higher score on the degree to which they recognize themselves in the role of trusted person / supervisor and the degree in which they only work in outpatient treatment. In the light of social developments in health care it is important to realize there is a shift from clinical care to outpatient and that in there in the focus on meaning more profit can be made.

Bijlage 1

ZINGEVINGVRAGEN IN HET CONTACT TUSSEN PATIËNT EN MEDISCH SPECIALIST

Inleiding

Wij willen u vragen deel te nemen aan dit onderzoek naar zingevingsvragen in het contact tussen patiënt en medisch specialist. Dit thema komt voort uit aandacht voor een integrale gezondheidszorg, waarin lichamelijke, psychosociale en zingevingsaspecten op elkaar betrokken worden. Om het debat op dit terrein goed te kunnen voeren, starten we met deze inventarisatie van de feitelijke praktijk. Uiteindelijk doel is een bijdrage te leveren aan de kwaliteit van zorg.

Het onderzoek wordt uitgevoerd door enkele onderzoekers van de Universiteit van Utrecht. Het vindt plaats in de academische ziekenhuizen van Nederland. De diensten geestelijke verzorging zijn verantwoordelijk voor de lokale uitvoering ervan.

De vragenlijst gaat over de volgende onderwerpen: waarnemen van en omgaan met zingevingsvragen; contacten met andere beroepsgroepen rond zingevingsvragen, behoefte aan bijscholing op dit terrein en uw arbeidssituatie. Ook worden enige achtergrondgegevens in kaart gebracht. Het invullen van deze lijst duurt ongeveer 15-20 minuten.

In de vragenlijst is soms sprake van God, geloof, spiritualiteit en levensbeschouwing. Het gaat bij de beantwoording van de vragen erom hoe u deze begrippen voor uzelf invult.

Bij het invullen van de vragenlijst zijn er uiteraard geen goede of foute antwoorden. Het gaat om uw manier van omgaan met zingevingsvragen.

De vragen beantwoordt u door het hokje aan te kruisen dat bij uw antwoord hoort. Er zijn enkele open vragen waarbij u zelf iets invult; dat is door stippellijnen duidelijk aangegeven. Denkt u niet te lang na over de antwoorden, geeft u gewoon uw eerste reactie.

Misschien heeft u minder vaak rechtstreeks contact met patiënten, maar wel met hun partners, ouders of andere naaststaanden. In dat geval kunt u de vragenlijst invullen met uw voornaamste gesprekspartners voor ogen.

Uiteraard zullen uw antwoorden anoniem en vertrouwelijk worden verwerkt. U hoeft uw naam niet in te vullen.

De uitkomsten van het onderzoek zullen door de dienst geestelijke verzorging worden verspreid. De onderzoeksresultaten, die gepubliceerd zullen worden in wetenschappelijke en vakbladen, zullen de basis vormen om de bijdrage van artsen in de 'zorg voor zingeving en spiritualiteit' goed te situeren en te optimaliseren voor de toekomst.

Bij voorbaat hartelijk dank voor uw medewerking.

Dr. N. Hijweege (Universiteit Utrecht: 030-2532076)

Dr. J. Pieper (Universiteit Utrecht: 030-2531991)

I. WERKZAAMHEDEN

We beginnen met een reeks vragen over uw arbeidssituatie. Ze gaan over uw functie, uw dagelijkse werkzaamheden, uw motivatie, de belasting van het beroep en de bronnen waar u steun aan ontleent.

1. Welk specialisme beoefent u?

.....
.....

2. Op welke (klinische) afdeling werkt u?

.....
.....

