

Scriptie
Artsen en ontologische geborgenheid

aangeboden aan
Dr. N.M. Hijweege-Smeets
Dr. W. Smeets

Faculteit Geesteswetenschappen
Departement Religiewetenschap en theologie

Als onderdeel van de cursus
GGLMVD1055

Willem den Brok 3651266
November 2011

Inhoudsopgave

Inleiding.....	4
Onderzoeksvraag.....	4
De context van de geneeskunde.....	4
De verbinding van twee werelden.....	5
Zingeving en ontologische geborgenheid.....	7
Wat is zingeving?.....	7
De visie van Van der Lans	7
Zingeving voorziet in een basale behoefte.....	8
Ontologische geborgenheid.....	9
Existentiële angst.....	10
Antwoord op angst.....	10
De laatmoderne samenleving.....	12
De laatmoderne tijd als context.....	12
Scheiding van tijd en ruimte.....	12
Ontbedding van de sociale instituties.....	13
Reflexiviteit.....	13
Globalisering.....	13
Dekwalificatie.....	14
Risk society.....	14
Het getormenteerde zelf.....	15
Isolering van contingentie.....	16
Fragiel zelfconcept.....	16
Dilemma's bij het opbouwen van de eigen ervaringswereld.....	17
Tot besluit.....	17
Ziekte in de laatmoderne tijd.....	19
Medische expertsystemen.....	19
Ziekte als aanslag op de ontologische geborgenheid.....	19
De kloof tussen arts en patiënt.....	20
De medische blik.....	21
De relativiteit van de medische blik.....	22
Twee wijze van medische zorg.....	23
Arts in de laatmoderne tijd.....	25
Artsgericht of cliëntgericht?.....	25
Aanvullende vaardigheden.....	27
Effectief communiceren.....	27
Cliëntgerichte of leefwereldgestuurde geneeskunde?	28
Tot slot.....	29
Het empirisch onderzoek.....	31
Het onderzoek.....	31
De spanning tussen de medische blik en de beleving van de patiënt.....	32
Waarnemen van zingevingvragen	33
Ingaan op zingevingvragen.....	34
Zien en bespreken van zingevingvragen	35
Vraag 29.....	36
Vraag 16 en 27 vergeleken met vraag 22.....	37
Vraag 24 en tijdsdruk.....	37
Tot slot.....	38
De analyse van de data.....	39

Het waarnemen van zingevingvragen.....	39
Het aan de orde laten komen van zingevingvragen	40
De antwoorden op vraag 16 en 27 onderling en met elkaar vergeleken.....	40
Een kruistabel van item 3.....	41
De vier antwoordpatronen	42
Samenhang in de antwoordpatronen naar item.....	44
Samenhang in antwoordpatronen naar score op vraag 27.....	45
Samenhang in antwoordpatronen naar score op vraag 16.....	45
Vraag 29 met vraag 16 en 27 vergeleken.....	46
Vraag 22 vergeleken met vraag 16 en 27.....	47
Vergelijking van vraag 22 en 29	48
Het verband van vraag 24 met de vragen 16 en 27.....	49
Het verband van vraag 22 met vraag 24	50
Het verband tussen houding en belang hechten aan omgaan met zingevingvragen gecontroleerd voor tijdsdruk.....	51
Samenvatting en conclusies	52
Literatuur waarnaar verwezen is.....	56
Appendix a : De vragenlijst van het onderzoek.....	57
Appendix b: tabellen behorend bij de figuren.....	72

Inleiding

Onderzoeksvraag

Maakt aandacht schenken aan zingevingvragen van patiënten deel uit van de medische zorg die een arts moet bieden? Het antwoord op deze vraag zou kunnen zijn dat artsen geen behandelaars van zingevingproblemen zijn, maar behandelaars van defecten. En dat artsen hun tijd en energie beter kunnen besteden aan hun vak. Moet een arts misschien alleen in uitzonderingsgevallen op zinvragen ingaan? Ook de opvatting dat ingaan op de zingevingvragen juist een belangrijk onderdeel van de behandeling vormt is denkbaar. Daarnaast bestaat de mening dat in een goede bejegening aandacht voor zingevingvragen die met de klacht samengaan niet mag ontbreken. De aandacht die hieraan besteed wordt hoeft echter niet of niet helemaal van de arts te komen. Deze zou in voorkomende gevallen de patiënt kunnen adviseren met een professional in gesprek te gaan over de opgekomen zingevingvragen. In de ogen van weer een ander zit aan een dergelijk advies al gauw het risico van schending van de autonomie van de patiënt of een gebrek aan respect voor de privacy. Om een verantwoorde afweging te kunnen maken welke van de bovenstaande posities in te nemen moet de arts beschikken over goede informatie over de effecten van zijn houding en een goed oog hebben voor de zingevingvragen waarop de patiënt antwoord zoekt.

De onderzoeksvraag van deze scriptie heeft vooral betrekking op de verkenning van het verband tussen de waarneming van zingevingvragen door artsen en het aan de orde laten komen van zingevingvragen door artsen. De onderzoeksvraag is onder welke omstandigheden artsen oog hebben voor zingevingvragen of er blind voor zijn en onder welke omstandigheden ze er op ingaan of ze negeren. De kennis die met deze vraagstelling wordt nagestreefd kan een bijdrage leveren aan het verbeteren van de bejegening van patiënten met een stagnerende zinbeleving en aan het participeren in multidisciplinaire samenwerking. Voor een antwoord op deze vragen zal ik putten uit de data die verzameld zijn door middel van een enquête die door N. Hijweege en J. Pieper in 2010 en 2011 onder vier academische ziekenhuizen gehouden is. Aan het onderzoek, dat als titel 'Zingevingvragen in het contact tussen arts en patiënt' heeft, hebben 569 artsen deelgenomen.

De context van de geneeskunde

De samenleving waarin we leven verandert voortdurend en de manier waarop het individu zin geeft, ontwikkelt mee met die veranderingen. Zingeving heeft een sociaal karakter omdat ze teruggrijpt op culturele instituties en omdat onze cultuur onze belangrijkste zingevingbron vormt. De cognities en de oriëntatieschema's die we hanteren zijn ons door de cultuur aangereikt. De samenleving heeft sterke invloed op ons denken, voelen en evalueren. Voor een goed begrip van de omgang van medisch specialisten met de zingeving van patiënten is de sociale context onmisbaar: binnen de dynamische omgeving van gezondheidszorg spelen de ontwikkelingen zich niet autonoom af. De manier waarop de arts omgaat met zingevingvragen van zijn patiënten staat niet los van de rest van de samenleving. Het ontstaan van consumentengedrag in de gezondheidszorg is daarvan een voorbeeld.

Onze geneeskunde en gezondheidszorg vormen een belangrijk onderdeel van onze samenleving. Onze gezondheidszorg kenmerkt onze samenleving en omgekeerd. Het is bij een dergelijk complex stelsel niet mogelijk om een centrale spil te lokaliseren waar alles omdraait, maar als desondanks de spil van de gezondheidszorg aangewezen moet worden zou het arts-patiëntcontact als een van de eerste daarvoor in aanmerking komen. In dat contact worden alle ontwikkelingen in de geneeskunde en de rest van de samenleving weerspiegeld. Veranderingen in de economische omstandigheden laten niet alleen hun sporen na in het arts-patiëntcontact omdat de volksgezondheid en de vraag naar

medische dienstverlening er door beïnvloed wordt, maar ook omdat het een effect op de betalingsmogelijkheden voor de verrichtingen van artsen heeft. Nieuwe wetenschappelijke inzichten, nieuwe technieken, veranderde omgangsvormen en nieuwe wetten, – bijvoorbeeld verhoging van de maximumsnelheid heeft gevolgen voor de volksgezondheid – hebben invloed op het contact tussen arts en patiënt. Onze cultuur drukt een stempel op onze omgang met ziekte. Wanneer zich nieuwe ideeën verspreiden over de maakbaarheid van het lichaam en de regimes waaraan men zich dient te onderwerpen ziet men ook dit terug in het arts-patiëntcontact. Kijken naar het arts-patiëntcontact is niet mogelijk zonder de sociaalhistorische context daarbij te betrekken.

De context waarin ik in deze scriptie de houding van medische specialisten tegenover zingevingvragen van patiënten zal plaatsen is die van de laatmoderne samenleving zoals Anthony Giddens die beschreven heeft in *Modernity and Self-Identity*. Met behulp van Giddens analyse wil ik stilstaan bij de manier waarop de verwarrende omstandigheden waaronder de moderne mens leeft tot tegenstrijdige tendensen leidt. In het arts-patiëntcontact botsen twee elkaar tegenwerkende krachten op elkaar. De arts maakt deel uit van de *abstracte systemen* waarmee in onze samenleving een ongekend intense en veel omvattende beheersing van de wereld uitgeoefend wordt. Deze abstracte systemen die gebruik maken van wetenschap en technologie en die hun effect zonder aanzien des persoons hebben, vertonen de neiging zich op een deel van de wereld te richten zonder zicht op het grote geheel. De arts met specialistische kennis en vaardigheden krijgt te maken met patiënten met een modern zelfconcept. Dit zelfconcept is gericht op individuele beleving, zelfrealisatie en authenticiteit. Het zelf, dat vaak verankering in externe referenties moet ontberen, is zeer kwetsbaar bij contingentie als een ernstige ziekte. Tegenover een arts die wordt voortgestuwd oplossingen te zoeken in meer specialistische en meer gefragmenteerde kennis staat steeds vaker een patiënt wiens zinbeleving stagneert doordat hij geen zingevingssysteem tot zijn beschikking heeft dat raad weet met de medische klacht. Zo kan een situatie ontstaan waarin de arts zich gedwongen ziet voorbij de grenzen van zijn expertise te gaan en stil te staan bij zingevingvragen.

De verbinding van twee werelden

Tussen de wereld van de geneeskunde en het rijk van de zinbeleving van de patiënt ligt een grens die voor de ene arts gemakkelijker is over te steken dan voor de andere. De moderne samenleving kenmerkt zich door een drang tot beheersing. De moderne geneeskunde is een uiting van die beheersing op het gebied van gezondheid. Onoplosbare medische klachten verzetten zich echter tegen beheersing en vragen juist wel extra aandacht voor zingeving. Met behulp van een artikel van Christian Hick wordt vanuit filosofische invalshoek nader ingegaan op de spanning die kan optreden bij het combineren van de medische blik van de arts en leefwereld van de patiënt.

Ondanks de spanningen tussen medische blik en leefwereld worden er de laatste decennia pleidooien gehouden om naar een geneeskunde te streven die voorbij de medisch-technische werkelijkheid kijkt. Als pogingen van de arts om niet te blijven steken in de medische blik zullen de cliëntgeoriënteerde en de leefwereldgestuurde benadering worden besproken. Of en hoe artsen proberen hun medisch-technische benadering te combineren met oog voor de zinbeleving van de patiënten is het onderwerp van het laatste deel van de scriptie.

Er zal vooral gekeken worden naar de antwoorden van de onderzochte artsen op de vraag welke

zingevingvragen ze in hun praktijk gezien hebben en over welke ze gesproken hebben. In de analyse wordt de samenhang tussen zien en bespreken van zingevingvragen onderzocht. Ook wordt nagegaan of er een verband te ontdekken is tussen de waarneming en bespreking van zingevingvragen en enkele eigenschappen van artsen. De eigenschappen waar het omgaat zijn de houding van de arts, het belang dat hij hecht aan zorgvuldig omgaan met zingevingvragen en het gevoel of hij over genoeg tijd beschikt.

Zingeving en ontologische geborgenheid

Wat is zingeving?

Zingeving wordt soms helemaal in het kader gezet van religie, spiritualiteit en levensbeschouwing.¹ Zeker wanneer zij in een dergelijk kader wordt gezet, neigt ze een terrein te worden dat door artsen ontweken wordt. In deze scriptie wordt een ruimere interpretatie verdedigd: 'zingeving is alles wat we tegenkomen in een zodanig kader plaatsen dat we er raad mee weten'.² Een dergelijk brede definitie reikt van het quasiautomatisch en onnadenkend hanteren van alledaagse kaders tot het expliciet stilstaan bij ultieme of existentiële zingeving. Steeds wanneer zich iets nieuws voordoet - of het nu om een gebeurtenis gaat, om nieuwe informatie, inzicht of affect - geven we zin. Johan Smit onderscheidt in een gesprek over zingeving het niveau van de feiten, het niveau van de emotie en de ervaring, het niveau van de levensbeschouwing en het niveau van spiritualiteit.³ Als uitgangspunt gebruik ik het begrip zingeving zoals Van der Lans dat heeft ontvouwd.⁴

De visie van Van der Lans

Van der Lans wijst er op dat zinbeleving meestal onbewust en prereflexief is. Tot het expliciet stellen van zingevingvragen komt het pas als de zinbeleving stagneert. Eigenlijk is iedere menselijke waarneming een zingevende activiteit omdat mensen intentionaliteit en duiding in aangeleerde betekenis categorieën niet achterwege kunnen laten en bovendien iedere waarneming een evaluatie impliceert. Zijn definitie luidt: 'Zingeving verwijst naar het complex van cognitieve en evaluatieve processen die bij het individu plaats vinden bij diens interactie met de omgeving en die resulteren in motivationele betrokkenheid en psychisch welbevinden'.⁵

Zingeving heeft in de visie Van der Lans voor het subject altijd een oriënterende én een evaluatieve taak en speelt een belangrijke rol in het te boven komen, de *coping*, van problemen. Mensen vragen naar zin als ze het gevoel hebben dat iets niet langer moet doorgaan en dat er verandering nodig is. Zinvragen wijzen op een gevoel dat de kwaliteit van het leven is aangetast, op het ervaren van een kloof tussen het leven en het levensideaal. Zinbeleving is opgebouwd uit besef van 1. cognitief-affectieve controle, 2. doelgerichtheid en 3. een vitaal lust- of geluksgevoel. Een gebrek aan een van deze drie componenten doet de zinbeleving stagneren. Hoe dat in zijn werk gaat wordt nu voor elk van deze drie constituerende componenten nader belicht.

Cognitief-affectieve controle veronderstelt herkenning en een gevoel van vertrouwdheid. Confrontatie met nieuwe situaties brengt ons niet uit evenwicht mits de nieuwe informatie herkenbaar is en in ons beeld van de werkelijkheid past. Het gaat hierbij zowel om de wereld om

1 H.Jochemsen en E van Leeuwen (red.) *Zinervaring in de zorg. Over de betekenis van spiritualiteit in de gezondheidszorg*, (Assen, 2005)

2 M. ter Borg, *Waarom geestelijke verzorging? Zingeving en geestelijke verzorging in de moderne maatschappij*, (Nijmegen, 2000) p 13

3 J. Smit, *Tot de kern komen. De kunst van het pastorale gesprek*. (Kampen, 2007)

4 J, van der Lans, *Religie ervaren. Godsdienstpsychologische opstellen* (Tilburg, 2006) p 72-128

5 Van der Lans, p84

ons heen als de wereld in ons. Bij het assimileren van nieuwe informatie maken we gebruik van oriëntatieschema's die ons door onze cultuur zijn aangereikt. Als we iets niet begrijpen of herkennen tast dat de zinbeleving alleen aan als we er het gevoel van krijgen dat ons zelfconcept met zijn idealen en waarden op het spel staat. Bij zinbeleving is het zelf nauw betrokken. Zinbeleving bevestigt het grondvertrouwen (*basic trust*) en versterkt het gevoel opgenomen te zijn in een groter geheel, waarbij de menselijke maar ook de materiële omgeving een instrument kan zijn.

Dat doelgerichtheid deel uitmaakt van zinbeleving hangt samen met onze beleving van waarde. Of een gebeurtenis, situatie of relatie voor ons waardevol is stellen we vast aan de hand van een doel dat we willen bereiken. Maatstaf daarbij is het ideaalbeeld van onszelf. Daarmee is zinbeleving verbonden met het levensideaal of de grondovertuiging.

De derde component van zinbeleving hangt samen met lust in het leven. Zonder levenslust raakt men niet alleen de *zin in* het leven kwijt maar ook de *zin van* het leven.

Zingeving voorziet in een basale behoefte

Zingeving vormt een basale activiteit van het menselijk zelf, die nodig is voor het biologische voortbestaan. Cultuur is de neerslag van zingevingactiviteit. Cognitieve en handelingsschema's die praktisch en effectief zijn gebleken worden in de cultuur vastgelegd en doorgegeven aan de volgende generatie. De culturele instituties compenseren bij de mens de geringe toerusting met instinct. Zowel bij de zingeving van alledaagse situaties als kritieke, niet alledaagse situaties, hanteren mensen handeling- en duiding modellen zoals die vast liggen in de cultuur. De cultuur modelleert ons denken, voelen, en evalueren en vormt onze belangrijkste zingevingbron. Religies en andere levensbeschouwingen zijn onderdeel van de cultuur en voorzien in een behoefte aan zingeving. De behoefte aan levensbeschouwing hangt samen met de aard van het menselijk zelf.

Twee belangrijke kenmerken van het zelf zijn dat het individu dit in interactie met de omgeving opbouwt en dat het een tijdruimtelijke karakter heeft. Het 'Ik' denkt over zichzelf door een analoge ruimte te construeren waarin het 'Me' handelde of zal handelen en ervaringen beleefde of zal beleven. Het Ik is in staat om zichzelf in verschillende, zelfs tegenstrijdige Ik-posities te plaatsen en ieder van die posities een stem te geven. Door uitwisseling van de verhalen van de stemmen van de verschillende posities maakt het Ik zich een complex narratief gestructureerd zelf.

Zingeving en psychisch welzijn hangen nauw samen. Ingrijpende gebeurtenissen en langdurige moeilijke levensomstandigheden brengen zingevingproblemen voort. Ze dwingen het individu tot heroriëntatie. Ze doorbreken de vanzelfsprekendheid en bedreigen de verwezenlijking van gestelde doelen. Als ze een bedreiging voor het levensdoel vormen, tasten ze ook het identiteitsgevoel aan. Of een situatie stress veroorzaakt, hangt er van af of die als zinvol of zinloos wordt waargenomen.

De zingevingbronnen waarover men beschikt bepalen hoe men een situatie ziet. Het *wereldbeeld* dat men hanteert maakt uit of men in staat is door middel van een levensfilosofie of een arsenaal aan mythen de situatie waarin men zich bevindt een zinvolle plaats te geven. Het met het

wereldbeeld samenhangende *waardesysteem* kan zodanig zijn dat de aantasting van bepaalde waarden andere toegankelijker maakt en de persoon niet ontredderd raakt en het *zelfbeeld* kan ook een dergelijke flexibiliteit hebben.

Als de levensbeschouwing onvoldoende bescherming biedt tegen de druk van een situatie dan ontstaat stress. Uit die stress kan zingevingproblematiek voorkomen, zich uitend in zelfverlies, gevoel van hulpeloosheid en cognitieve verwarring. Het onderkennen van de zingevingaspecten van stress en bewust zoeken naar nieuwe levensoriëntatie vormt een adequate copingstrategie. Bij coping is een onderscheid te maken in twee soorten activiteiten: *primary appraisal* volgens Van der Lans ook *problem-focused coping* te noemen en de *secondary appraisal* door Van der Lans gelijkgesteld aan *emotionfocused coping*. De eerstgenoemde activiteit bestaat uit het zoeken naar een verklaring. Om een ingrijpende gebeurtenis in een zinvol verband te kunnen brengen is het vaak nog belangrijker een aanvaardbare rechtvaardiging dan een oorzaak te vinden. De andere vorm van coping heeft betrekking op het hervinden van de controle. Deze twee aspecten van coping komen terug in de eerder gegeven definitie van zingeving. Tot zover de inzichten van Van der Lans.

Ontologische geborgenheid

Veel van wat Van der Lans zegt over zingeving sluit aan bij het begrip *ontologische geborgenheid* van Anthonie Giddens⁶. Met die term reikt Giddens een concept aan dat volgens hem een cruciale rol speelt in de manier waarop mensen copen met gebeurtenissen in zichzelf en in hun omgeving. Onder ontologische geborgenheid verstaat hij een gevoel van continuïteit en orde in de gebeurtenissen inclusief de gebeurtenissen buiten het waarnemingsveld van de persoon⁷. Met Van der Lans deelt hij het inzicht dat coping veelal niet bewust gebeurt en dat *basic trust* daarbij van groot belang is.

In de visie van Giddens heeft de mens naast een vermogen tot discursief (redenerend) bewustzijn een in de alledaagse continuïteit geïncorporeerd praktisch bewustzijn (practical consciousness). Het praktisch bewustzijn is eerder niet-bewust dan onbewust: men is er zich grotendeels niet bewust van omdat het op vanzelfsprekendheden berust en ons in staat stelt ons te concentreren op iets anders. Anders dan het onbewuste heeft het geen barrière tegen bewust gekend te worden. Het praktisch bewustzijn is het cognitieve en emotionele anker van de *ontologische geborgenheid*. Het stilzwijgende karakter van de ontologische geborgenheid past goed bij het praktisch bewustzijn. Men kan nauwelijks overschatten hoe belangrijk een gedeeld werkelijkheidskader is in de sociale interactie van alle dag. Het zorgt voor cognitieve en emotionele oriëntatie. Existentiële waarden worden door de sociale interactie ondersteund maar ze zijn er niet op gegrondvest⁸.

De basis wordt gelegd in de opvoeding van het kind. Een gevoel van ontologische geborgenheid ontstaat door het vertrouwen in de existentiële fundering van de werkelijkheid en in zekere mate door het vertrouwen (*confidence*⁹) in de betrouwbaarheid van personen, opgedaan in de vroege ervaring van het kind. *Basic trust* is de knoop waarmee emotionele-cognitieve oriëntatie naar anderen, de objectwereld en het zelfconcept wordt gecombineerd. *Basic trust* is op essentiële wijze verbonden met een interpersoonlijke organisatie van tijd en ruimte.

Een besef van de afzonderlijke identiteit van de ouders of verzorgers vindt zijn oorsprong in een emotionele acceptatie van hun afwezigheid: de overtuiging dat ze terugkomen. Het vertrouwen dat het kind in normale omstandigheden in zijn verzorgers stelt kan als een soort inenting tegen existentiële angst gezien worden, een bescherming tegen toekomstige bedreigingen en gevaren.

6 A. Giddens, *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age* (Stanford California, 1991)

7 Giddens, p243

8 Giddens, p36-37

9 Giddens maakt onderscheid tussen *confidence* en *trust*. Het eerste veronderstelt een zekere empirische grondslag, terwijl het laatste gebaseerd is op een geloof, een sprong zonder concrete aanwijzingen. Wanneer Giddens van *confidence* spreekt, zal dat hier vertaald worden als: vertrouwen (*confidence*). Het gebruik van het woord vertrouwen zonder toevoeging verwijst naar *trust*.

Basic trust is een soort cocon dat normale mensen bescherming geeft voor de gevaren en risico's in het alledaagse leven. Het geeft een gevoel van onoverwinnelijkheid, dat soms tijdelijk kan worden aangetast¹⁰.

Existentiële angst

Het tegenovergestelde van ontologisch geborgenheid is existentiële angst. Angst is in wezen vrees die zijn object heeft verloren door onbewust gevormde emotionele spanningen die eerder 'interne gevaren' dan uitwendige dreiging uitdrukken. In tegenstelling tot vrees is angst niet op een object gericht. "Angst veronachtzaamt het object.", citeert Giddens Freud. Angst heeft zijn wortels in de vrees voor scheiding van de primaire ouderfiguur, een verschijnsel dat het opkomende zelf en de ontologische geborgenheid tot in de kern bedreigt. De gevoelens van vijandigheid die de vrees voor het verlies van de primaire ouderfiguur oproept kan het kind niet uiten omdat dit een vijandige reactie van de ouder, en dus meer vrees, kan voortbrengen. De potentiële spiraal van angst en vijandigheid kan vooral vermeden worden door identificatie en projectie. De identificatie is gedeeltelijk en contextueel, zij neemt gedragskenmerken en -patronen van de ander over die relevant zijn voor de opheffing of vermindering van de angst. Angst, opgeroepen door de afwezigheid van de verzorger, is de eerste aanzet tot identificatie en ook tot de processen van het cognitieve leren, waarbij de eerste eigenschappen van de objectwereld worden opgepakt. Deel van een ander worden, bouwt een gradueel begrip op voor afwezigheid en voor wat 'de ander' als een afzonderlijk persoon is¹¹.

Omdat angst, vertrouwen en alledaagse rituelen nauw met elkaar samenhangen kunnen we de rituelen van het leven van dag tot dag begrijpen als copingsmechanismen voor angst. De basisinhoud van de alledaagse interactie, zoals houding, gebaren, gezichtsuitdrukking en taalgebruik, raken aan de meest basale aspecten van ontologische geborgenheid¹².

Antwoord op angst

Voor een gevoel van ontologische geborgenheid is het nodig om op het niveau van het onbewuste en het praktische bewustzijn 'antwoorden' te hebben op de existentiële vragen die ieder menselijk leven op de een of andere manier oproept. Fundamenteel gaat angst of de kans daarop terug op de 'overtuiging' van de afhankelijkheid van het bestaan van personen en objecten.

De eerste existentiële vraag waarop het kind antwoord moet hebben gaat over het *bestaan zelf*: de ontdekking van het ontologische kader of de 'externe realiteit'. Bestaan betekent voor mensen een ontologisch besef hebben. Dat is niet hetzelfde als het besef van een zelfconcept. In de "strijd van het zijn tegen het niet zijn" (citaat van Kierkegaard) is het de eeuwige taak van het individu om de realiteit niet alleen maar te accepteren maar om ontologische referentiepunten te creëren. Zoals dat ook het geval is met de 'antwoorden' op de existentiële vragen die hierna volgen, heeft dit 'antwoord' zijn onderkomen op het niveau van het gedrag, dat wil zeggen dat men het 'antwoord' geeft in het handelen¹³.

Mensen beseffen dat ze dood zullen gaan. De tweede existentiële vraag gaat over de *eigen eindigheid*. Puur biologisch is de dood geen probleem, maar filosofisch wel: niet-zijn maakt deel uit van het zijn. De *existentiële contradictie* is dat we deel zijn van de onbezielde wereld die oneindig is en tegelijk staan we er tegenover. Psychoanalytisch is angst voor de dood niet los te zien van de oorsprong van angst: verlaten worden. Terwijl de angsten rond eindigheid – voortkomend uit de psychologische ontwikkeling van het individu – universeel zijn, zijn de culturele voorstellingen van de dood dat niet. Religieuze kosmologieën kunnen op angsten voor sterven en dood inspelen met

10 Giddens, p38-40

11 Giddens, p45-46

12 Giddens, p47

13 Giddens, p47-48

denkbeelden over een hiernamaals of een kringloop van wedergeboorten¹⁴.

De derde categorie existentiële vragen gaan over het bestaan van *de ander*. Het 'probleem van de ander' zit niet in de vraag hoe de stap van de zekerheid van de eigen innerlijke ervaringen naar de niet kenbare van die van de ander te maken, maar hoe we er mee verbonden kunnen zijn. Het gaat over de inherente verbindingen die er zijn tussen het leren kennen van anderen en de belangrijkste andere assen van ontologische geborgenheid. Vertrouwen in anderen, in het vroege leven van het kind en chronisch als volwassene, staat aan de wieg van een stabiele externe wereld en een samenhangend zelfconcept. De sociale wereld moet niet begrepen worden als een verzameling situaties waarin 'het ik' 'de ander' tegenkomt maar als een verzameling situaties waarin iedereen gelijkelijk betrokken is in een actief proces van het organiseren van een voorspelbare sociale interactie. De ordening van het alledaagse leven is een miraculeuze gebeurtenis maar het komt niet voort uit een interventie van buitenaf. De alledaagse ordening is stevig en constant maar de kleinste blik van de een naar een ander, een stemverheffing, een verandering van gelaatsuitdrukking of gebaar kan hem bedreigen¹⁵.

Het vierde soort existentiële vragen heeft betrekking op het *zelfconcept*. Het zelfconcept wordt niet gevormd door een duidelijke karaktereigenschap of -eigenschappen. Het is *het zelf zoals reflexief door de persoon begrepen in termen van zijn biografie*. Identiteit veronderstelt een continuïteit over tijd en ruimte. Het zelfconcept heeft continuïteit door de reflexieve interpretatie van de actor. De persoonlijke identiteit hangt niet af van het gedrag – hoe belangrijk ook – maar van de capaciteit een eigen narratief aan de gang te houden. De persoonlijke biografie moet steeds de gebeurtenissen van de buitenwereld integreren; wanneer er sociale interactie is kan ze niet helemaal fictief zijn¹⁶.

Het is van vitaal belang voor een gevoel van ontologische geborgenheid dat het uiterlijk van het lichaam in lijn is met het individuele biografisch narratief. In alle culturen maken mensen onderscheid tussen zelfconcept en de 'voorstelling' die ze in een bepaalde sociale context geven. Maar onder bepaalde omstandigheden kan de persoon het gevoel krijgen dat zijn gedrag vals is¹⁷.

Zingevingvragen worden gesteld als ontologische geborgenheid ontbreekt, zo kunnen we de bijdragen van Van der Lans en Giddens met elkaar relateren. Beide auteurs wijzen ook op de samenhang van de samenleving en de cultuur waarin het individu leeft met de manier van omgaan en duiden van het zelfconcept en de omgeving en de omstandigheden waarin men leeft. In het volgende hoofdstuk zullen we zien wat Giddens visie is over de context waarin het individu zijn ontologische geborgenheid nastreeft en probeert te behouden.

14 Giddens, p49-50

15 Giddens, p51-52

16 Giddens, p52-55

17 Giddens, p56-58

De laatmoderne samenleving

De laatmoderne tijd als context

Giddens noemt de context waarin het individu zijn bestaan zin geeft en zijn zelfconcept ontwikkelt, de laatmoderne tijd. Hij spreekt over laatmoderne tijd of hoogmoderniteit omdat hij ervan uitgaat dat de moderniteit niet voorbij is maar juist radicaliseert. Moderne instituties verschillen van alle voorgaande vormen van sociale orde in dynamiek, in de mate waarin ze gewoonten en tradities ondergraven en in hun globale impact. Maar, zo stelt Giddens, moderniteit verandert ook radicaal de aard van het alledaagse sociale leven en de meest persoonlijke aspecten van onze ervaring. De nadruk van dit boek van Giddens ligt op het opkomen van nieuwe eigenschappen van de identiteit, die worden geschapen door de instituties van de moderniteit en die op hun beurt ook de instituties scheppen.

Onder moderniteit verstaat Giddens de instituties en gedragspatronen die voor het eerst voorkomen in het postfeodale Europa maar die sinds de twintigste eeuw een wereldwijd bereik hebben. Wie moderniteit zegt, heeft het over organisatie, de gereguleerde beheersing van sociale relaties over onbegrensde afstand in tijd en ruimte. Moderne instituties zijn in toonaangevend opzicht *discontinu* met het spectrum van de premoderne culturen en leefwijzen. Een van de meest voor de hand liggende kenmerken van die discontinuïteit vormt de dynamiek. De moderne wereld is vluchtig; niet alleen is het *tempo* van sociale veranderingen hoger dan in enig ander systeem maar ook het *bereik* en de *diepte*. Volgens Giddens heeft de dynamiek van de moderniteit, drie eigenschappen die samen en op elkaar inspelend de moderne tijd zijn kenmerken geven: scheiding van tijd en ruimte, ontbeddingsmechanismen en reflexiviteit. Op elk van de drie ga ik nu wat meer in.

Scheiding van tijd en ruimte

De eerste eigenschap van de moderne dynamiek, de *scheiding van tijd en ruimte*, vormt een voorwaarde om sociale relaties te construeren in tijd en ruimte met een reikwijdte die tot aan het einde van de wereld gaat. De scheiding van tijd en ruimte moet gezien worden als het van elkaar losmaken van een dimensie van 'lege' tijd en 'lege' ruimte. Met 'leeg' wordt bedoeld dat tijd en ruimte door mensen helemaal zijn in te vullen. Het maakt het mogelijk menselijke activiteiten een gewenst stel coördinaten in de tijdruimte te geven. Hoewel premoderne culturen ook tijdsberekeningen en landkaarten kenden, waren voor de meeste mensen de gewone alledaagse dingen door ruimte wezenlijk in tijd en ruimte met elkaar verbonden. Het 'wanneer' van sociaal gedrag bepaalde niet alleen het 'waar' ervan maar was ook een substantiële eigenschap. Het coördineren kan nu zonder te refereren aan de bijzonderheid van de ruimte. Er kan gestandaardiseerd verleden en toekomst worden gemaakt. Heel de mensheid kent "het jaar 2000" als vergelijkingspunt¹⁸.

Om coördinaten in de toekomst vast te kunnen leggen wordt de toekomst als plooibaar naar onze behoefte voorgesteld en wordt zoveel mogelijk genegeerd dat zij voor een deel al bepaald is door het verleden. Wij hebben *de toekomst gekolonialiseerd*: we creëren nieuwe territoria van toekomstige mogelijkheden en claimen die door tegennatuurlijke invloed. Terwijl we erkennen dat de toekomst intrinsiek onkenbaar is en steeds meer wordt gescheiden van het verleden, wordt de toekomst een gebied van tegennatuurlijke mogelijkheden¹⁹.

18 Giddens, p16-17

19 Giddens, p109-111

Ontbedding van de sociale instituties

Het leegmaken van tijd en ruimte is van cruciale betekenis voor het tweede kenmerk van de dynamiek van de moderniteit: *ontbedding* (disembedding) van sociale instituties. Ontbedding houdt in dat sociale relaties uit hun lokale context worden gelicht en in een onbegrensde tijdruimte gezet. Er zijn twee soorten ontbeddingsmechanismen: 'symbolic tokens' en 'expertsystemen' (expert systems), samen *abstracte systemen* (abstract systems) genoemd. *Symbolic tokens* zijn ruilmiddelen, die een standaard waarde hebben en in vele contexten bruikbaar zijn. Het belangrijkste en meest doordringende voorbeeld is geld. Geld verbindt tijd en ruimte. Expertsystemen verbinden tijd en ruimte door het ontvouwen van technische kennis die geldig is ongeacht dienstverleners en cliënten die er gebruik van maken. Deze systemen doordringen alle aspecten van het moderne sociale leven: het voedsel dat we eten, de medicijnen die we innemen, de gebouwen die we bewonen, het transport dat we gebruiken enzovoort. Expertsystemen beperken zich niet tot technische expertise maar reiken ook tot in sociale relaties. De dokter, consulent en therapeut maken even goed deel uit van expertsystemen als de wetenschapper, de technicus en de ingenieur.²⁰

Beide typen expertsystemen zijn wezenlijk afhankelijk van vertrouwen (*trust*), een begrip van primair belang in deze publicatie van Giddens. Vertrouwen (*trust*) is niet hetzelfde als het vertrouwen (*confidence*) dat door Simmel een 'zwakke inductieve kennis' wordt genoemd. *Trust* veronderstelt een sprong naar belofte, een 'geloof' dat onherleidbaar is. Het is zowel gerelateerd aan afwezigheid in tijd en ruimte als aan onwetendheid. Iemand die een expertsysteem door en door kent, heeft ten aanzien daarvan geen *trust* nodig. Er is immers sprake van kennis²¹.

Reflexiviteit

Als derde en laatste factor die de dynamiek van de moderniteit beïnvloedt noemt Giddens de alles doordringende *reflexiviteit* (reflexivity). Onder reflexiviteit verstaat hij het verschijnsel dat vrijwel alles steeds onderworpen kan worden aan herziening wegens nieuwe kennis of informatie. De moderne reflexiviteit moet onderscheiden worden van het reflexieve controleren van het handelen dat eigen is aan menselijke activiteit. De reflexiviteit van de moderniteit veronderstelt dat de meeste aspecten van het sociale leven en van de materiële relaties met de natuur chronisch vatbaar zijn voor herziening. Nieuwe informatie of kennis is niet incidenteel voor moderne instituties maar wezenlijk. De reflexiviteit van de moderniteit heeft het verlichtingsdenken bezoedeld. Het beroep dat de grondleggers van de moderne wetenschap en filosofie op rationaliteit deden kwam voort uit een behoefte om de dogma's van het verleden, die gegrondvest waren op arbitraire gewoonten en gebruiken, te vervangen voor zekerheid. Maar de moderne reflexiviteit ondermijnt de zekerheid van kennis. De integrale relatie tussen moderniteit en twijfel is niet alleen verwarrend voor filosofen maar geeft ook *existentiële moeilijkheden* voor gewone mensen²².

Globalisering

De gevolgen van de hierboven genoemde kenmerken zijn verregaand: de tendensen tot globalisering van de moderniteit zijn er inherent aan. In sommige opzichten is de globalisering erin geslaagd wereldwijde verbanden aan te brengen in de sociale activiteit, bijvoorbeeld door het natiestaatsysteem of door de internationale arbeidsverdeling. Toch is globalisering het best te begrijpen als een expressie van fundamentele aspecten van de tijdruimtevervreemding (time-space distanciation). Globalisering vormt een knooppunt van aan- en afwezigheid, de vervlechting van sociale gebeurtenissen en sociale relaties op afstand met lokale contextualiteit. Zoals alle andere verschijnselen die hier beschreven worden moeten we globalisering als een *dialectisch* verschijnsel begrijpen, waarbij een gebeurtenis aan de ene pool van een vervreemde (distanciated) relatie leidt

20 Giddens, p18

21 Giddens, p18-19

22 Giddens, p20-21

tot divergerende of zelfs tegenstrijdige feiten aan de andere²³.

Dekwalificatie

In de meer ontwikkelde gebieden leidt de verbinding van het lokale met het globale tot een grondige transmutatie van het alledaagse leven: de omstandigheden zijn veranderbaar geworden en er treedt dekwalificatie (deskilling) op van veel aspecten van het dagelijks leven. Dekwalificatie van het alledaagse leven is een proces waarin lokale vaardigheden worden overgedragen naar abstracte systemen en worden gereorganiseerd in het licht van technische kennis. Deze dekwalificatie kan niet eenvoudig door de experts of technische specialisten worden overgenomen omdat er in het veld van expertise soms onopgeloste of omstreden aspecten aanwezig zijn. De dekwalificatie gaat niet in één richting; steeds eigenen leken zich als deel van de reflexiviteit van de moderniteit specialistische kennis toe. Omdat experts alleen kennis hebben over een klein gebied heeft iedereen met abstracte systemen te maken waarin hij vertrouwen dient te stellen. Dat vertrouwen is niet onwankelbaar, maar gaat vaak samen met een soort kosten-batenanalyse. Verschillende houdingen van scepsis en vijandigheid naar abstracte systemen kunnen samengaan met vanzelfsprekend vertrouwen (confidence) in anderen. Iemand kan bijvoorbeeld door een teleurstelling in de orthodoxe medische wetenschap naar een holistische heler gaan of ongeacht het verloop van de ziekte helemaal afzien van de diensten van genezers²⁴.

Risk society

De laatmoderne tijd leidt tot scepsis over het idee dat een meer gesecculariseerd begrip van de natuur voor mensen tot een beter en veiliger bestaan leidt. Giddens onderschrijft Becks idee over 'risk society'. In een 'risk society' is men steeds meer gepreoccupeerd geraakt met de toekomst wat het idee van risico oproept. Ook verwijst het naar een systematisch afhandeling van rampen en onzekerheden. Het concept refereert aan meer dan dat het moderne sociale leven tot nieuwe vormen van gevaar leidt. In een 'risk society' leven betekent met een calculerende houding staan tegenover open uitkomsten. Door vergaande reflexiviteit heeft moderne sociale activiteit een tegennatuurlijk karakter. In het postfeodale tijdperk beschikt het individu en de collectiviteit over een oneindige reeks mogelijke afwikkelingen met hun te verwachten risico. Er zijn grote verschillen tussen de moderne en premoderne tijd in het schatten van risico's²⁵.