3. Wat zijn uw taken? Wilt u aankruisen in welke mate de genoemde taken van toepassing zijn.

	sterk van toepassing	van toe- passing	soms van toepassing	niet van toepassing
-- patiëntenzorg: klinisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-- patiëntenzorg: poliklinisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-- onderwijs/supervisie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-- onderzoek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-- management	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Mijn functie is:

- medisch specialist-hoogleraar
- medisch specialist
- arts-assistent

5. Welke 'fasen' in het ziekteproces van uw patiënten maakt u mee? Wilt u aankruisen in welke mate de genoemde fasen van toepassing zijn.

	sterk van toepassing	van toe- passing	soms van toepassing	niet van toepassing
- intake – diagnose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- behandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- poliklinische nazorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- palliatieve zorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Wat is de duur van uw contacten met patiënten? Wilt u aankruisen in welke mate de genoemde duur van toepassing is.

	sterk van toepassing	van toe- passing	soms van toepassing	niet van toepassing
- eenmalig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- kortdurend (enkele contacten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- middellang (maximaal 1 jaar na eerste contact)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- langdurend/levensloop volgend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Hieronder volgt een lijst met beroepsmotieven. Geef aan in hoeverre elk motief in uw werk een rol speelt. Wilt u aankruisen in welke mate de genoemde motieven van toepassing zijn.

	sterk van toepassing	van toe- passing	soms van toepassing	niet van toepassing
- medisch-technisch deskundig handelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- patiënt beter maken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- betrokken zijn bij de patiënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - zorg verlenen aan de patiënt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - begeleiden van de patiënt in het maken van keuzes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - collegiale contacten met andere specialisten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - bijdragen aan de opleiding van een nieuwe generatie specialisten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - doen van wetenschappelijk onderzoek | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - het werk goed doen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - bijdragen aan kwaliteit van zorg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. Aan welke bronnen ontleent u steun voor de uitoefening van uw beroep?

Wilt u aankruisen welke bronnen van toepassing zijn. Meerdere keuzes zijn mogelijk.

contacten met partner of binnen het gezin/de familie

contacten met vrienden

contacten met collegae

sport

ontspanning in de natuur

lezen

kunst

spiritualiteit/religie

werk

anders, namelijk

9. *Welke aspecten van uw beroep ervaart u als belastend? Wilt u aankruisen welke aspecten van toepassing zijn. Meerdere keuzes zijn mogelijk.*

tijdsdruk

competitie

bijhouden van vakliteratuur en medisch technische ontwikkelingen

geven van onderwijs

management taken

contacten met andere professionals

de (schrijvende) verhalen van patiënten

verwachtingen van patiënten

het maken van en verantwoordelijk zijn voor medisch technische keuzes

eigen onmacht

gemaakte fouten

eigen afstomping, onverschilligheid

confrontatie met eigen eindigheid/kwetsbaarheid

andere, namelijk.....

II. WAARNEMEN VAN: VERWACHTINGEN PATIËNTEN, PSYCHISCHE REACTIES, SOCIALE VERANDERINGEN EN ZINGEVINGVRAGEN

Nu volgt een reeks vragen over wat u waarneemt in het contact met de patiënt. Welke verwachtingen heeft de patiënt van u, welke psychische veranderingen gaan gepaard met de ziekte, welke sociale veranderingen hangen ermee samen en welke zingevingvragen komen op naar uw waarneming?

II.1 Verwachtingen patiënten

10. *In welke mate hebben patiënten naar uw ervaring de volgende verwachtingen van u als medisch specialist?*

	sterk	matig	niet
- dat u medisch kundig handelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- dat u betrokkenheid toont	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- dat u ingaat op existentiële en zingevingvragen die met de ziekte samenhangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. *In welke mate kennen uw patiënten u de volgende rollen toe?*

	sterk	matig	niet
- deskundige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vertrouwensfiguur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- begeleider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vriend(in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ideale ouder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II.2 Psychische reacties

12. *In welke mate komt u de volgende gevoelens tegen bij uw patiënten?*

	sterk	matig	niet
- angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- boosheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- verontwaardiging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - schuldgevoelens | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - schaamtegevoelens | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - hoop | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - onzekerheid | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - onrust | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - somberheid | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - dankbaarheid | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - vreugde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - teleurstelling | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - vertrouwen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - afhankelijkheid | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - andere,
namelijk: | | | |

.....

13. *Op welke manieren proberen uw patiënten greep te krijgen op hun ziekte?*

- | | sterk | matig | niet |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - strijd/doorvechten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - ontkenning/vermijden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - acceptatie/berusten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - opgeven | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - cynisme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - positieve herwaardering van de situatie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - verstarring | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - andere manieren,
namelijk | | | |

II.3 *Sociale veranderingen*

14. *In welke mate heeft de ziekte invloed op het sociale leven van uw patiënten?*

- | | sterk | matig | niet |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - intieme relaties verslechteren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - intieme relaties verbeteren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - de sociale positie verslechtert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - de arbeidsperspectieven verslechteren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

II.4 *Zingevingvragen*

15. Waaraan *herkent* u bij uw patiënten dat er zingevingaspecten van ziek-zijn aan de orde zijn? Geef aan welke signalen van toepassing zijn. Meerdere keuzes zijn mogelijk.

- herhaald terugkeren van een bepaalde thematiek in de gesprekken
- kwaadheid
- intensiteit van emoties
- stagnatie in accepteren van het veranderde lichaam
- stagnatie in ontwikkeling toekomstperspectief
- moedeloosheid
- verminderde eetlust
- fixatie op de dood
- fixatie op gezond worden
- extreem gedrag
- ongeremdheid in verdriet
- spanning in relaties met belangrijke anderen
- angst
- verbetering van relaties met belangrijke anderen
- sterk opgaan in de natuur
- richten op nieuwe levensdoelen
- andere signalen, namelijk

.....

16. Welk soort zingevingvragen komt u tegen bij uw patiënten ? Meerdere keuzes zijn mogelijk.

- geen
 - waarom ik
 - is het wel rechtvaardig
 - hoe komt het
 - wat kan ik eraan doen
 - hoe lang nog
 - wat is mijn schuld, verantwoordelijkheid
 - is er nog een resterend zinvol leven
 - hoe behoud ik mijn autonomie
 - hoe raak ik niet geïsoleerd
 - is er leven na de dood
 - hoe zal het doodgaan zich voltrekken
 - vragen rond omgaan met naasten
 - vragen rond schaamte
 - hoe ga ik om met spijt over in het leven gemaakte keuzes
 - hoe zinvol is verder behandelen nog
 - hoe kan ik het leven loslaten
 - vragen rond orgaandonatie
 - vragen rond euthanasie
 - waarom straft God mij
 - heeft God hier een bedoeling mee
 - waarom laat God mij in de steek
 - vragen rond hoop
 - waarom is er ziekte en lijden
 - andere, namelijk
-

17. Welk gedeelte van de patiënten betreft hun geloof/spiritualiteit/levensbeschouwing bij het omgaan met hun ziekte?

18. Als ze dat doen, in hoeverre heeft dat dan positieve invloed?

sterk	matig	niet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Als ze dat doen, in hoeverre heeft dat dan negatieve invloed?

sterk	matig	niet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Welk soort positieve invloed treft u aan als geloof/spiritualiteit/levensbeschouwing een rol speelt?

	sterk	matig	niet
- de ziekte krijgt zin en betekenis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- men vindt geborgenheid bij het goddelijke/heilige/de bestaansgrond	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- (religieuze/spirituele) rituelen helpen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de (geloofs/spirituele) gemeenschap biedt steun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- geestelijk verzorgers bieden steun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- andere positieve invloed,			

Namelijk

.....

21. Welk soort negatieve invloed treft u aan als geloof/spiritualiteit/levensbeschouwing een rol speelt?

	sterk	matig	niet
- de patiënt heeft overmatige schuldgevoelens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de patiënt vreest straf in het hiernamaals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de patiënt voelt zich door God verlaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de patiënt verliest de steun van de (geloofs/spirituele)gemeenschap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de patiënt heeft geen houvast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- andere negatieve invloed,			

namelijk

.....

III. OMGAAN MET ZINGEVINGVRAGEN

Nu volgt een reeks vragen over de manier waarop u omgaat met zingevingvragen in het contact met de patiënt.