Het moderne zelfconcept

De transformatie in het zelfconcept en de globalisering zijn twee kanten van dezelfde medaille. Veranderingen in de intieme aspecten van het persoonlijke leven zijn rechtstreeks verbonden met de vestiging van sociale verbanden op grote schaal. De tijdruimtevervreemding is zo verregaand geworden dat voor het eerst in de menselijke geschiedenis het zelf en de samenleving met elkaar samenhangen in een globaal milieu. Verscheidene factoren in de omstandigheden van de hoogmoderniteit hebben een directe invloed op de relatie tussen het zelfconcept en de moderne instituties. De moderniteit heeft een elementaire dynamiek geïntroduceerd in het menselijk handelen die veranderingen in de vertrouwensmechanismen en de risicobeheersing heeft voortgebracht. Onze cultuur kent niet meer angst en onzekerheid dan meer traditionele culturen maar de inhoud en de vorm van de angsten is veranderd²⁶. De reflexiviteit heeft zich naar de kern van het zelf uitgebreid. Anders gezegd: het zelf wordt in de posttraditionele orde een *reflexief project*. Transitie in persoonlijke levens hebben altijd een psychische reorganisatie gevraagd waarbij vaak in de vorm van *rites de passage* werd geritualiseerd. Maar in zulke culturen bleven de dingen min of meer hetzelfde. In de moderniteit, daarentegen, moet het veranderde zelf worden verkend en geconstrueerd als onderdeel van een reflexief proces van het verbinden van persoonlijke en sociale

23 Giddens, p21-22

24 Giddens, p22-23

25 Giddens, p27-30

26 Giddens, p32

veranderingen. Als voorbeeld kunnen scheidingen van huwelijken genomen worden, waardoor men betrokken kan raken bij nieuwe vormen van ouderschap²⁷.

De moderniteit breekt het beschermend kader van de kleine gemeenschap en traditie af, zou men kunnen zeggen, en vervangt het voor veel grotere onpersoonlijke organisaties. Het individu voelt zich berooid en alleen in een wereld waar het de psychologische steun en geborgenheid van een meer traditionele situatie mist. Therapie biedt dan een wereldse versie van de confessionele hulp. Hoewel die voorstelling van zaken enige geldigheid heeft, gaat die voorbij aan iets substantieels. Therapie is niet simpel een manier van coping met nieuwe angsten maar een uiting van de reflexiviteit van het zelf, wat een verschijnsel is dat op het niveau van het individu balanceert tussen kansen en mogelijke catastrofes²⁸.

Het getormenteerde zelf

Het zelf wordt grondig veranderd in de laatmoderne tijd. Therapie en zelftherapie leveren daarvoor de programma's in de vorm van zelfactualisatie. Op het niveau van het zelf is in het leven van alledag *keuze* een basisbestanddeel. Dat komt ook tot uiting in het verschijnsel *lifestyle*. Lifestyle wordt geassocieerd met een veelheid aan opties. Men wordt hoe dan ook gedwongen keuzes te maken, ook in een traditie blijven is een keuze. De contextuele aard van gewaarborgde overtuigingen heeft ook een existentiële impact. De reflexiviteit van de moderniteit leidt tot steeds meer twijfel. Alles geldt slechts 'tot nader order'. Zelfs de hardste gebieden van de wetenschap zijn onderworpen aan twijfel²⁹.

Intieme relaties zijn onzeker. Het zijn *pure relaties* (*pure relationship*) geworden. Relaties in de laatmoderne tijd zijn in contrast met die in een traditionele context niet geankerd in externe voorwaarden, ze zijn als het ware op zichzelf staand. De pure relatie wordt alleen aangegaan voor wat ze de partners kan brengen. Daardoor is het moeilijker geworden om een tijdje te freewheelen. Commitment is moeilijk op te bouwen omdat het op gespannen voet staat met reflexiviteit. De pure relatie is erg gefocust op intimiteit. Het belang van intimiteit voor relaties is sterkt toegenomen. Omdat de externe ankers ontbreken is de pure relatie afhankelijk van wederzijds vertrouwen³⁰.

Het lichaam is een essentieel onderdeel geworden om een coherent zelfconcept te onderhouden. Men kan denken aan het uiterlijk, de houding, de zinnelijkheid en aan de regimes waaraan men het lichaam onderwerpt. In de hoogmoderniteit zijn uiterlijk en houding geen gegeven, ze kunnen worden georganiseerd. Lichamelijke regimes die ook effect op zinnelijkheid hebben zijn het middel bij uitstek om het lichaam te cultiveren. Anorexia- en boulimia nervosa kunnen in dit opzicht worden beschouwd als een bijverschijnsel van de noodzaak en verantwoordelijkheid van het individu om een onderscheidend zelfconcept te hebben³¹.

Radicale twijfel sijpelt door naar het alledaagse leven in de laatmoderne tijd. Leken – iedereen is op veel terreinen een leek – moeten een weg vinden tussen de eisen van rivaliserende abstracte systemen. Maar diffuse bezorgdheid geeft deze tijd waarschijnlijk nog meer. Het aanhangen van een ondubbelzinnig geloof dat een massieve lifestyle voorschrijft zou verlichting kunnen bieden. Toch zal men dan ook nog beseffen dat het een eigen keuze is volgens deze inzichten te leven. Leven in een gesecculariseerde *risk society* maakt je van streek, vooral op gewichtige momenten. Gewichtige momenten treden op wanneer beslissingen met consequenties genomen moeten worden of wanneer gedragslijnen op gang gebracht worden. Leven in de *risk society* betekent niet dat het alledaagse leven onveiliger is dan vroeger. Het gaat meer om de angst die voortkomt uit de risicoberekeningen. Het beschermende cocon dat we allemaal om ons heen hebben, heeft de taak deze niet door te laten.

27 Giddens, p32-33

28 Giddens p33-34

29 Giddens, p80-88

30 Giddens, p90-98

31 Giddens, p99-108

Maar het is moeilijk een streep te trekken waar het vertrouwen (confidence) nog 'verantwoord' is en waar niet. Dat is inherent aan vertrouwen. Hoewel met die grens ook gespeeld kan worden door kicks te zoeken, blijft het besef dat we leven met risico's op grote rampen waarschijnlijk voor de meeste mensen een bron van vage angst³².

De moderniteit lijkt op een niet te stoppen kolos die niks ontziend zijn koers volgt. De dynamiek van constante veranderingen leidt tot een aaneenschakeling van crises: situaties die ontstaan wanneer belangrijke doelen voor een individu of collectiviteit plotseling niet gehaald kunnen worden. De vatbaarheid van de moderniteit voor crises heeft in twee opzichten een verontrustende uitwerking: zij voedt een algemeen klimaat van onzekerheid en zij stelt iedereen bloot aan diverse crisissituaties van groter of kleiner belang, die de kern van het zelfconcept kunnen ondermijnen³³.

Isolering van contingentie

Isolering van contingentie (sequestration of experiences), institutioneel naar de marge schuiven van zaken, als geboorte, misdaad, dood, ziekte en gekte, dient om vele vormen van angst in bedwang te houden die anders de ontologische geborgenheid zouden bedreigen. Wat betreft de beheersing van angst heeft dit paradoxale gevolgen. Enerzijds is het individu in normale omstandigheden redelijk beschermd tegen zaken die anders verontrustende vragen zouden oproepen en aan de andere kant komt het gevoel van ontologische geborgenheid onmiddellijk onder druk staan als zich een crisis of een gewichtig moment voordoet. Abstracte systemen leveren alledaagse geborgenheid, maar het vertrouwen dat aan zulke systemen wordt gegeven voldoet psychologisch weinig. Het helpt tegen de onwetendheid maar geeft niet de morele voldoening die vertrouwen in een persoon kan schenken. Existentiële problemen onderdrukken door instituties lukt absoluut niet. Omdat ieders leven van doen heeft met existentiële problemen ligt hier – zeker gezien tegen de achtergrond van het risico op grote rampen – een enorme bron van onrust³⁴.

Fragiel zelfconcept

Als reflexief project is het zelfconcept onvermijdelijk fragiel. De opdracht om een onderscheidend concept te hebben mag psychologische winst opleveren, het is duidelijk ook een last. Het zelfconcept moet worden gecreëerd en voortdurend worden herschikt in een decor van steeds schuivende alledaagse ervaringen en de fragmenteringstendensen van de moderne instituties. Het onderhouden van zo'n narratief raakt het zelf en ook het lichaam. De pure relatie met zijn vrijwillige belofte en zijn intense intimiteit is de omgeving bij uitstek voor het bouwen van het zelfconcept. De groei van therapie hangt samen met de pure relatie omdat zelfmeesterschap een vereiste is voor een pure relatie. De pure relatie is echter een naar twee kanten snijdend zwaard. Zij creëert een enorme last voor de integriteit van het zelf en voor zover zij geen externe referentie kent wordt ze alleen gemobiliseerd door authenticiteit. Onttrokken aan externe ethische criteria vormt de pure relatie een kwetsbare bron voor geborgenheid op gewichtige momenten en belangrijke transitie's in het leven. Het concept pure relatie bevat interne spanningen en zelfs contradicties. Aan een kant vraagt het trouw aan zichzelf en de aan de relatie en aan de andere kant kan die trouw naar wens verbroken worden. Het is niet verrassend dat razernij, boosheid en depressieve gevoelens rond pure relaties hangen en concreet zou intimiteit psychologisch wel eens meer problemen dan beloningen kunnen opleveren³⁵.

32 Giddens, p181-182

33 Giddens, p183-185

34 Giddens, p185

35 Giddens, p185-187

Dilemma's bij het opbouwen van de eigen ervaringswereld

Het individu kan bij het opbouwen van zijn eigen ervaringswereld (*umwelt*) putten uit zijn lijfelijk beleefde ervaringen en ervaringen via media. Daarbij heeft het individu vier dilemma's te beslechten. Het eerste dilemma is dat van *unificatie versus fragmentatie*. Het reflexieve project dat het zelf is, incorporeert talrijke contextuele gebeurtenissen en vormen van gemedieerde ervaring waarbinnen het een koers moet uitzetten. Een ander dilemma is dat van *machteloosheid versus toe-eigening*. De opties in lifestyle die de moderniteit biedt, kunnen een gelegenheid bieden om zich een gewenst leven eigen te maken of kunnen gevoelens van machteloosheid genereren. Als derde dilemma kan genoemd worden: *autoriteit versus onzekerheid*. In de situatie dat er geen uiteindelijke autoriteiten zijn moet het reflexieve project dat het zelf is sturen tussen commitment en onzekerheid. Het dilemma van *persoonlijke ervaring versus ervaring als koopwaar* is het laatste dilemma. Het narratief van het zelf moet geconstrueerd worden onder omstandigheden waarbij persoonlijke toe-eigening wordt beïnvloed door gestandaardiseerde invloed op de consumptie³⁶.

Tot besluit

Het reflexieve project van het zelf moet worden uitgevoerd onder omstandigheden die een persoonlijk engagement belemmeren met de meest fundamentele vragen waartoe het bestaan ons kan brengen. Dit omdat de sociale omgeving, hoewel technologisch bekwaam, moreel dor is. De impact van de abstracte systemen verklaart waarom dit zo is. De dreiging van een persoonlijke zinloosheid wordt gewoonlijk in toom gehouden omdat geroutineerde activiteiten gecombineerd met *basic trust* de ontologische geborgenheid in stand houden. Meesterschap vervangt moraliteit. Als je in staat bent de omstandigheden van je leven te beheersen, met enig succes de toekomst te koloniseren en te leven binnen de parameters van het interne referentiesysteem dan laat dat toe dat het kader van de natuurlijke en sociale dingen een goede grond onder je actieve leven lijkt. *Basic trust* als een houding dat de wereld vanzelfsprekende 'goed en juist' is kan zaken onder de oppervlakte houden die anders zouden boven komen. Maar deze houding is broos omdat er geen externe referentie is³⁷.

Op gewichtige momenten kunnen mensen zich gedwongen zien zich te bekommeren om wat normaal de abstracte systemen soepel werkend heel goed uit het bewustzijn houden. Gewichtige momenten verstoren noodzakelijkerwijs routines, vaak radicaal. Daarbij wordt een mens gedwongen fundamentele aspecten van zijn bestaan en zijn toekomst te overdenken. Gewichtige momenten kunnen vaak binnen de begrenzing van interne referentiesystemen worden afgehandeld. Maar op veel van zulke momenten gebeurt meer dan dat het leven even stagneert: zij kunnen moeilijk worden afgehandeld zonder te refereren naar morele/externe criteria. Op gewichtige momenten is het moeilijk voor mensen om te blijven volharden in alleen maar denken in risicoscenario's en de mogelijke afloop in technische waarden te vangen. De meeste belangrijke overgangspunten in het leven brengen momenten met zich mee waarop externe criteria zich niet laten weghouden³⁸.

De hoge mate van beheersing die de laatmoderne samenleving kenmerkt weet een gevoel van onzekerheid, twijfel en onvrede niet uit te sluiten. Daardoor is de laatmoderne samenleving niet in staat een sterker gevoel van ontologische geborgenheid te bieden. Het zijn nu andere gebeurtenissen die de ontologische geborgenheid bedreigen. Ziekte lijkt bedreigender te zijn geworden voor het gevoel van ontologische geborgenheid. Giddens heeft in de genoemde publicatie geen expliciet uitgewerkt beeld van ziekte in de laatmoderne tijd geschilderd. In het volgende hoofdstuk zullen we proberen de concepten die Giddens aanreikte toe te passen op ziek zijn en

36 Giddens, p201

37 Giddens, p201-202

38 Giddens, p202-203

18

dokteren.

Ziekte in de laatmoderne tijd

Medische expertsystemen

Het verwarrende en contradictoire karakter van de laatmoderne samenleving is ook in de gezondheidszorg terug te vinden. De alles doordringende twijfel heeft ook vat op onze kijk op gezondheid. In zijn inleiding op de geschiedenis van de geneeskunde schrijft Porter: "These are strange times, when we are healthier than ever but more anxious about our health."³⁹ Het is eveneens duidelijk dat de alles doordringende beheersing van onze samenleving via *abstracte systemen* ook zijn stempel op de behandeling van ziekte heeft gezet. De zieke is voor de behandeling van zijn ziekte afhankelijk van expertsystemen, die gereguleerd worden met het ruilmiddel geld. De zieke zal zijn afweging maken aan welk soort dienstverleners hij vertrouwen kan geven en in welke mate. De zieke zal twijfelen. Hij kan in het kader van de voortgeschreden reflexiviteit zelf kennis over zijn ziekte hebben verzameld. Expertsystemen zullen beschikken over voorlopige kennis, die ieder moment vervangen kan worden door nieuwe inzichten. Sociale instituties zullen vooral vanuit hun interne referentiepunten en zonder te verwijzen naar externe fundamenten hun diensten verlenen aan de zieke.

De zieke is een laatmodern individu bij wie zijn ziekte de fragiele constructie van zijn zelfconcept onderuit kan halen. Voor de zieke kan zijn ziekte leiden tot het wegvallen van zijn gevoel van *ontologische geborgenheid*. Wanneer deelname aan de sociale activiteit van het alledaagse door *isolatie van contingentie* belemmerd wordt, kan daarmee ook de grond onder zijn voeten wegvallen. Angst, vertrouwen en alledaagse rituelen hangen nauw met elkaar samen en we kunnen de rituelen van het leven begrijpen als copingsmechanismen voor angst. De ziekte kan een streep trekken door *kolonisering van de toekomst*. Het zelfconcept kan gaan lijden onder het wegvallen van de mogelijkheden om met het lichaam de identiteit uit te drukken. Ziektes kunnen bedreigend zijn voor de *pure relaties* van zieken. De ziekte zou als effect kunnen hebben dat de zieke geen kans meer ziet aan zijn behoefte aan intimiteit te voldoen. De zieke kan zich gedwongen zien te stoppen met denken in risicoscenario's en kan de technische waarden waarmee de afloop van zijn ziekte kan worden uitgedrukt als niet adequate aanduiding gaan ervaren. De ziekte kan het voor de zieke onmogelijk maken de externe criteria nog langer weg te houden.

Ziekte als aanslag op de ontologische geborgenheid

Ziekte kan in de laatmoderne cultuur meer dan in andere culturen bedreigend zijn voor de ontologische geborgenheid. De paradox die daarbij optreedt is dat de expertsystemen waarop de zieke een beroep moet doen als ontbeddingsmechanismen kunnen worden aangemerkt. De manier waarop de ziekte wordt afgehandeld laat ruimte voor twijfel of de behandelingen, de medicijnen, de verpleging en verzorging die hij krijgt wel juist zijn en kan zo weer de bedreiging van de ontologische geborgenheid verhogen.

De impact en de ontregelende werking van ziekte kan variëren. De zieke heeft zijn *umwelt* en beslecht de daarmee samenhangende dilemma's op zijn eigen manier. Het ligt voor de hand dat een zieke met een ziekte die een geringe impact op zijn alledaagse leven heeft of met een perspectief dat

39 R. Porter, *The greatest benefit to mankind; a medical history of humanity from antiquity to the present* (Hammersmith, London, 1997) p3

zijn ziekte slechts een kortstondige opschorting van zijn normale leven zal vormen, minder kans loopt dat er een grote aanslag op zijn gevoel van ontologische geborgenheid plaats vindt. Hij heeft een zingevingsysteem dat toegerust is op deze gebeurtenis. Mocht het beschermende cocon van *basic trust* door de ziekte worden aangetast, dan zal het onder die condities gemakkelijk kunnen herstellen. Welke perspectief de kwaal voor de zieke biedt is aan de zieke. Hoewel voor de behandelaars en de andere zorgverleners soms moeilijk te onderkennen is welk perspectief de zieke hanteert, maakt het perspectief van de zieke op zijn klacht, de beleving van zijn klacht, de zingeving van zijn klacht, deel uit van het wezen van zijn klacht. Omdat de zieke de opdracht heeft om een authentiek zelfconcept te construeren en in stand te houden zal zijn ziekte een persoonlijke invulling hebben gekregen. Die individuele invulling kan op gespannen voet komen staan met de *expertsystemen*, die immers kennis ontvouwen die onafhankelijk van cliënt en dienstverlener toepasbaar is.

De kloof tussen arts en patiënt

Wanneer we samenvatten welke tendensen het ziek zijn in de laatmoderne tijd volgens de theorie van Giddens vertoont, komen we tot:

1. De doordringendheid van de laatmoderne cultuur is zo intens dat allerlei aspecten van het sociale leven en onze relatie tot de natuur er verregaand door beïnvloed worden. Ook op onze omgang met ziekte legt de dynamiek van de moderniteit een druk die moeilijk te weerstaan is. Bij het kiezen van een strategie hoe anders om te gaan met ziekte moet men er op bedacht zijn dat de omgang met ziekte inherent deel uit maakt van de ontwikkeling van de moderniteit, die in een *nietsontziend onstuitbaar proces* zijn invloed op sociale leven en het zelf intensiveert.
2. Artsen en behandelaars maken als expertsystemen deel uit van en zijn onderworpen aan de alles doordringende ontbeddingsmechanismen van sociale instituties. De zieke wordt uit zijn lokale relaties in een grenzeloze tijdruimte gezet en behandeld met kennis die onafhankelijk van de arts en de zieke geldig is: de behandeling van ziekte tendert ernaar *meer gefragmenteerd, onpersoonlijk en vervreemdend* te worden.
3. Het vorige punt, samen met het ontbreken van verankering van het zelfconcept in externe referentiepunten, de alom aanwezige twijfel en de druk waaronder het zelf door kolonisatie van de toekomst staat vergroten de kans dat ziekte tot *aantasting van het gevoel van de ontologische geborgenheid* leidt.