22. *In hoeverre vindt u het belangrijk om bij zingevingvragen van uw patiënten.....*

	sterk	matig	niet
- deze zingevingvragen te signaleren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- in te gaan op deze zingevingvragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- begeleiden van deze patiënten rond deze vragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- doorverwijzen van deze patiënten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. *In hoeverre bent u het eens met de stelling: Zingevingvragen zijn een privé-aangelegenheid van de patiënt.*

sterk	matig	niet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. *Heeft u voldoende tijd om op zingevingvragen in te gaan?*

- ja, voldoende
- meestal wel, soms niet
- meestal niet, soms wel
- nee, onvoldoende

25. *Voelt u zich voldoende competent om op zingevingvragen in te gaan?*

- ja, voldoende
- meestal wel, soms niet
- meestal niet, soms wel
- nee, onvoldoende

26. *Bij mij komen zingevingvragen aan de orde....*

- alleen als de patiënt er zelf over begint
- meestal begin ik er zelf over
- soms begint de patiënt, dan weer ikzelf
- (bijna) nooit

27. Welke zingevingvragen **komen** in de gesprekken met uw patiënten **aan de orde** (N.B.: in blok 2 ging het om het waarnemen van zingevingvragen)? Meerdere keuzes zijn mogelijk.

- geen
- waarom ik
- is het wel rechtvaardig
- hoe komt het
- wat kan ik eraan doen
- hoe lang nog
- wat is mijn schuld, verantwoordelijkheid
- is er nog een resterend zinvol leven
- hoe behoud ik mijn autonomie
- hoe raak in niet geïsoleerd
- is er leven na de dood
- hoe zal het doodgaan zich voltrekken
- vragen rond omgaan met naasten
- vragen rond schaamte
- hoe ga ik om met spijt over in het leven gemaakte keuzes
- hoe zinvol is verder behandelen nog
- hoe kan ik het leven loslaten
- vragen rond orgaandonatie
- vragen rond euthanasie
- waarom straft God mij
- heeft God hier een bedoeling mee
- waarom laat God mij in de steek
- waarom is er ziekte en lijden
- vragen rond hoop
- andere,
namelijk

.....

28. Welke kennisbronnen gebruikt u in uw contacten met patiënten?

	sterk	matig	niet
- medisch technische kennis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- psychologische kennis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- kennis over sociale verbanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- kennis over existentiële vragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - kennis over geloof/spiritualiteit/levensbeschouwing | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - eigen levenservaringen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - intuïtie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

29. *Welke houdingen kenmerken uw contact met de patiënten?*

- | | sterk | matig | niet |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - de houding van de deskundige | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - een houding waarin de patiënt als volwaardige gesprekspartner tot zijn recht komt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - de houding van ondersteuner in het keuzeproces | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - een leidende houding | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - een houding van empathie en betrokkenheid | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - een houding waarin eerlijkheid en duidelijkheid rondom de ziekte voorop staan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - een houding van gepaste distantie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

30. *Welke vaardigheden gebruikt u in het contact met uw patiënten?*

- | | sterk | matig | niet |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - informeren over de ziekte, het verloop, de behandeling | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - luisteren, mensen hun verhaal laten doen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - exploreren van de impact van de ziekte op sociale relaties | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - exploreren van de impact van de ziekte op het psychisch welbevinden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - doorvragen naar de betekenis van de ziekte voor het leven van de patiënt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - doorvragen naar de verwachtingen die de patiënt heeft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - de patiënt confronteren met de consequenties van de ziekte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - advies geven over de beste behandeling | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - de patiënt wijzen op een verkeerde levensstijl | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - hoop bieden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - de ernst van de ziekte relativeren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - emotioneel ondersteunen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - verwijzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

IV. CONTACT MET ANDERE BEROEPSGROEPEN

Dan volgt nu een blok vragen over de mate waarin en de manier waarop u samenwerkt met andere beroepsgroepen.