Het eerste punt maakt duidelijk waarom de paradox niet eenvoudig is op te heffen. Het maakt duidelijk dat een oplossing gezocht moet worden in een overbrugging van de kloof tussen het aanbod van de arts en de vraag van de patiënt en dat van een demping van die kloof geen sprake kan zijn. De twee laatste punten lijken erop te wijzen dat de relatie tussen patiënt en arts steeds meer in een paradox gevangen komt zitten. Terwijl de arts in een beweging zit om meer gefragmenteerd te werk te gaan en kennis te gebruiken die geen antwoord geeft op existentiële vragen en eerder zulke vragen op te wekken of te versterken, is de patiënt geneigd door ziekte eerder in een existentiële crisis te raken.

Een casus

De om overbrugging vragende kloof tussen vanuit een gefragmenteerd perspectief werkend arts en een in een existentiële crisis verkerende patiënt zien we in de onderstaande casus.

A 19-year-old girl was playing baseball when she fell down. She was unable to bear weight on her right leg after

the fall as she had dislocated her patella. After referral to the orthopedic service of a general hospital, an arthrotomy was performed with soft tissue stabilisation of her patella. The clinic doctor felt that the patient's response to surgical treatment was unsatisfactory. She had not complied with instructions to practice quadricepsexercises and did not cooperate with the physiotherapist. When challenged with this by the doctor, the patient became hostile and their relationship deteriorated. As her convalescence progressed, the patient continued to have loss of function in her knee. In addition, she complained of fatigue, fainting, palpitations, vomiting, diarrhoea, and excessive perspiration. The doctor told her that these symptoms were not due to post surgical complications and suggested that she consult her family physician.

Following a physical examination and laboratory investigations, the family physician concluded that the patient's additional symptoms were manifestations of anxiety. In the next few weeks, in response to the physician's active listening, she talked about her life. She was raised in a strict environment as the youngest child; competition with her athletic brothers had caused her to excel in sports, which compensated for her average academic performance. All her time, hopes, and aspirations were invested in baseball.

Over several weeks, the patient developed insight into her problems and gradually recovered from her injury. In her view, the only area in which she had actualised herself had been destroyed, and in response she had developed profound anxiety⁴⁰.

Het bovenstaand voorbeeld toont ons dat een in de ogen van de dokters onschuldige aandoening in de knie voor de patiënte een existentiële impact op haar had. Deze casus toont ook dat de beleving van de klacht een grotere rol speelde dan de artsen dachten en dat het probleem van de patiënt niet te reduceren was tot de voor de arts waarneembare symptomen. De arts heeft als expert veel oog voor bepaalde aspecten en dreigt daardoor blind te zijn voor andere. Artsen hebben een medische blik.

De medische blik

De perceptie van de arts wijkt af van die van de patiënt. Daarom wil de patiënt ook dat de arts naar hem kijkt als hij een klacht heeft. Hoe komt de arts tot deze perceptie? Op deze vraag gaat Hick in een artikel⁴¹ uitvoerig in. Voornamelijk gebruikmakend van inzichten uit de theorieën van Husserl, Merleau-Ponty en Foucault analyseert hij het medisch perspectief. Perceptie leidt tot een ambigue kader. We kunnen het object altijd maar van één kant zien. Terwijl we die ene kant zien, zijn we ons bewust van andere kanten. We kunnen nooit de totaliteit van iets zien. Wat we nu als 'echt' beschouwen kan in een kader van nieuwe en diepere percepties gezet worden. Perceptie zelf wordt niet alleen door zijn kern gekarakteriseerd maar ook door zijn eindeloos aantal lege horizonten.

Er bestaat geen eenvoudige perceptie van een object waarbij een subject in een simpele handeling vastlegt wat een object een goed gedefinieerd object maakt. Toch ligt zo'n vereenvoudigd begrip van perceptie aan de basis van de natuurwetenschap. Perceptie is niet alleen onvolledig en aan alle kanten open, ze pretendeert ook ons het werkelijke object in zijn geheel te geven. Een perceptueel mengsel van onbekend en bekend is de enige manier waarop we objecten kunnen kennen. De *perceptuele beweging* vult voortdurend het idee over ieder gepercipieerd object aan. Omdat perceptie ons pretendeert te geven wat zij gezien haar ambigue natuur niet kan geven, passen wij progressief het gepercipieerde idee van het van een verondersteld absoluut standpunt waargenomen object aan. Universele objecten van perceptie als een absoluut gegeven bestaan niet. De essentie van

40 McWhinney IR. The need for a transformed clinical method. In: Stewart M, Roter D, editors. *Communicating with medical patients*. (Newbury Park, 1989)25- 40. In: V. Batenburg, *Medical Students' Attitudes. Attitude Development in a Medical School*, proefschrift universiteit Utrecht (Utrecht, 1997) p 14-15

41 C. Hick, "The art of perception: From the life world to the medical gaze and back again", in *Medicine, Health Care and Philosophy* (1999) 2:129-140.

de objecten, de realiteit van onze wereld komt tot stand door onze 'perceptuele belangen'. Deze belangen bepalen onze perceptuele bewegingen. Het bereikte object, dat het resultaat is van belangengestuurde bewegingen, is altijd relatief en kan niet anders dan voldoen in de gegeven omstandigheden.

De structurering van de perceptuele wereld is noch een intellectuele functie noch een oordeel over reeds bestaande objecten. In de grond is het de belangengestuurde constitutie van objecten. De realiteit van perceptuele werelden kan nauwelijks veranderd worden door een zuiver intellectueel discours. Wat de perceptuele wereld zijn constitutie geeft, heeft een niet te vermijden objectiviteit, een objectiviteit die niet uit rationele oordelen voortkomt maar uit de diepere lagen van de perceptuele ervaring. Om de realiteit van perceptuele werelden te veranderen zou men de manier van percipiëren moeten veranderen. Het zal duidelijk zijn dat perceptie op een prebewuste manier onze werkelijkheid bepaalt. Perceptie is een perceptie met horizonten. Men kan niet zeggen dat de wereld van de gepercipieerde objecten voor ieder rationeel wezen *waar* is. Het is een wereld die *werkelijk* is voor iedereen in dezelfde situatie. Onder de mogelijke wereld van de waarheid, die een afgeleide, een tweede laag is, zit de wereld van de *werkelijkheid*, de wereld van de perceptie. Perceptie is niet een (psychologische) gebeurtenis in een gesloten wereld van geheel gegeven objecten, maar het is ons principiële contactpunt met de wereld. Is de perceptie van ruimtelijke objecten al nooit gesloten, de perceptie van andere mensen moet per definitie nog levendiger en opener zijn omdat het een ontmoeting van twee mensen is.

Rond het einde van de achttiende eeuw vond in de medische wereld een verwisseling van perceptueel patroon plaats. Deze nieuwe manier van medische perceptie wordt niet langer gekenmerkt door een open 'gewoon' patroon van perceptie met zijn mengsel van kennis en onwetendheid maar door een absolute perceptie. De waarheid van een ziekte wordt niets dan het onthullen van zijn pathologische substraat, een waarheid die *post mortem* ontdekt kan worden. De symptomen *intra vitam* zijn voor de leek alleen maar ondoorzichtige sluiers, voor de bekwame dokter transparante sluiers.

De relativiteit van de medische blik

Het gewone 'open' patroon van perceptie in de medische wereld werd vervangen door 'gesloten' wetenschappelijke perceptie wat 'absolute' kennis vestigde. Deze kennis is absoluut, niet in de zin dat hij helemaal niet veranderd kan worden, maar in de zin dat hij alleen veranderd kan worden door perceptie van hetzelfde gesloten type. Deze kennis blijft dan binnen het raamwerk van het wetenschappelijke perceptuele patroon en blokkeert dus de infiltratie van iedere gewone perceptie in de wetenschappelijke 'kennisbank'. Wetenschap is niet *de* beschrijving van de objectieve werkelijkheid zelf, maar *een* beschrijving van de werkelijkheid die afhankelijk is van de gekozen methode. Wetenschap is een mogelijke secundaire praktijk, gebaseerd op de eerste wereld van de perceptie, de wereld van het alledaagse leven, die de premisse van de leefwereld is. Alle menselijke ondernemingen, medische en andere, hebben hun gemeenschappelijke basis in deze open perceptuele werkelijkheid van de leefwereld.

De open en gesloten manier van kijken naar de medische realiteit hebben beide hun voordelen. De open klinische perceptie laat een meer adequate weergave van de realiteit toe van de werkelijkheid

waarin de patiënt leeft, wat ons er aan herinnert dat geen wetenschap in staat is helemaal adequaat te zijn voor de onuitputtelijke werkelijkheid. De 'absolute' perceptie van de pathologische anatomie heeft de geneeskunde toegestaan te ontsnappen aan de vloek van het oneindig aantal mogelijkheden in natuurlijke perceptie door het oneindige perceptuele onderzoek van een levend lichaam te reduceren tot een begrensde vorm van onderzoek: een *post mortem* analyse onder de eenduidige perceptuele regel van 'dode structuren'. Er is geen hiërarchisch verschil tussen de gewone en de wetenschappelijke benadering, men kan ze als *concentrische* vormen van onderzoek zien, die gemotiveerd worden door verschillende doelstellingen en verschillende sectoren van de werkelijkheid proberen te verhelderen.

De moderne praktijk van de medische wetenschap wordt overduidelijk in hoge mate gekarakteriseerd door natuurwetenschappelijk onderzoek. Hoewel het verkeerd is om deze vorm van geneeskunde *en bloc* te verwerpen kunnen wetenschappelijke perceptiepatronen worden aangevuld met perceptiepatronen die meer adequaat zijn voor de open leefwereld van de patiënt. De auteur besluit zijn analyse met de stelling dat de geneeskunde beide wijzen van percipiëren moet incorporeren omdat de wetenschappelijke perceptie moet worden aangevuld met een perceptie die meer *biase* heeft met de ambigue details van het persoonlijk en interpersoonlijk leven. De arts zou een 'stereoscopische' blik moeten ontwikkelen. Als het niet lukt de twee beelden goed te fuseren treedt dubbelbeeld op, maar dat is op conceptueel niveau geen ramp, volgens Hick.

Twee wijze van medische zorg

Niet iedereen die de diensten van een arts zoekt, wil van de arts een 'stereoscopische' blik. Sommige patiënten bezoeken een arts uitsluitend om zijn medische expertise. In een artikel van Vermunt en Westert worden twee wijzen van huisartsenzorg beschreven. Hierbij worden vragers van huisartsenzorg onderscheiden in consumenten en patiënten. Een consument is iemand die zorg verbruikt en een patiënt is een zieke. Willen *consumenten* van medische zorg hun *autonomie* behouden bij het verkrijgen van de gevraagde zorg, voor *patiënten* is *verbintenis* nodig. Bij consumenten van medische zorg kan volgens Vermunt en Westert de zorg die gevraagd wordt volgens *productdenken* geleverd worden, terwijl de zorg die de andere categorie vraagt volgens *procesdenken* aangeboden dient te worden. Productdenken omschrijven de auteurs als probleemgeoriënteerd, doelgericht en verantwoord door protocollering en standaardisatie. De zorgproducten zijn afgebakend, duidelijk gedefinieerd, verhandelbaar op de zorgmarkt en kunnen door inwisselbare zorgverleners worden geleverd.

Bij het procesdenken draait het om de relatie tussen arts en zorgvrager, met als belangrijke waarden nabijheid, betrokkenheid en zorgzaamheid. De relatie heeft een verbintenis karakter en is patiëntgeoriënteerd. De zorg wordt aangepast aan de patiënt en zijn omstandigheden. De personen van de arts en de patiënt zijn essentieel voor de geboden zorg. Volgens Vermunt en Westert is de manier waarop de huisarts zorg biedt altijd een mix van productdenken en procesdenken. Zij noemen urineweginfectie en enkeldistorsie typisch aandoeningen waarbij een huisarts voor

productdenken kiest. Palliatie bij maligniteiten en COPD beschouwen ze als voorbeelden waarbij de nadruk op procesdenken ligt.

Hoewel Vermunt en Westert noch over specialisten noch over zingeving spreken reikt hun benadering elementen aan die van dienst kunnen zijn bij het bestuderen van de omgang van medische specialisten met zingevingvragen. De indeling van hulpvragers in consumenten en patiënten heeft heuristisch nut, en verwijst naar ontwikkelingen in de samenleving, maar voor het bestuderen van het onderzoeksonderwerp van deze scriptie lijkt een onderscheid van zorgvragers naar de behoefte aan begeleiding bij het zin geven van de situatie waarin ze zich bevinden meer adequaat. We zullen in deze scriptie het woord patiënt in een inclusieve betekenis blijven gebruiken en er ook zorgvragers mee aanduiden die door Vermunt en Westert consumenten worden genoemd.

Wat de reden is dat de auteurs in hun artikel alleen over huisartsen spreken maken ze in het artikel niet duidelijk. Het valt niet te ontkennen dat er verschillen tussen medisch specialisten en huisartsen zijn. Dat lijkt echter niet weg te nemen dat ook ten aanzien van de dienstverlening van medisch specialisten een analyse met behulp van het begrippenpaar productdenken en procesdenken een bijdrage tot beter inzicht kan leveren. Het hoeft geen betoog dat in het zorgaanbod volgens productdenken weinig plaats is voor het aan de orde stellen van zingeving en dat in een behandeling met veel nadruk op het procesdenken de kans veel groter is dat de arts aandacht heeft voor en spreekt over de zingeving van de patiënt.

Arts in de laatmoderne tijd

Artsgericht of cliëntgericht?

De laatste decennia is de traditionele *klinische* benadering van artsen steeds meer vervangen door de *cliëntgerichte*. Wanneer een arts een patiënt helpt zal hij als hij volgens de traditionele klinische wijze te werk gaat de klacht van de patiënt gebruiken om symptomen te interpreteren in termen van ziekten en daarvoor een wetenschappelijke verklaring geven. Deze aanpak heeft sterke en zwakke kanten, zoals McWinney⁴² stelt. De kracht van deze methode is de wetenschappelijke benadering van de patiënt. Deze benadering biedt de mogelijkheid om in een eigen algemene taal de klinische anamnese op te nemen. Men hanteert een zorgvuldig ontworpen model waarmee men met behulp van een heldere aanpak tot een diagnose komt of lichamelijke kwalen uitsluit. Deze methode vereenvoudigt de complexiteit van de verschijnselen, waarmee men te maken heeft, voorkomt dat belangrijke zaken over het hoofd worden gezien en stelt in staat de gegevens van de patiënt in gestandaardiseerde, verwerkbare vorm te presenteren.

Tegelijk is daarmee de zwakke kant ook al aangegeven. Het gevolg van deze benadering is dat men zich concentreert op de afzonderlijke defecte organen en lichaamsdelen, – soms zelfs tot op het cellulaire of moleculaire niveau – en geen pogingen doet te achterhalen wat de ziekte voor de patiënt betekent. Gericht op een objectief vaststellen van het functioneren van de organen negeert deze methode de subjectieve aspecten zoals levensbeschouwing, angsten en zorgen van de patiënt. De arts hoort van de patiënt alleen wat hij als medisch deskundige kan gebruiken. Het traditionele klinische model leidt tot “twee parallelle monologen” waarin patiënt en arts in verschillende talen over hetzelfde onderwerp spreken⁴³.

In de laatste twee decennia van de vorige eeuw pleiten auteurs als McWinney, Cassell, Mischler, Epstein en Smith & Hoppe ervoor dat artsen zich zowel in de ziekte als de klacht verdiepen. De benadering waarin beide gezichtspunten als gelijkwaardig worden voorgesteld, noemt McWinney de patiëntgerichte benadering. In zijn als handboek in artsenopleidingen gebruikte publicatie, prijst Silverman het ziekte-klachtmodel als richtlijn voor de praktijk van alledag aan. Dit model integreert het schema dat op het biomedisch perspectief is gebaseerd met het schema dat voortkomt uit het perspectief van de patiënt. Het beoogde resultaat van dit ziekte-klachtmodel is dat er tijdens de

42 I. McWhinney, The need for a transformed clinical method. In: M. Steward & D. Roter (red.) *Communicating with medical patients* (Newbury, CA, 1989) in Jonathan Silverman, Suzanne Kurtz, Juliet Draper, *Vaardig communiceren in de gezondheidszorg, een evidence based benadering* (Den Haag 2006) p 75-77

43 E. G. Mischler, *The discourse of Medicine: dialectics of medical interviews* (Norwood NJ, 1984) uit Silverman p79-80

uitleg en planning begrip van beide kanten is en een gezamenlijke besluitvorming. Dokters moeten weliswaar symptomen blijven bekijken en vaststellen of er sprake is van een onderliggende ziekte, maar in de klacht geeft de patiënt een minder beperkte kijk dan de dokter. Een patiënt kan een klacht hebben zonder aan een ziekte te lijden en omgekeerd kan hij een ziekte hebben zonder klachten te ervaren. Hoewel ziekten en klachten gewoonlijk samengaan noemt Silverman het een van de grootste raadsels van de geneeskunde dat een en dezelfde ziekte door mensen zo verschillend kan worden ervaren.

Als voordelen van het ziekte-klachtmodel noemt Silverman⁴⁴:

1. Of een arts iemands kan helpen, hangt soms niet zozeer af van zijn diagnostische kwaliteiten maar vooral van zijn vermogen om de gezichtspunten van de patiënt te erkennen en hem bij slecht nieuws bij te staan.
2. Onderzoek heeft aangetoond dat veel problemen van patiënten niet met organische afwijkingen zijn te verklaren. Als de arts naast ziektegericht gedrag ook aandacht voor de klacht heeft vertelt de patiënt wellicht over zijn verdriet en zorgen. Alleen al daardoor kunnen de symptomen soms vanzelf overgaan.
3. Oog hebben voor het gezichtspunt van de patiënt kan leiden tot efficiëntere en effectievere consulten. Het kan een oorzaak aan licht brengen die anders nooit of met veel moeite te achterhalen was. Als iemand met chronische rugpijn alleen maar een doktersverklaring wil, kan dat overbodige vragen en medicijnen sparen.
4. De arts kan er een basis mee leggen die nodig is bij de verdere behandeling, wanneer begrip, nakomen van afspraken en therapietrouw geboden kunnen zijn.

Silverman instrueert de arts uitvoerig bij het vergaren van informatie de juiste vaardigheden te gebruiken. Het gaat hier om het aanmoedigen van de patiënt om zijn verhaal in eigen woorden te vertellen en hierbij op de juiste momenten open en gesloten vragen te stellen. De arts moet aandachtig luisteren, de patiënt laten uitspreken en de ruimte geven om na te denken. Tot de vaardigheden horen ook het verbaal en non-verbaal aanmoedigend reageren en het registreren en zo nodig ter sprake brengen van de verbale en non-verbale signalen die de patiënt uitzendt met o.a. zijn gezichtsuitdrukking, lichaamstaal, manier van spreken en houding. De arts dient met doorvragen vaagheden in het verhaal van de patiënt te verhelderen en vast te stellen wanneer en in welke volgorde gebeurtenissen plaats vonden. Met tussentijdse samenvattingen controleert de arts of hij het goed begrepen heeft en geeft hij de patiënt de gelegenheid zijn interpretaties te corrigeren en extra informatie te verschaffen. De arts stelt beknopte en gemakkelijk te begrijpen vragen en vermijdt jargon of legt dat eerst heel goed uit⁴⁵.

44 Silverman, p80-83

45 Silverman, p86-128

Aanvullende vaardigheden

Naast de bovengenoemde vaardigheden, die Silverman presenteert onder de vlag van problemen verhelderen, draagt hij ook aanvullende vaardigheden aan om het gezichtspunt van de patiënt te leren kennen. Onder deze vaardigheden valt het actief vaststellen en indien nodig onderzoeken van zijn ideeën over de oorzaak van het probleem, zijn zorgen ten aanzien van elk probleem, zijn verwachtingen bij elk probleem en de effecten van elk probleem op zijn leven. Ten slotte dient de arts de patiënt aan te moedigen zijn gevoelens te uiten. Alle genoemde vaardigheden, zowel de verhelderende als de aanvullende, worden gedetailleerd behandeld en met talloze onderzoeken wordt de effectiviteit van het aanbevolen gedrag gestaafd.

Op dezelfde wijze worden de arts vaardigheden voor het structureren van het gesprek aangereikt. In het besef dat alle onderdelen van het consult tweerichtingsverkeer dienen te vertonen, wijst Silverman op het belang van het open maken van de organisatie van het gesprek. Dit kan door tussentijds samenvatten aan het eind van ieder onderdeel en een overgang naar een ander onderdeel met een opmerking te markeren. De twee vaardigheden waarmee de arts een goed verloop van het consult bereikt bestaan uit het structureren van het gesprek in een logische opeenvolging en het aandacht hebben voor timing en de lijn van het gesprek vast houden⁴⁶.

In het hoofdstuk 'De relatie opbouwen' wordt uitgelegd dat goede communicatie zorgt voor een goede relatie tussen arts en patiënt. 'Een goede band met de patiënt vormt de basis voor het succes van elk consult, in welke context dan ook.'⁴⁷ Als onderwerpen die hier aan de orde komen, kunnen inlevingsvermogen, steun, hardop denken en de patiënt erbij betrekken genoemd worden. Nog meer aandacht gaat in het volgende hoofdstuk naar uitleg, advies en planning. Een belangrijk onderdeel hiervan is het vaststellen welke informatie de patiënt wil en vervolgens die informatie beetje bij beetje verstrekken. Bij dat verstrekken moet de arts steeds controleren aan welke informatie de patiënt nog behoefte heeft en ook goed rekening houden dat hij op het juiste moment informatie geeft. Een ander aspect dat aan de orde komt is dat de arts in plaats van instructies te geven suggesties moet doen en keuzen moet laten maken⁴⁸.

Effectief communiceren

De benadering die Silverman voorstaat, moedigt de arts dus aan aandachtig te luisteren naar de patiënt en vooral goed rekening te houden met de wijze waarop het uitwisselen van informatie tussen mensen het meeste effect heeft. Het gaat in deze benadering om een poging bij het uitoefenen van de medische dienstverlening zoveel mogelijk in lijn van de resultaten van psychologisch onderzoek te handelen. In *Communiceren in de zorg* van Van Dulmen en anderen⁴⁹ wordt gebruik makend van dezelfde inzichten de kunst van het communiceren aan verpleegkundigen onderricht. Het uitgangspunt is dat patiënten in de communicatie met zorgverleners twee soorten behoeften hebben: cognitieve en emotionele. Met de instrumentele communicatie die de zorgverlener ingaand op de eerstgenoemde behoefte met de patiënt heeft, kan de patiënt probleem gestuurde coping uitvoeren. Om de patiënt in staat te stellen om emotionele coping laten plaatsvinden, dient de zorgverlener ook affectieve communicatie tussen patiënt en de zorgverlener aan te bieden⁵⁰.

Ook in dit boek wordt veel aandacht gegeven aan de efficiency van communicatie. Zo wordt het *primacy effect*, *importancy effect* en het *recency effect* behandeld om uit te leggen dat wat je het eerste en laatste zegt beter wordt onthouden en dat je als zorgverlener de patiënt alleen belangrijke informatie moet geven⁵¹. Verder worden veel technische adviezen verstrekt voor speciale situaties

46 Silverman, p131-142

47 Silverman, p144

48 Silverman, p173-245

49 S. van Dulmen, J. van Weert en J. Jansen, *Communiceren in de zorg* (Groningen/Houten, 2011)

50 Van Dulmen, p15

51 Van Dulmen, p29-30

als het bevorderen van therapietrouw, communiceren met kinderen in het bijzijn van hun ouders en voorkomen van miscommunicatie door culturele verschillen.

Is met het hanteren van de beschreven communicatiekennis en -vaardigheden door artsen aan de eisen van patiëntgerichtheid voldaan? Het hangt af van de gehanteerde definitie van patiëntgerichtheid. Het is mogelijk om met de termen patiëntgerichte arts en artsgerichte patiënt aan te geven dat een vruchtbare arts-patiëntrelatie een wederzijdse gerichtheid veronderstelt. De term 'artsgerichte arts' is dan te beschouwen als een kort door de bocht geformuleerde omschrijving voor een arts die te veel gerichtheid op zichzelf vraagt en te weinig gerichtheid op de patiënt biedt. Zo gezien zou de roep om invoering van een patiëntgerichte houding voor artsen te zien zijn als een pleidooi voor een evenwichtige arts-patiëntrelatie, een pleidooi om de arts-patiëntrelatie gelijk te stellen aan andere zakelijke relaties tussen vrije burgers. In die zin zijn artsen gaan voldoen aan de eisen van patiëntgerichtheid.

Als patiëntgerichtheid gelijkwaardigheid van arts en patiënt in de relatie veronderstelt, geeft dat ook de grenzen aan van de mate waarin de arts de klacht van de patiënt dient uit te diepen. Het is dan in lijn met de autonomie van de patiënt diens eigen verantwoordelijkheid om voldoende aandacht te krijgen voor de zingevingvragen die zijn klacht bij hem oproept. Zouden de ziekenhuisartsen uit de casus die we eerder in dit hoofdstuk zagen na voldoende communicatietraining wel de ontologische crisis in een vroeg stadium hebben ontdekt? Waarschijnlijk niet. En wie was het aan te rekenen als dat niet gebeurd was? Wat we uit een gesprek met een ander signaleren hangt in hoge mate samen met de focus waarmee we luisteren. In het 'stress-coping model' dat Van Dulmen presenteert, wordt de zorgverlener een dubbele focus geadviseerd: probleem- en emotiegerichtheid. De strekking is daarbij dat dankzij deze dubbele focus de zorgverlener beter afgestemd is op de behoefte van de patiënt. Door bedacht te zijn op emotionele problemen bij de patiënt signaleert de zorgverlener ze beter.

Cliëntgerichte of leefwereldgestuurde geneeskunde?

Dahlberg⁵² stelt voor in plaats van de cliëntgerichte benadering te streven naar een *leefwereldgestuurde* (lifeworld-led) gezondheidszorg. Hoewel de auteur de patiëntgerichte geneeskunde als een vooruitgang beschouwt, ziet zij ook nadelen. Dit model dat de patiënt 'keuze en stem' wil geven, loopt het risico te veel nadruk te leggen op consumentisme en mondig burgerschap, waardoor de mogelijkheden om persoonlijk en collectief het initiatief te houden wordt overschat en er te weinig oog is voor de zwakte en kwetsbaarheid van de patiënt. Om deze fouten te vermijden en ook die van het medisch model, dat te veel de ziekte en kwetsbaarheid van de patiënt en te weinig de mogelijkheden tot initiatief in beeld heeft, verdedigt Dahlberg de leefwereldgestuurde zorg.

In de traditie van Husserl, Heidegger en Merleau-Ponty en voortbouwend op de benadering van Svenaeus⁵³ stelt ze dat in de fenomenologische wereld geen losse compartimenten 'gezondheid', 'ziekte', 'emotioneel leven' en 'spiritueel leven' bestaan, net zo min als lichaam en geest op zichzelf staan. Die compartimenten zijn naadloos met elkaar verbonden. We hebben een existentiële of gesitueerde vrijheid, we zijn nooit helemaal vrij maar worden ook nooit helemaal door de situatie bepaald. We staan niet los van onze verbintenissen met de wereld en met anderen en dat geeft ook een indicatie van de kwetsbaarheid en de beperkingen waarmee we te maken krijgen: de feitelijkheid van onze begrenzing of dood, de broosheid van ons lijf, de wisselvalligheden in ons bestaan op een speciale tijd, plek, cultuur en taal. De kwetsbaarheid en de mogelijkheid tot vrijheid

52 K. Dahlberg, L. Todres & K. Galvin, "Lifeworld-led healthcare is more than patient-led care: an existential view of well-being" in *Medicine, Health Care and Philosophy*(2009) 12:265-271

53 F. Svenaeus, *The Hermeneutics of medicine and the phenomenology of health: steps towards a philosophy of medical practice* (Dordrecht, 2001)

zijn fundamentele dimensies die een creatieve spanning met elkaar onderhouden.

Onze menselijke erfenis, die neerkomt op het op een naadloze manier deel hebben aan een ambigue wereld, houdt een spanning in tussen de manier waarop we beperkt zijn en de manier waarop we vrij zijn. Zo'n existentiële visie op het menselijk bestaan levert een belangrijk aandeel voor het perspectief waarmee zorg leefwereldgestuurd kan worden gemaakt. Dit perspectief beklemtoont een verstaan van mens zijn waarin gezondheid wordt begrepen in termen van zowel beperkingen als mogelijkheden. Zonder het expliciete inzicht dat welzijn de existentiële dimensies van vrijheid en kwetsbaarheid omvat, loopt het beleid voor gezondheidszorg het risico dat het ongerefleeteerd uitgaat van de assumptie dat gezondheid alleen maar de afwezigheid van ziekte is, en ook dat het in de val loopt patiënten als alleen maar consumenten te zien.

Dahlberg staat een benadering van welzijn voor die gekenmerkt wordt door een vitaliteit, die zowel beweging als rust omsluit. Beweging en rust moeten niet beschouwd worden als zuivere opposanten, want rust kan worden gezien als de oorsprong van beweging en beweging kan de oorsprong van rust zijn. Welzijn als vitaliteit biedt de capaciteit om te bewegen naar de mogelijkheden van beloften die ons verbinden met anderen, andere ruimtes, andere tijden en andere stemmingen. Het gaat om vitaliteit als een 'existentiële mobiliteit'. Gezondheid wordt gekenmerkt door vitale ritmische beweging terwijl bij ziekte de bewegingen gebroken, ongelijkmatig, ongebalanceerd, te snel of te langzaam zullen zijn. Dahlbergs begrip van welzijn omvat verder vitaliteit als de mogelijkheid tot rust. Rust verwijst naar een idee van stilte, waarbij die stilte rustig zijn of laten zijn kan beteken. Rust omvat het volle spectrum van de temporaliteit, ofschoon het vooral gericht is op het heden. Rust is in wezen een compromis sluiten met het huidige moment of het zelfs verwelkomen. Maar het kan ook betekenen vrede sluiten met het verleden of met wat kan komen. Gezien vanuit welzijn als vitaliteit is de metafoor voor rust thuis zijn⁵⁴ of neerstrijken. Een voorbeeld bieden mensen die na een hartaanval niet heel onzeker verder leven, maar hun leven gaan reorganiseren om rust te vinden. Soms vinden ze zelfs een betere kwaliteit van leven dan vóór de ziekte.

Heidegger's begrip van 'laten-zijn-heid' verwijst naar de mogelijkheid die wij mensen hebben om onze wil op te geven en ons te verzoenen met wat mogelijk is in het leven, hoe beperkt ook. Praktisch betekent dit dat mensen die verliezen incasseren en van ziekte te lijden hebben nog steeds mogelijkheden voor welzijn en een goed leven kunnen vinden. Het door de auteur geschetste perspectief van welzijn belicht een idee van vitaliteit dat stilte en beweging, vrede en mogelijkheid insluit en vervlecht. Een welzijn dat volledig als vitaliteit wordt verwezenlijkt zal innige verzoening met het huidig moment inhouden als ook een energiek gevoel van beweging dat voortkomt uit een open houding voor de uitnodigingen van de toekomst. Maar er zijn omstandigheden dat een van beiden overbenadrukt wordt.

De leefwereldgestuurde benadering vindt het nodig dat de zorgverleners een ontologische visie hanteren op welzijn. In tegenstelling tot de heersende benaderingen in de zorg kan de leefwereldgestuurde benadering patiënten een kader aanreiken waarin de wederwaardigheden van mensen, hun welzijn en hun lijden richting gegeven kan worden.

Tot slot

In deze verkenning van de geneeskunde in de laatmoderne tijd zagen we hoe ook dat in de gezondheidszorg de consequenties van globalisering en modern zelfconcept merkbaar zijn. Het gevoel van ontologische geborgenheid is kwetsbaarder geworden voor ziekte en dood. Het is aan de arts hoe te reageren op de spanning, de verwarring, de vertwijfeling en crisis die hij in zijn praktijk tegenkomt: als representant van een abstract expertsysteem, als cliëntgerichte arts of

54 Hier sluit de auteur aan bij F. Svenaeus, "Illness as unhomelike being-in-the-world: Heidegger and the phenomenology of medicine" in *Medicine, Health Care and Philosophy* (2011) 14:333-343

leefwereldgestuurde hulpverlener.

Het empirisch onderzoek

Het onderzoek

Het onderzoek van Hijweege en J. Pieper waarvan data geanalyseerd zullen worden is gehouden in 2010 en 2011. In de probleemstelling van het onderzoek, dat de titel 'Zingevingvragen in het contact tussen arts en patiënt' draagt formuleren de onderzoekers:

Doordat ziekte en hospitalisatie veelal op zowel het fysieke, het psychische als het sociale niveau de vanzelfsprekende gang van zaken doorkruist, roept ziekte ook vragen op over de zin van het bestaan. Dit betekent dat naarmate de ziekte de als vanzelfsprekend ervaren zin van het bestaan ondermijnt, er meer vragen gesteld kunnen worden op het existentiële niveau. Hierbij aansluitend vroegen wij ons af in hoeverre specialisten in een academisch centrum aandacht hebben voor zinvragen van hun patiënten. Om dit te onderzoeken startten we het vooronderzoek 'Zingeving in het contact tussen arts en patiënt'. Hierin stond de volgende vraag centraal: Op welke manier gaan medisch specialisten om met zingevingaspecten van ziekte en hospitalisatie en hoe evalueren zij hun mogelijkheden op dit gebied?

Genoemd vooronderzoek vond plaats in 2006/2007 in het UMCU. Het bestond uit interviews afgenomen door geestelijk verzorgers en de onderzoekers. De 15 geïnterviewde artsen waren werkzaam op de afdelingen medische oncologie, oncologische chirurgie, reumatologie en diabetes. In het interviewschema van de interviews kwamen de volgende thema's aan de orde:

- ♣ achtergrond gegevens en werksituatie van de arts;
- ♣ zingevingbronnen van de arts;
- ♣ waarnemen van veranderingen op psychisch, sociaal en existentieel gebied ten tijde van ziekte;
- ♣ waaraan worden zinvragen herkend;
- ♣ verwachtingen van de patiënt waar de arts mee te maken heeft;
- ♣ omgaan met zinvragen door de arts;
- ♣ vaardigheden en competenties in het omgaan met zinvragen;
- ♣ verwijzing en bijscholing.

De resultaten werden gepresenteerd in een artikel (N. Hijweege, J. Pieper. Zingeving in het contact tussen arts en patiënt. Tijdschrift Geestelijke Verzorging, 11, 2008, 28-35) en twee lezingen (december 2008 in het Academisch Ziekenhuis te Maastricht en februari 2009 in het Academisch Ziekenhuis te Utrecht). De artsen gaven in de interviews aan dat de patiënten van hen verwachten dat ze een deskundige en aardige arts zijn die de tijd neemt voor de patiënt. Van zichzelf verwachten de artsen dat ze medisch-technisch bekwaam zijn en het nodige voor hun patiënten doen. Levensbeschouwing en zingeving komen pas aan bod als de medisch-technische en sociaalpsychologische aspecten gedekt zijn. De artsen staan open voor existentieel gekleurde vragen. Zij blijken te beschikken over vaardigheden als empathie, goed luisteren en de cliënt serieus nemen en zijn daarmee in staat tot een gesprek over vragen over zingeving inclusief het transcendente.

Het onderzoek dat uit dit vooronderzoek voortkomt, en waarvan de data in het volgende hoofdstuk geanalyseerd zullen worden, heeft in vier academische ziekenhuizen, van Amsterdam (UvA), Utrecht, Nijmegen en Maastricht plaats gevonden. Het is een kwantitatief vragenlijstonderzoek. Het wil nagaan in welke mate de gevonden antwoorden in het vooronderzoek zich voordoen in Nederland in het algemeen. De vragen die gesteld werden waren gebaseerd op de ervaringen bij het

vooronderzoek, nieuwe literatuur en ervaringen van geestelijk verzorgers van de betreffende locaties. De vragenlijst bevatte zes 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. Behoeftte aan bijscholing.

Het onderzoek is er op gericht de vraagstelling te beantwoorden: '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)'. De doelstelling die de onderzoekers voor ogen staat, is te komen tot een verbetering 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. Ook wordt beoogd de contacten tussen het medisch personeel en de dienst geestelijke verzorging te bevorderen. De vragenlijst staat afgedrukt in appendix a.

De spanning tussen de medische blik en de beleving van de patiënt

In de vorige hoofdstukken zagen we hoe in onze cultuur paradoxale tendensen aanwezig zijn ten aanzien van de houding van dokters tegenover zingevingvragen van patiënten. De standaard manier van het organiseren van het leven is het inzetten van abstracte systemen die specialistisch en zonder oog voor het geheel kennis en vaardigheid hanteren, los van dienstverlener en cliënt. De patiënt die zich tot de arts richt, doet een beroep op een expertsysteem dat in staat is op een gefragmenteerde wijze absolute kennis en vaardigheid toe te passen.

Hoe de patiënt de klacht beleeft, is voor de arts slechts van belang voor zover het de arts in staat stelt het lichamelijk mankement te vinden dat de klacht veroorzaakt.

Tegenover deze tendens tot negeren van de subjectieve kant van gezondheidsklachten staat de trend binnen de medische wereld om beter te communiceren met de patiënt. De ontwikkeling van het zelfconcept, dat het individu voorhoudt dat het voor zelfactualisatie en authenticiteit moet kiezen, dat het op individuele wijze inhoud en waarde moet geven aan de gebeurtenissen in zijn leven, roept bij de patiënt een steeds intensievere behoefte op om zijn ziekte een plaats te geven in zijn individuele situatie, in zijn leefwereld. Ziekte, ernstige ziekte, is een zware bedreiging van de ontologische geborgenheid en kan daarmee existentiële vragen oproepen. Het 'normale antwoord' op existentiële vragen dat het handelen in het alledaagse leven ons geeft, wordt door ziekte en sterven immers geblokkeerd. Ziekte heeft een versturende invloed op het bestaan, het geeft een onhuiselijk gevoel, een gevoel van vervreemding. Dit gevoel van vreemdheid, roept extra een behoefte aan zingeving op. Ziekte kan door het wegvallen van de ontologische geborgenheid ten gevolge van de stagnatie van het alledaagse leven de latente twijfel die het moderne leven oproept in volle heftigheid naar boven halen.

Er ligt een kloof tussen de objectieve, natuurkundige verschijnselen waarin de dokter thuis is, en de leefwereld van de patiënt waarin de verschijnselen niet zonder zin kunnen zijn. Ondanks die kloof is er een betrekking tussen deze twee werelden: de arts houdt zich met dit concrete feit bezig omdat het deel uitmaakt van de leefwereld van de patiënt en voor de patiënt is het zinvol dat de arts zijn diensten verleent. Een arts kan zich in het uitoefenen van zijn beroep niet beperken tot het toepassen

van natuurwetenschappelijke inzichten en technologieën. Een arts maakt immers niet alleen maar gebruik van zijn medisch-technische kennis en vaardigheden maar hij neemt ook deel aan de sociale interacties tussen hem en de patiënt. Communicatie vormt een belangrijk aspect van het medisch handelen. De betrekking tussen beide werelden uit zich in de communicatie tussen arts en patiënt.