31. *In welke mate werkt u in de zorg voor de patiënt samen met de volgende beroepsgroepen?*

	sterk	matig	niet
- verpleegkundigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- fysiotherapeuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- psychologen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- diëtisten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- maatschappelijk werkers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- geestelijk verzorgers in ziekenhuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- geestelijken buiten het ziekenhuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. *Wat vindt u van de intensiteit van de samenwerking met deze beroepen?*

	zou intensiever kunnen zijn	moet blijven zoals het is	zou minder intensief kunnen zijn
- verpleegkundigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- fysiotherapeuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- psychologen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- diëtisten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- maatschappelijk werkers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- geestelijk verzorgers in het ziekenhuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- geestelijken buiten het ziekenhuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. *Hoe vaak verwijst u door naar een geestelijk verzorger?*

vaak	regelmatig	zo nu en dan	(bijna) nooit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. *Bij welke onderwerpen verwijst u door naar een geestelijk verzorger? Meerdere keuzes zijn mogelijk.*

- naderende dood
- rituelen bij het levenseinde
- problemen in de familie
- euthanasie
- orgaandonatie
- lijdensdruk
- schuldgevoelens
- al dan niet doorbehandelen
- eenzaamheid
- angst
- somberheid
- existentiële/spirituele crisis
- conflicten rond geloof
- levensbalans opmaken
- identiteitsproblematiek
- andere onderwerpen, namelijk

.....

35. *In welke mate dragen de volgende zaken bij aan de beslissing om een geestelijk verzorger bij de zorg voor een patiënt te betrekken?*

	sterk	matig	niet
- langdurige opname	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- het uitbehandeld of terminaal zijn van een patiënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- het uitdrukkelijk verzoek van een patiënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- persoonlijk bekend zijn met de geestelijk verzorger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vertrouwen dat de geestelijk verzorger uitstraalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36. *Acht u het wenselijk dat geestelijk verzorgers betrokken zijn bij het multidisciplinair overleg over patiënten?*

ja / nee omdat

V. BEHOEFTE AAN BIJSCHOLING

In dit voorlaatste blok vragen gaat het over de behoefte aan bijscholing die u heeft als het gaat over omgaan met zingevingvragen.

37. Geef aan in hoeverre u behoefte heeft aan bijscholing op de volgende gebieden.

	sterk	matig	niet
- de relatie tussen geloof/spiritualiteit/levensbeschouwing en gezondheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- het waarnemen van zingevingvragen opgeroepen door ziekte of ziekenhuisopname	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- gespreksvoering betreffende existentiële en morele aspecten van de behandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de relatie tussen eigen biografie en handelen als arts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- kennis van de opvattingen en gebruiken binnen het christendom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- kennis van de opvattingen en gebruiken binnen andere religies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- medische ethiek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- andere gebieden, namelijk:			

.....

38. Welke vormen van bijscholing hebben dan uw voorkeur?

	sterk	matig	niet
- intervisie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- intern onderwijs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- leren van andere artsen die op dit gebied ervaren zijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- aanbod van de dienst geestelijke verzorging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39. Wanneer er intervisiebijeenkomsten plaats zouden vinden rond behandeling en benadering van patiënten zou u daarbij de geestelijk verzorger uitnodigen?

ja / nee omdat

VI. PERSOON EN LEVENSBESCHOUWING

Dit slotgedeelte vraagt nog naar enkele achtergrondgegevens.

40. Mijn leeftijd is:jaar

41. Ik ben: man
 vrouw

42. Ik beschouw mezelf als:

- religieus ingesteld ja nee
- spiritueel ingesteld ja nee
- levensbeschouwelijk ingesteld ja nee
- behorend tot een religieuze/spirituele
of levensbeschouwelijke groepering ja nee

43. Met welke stroming voelt u zich het meest verwant?

Christendom: rooms-katholiek
 Christendom: protestant
 Islam
 Hindoeïsme
 Boeddhisme
 Jodendom
 New Age
 Nieuwe spiritualiteit
 Humanisme
 Atheïsme
 Agnosticisme
 Geen enkele stroming
 Andere stroming, namelijk

44. In hoeverre bent u het eens met de volgende stellingen:

	oneens	helemaal mee oneens	mee oneens	niet eens/ niet oneens	mee eens	helemaal mee eens
	1	2	3	4	5	
Ik probeer mijn geloof/spiritualiteit/levensbeschouwing tot uitdrukking te brengen in het dagelijks leven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mijn geloof/spiritualiteit/levensbeschouwing staat aan de basis van mijn leven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik ervaar de aanwezigheid van het goddelijke/heilige/de bestaansgrond in mijn leven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. Heeft u in uw levensloop een ingrijpende gebeurtenis meegemaakt, die (mede) bepalend is voor hoe u omgaat met zingevingvragen van patiënten?

- ja, in mijn jeugd
- ja, tijdens mijn opleiding
- ja, tijdens mijn werkzaamheden
- nee

Kunt u kort toelichten wat de kern van deze gebeurtenis was:

.....

.....

.....

.....

46. *Waaraan ontleent u steun bij het omgaan met moeilijke omstandigheden in uw persoonlijk leven? Wilt u aankruisen wat van toepassing is. Meerdere keuzes zijn mogelijk.*

- contacten met partner of binnen het gezin/de familie
- contacten met vrienden
- contacten met collegae
- sport
- ontspanning in de natuur
- lezen
- kunst
- spiritualiteit/religie
- werk
- anders, namelijk...

Op- en aanmerkingen

Op deze laatste bladzijde van de vragenlijst kunt u nog uw op- en aanmerkingen over de vragenlijst of over het thema ‘zingevingvragen in het contact tussen patiënt en medisch specialist’ kwijt. Misschien hebt u nog ervaringen die u onvoldoende in de vragen tot uitdrukking heeft kunnen brengen. Hier is ruimte om ze alsnog te verwoorden.

Bijlage 2

Verse

There are things in life you're learning, and over time you'll see,
Because out there somewhere it's all waiting and if you keep believing,

Bridge

So don't run, don't hide, it will be alright!
You'll see, trust me, I'll be there watching over you!

Chorus

Just take a look through my eyes,
There's a better place somewhere out there!
Just take a look, through my eyes,
Everything changes,
you'll be amazed what you'll find!
If you look through my eyes!

Verse

There will be times on this journey all you'll see is darkness!
Out there somewhere daylight finds you, if you keep believing!

Bridge

So don't run, don't hide, it will be alright!
You'll see, trust me, I'll be there watching over you!

Chorus

Just take a look through my eyes,
there's a better place somewhere out there!
Just take a look through my eyes,
everything changes, you'll be amazed what you'll find,
if you look through my eyes!

Bridge

All the things that you can change, there's a meaning in everything!
And you will find all you need, there's so much to understand!

Chorus

Take a look through my eyes,
there's better place somewhere out there,
just take a look through my eyes,
everything changes,
you'll be amazed what you'll find!

Chorus

Just take a look through my eyes,
there's a better place somewhere out there!
Just take a look through my eyes,
everything changes,
you'll be amazed what you'll find!
If you look through my eyes!
Just take a look through my eyes!
If you look through my eyes!
Take a look through my eyes!

Literatuurlijst

Boeken

Van Schrojenstein Lantman dr. R., *levensverhalen in het ziekteproces, over geestelijke verzorging en interdisciplinaire samenwerking*, Dwingeloo, Kavanah, 2007

Widdershoven G.A.M., *Ethiek in de kliniek, hedendaagse benaderingen in de gezondheidszorg*, Maastricht, Widdershoven, 2007 (vijfde druk)

Menken Bekius en van der Meulen H., *reflecteren kun je leren*, uitgeverij Kok Kampen, 2007

Ten Have H.A.M.J., ter Meulen R.H.J. En van Leeuwen E., *medische ethiek*, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2009

Dijkstra, J., *Gespreksvoering bij geestelijke verzorging, een methodische ondersteuning om betekenisvolle gesprekken te voeren.*, uitgeverij Nelissen Soest, 2007

Andriessen, H.C.I. (1970) *Groei en grens in de volwassenheid. Inleiding in de psychologie van de volwassen levensloop*. Nijmegen: Dekker & Van de Vegt.