De verbinding tussen medische perspectief en belevingswereld van de patiënt kan op vele wijze gemaakt worden. De ene patiënt heeft voldoende aan zakelijke, technische informatie van de arts om te bepalen welke plaats de medische dienstverlening en de aanleiding die tot het contact met de arts leidde in zijn leefwereld zal innemen. Voor een andere patiënt, bij wie het zingevingsysteem door de gebeurtenis waarmee het contact met de arts verband houdt overbelast wordt, volstaat medische informatie geenszins om hem in staat te stellen de medische feiten in een zinvol kader te zetten. Goed omgaan met de patiënt en voldoende zorg besteden aan de zingevingsvragen van de patiënt komt in het eerste geval neer op het voor leken begrijpelijk verwoorden van medische kennis. In het laatste geval is nodig dat de arts communiceert op een wijze zoals Silverman die voorstaat en zijn op het biomedisch perspectief gebaseerde schema integreert met het perspectief van de patiënt. Of deze manier van communiceren voor een arts betekent dat hij de patiënt begeleiding en ondersteuning geeft bij het zingeven van de informatie die de patiënt een plaats heeft te geven en de besluiten die hij heeft te nemen is een onuitgemaakte zaak.) De arts kan immers voor de zingevingsproblematiek ook doorverwijzen.

Tussen de patiënt met een stagnerende zinbeleving en de arts kan een strook niemandsland liggen, dat voor de patiënt onbegaanbaar is en dat wanneer de arts het ook niet kan of wil betreden integratie van het perspectief van de arts en de patiënt onmogelijk maakt. Het krachtenveld dat in de hand werkt dat onze samenleving de wereld tracht te beheersen via abstracte systemen, die zich baseren op van concrete personen ontkoppelde kennis, zet de arts, als element van een abstract systeem, er toe aan dit gebied van de zingevingsvragen te vermijden. De ontwikkelingen die patiënten vatbaarder maken voor een emotionele of identiteitscrisis wegens een met een ernstige medische klacht samenhangende stagnatie in de zinbeleving, maken het noodzakelijker dat artsen aandacht schenken aan zingevingsvragen.

Onder de factoren die invloed hebben hoe een arts met zingevingsvragen omgaat neemt waarneming een belangrijke rol in, zo is de veronderstelling van waaruit ik de data van het onderzoek van N. Hijweege en J. Pieper zal analyseren: hoe minder de arts de effecten van de stagnerende zinbeleving waarneemt, hoe logischer het voor hem zal zijn in zijn rol van een element van een expertsysteem verre van begeleiding van zingeving te blijven. Wanneer artsen in het arts-patiëntcontact zingevingsvragen aan de orde laten komen, is te verwachten dat de waarneming van de aanwezigheid van zingevingsvragen bij de patiënt daarbij een rol speelt.

Waarnemen van zingevingsvragen

Het is niet het specialisme van artsen om met zingevingsvragen om te gaan. Hoe komt een arts er toe zijn specialisme te verrijken met aandacht voor zingevingsvragen? Wellicht wordt een arts die relatief veel zingevingsvragen aan de orde laat komen gekenmerkt door een andere perceptie van patiënten, maar wellicht ook van de klacht. Zoals besproken is de succesvolle benadering van de geneeskunde gebaseerd op het hanteren van een absolute perceptie. In tegenstelling tot de gewone open manier van kijken gaat die perceptie voorbij aan zingeving, ze heeft ervoor gekozen er blind voor te zijn. Het gaat om het type kennis waarmee – in de terminologie van Giddens – abstracte systemen de hele wereld meer en meer beheersen. Zin en zingevingsvragen behoren tot de open perceptie van de leefwereld, zij worden buiten de 'kennisbank' van de abstracte systemen gehouden en voor de geneeskunde gaat het om een wezenlijk afwijkende benadering.

Mensen hebben de neiging hetgeen ze waarnemen ondanks de onvolmaaktheid ervan te ervaren als de absolute en volledige werkelijkheid. Tegelijk wordt onze perceptuele beweging gestuurd door onze perceptuele belangen. Volgens de theorie van Hick hebben artsen die zingevingvragen waarnemen een perceptueel belang daarbij. Wat maakt dat ze het waarnemen van zingevingvragen relevant vinden? Wanneer leidt waarnemen van zingevingvragen tot bespreekbaar maken? Voor artsen die vanuit de overtuiging werken dat een goede behandeling inhoudt dat de zingevingvragen van de patiënt aan de orde moeten kunnen komen, is het waarnemen van zingevingvragen belangrijk. Maar betekent dat ook dat artsen voor wie geldt dat in een goede behandeling weinig of geen aandacht aan zingevingvragen geschonken wordt, minder of geen zingevingvragen waarnemen? Naast de vraag wat de artsen onderscheidt die veel zingevingvragen ter sprake laten komen, zullen we dus ook de vraag verkennen wat de arts onderscheidt die veel zingevingvragen waarneemt.

Ingaan op zingevingvragen

Ondanks het toenemen van de macht van abstracte systemen lijkt de aandacht van artsen voor zingeving te groeien. Verschijnselen als cliëntgerichte en leefwereldgestuurde geneeskunde lijken hiervoor een duidelijke aanwijzing. Dat artsen meer oog en oor lijken te krijgen voor zingevingvragen staat in contrast met de tendens van de kwalificatie. Deze leidt er juist toe dat lokale kennis en vaardigheid wordt overgedragen aan abstracte systemen en wordt vervangen door een technologische afhandeling. Meer aandacht voor zingevingvragen in de geneeskunde zou een ontwikkeling tegen de stroom in genoemd kunnen worden, omdat we hier ontbeddingsmechanismen een stapje terug zien doen. De laatmoderniteit kenmerkt zich door het beslag leggen op de hele wereld door de abstracte systemen en door de verschijnselen die hiermee paradoxaal zijn. Soms komt het onderdrukte weer terug, zegt Giddens⁵⁵. Hij wijst een aantal sociale omstandigheden aan waar zich dat voordoet. Op gewichtige momenten, momenten waarop belangrijke beslissingen worden genomen of gebeurtenissen met grote consequenties een aanvang nemen – geboorte en dood zijn typisch zulke momenten – dringen externe of morele criteria zich gewoon op. Als andere sociale omstandigheden waarin we het onderdrukte zien terugkomen noemt hij de hospitalisatie en de trend om tradities in ere te herstellen of nieuwe te construeren. Ook verwijst Giddens naar de opkomst van religie en spiritualiteit als verschijnselen die een terugkeer van het onderdrukte vertegenwoordigen, omdat ze zich richten op de morele betekenis van het bestaan, die de moderne instituties zo grondig proberen op te lossen. Als een toegenomen belangstelling van artsen voor de zingevingvragen van hun patiënten is te constateren – men zou aan de opkomst van palliatieve geneeskunde kunnen denken – kan die in dit rijtje gezet worden.

Dat het onderdrukte is teruggekeerd in het arts-patiëntcontact is niet toe te schrijven aan het wegvallen van de druk van de ontbeddingsmechanismen tot abstraheren, dekwalficeren en fragmenteren, maar door het toenemen van tegengestelde krachten, die samenhangen met veranderingen in het zelfconcept. Het getormenteerde zelf loopt bij ernstige ziekte steeds meer risico ten prooi te vallen aan existentiële twijfel. De *isolering van contingentie* heeft immers paradoxale gevolgen. Zolang het dagelijkse leven zich continueert, stelt dit het individu in staat de ontologische geborgenheid in afwezigheid van externe referenties in stand te houden. Maar bij discontinuïteit van de normale orde maakt dit het individu vatbaarder voor twijfel en existentiële angst. De tendens om met meer aandacht om te gaan met zingevingvragen laat zich interpreteren als het ingaan op een toegenomen behoefte van patiënten. Mogelijk is een terugkeer van het onderdrukte noodzakelijk geworden omdat anders de tormentaties van het zelf niet meer zijn te

55 Giddens, p202-208

dragen. Artsen die zingevingvragen aandacht geven, zijn te zien als deelnemers aan de strijd tegen de macht van de oprukkende abstracte systemen en als ondersteuners van de terugkeer van het onderdrukte.

Zien en bespreken van zingevingvragen

De focus van de analyse van de onderzoeksdata zal liggen op vraag 16 en 27, die de deelnemers verzoeken om uit een lijstje de zingevingvragen te selecteren die ze in het contact met de patiënten gezien hebben en die ze besproken hebben. Vraag 16 luidt: *Welk soort zingevingvragen komt u tegen bij uw patiënten ? Meerdere keuzes zijn mogelijk* en vraag 27: *Welke zingevingvragen komen in de gesprekken met uw patiënten **aan de orde***. Bij beide vragen kiezen de deelnemers uit onderstaand lijstje⁵⁶:

- 1 waarom ik
- 2 is het wel rechtvaardig
- 3 hoe komt het
- 4 wat kan ik eraan doen
- 5 hoe lang nog
- 6 wat is mijn schuld, verantwoordelijkheid
- 7 is er nog een resterend zinvol leven
- 8 hoe behoud ik mijn autonomie
- 9 hoe raak ik niet geïsoleerd
- 10 is er leven na de dood
- 11 hoe zal het doodgaan zich voltrekken
- 12 vragen rond omgaan met naasten
- 13 vragen rond schaamte
- 14 hoe ga ik om met spijt over in het leven gemaakte keuzes
- 15 hoe zinvol is verder behandelen nog
- 16 hoe kan ik het leven loslaten
- 17 vragen rond orgaandonatie
- 18 vragen rond euthanasie
- 19 waarom straft God mij
- 20 heeft God hier een bedoeling mee
- 21 waarom laat God mij in de steek
- 22 vragen rond hoop
- 23 waarom is er ziekte en lijden

In het onderzoek zijn geen vragen gesteld over de frequenties, percentages of de recentheid van de waarnemingen en besprekingen van de zingevingvragen. De antwoorden tonen ons de gerapporteerde waarnemingen en besprekingen van genoemde zingevingvragen tijdens het arts-patiëntcontact. Met de somscores op beide vragen, waarbij voor het selecteren 1 wordt toegekend en voor niet selecteren 0, kan voor iedere deelnemer een cijfer van 0 tot 23 gemaakt worden voor het aantal waargenomen en besproken items. Het instrument dat op die manier ontstaat geeft weer hoeveel items de deelnemer zich herinnert te hebben waargenomen en te hebben besproken en biedt daarmee een indicatie voor de bandbreedte die de respondent hanteerde. Onder de bandbreedte van de waarneming of bespreking wordt de hoeveelheid items verstaan die er deel van uitmaken. Met de bandbreedte wordt niet de gevoeligheid in waarnemen of de vaardigheid in het bespreken met deze antwoorden vastgesteld. We hebben immers de invloed van omstandigheden waaronder de onderzochten werken, niet geëlimineerd.

Wanneer we de items met elkaar vergelijken geven de somscores per item aan welke rangorde de items innemen bij de kans te worden waargenomen en te worden besproken.

⁵⁶ In deze lijst en nog volgende citaten uit het onderzoek zijn nummers toegevoegd aan de vragen om het verwijzen te vergemakkelijken.

Vier antwoordpatronen

De probleemstelling van de scriptie richt zich ook op het verband tussen waarneming en bespreking van zingevingvragen. Wanneer de antwoorden van vraag 16 en 27 van iedere deelnemer naast elkaar gehouden worden, zijn vier mogelijke antwoordpatronen te onderscheiden:

- zien en bespreken
- niet zien en niet bespreken
- zien en niet bespreken
- bespreken zonder zien

Met het antwoordpatroon '*zien en bespreken*' geeft een respondent aan dat hij het onderwerp heeft gezien en dat het ook aan de orde is geweest.

Het antwoordpatroon *niet zien en niet bespreken* geeft weer dat de respondent het item nooit heeft gesignaleerd en ook nooit heeft besproken en vormt daarmee het tegenovergestelde van het eerstgenoemde patroon. Met antwoordpatroon *niet zien en niet bespreken* geeft de onderzochte aan dat het onderwerp wat hem betreft in het arts-patiëntcontact niet speelt.

Antwoordpatroon *zien en niet bespreken* impliceert dat een arts een item negeert. Dit antwoordpatroon is niet van toepassing als het betreffend item bijna altijd of soms wordt genegeerd. Het gaat immers om de combinatie zien en nooit besproken te hebben. In het onderzoek is de arts niet gevraagd naar het negeren van zingevingvragen. Antwoordpatroon *zien en niet bespreken* geeft bij gebrek aan beter een onvolmaakte indicatie over het negeren van zingevingvragen.

Voor antwoordpatroon *bespreken zonder zien* geldt ook dat het bij gebrek aan beter een onvolmaakte indicatie is voor het aanbodgestuurd aan de orde stellen van zingevingvragen. Omdat antwoordpatroon *bespreken zonder zien* alleen toepasbaar is op de combinatie van antwoord niet gesignaleerd en antwoord besproken wordt het niet zichtbaar als het item gewoonlijk of soms aanbodgestuurd aan de orde wordt gesteld.

Inherent aan de poging om met behulp van de antwoordpatronen een beeld te krijgen van het omgaan met zingevingvragen, is dat slechts een fractie van het negeren en op eigen initiatief aan de orde stellen van items zichtbaar wordt.

Vraag 29

Artsen worden in een substantieel deel van hun contact met patiënten geconfronteerd met mensen die in een emotionele of identiteitscrisis verkeren en die derhalve zoeken naar antwoorden op zingevingvragen. Of artsen die zingeveningsproblematiek signaleren en bespreken, hangt samen met de houding die ze tegenover patiënten hebben. Het kan dan ook bijna niet anders dan dat de houding van waaruit de arts werkt samenhang vertoont met de manier waarop de arts met zingevingvragen omgaat. Wie zich afsluit voor de beleving van de patiënt ontwikkelt geen grotere bandbreedte in het signaleren en bespreken van zingevingproblematiek. Wie zich inlaat met het proces dat de patiënt meemaakt, leert dat zingeving veel aspecten kent. Om die reden is gekozen de antwoorden op vraag 29 nader te bekijken. In vraag 29 konden respondenten antwoorden met sterk, matig of niet:

Welke houdingen kenmerken uw contact met de patiënten?

1. de houding van de deskundige
2. een houding waarin de patiënt als volwaardige gesprekspartner tot zijn recht komt
3. de houding van ondersteuner in het keuzeproces
4. een leidende houding
5. een houding van empathie en betrokkenheid
6. een houding waarin eerlijkheid en duidelijkheid rondom de ziekte voorop staan

7. een houding van gepaste distantie

Het is te verwachten dat items 1 en 7 een negatief verband zullen tonen met het gewicht dat men hecht aan het signaleren en bespreken van zingevingsvragen. Beide items zullen gepaard gaan met een geringere bandbreedte in het signaleren en bespreken van zingevingsvragen. De items 2, 3, 5 en 6 zullen, zo veronderstellen we, samenhangen met belang hechten aan de signalering en bespreking van zingevingsvragen en met een ruimere bandbreedte in zien en bespreken van zingevingsvragen. Van analyse naar antwoordpatronen wordt afgezien.

Om genoemde verbanden te onderzoeken zal geanalyseerd worden of de somscores van vraag 16 en 27 samenhang vertonen met vraag 29. Ook de correlaties tussen vraag 22 en 29 zullen we berekenen om samenhang van het toegekende gewicht aan het omgaan met zingevingsvragen en de houding waarmee men werkt te analyseren.

Vraag 16 en 27 vergeleken met vraag 22

Vraag 22:

In hoeverre vindt u het belangrijk om bij zingevingsvragen van uw patiënten.....

1. deze zingevingsvragen te signaleren
2. in te gaan op deze zingevingsvragen
3. begeleiden van deze patiënten rond deze vragen
4. doorverwijzen van deze patiënten

De opties om te antwoorden zijn: sterk, matig en niet. De reden om te onderzoeken op een samenhang tussen de bandbreedte van het waarnemen en bespreken van zingevingsvragen en het belang dat men hecht aan het signaleren ervan, vormt de veronderstelling dat personen die over meer bandbreedte in de waarneming en bespreking van zingevingsvragen beschikken waarschijnlijk ook meer oog hebben voor de effecten van een stagnerende zinbeleving. Omgekeerd is ook te verwachten dat belang hechten aan het signaleren van zingevingsvragen samengaat met een open instelling voor zingevingsvragen en daarom leidt tot meer bandbreedte in waarnemen. De bandbreedte in het waarnemen correleert met de bandbreedte van bespreken. Voor alle items van vraag 22 geldt dat selectie van de optie sterk beschouwd kan worden als een indicatie van een houding, met nadruk op procesdenken. Omdat zoals besproken aandacht voor zingevingsvragen past binnen procesdenken mag men aannemen dat mede om die reden selectie van de optie sterk samengaat met het vertonen van meer bandbreedte in het signaleren en bespreken van zingevingsvragen.

Vraag 24 en tijdsdruk

In vraag 24 wordt bij de respondenten geïnformeerd of ze vinden dat ze over voldoende tijd beschikken om op zingevingsvragen in te gaan. Deze vraag heeft betrekking op de meest voor de hand liggende reden voor artsen om voorbij te gaan aan zingevingsvragen. Wanneer een deelnemer een ontkennend antwoord op deze vraag geeft, is er een toegenomen kans dat de deelnemer behoort tot een categorie die weinig aandacht geeft aan zingevingsvragen. Tegelijk is niet te verwachten dat een bevestigend antwoord op deze vraag gepaard gaat met een omgekeerd evenredig bovengemiddelde aandacht voor zingevingsvragen. Het kan zelfs zijn dat artsen die weinig belang hechten aan omgaan met zingevingsvragen al snel denken genoeg tijd te hebben besteed aan zingevingsvragen. Om te analyseren in hoeverre dit verschijnsel zich voordoet, zullen we vergelijken welk antwoord de respondenten gegeven hebben op item 1, tijdsdruk, van vraag 9: *Welke aspecten van uw beroep ervaart u als belastend? Wilt u aankruisen welke aspecten van toepassing zijn. Meerdere keuzes zijn mogelijk.* Het idee achter deze vergelijking is dat de categorie die het ervaren van tijdsdruk combineert met het gevoel voldoende tijd te hebben voor het ingaan op zingevingsvragen geacht wordt niet veel gewicht toe te kennen aan zingeving.

Een analyse met controle voor tijdsdruk zal eveneens gebruikt worden bij het onderzoeken van het

verband tussen de vragen 24 en 22 om te checken of het belang dat men hecht aan omgaan met zingevingvragen correleert met het gevoel dat men er voldoende tijd voor heeft. Om de uitwerking van tijdsdruk verder in kaart te brengen wordt ook het effect hiervan geanalyseerd op het verband tussen vraag 29 (over de houdingen) en vraag 22 (over het belang van omgaan met zingevingvragen).