Hekking, R., 2005, Het domein van de geestelijk verzorger, In: *Tijdschrift geestelijke verzorging*, 6^e jaargang, 29

Lans, J. van der (2006), *Religie ervaren*, Tilburg, KSGV, p. 72-127.

Leeuwen, R. van (2008), *Towards nursing competencies in spiritual care*, University Groningen

Leijssen, M. (2004). Zingeving en zingevingproblemen vanuit psychologisch perspectief. In *Wetenschappelijk denken: een laboratorium voor morgen? Lessen voor de eenentwintigste eeuw* (pp. 241-268). Leuven, Universitaire Pers Leuven.

Mooren, Jan Hein (1998) Zingeving en cognitieve regulatie, een conceptueel model ten behoeve van onderzoek naar zingeving en levensbeschouwing. In: Jacques Janssen, Rien van Uden & Hans van der Veen (red.) *Schering en inslag*. Nijmegen, KSGV, p.193-206.

Munnichs, J. M. A. en H.L.G.R. Nies (1989) Het begrip zingeving. In: Joep Munnichs en Gwenth Uildriks (red.) *Psychogerontologie. Een inleidend leerboek*. Deventer, Van Loghum Slaterus, p. 53-57.

Ree, Van, Frank (2001) Het ontbrekende referentiekader. In: T.H. Zock & G. Glas (red.) *Religie in de psychiatrie*. Tilburg, KSGV, p. 51-65.

Steeners-van Winkoop, M, (2000) Zorg om zin, In: Vincent Kirkels (red.), *Chronische zorg, zingeving en zinbeleving*, Nijmegen, Valkhof Pers, 109-116.

Waaijman, K (2002) *Spirituality: Forms, Foundations, Methods*. Leuven, Peeters.

Walsh, R. (2000). *Het wezen van spiritualiteit*. Amsterdam, Wereldbibliotheek.

Zanten - Van Hattum, Mariet van (1993) *Zingeving kun je leren. Een onderzoek naar het onderwijsleergesprek als didactische werkvorm in een lessenplan levensbeschouwelijke oriëntatie voor verpleegkundigen en ziekenverzorgenden*. (Dissertatie). Nijkerk, Intro.

Artikelen/publicaties

Bensing M. en Dronkers J., *Medical care* (april 1992, vol 30, no 4) pag. 283-298

Buikema, M., 2011, Onder zeil. Reconstructie van een medische fout, Zin publishing, In: *Trouw*, 1 juli 2011

Charon, R., 2001, Narrative Medicine. A model for Empathy, reflection, Profession and Trust. In: *JAMA*, October 17, 2001, Vol 286, No. 15.

Brink van den, A., Dulmen van A.M., Schellevis F.G., Bensing J.M. *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Oog voor communicatie: huisarts-patiënt communicatie in Nederland*. Utrecht: NIVEL, 2004 (<http://www.nivel.nl/nationalestudie>)

Dulmen van A.M., Verhaak P.F.M., Bensing J.M., *communicatie tussen specialist en patiënt, een exploratieve studie*, medisch contact juni 1996 pag. 781- 783

Hijweege, N, Pieper, J.Z.T, zingeving in het contact tussen arts en patiënt, In: *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 11, 28-35, 2008

Ethische kanttekeningen bij ontwikkelingen in het Albert Schweitzer ziekenhuis anno 2009

Internetsites

www.hovumc.nl

Arts-patiënt communicatie. Silverman voor HAO's, inleiding in het boek vaardig communiceren in de gezondheidszorg van Silverman e.a.

<http://www.ntvg.nl/publicatie/kostenziekenhuisfoutenbecijferd/volledig>

http://nl.wikipedia.org/wiki/Medische_fout

<http://www.wetboek-online.nl/wet/Kwaliteitswetzorginstellingen.html>

http://wetten.overheid.nl/BWBR0007021/geldigheidsdatum_14-07-2011