Tot slot

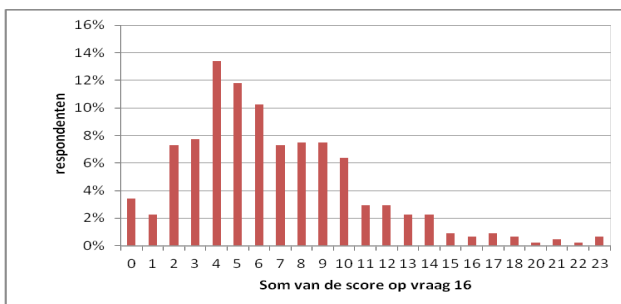
De grote lijn in de veronderstelling die ten grondslag ligt aan de analyse van de data laat zich als volgt samenvatten. In de laatmoderne samenleving gaat de verhoogde kans op stagnerende zinbeleving wegens ernstige ziekte gepaard met een verhoogde druk op artsen om alleen onpersoonlijke kennis toe te passen. De arts kan in deze paradoxale situatie wel of niet oog hebben voor de behoefte van de patiënt aan een gevoel van ontologische geborgenheid. In de analyse wordt gepoogd meer zicht te krijgen op enkele van de factoren die bepalen of de arts dat oog heeft. De bandbreedte die een arts hanteert bij het signaleren en bespreken van zingevingvragen hangt samen met het belang dat hij hecht aan het omgaan met zingevingvragen en met zijn houding tot de patiënt. Ook is er een verband tussen deze drie en het gevoel genoeg tijd te hebben om op zingevingvragen in te gaan. Schematisch zijn de vier te onderzoeken factoren voor te stellen als in elkaar grijpende tandwielen van ongelijke grootte. Als de een beweegt, beweegt de ander waarschijnlijk meer of minder. Aantal en grootte van de tandwielen en ook de constructie van de machine zijn onbekend, zodat zelfs niet is uit te sluiten dat er verbindingen via V-snaren gaan. In de analyse zal niet de werking van de machine achterhaald worden. Maar er wordt wel een poging ondernomen de onwetendheid over de machine op enkele details te verkleinen.

De analyse van de data

Het waarnemen van zingevingvragen

De antwoorden op vraag 16 en vraag 27 van het vragenlijstonderzoek van Hijweege en Pieper spelen in dit hoofdstuk een centrale rol. Bij vraag 16 zijn de antwoorden vinkjes die gezet zijn in reactie op de vraag: *Welk soort zingevingvragen komt u tegen bij uw patiënten? Meerdere keuzes zijn mogelijk*. Het minimum aantal zingevingvragen dat de deelnemers kon aangeven was 0 en het maximum 23, zoals al in het vorige hoofdstuk besproken. Men kon 0 aangeven door de optie 'geen' te kiezen. Wie noch 'geen' noch een van de 23 andere opties koos, wordt geacht niet op deze vraag te hebben geantwoord. Als score op deze vraag wordt 0 toegekend, als uitsluitend 'geen' is aangegeven en 1 voor elke keer dat een zingevingvraag gekozen is, zodat de score kan variëren van 0 tot 23. Van de in totaal 566 onderzochte artsen gaven 440 een geldig antwoord op vraag 16. De score die iemand op vraag 16 geeft, is te gebruiken als een maat voor de bandbreedte van de waarnemingen van de zingevingproblematiek onder patiënten. Wanneer men dit instrument gebruikt, is de interne consistentie in λ^2 uitgedrukt .883⁵⁷.

De som van de scores op vraag 16 bedraagt gemiddeld 6,73. Tweederde van de onderzochte artsen neemt tweederde van de zingevingvragen niet waar. Ongeveer 1 op 5 artsen (22,6%) heeft meer dan 9 zingevingvragen waargenomen. Ruim de helft van de onderzochte artsen (56,1%) zag, naar eigen zeggen maximaal 6 van de 23 vragen in het arts-patiëntcontact. De modale waarnemingsbandbreedte bedraagt 4 zingevingvragen en gold voor ruim 13%. Welk percentage geldt voor de andere waargenomen zingevingvragen is weergegeven in figuur 1 (in bijlage b staan de tabellen waarop de figuren gebaseerd zijn.)



figuur 1: percentuele verdeling van het aantal waargenomen zingevingvragen. N=440

Reflectie

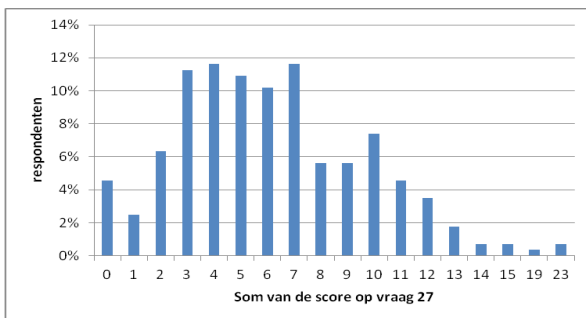
Hoe komt het dat tweederde van de artsen tweederde van de zinvragen nooit waarnemen, terwijl deze volgens geestelijke verzorgers die in eenzelfde omgeving als de artsen werkzaam zijn onder patiënten kunnen spelen. Dat in het arts-patiëntcontact tweederde van de zingevingvragen door tweederde van de artsen nooit gezien wordt wekt de indruk dat artsen veel ontgaat op dit terrein. Komt dat doordat de patiënten zich niet uiten? Zijn artsen blind? Maken de omstandigheden waaronder de gezondheidszorg wordt aangeboden zingevingvragen onzichtbaar? De vaststelling dat in de waarneming van zingevingvragen van tweederde van de artsen een derde van de zinvragen doorkomt, roept vragen op, die niet gemakkelijk te beantwoorden zijn. Zou het aantal door artsen waar te nemen zingevingvragen hoger moeten zijn? Wat zijn de consequenties van deze bandbreedte in de waarneming van artsen? Zouden artsen met een grotere bandbreedte in hun waarneming van zingevingvragen een lagere efficiency hebben of zouden ze juist behoed worden voor onnodige inspanningen? Wat betekent deze bandbreedte van de waarneming van

⁵⁷ Cronbachs alfa is .872. Volgens K. Sijtsma in "Over misverstanden rond Cronbachs alfa en de wenselijkheid van alternatieven", *De Psycholoog*, 44 (2009) 561-567 is λ^2 meer adequaat als maat voor interne consistentie dan Cronbachs alfa. Meestal wordt .7 al voldoende betrouwbaar geacht.

zingevingvragen voor de patiënten die te kampen hebben met een stagnerende zinbeleving? Hoe het antwoord op al die vragen ook moet zijn, de vastgestelde bandbreedte in de waarneming van artsen betekent dat tweederde van de artsen tweederde van de mogelijke zingevingvragen van hun patiënten niet waarneemt.

Het aan de orde laten komen van zingevingvragen

Bij vraag 27 van het onderzoek werd dezelfde lijst aan de onderzochten voorgelegd met de vraag: *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.* Omdat om technische redenen op één locatie deze vraag niet te beantwoorden was, is het aantal deelnemers voor vraag 27 geringer. Voor deze vraag bestond de steekproef uit 378 personen: 284 artsen gaven antwoord op deze vraag en 94 sloegen hem over. De score van vraag 27 kan naar analogie van die van vraag 16 dienen als een instrument om op een schaal van 0 tot 23 de bandbreedte uit te drukken van zingevingvragen die in het arts-patiëntcontact aan de orde komen. De lambda2 voor dit instrument is .874. De som van de scores voor deze vraag is gemiddeld 6,21. Ook dit keer zeggen 1 van de 5 artsen meer dan 9 van de zingevingvragen weleens aan de orde te hebben laten komen. De modale besprekingsbandbreedte bedraagt 7 en 4. Beide komen 33 keer voor. Driekwart van de respondenten spreekt in het arts-patiëntcontact nooit over tweederde van de zingevingvragen. In figuur 2 is te zien hoe de verdeling is van de bandbreedte van de zingevingvragen die tussen arts en patiënt aan de orde komen.



figuur 2: percentuele verdeling van het aantal besproken zinvragen. N=284

Reflectie

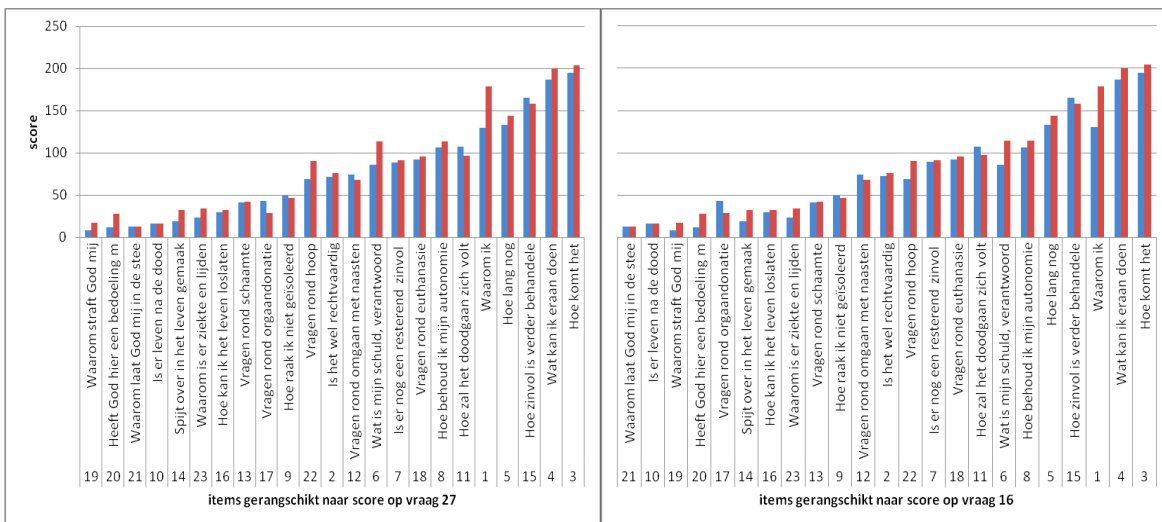
Over het geringe aantal items dat voor bespreking in aanmerking komt kan men gelijksoortige vragen stellen als over de waarnemingsbandbreedte. Wat betekent het voor de patiënten dat de meeste van zijn zingevingvragen buiten de bandbreedte vallen van wat de meeste artsen bespreken? Wat betekent het voor de arts? Bij een geconstateerde gemiddelde bandbreedte van het waarnemen van 6,73 zingevingvragen, lijkt een gemiddelde besprekingsbandbreedte van 6,21 hoog, omdat het gemiddelde van het besproken aantal items maar 0,5 onder dat van de waargenomen ligt.

De antwoorden op vraag 16 en 27 onderling en met elkaar vergeleken

De kans op waargenomen worden loopt per zingevingvraag sterk uiteen: 3 zingevingvragen – namelijk 3, 4 en 1 – zijn door meer dan 60% van de onderzochten waargenomen en 3 zingevingvragen – het gaat om item 21, 10 en 19 – zijn door minder dan 7% ooit bij de patiënten gesignaleerd. Eenzelfde patroon zien we ook bij het aan de orde komen van de zinvragen: er is een grote samenhang tussen de kans die een zingevingvraag heeft om te worden gezien en de kans om ter sprake te komen. De Pearson correlatie tussen de som van de scores van vraag 16 en vraag 27 is 0,776 op significantieniveau 0,01. De drie meest besproken vragen zijn bij minimaal 58% van de deelnemers weleens aan de orde geweest. Het gaat nu om de items 3, 4 en 15. De drie minst besproken zingevingvragen zijn 19, 20 en 21. Minder dan 5% van de deelnemers gaf aan dat deze items weleens aan de orde waren geweest.

De grote samenhang tussen waarnemen en aan de orde laten komen en de verwachting dat artsen

pas op zingevingvragen ingaan nadat ze bij de patiënt een behoefte daaraan geconstateerd hebben, zou kunnen leiden tot de veronderstelling dat aan de orde laten komen altijd gepaard gaat met waarnemen. Toch blijkt de relatie tussen het rapporteren van het waarnemen en van het aan de orde laten komen complexer dan dat. Bij vergelijking van het aantal keren dat men rapporteert een item te hebben gezien en te hebben besproken blijkt dat het aantal besprekingen bij enkele zingevingvragen dat van de waarnemingen overschrijdt. In figuur 3 wordt per zingevingvraag het aantal besprekingen en waarnemingen getoond. We zien dat de vragen 17, 9, 12, 11 en 15 vaker zijn besproken dan waargenomen.



figuur 3: de 23 items gerangschikt naar frequentie van besprekingen (blauw) en van waarnemingen (rood) N=282

Reflectie

De drie items waarin het woord God voorkomt, komen het minst aan de orde. De rangorde bij het waarnemen is enigszins anders: de vraag "Is er leven na de dood?" blijkt bij de drie minst waargenomen items te horen. Ook valt op dat de vraag "Waarom straft God mij?", die het minst besproken wordt, bij het waarnemen een score heeft die ruim het dubbele is. Waarom gaan artsen bij voorkeur een gesprek over ziekte als straf uit de weg? Het ontstaan van medische klachten wordt door de dokter liever uitgelegd in biomedische termen: bij waarneming van item 3 is de kans aanzienlijk groter dat de arts het aan de orde laat komen. De vraag "Waarom ik?", item 4, wordt op drie na het vaakst geselecteerd als waargenomen, maar scoort bij de vraag naar de bespreking op de vijfde positie. Het grootste verschil in rangorde treedt op bij item 17, dat over orgaandonatie gaat. Bij de vraag over waarnemen krijgt het de op vijf na laagste score en bij die over het aan de orde komen is de positie de negende van onder geworden.

De items, waarvan de aantallen besprekingen relatief hoog zijn en nauwelijks of niet onderdoen voor die van de waarnemingen, – items 3, 4, 15 en 5 – hebben gemeen dat het gaat om items waarbij veel accent op kennisoverdracht ligt. Items waarbij de besprekingsbandbreedte beduidend achterblijft bij de waarnemingsbandbreedte – items 1,6, 22, 14, 20 en 19 – hebben als overeenkomst dat ze vragen om begeleiding bij evalueren.

Een kruistabel van item 3

De constatering dat enkele zingevingvragen vaker aan de orde komen dan ze gezien worden geeft aanleiding tot nadere analyse. In tabel 1 is de steekproef waarvan het aantal waarnemingen en het aantal besprekingen gemeten werd dezelfde: beide frequenties zijn geteld bij de 282 personen die valide geantwoord hebben op zowel vraag 16 als 27. De gemiddelde scores op vraag 16 en 27 wijken licht af van de score die berekend was bij een grotere steekproef. Voor de 282 personen die beide vragen geldig beantwoordden, is de gemiddelde score van vraag 16 6,81 en voor vraag 27 6,24.

Doordat voor beide vragen van dezelfde steekproef gebruik gemaakt is, is het mogelijk het antwoordpatroon van de onderzochte artsen bij deze twee vragen na te gaan.

In tabel 1 wordt een kruistabel getoond van de antwoorden op item 3, de vraag "Waarom ik?". Deze zingevingvraag is door het hoogste aantal deelnemers waargenomen en hiervan werd het vaakst aangegeven dat hij aan de orde is geweest. Tegenover 204 waarnemingen van deze zingevingvraag staan 195 besprekingen. Het verschil tussen de gemelde waarnemingen en besprekingen is 9, maar dit impliceert niet dat slechts 9 artsen aangeven deze vraag genegeerd te hebben.

Iedere binnencel van tabel 1 verwijst naar een ander antwoordpatroon. We zien dat 26 personen geantwoord hebben dat ze de vraag besproken hebben zonder hem te hebben waargenomen. Verder toont deze kruistabel dat 35 artsen die deze zingevingvraag hebben waargenomen hem niet in het arts-patiëntcontact aan de orde lieten komen. De categorie die deze zingevingvraag waarnam en besprak bestaat uit 169 personen. Van de onderzochten gaven er 52 aan dit item noch te hebben gezien noch aan de orde te hebben laten komen.

Tabel 1 maakt ons duidelijk dat van dit item 9 waarnemingen meer plaatsgevonden hebben dan besprekingen, maar dat er tevens 26 besprekingen zonder waarneming gerapporteerd zijn. De waarnemingen werden 9 keer vaker gerapporteerd omdat de categorie die besprak *zonder waar te nemen* kleiner was dan de categorie die waarnam *zonder te bespreken*.

		waarnemen (vr. 16)		Totaal
		Niet	Wel	
Bespreken (vr. 27)	Niet	52	35	87
	Wel	26	169	195
Totaal		78	204	282

tabel 1: waarnemen van zingevingvraag 3 versus bespreken van zingevingvraag 3 N=282

De vier antwoordpatronen

Er blijken dus vier antwoordpatronen te zijn vertoond door de onderzochten bij het beantwoorden van de vraag over item 3. Analyse van de antwoorden op de andere items levert op dat de vier antwoordpatronen aanwezig zijn in de antwoorden op alle 23 zingevingvragen die in vraag 16 en 27 werden voorgelegd. De cijfers die de vier binnencellen van tabel 1 tonen voor item 3, geeft figuur 4 voor alle 23 items. We zien dat per item alle vier de patronen sterk in frequentie variëren, maar dat bij geen enkel item een van de vier antwoordpatronen ontbreekt. In de 6486 antwoordparen is de frequentie van de patronen:

Niet zien niet bespreken (NZNB):	64%	gemiddelde 14,61
Zien bespreken (ZB):	20%	gemiddelde 4,66
Zien niet bespreken (ZNB):	9%	gemiddelde 2,16
Bespreken zonder zien (BZZ):	7%	gemiddelde 1,58

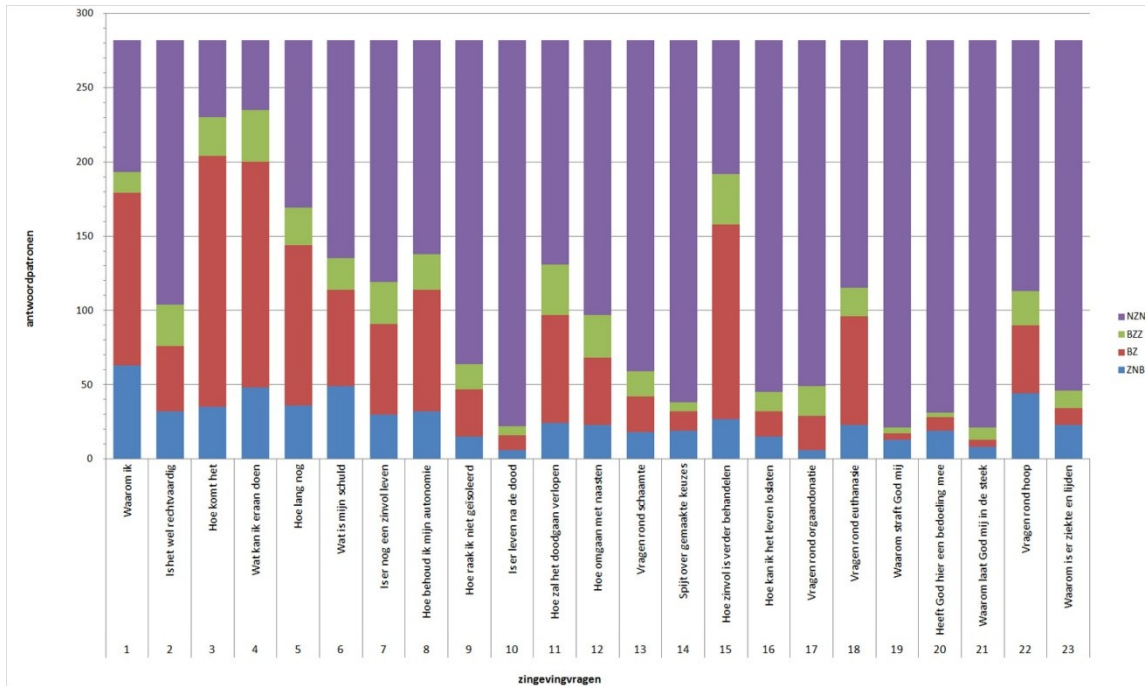
Het item dat het grootste aantal keren antwoordpatroon ZB genereerde is, zoals we hierboven al bespraken, zingevingvraag 3. In 60 % van de antwoorden die dit thema betreffen is dit patroon ZB te constateren. Het laagste percentage, niet meer dan 1%, is aangetroffen in de antwoorden die op item 19 betrekking hebben. Het betekent dat 1% van de 282 onderzochten aangaven deze zingevingvraag signaleerd en er over gesproken te hebben in het contact met patiënten. Antwoordpatroon ZNB zien we het vaakst optreden bij de antwoorden op zingevingvraag 1 en het minst bij die over de items 10 en 17. De antwoorden over item 4 genereerden het vaakst patroon BZZ. In de antwoorden over item 20 komt dit patroon het minst voor.

Reflectie

Eerder bleek dat de gemiddelde onderzochte over een waarnemingsbandbreedte van 6,81 items beschikt. Met de gegevens die nu zichtbaar zijn geworden wordt duidelijk dat van de 6,81 waar te

nemen items er gemiddeld 2,16 zullen worden genegeerd. Dat betekent dat de gemiddelde onderzochte een bandbreedte voor zien en bespreken heeft van 4,66 items. Hoe vaak hij deze 4,66 items negeert is niet te achterhalen met de data van het onderzoek.

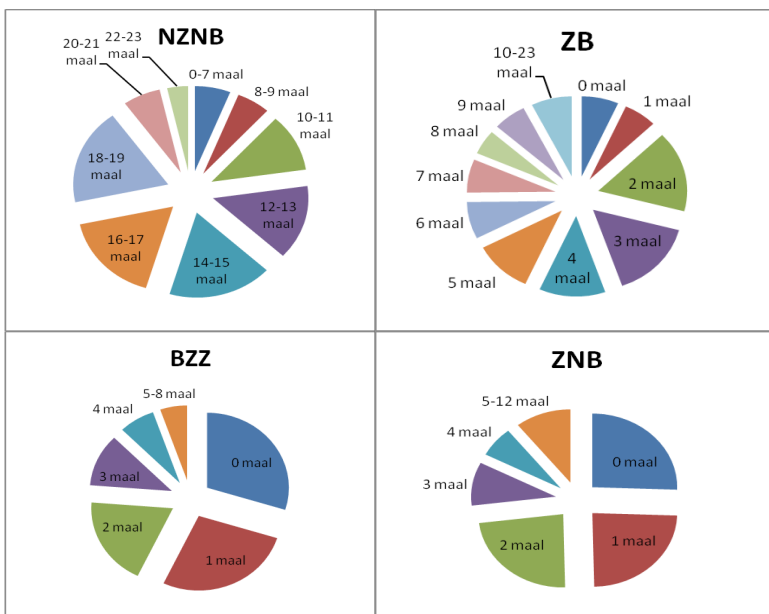
Van de 6,24 items die de gemiddelde besprekingsbandbreedte omvat, worden er 1,58 ongezien aan de orde gesteld. Het is niet te analyseren of de waargenomen items in dezelfde verhouding aan de orde komen als de niet waargenomen items.



figuur 4: de vier antwoordpatronen in de antwoorden op vraag 16 en 27; NZNB=niet zien niet bespreken; BZZ=bespreken zonder zien; ZB=zien bespreken; ZNB=zien niet bespreken; N=282

De spreiding van de antwoordpatronen

Van de 282 artsen die vraag 16 en 27 allebei valide hebben beantwoord, vertoonden de helft tussen de 12 en 17 keer antwoordpatroon NZNB. Bij 3% van de respondenten kwam het patroon 5 of minder keer voor. Patroon ZB werd door 7% helemaal niet gebruikt. Eenzelfde percentage



figuur 5: Hoe vaak respondenten hetzelfde antwoordpatroon hanteren. N=282

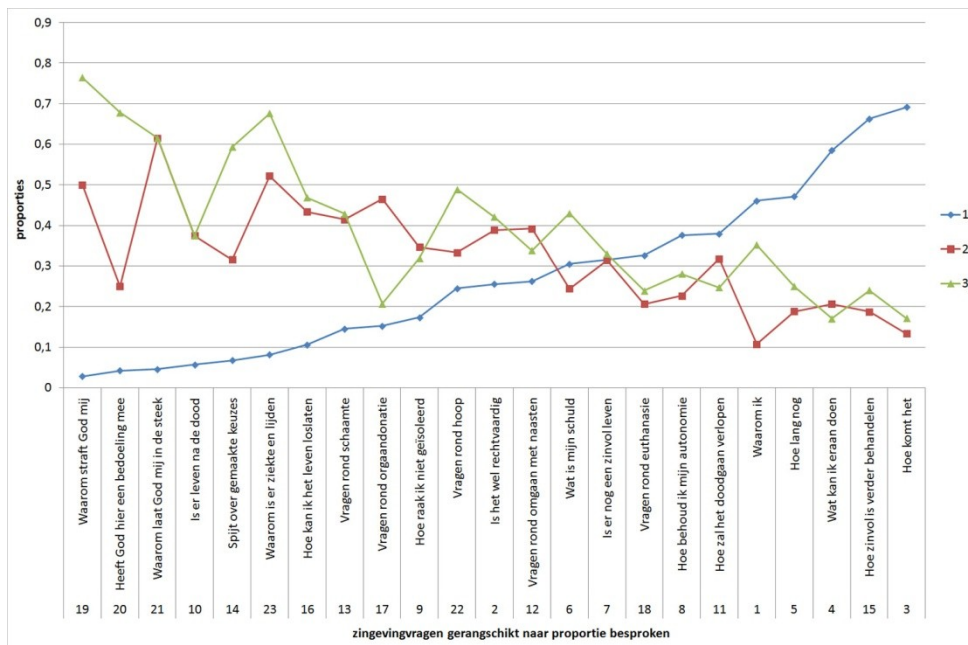
respondenten vertoonde dit patroon vaker dan 9 keer. Bij een kwart van de onderzochten kwam antwoordpatroon ZNB niet voor en driekwart gaf via het vertonen van antwoordpatroon ZNB aan minstens 1 waargenomen zingevingvraag te negeren. Tweederde deel van de onderzochten maakte door een of meer keer antwoordpatroon ZZB in te vullen kenbaar minstens één item aan de orde te hebben laten komen zonder het te hebben waargenomen. Meer details over de frequentie categorieën zijn weergegeven in **figuur 5**.

Reflectie

Het onderzoek naar de patronen in de antwoorden op vraag 16 en 27 levert onvolmaakte aanwijzingen over de werkelijke omgang met zingevingvragen: na het vaststellen van de frequentie en spreiding van de patronen blijft nog veel te gissen over. Het patroon dat het minst ruimte voor gissen laat is patroon NZNB. Wanneer dat patroon als antwoord is gebruikt, is het duidelijk dat het item waarop het betrekking heeft niet gezien en besproken wordt. Het gebruik van een van de andere patronen geeft slechts aan dat er een kans is op een bepaald gedrag. Het meeste ruimte laat patroon ZB: als dit patroon bij een item is ingevuld geeft de onderzochte aan dat bij dit item iedere combinatie van zien en bespreken mogelijk is. Bij een kwart van de onderzochten is bij maximaal 2 items iedere combinatie van zien en bespreken mogelijk en bij de helft van de onderzochten geldt dat voor maximaal 4 items.

Samenhang in de antwoordpatronen naar item

De samenhang tussen de antwoordpatronen naar item wordt zichtbaar gemaakt in figuur 6. De items zijn van links naar rechts geordend naar score in vraag 27, die ging van 8 tot 195 gerapporteerde besprekingen. De score die een item in vraag 27 kreeg, is in figuur weergegeven als



figuur 6: het verband tussen de antwoordpatronen naar item; 1] = proportie bespreken van totaal; (BZ+BZZ)/totaal); 2] = proportie niet zien van bespreken; BZZ/(BZZ+ZB) (3] = proportie niet bespreken van zien ; ZNB/(ZNB+ZB). N=282

de proportie besprekingen van het totaal, zodat de laagste score is omgezet in $8/282 = 0.028$ en hoogste in $195/282 = 0,691$. De figuur toont dat een item dat een hoge score heeft in vraag 27, waarvan de proportie besproken dus groot is, relatief minder vaak ongezien aan de orde komt en ook relatief minder vaak genegeerd wordt.

Reflectie

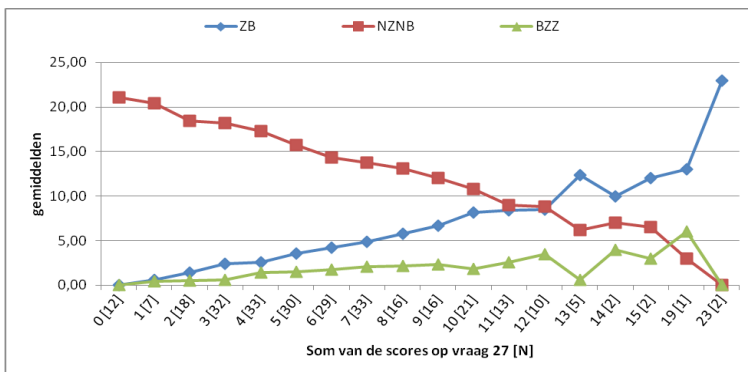
De drie items met het woord God erin staan helemaal links, wat er op wijst dat ze door een gering aantal respondenten (8 tot 13) zijn geselecteerd. Aan de relatief forse verschillen in de uitslagen van

de proportionele BZZ en ZNB bij deze drie items kan daarom niet veel belang worden toegekend. Bij item 17, dat over orgaandonatie gaat, valt op dat artsen dit onderwerp relatief vaak zonder het waar te nemen aan de orde stellen en relatief weinig negeren. Bij de items 14, 6 en 1, de items over spijt, schuld en de waarom ik vraag, zien we een tegenovergesteld patroon: deze items worden relatief veel genegeerd en weinig aanbodgestuurd aan de orde gesteld.

Dat op het niveau van antwoordpatronen bekeken bij de minst besproken items een groter gedeelte van de waarnemingen genegeerd wordt en tegelijk de besprekingen voor een grotere gedeelte niet voortkomen uit signalering, betekent dat bij dit soort items de arts zich meer laat gelden. Hoe uit deze samenhang zich op gedragsniveau? Deze vraag valt uiteen in twee subvragen. De eerste subvraag heeft betrekking op de gemiddeld 4,66 items waarop patroon ZB van toepassing is. Alleen bij items die verbonden zijn met patroon ZB kan een arts immers kiezen tussen negeren of aan de orde laten komen. De eerste vraagt luidt dan: negeren artsen minder besproken items meer? De tweede subvraag richt zich op het aanbodgestuurd bespreken: hoe vaak stelt een arts de minder besproken items aanbodgestuurd aan de orde? Met de onderzoeksresultaten is geen uitsluitsel te geven op deze vragen.

Samenhang in antwoordpatronen naar score op vraag 27

In figuur 7 wordt de gemiddelde frequentie van drie antwoordpatronen vergeleken naar score op vraag 27, de vraag over het aan de orde komen van de 23 items. De patronen ZB, NZNB en BZZ hebben een Pearson correlatie van .864, -.932 en .544 op significantieniveau 0.01 met de score op vraag 27. Tussen de som van de scores op vraag 27 en patroon ZNB is geen significante correlatie gevonden. Zoals men ziet stijgt met het toenemen van de somscore van vraag 27 de gemiddelde frequentie van patroon ZB en BZZ en steeds blijft de gemiddelde frequentie van patroon ZB ongeveer drie keer groter dan die van BZZ.



figuur 7: antwoordpatronen naar de som van de scores op vraag 27; N=282

Reflectie

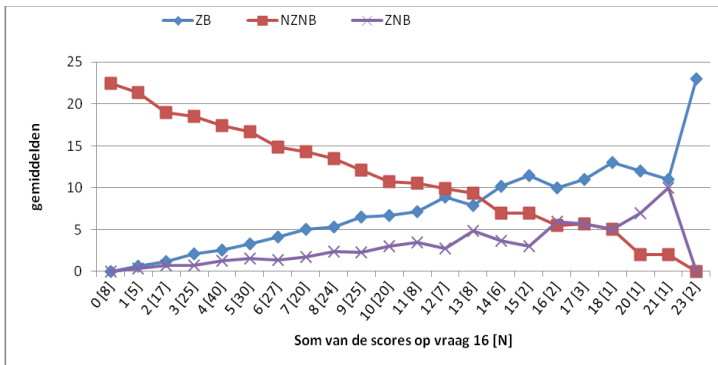
Het aantal respondenten met een som van de scores hoger dan 12 is klein, 12. De enigszins grillige uitschieters die bij de scores hoger dan 12 te zien zijn, kunnen om die reden beter genegeerd worden. De verhouding tussen de gemiddelde van ZB en BZZ is 3:1. Hoe de verhouding tussen vraaggestuurde en aanbodgestuurde besprekingen van zingevingvragen is, valt hieruit niet af te leiden. Bij items waarbij een arts met ZB geantwoordt heeft zijn immers alle combinaties van zien en bespreken mogelijk.

Samenhang in antwoordpatronen naar score op vraag 16

De gemiddelde frequentie van de antwoordpatronen ZB, NZNB en ZNB worden in figuur 8 vergeleken met de scores op vraag 16, de vraag over de waarneming van de 23 zingevingvragen. De drie genoemde patronen hebben een Pearson correlatie van .907, -.879 en .394 op significantieniveau 0.01. De frequentie van ZNB blijft met het stijgen van de som van de score op vraag 16 gemiddeld ongeveer 40% van die van ZB.

Reflectie

De hoogste scores van vraag 16 hebben betrekking op zeer kleine aantallen en kunnen daarom beter genegeerd worden. Dat de verhouding tussen de frequenties van ZB en ZNB minder ongelijk is dan die tussen ZB en BZZ in de vorige paragraaf zou een aanwijzing kunnen zijn dat artsen vaker een waargenomen zingevingsprobleem negeren dan dat ze aanbodgestuurd een zingevingsvraag aan de orde stellen.



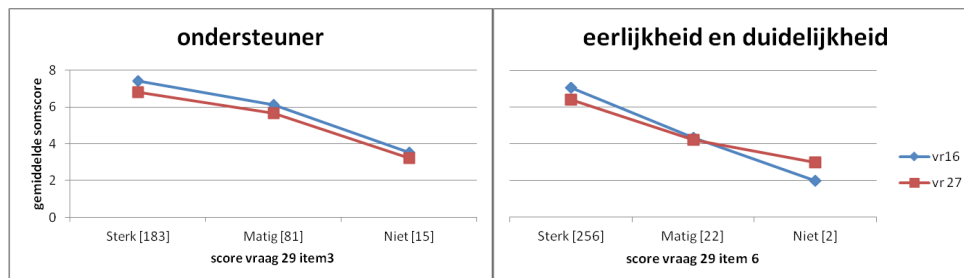
figuur 8: antwoordpatronen naar de som van de scores op vraag 16; N=282

Vraag 29 met vraag 16 en 27 vergeleken

"Welke houdingen kenmerken uw contact met de patiënten?", luidt vraag 29 van het onderzoek van Hijweege en Pieper. De respondent kan bij onderstaand lijstje kiezen tussen sterk, matig of niet:

1. de houding van de deskundige
2. een houding waarin de patiënt als volwaardige gesprekspartner tot zijn recht komt
3. de houding van ondersteuner in het keuzeproces
4. een leidende houding
5. een houding van empathie en betrokkenheid
6. een houding waarin eerlijkheid en duidelijkheid rondom de ziekte voorop staan
7. een houding van gepaste distantie

Items 3 en 6 zijn de twee enige items van vraag 29 die antwoorden genereerden die significante samenhang met de antwoorden op vraag 16 en 27 vertonen. De verbanden, die met deze items met het berekenen van Spearman's rho gevonden werden, zijn op significantieniveau .01. De waarden van de correlaties tussen item 3 en 6 en de somscores van vraag 16 en 27 staan weergegeven bij figuur 9. In die figuur wordt ook getoond hoe de antwoorden op item 3 en 6 van vraag 29 een samenhang laten zien met de somscores van vraag 16 en 27. Accentuering van de houding van ondersteuner of van eerlijkheid en duidelijkheid gaat samen met een bovengemiddelde waarnemings- en besprekingsbandbreedte van zingevingsvragen.



	vr 16	vr 27	item 3
ondersteuner	-,203	-,206	1
eerlijkheid	-,197	-,165	,256

figuur 9: vraag 16 en 27 vergeleken met 2 items van vraag 29; N=280

Reflectie

Niet de gevonden verbanden maar de verbanden die niet aangetoond kunnen worden roepen

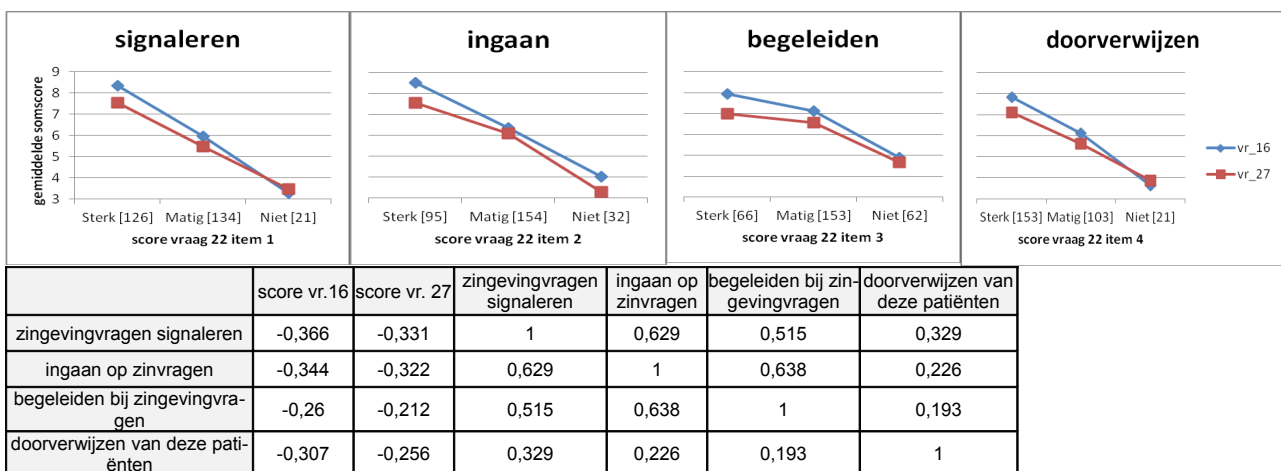
vraagtekens op. Dat met 2. een houding waarin de patiënt als volwaardige gesprekspartner tot zijn recht komt en 5. een houding van empathie en betrokkenheid geen samenhang aangetoond kon worden, is immers opmerkelijk te noemen. Deze items correleren matig sterk met de twee items waarvan wel een samenhang met vraag 16 en 27 werd gevonden. De reden van het ontbreken van een significant verband lijkt niet gevonden te kunnen worden in een te geringe differentiëring in de antwoorden. Weliswaar kozen 79% en 87% voor een sterk accent op item 2 en 5, waardoor de kans om een significant verschil te vinden met het kleine aantal dat een andere optie koos gering is. Bij item 6 was dit percentage 91% en was het aantal dat een andere selectie maakte nog kleiner. Het feit dat er geen verband gevonden kan worden van item 5 met de somscores van vraag 16 en 27 haalt het gevonden verband van item 3 en 6 met vraag 16 en 27 min of meer onderuit. Hoe is het immers mogelijk dat veel belang hechten aan begeleiding wel samengaat met grotere bandbreedte bij het signaleren en bespreken van zingevingsaspecten en sterk gewicht toekennen aan empathie niet? Men kan nog een stapje verder gaan en vragen stellen bij het gebrek aan negatief verband tussen item 1 en de bandbreedte bij het signaleren en bespreken van zingevingsvragen. Impliceert nadruk op een deskundige houding niet productdenken? Houdt de wil mensen serieus te nemen, waar respondenten blijk van geven als ze bij item 2 voor de optie sterk kozen, voor de onderzochten niet in dat men zich inlaat met de zingevingsvragen van de patiënten?

Vraag 22 vergeleken met vraag 16 en 27

Vraag 22 : *In hoeverre vindt u het belangrijk om bij zingevingsvragen van uw patiënten...*

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | sterk | matig | niet |
| 1. deze zingevingsvragen te signaleren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. in te gaan op deze zingevingsvragen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. begeleiden van deze patiënten rond deze vragen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. doorverwijzen van deze patiënten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

De significante correlaties (Spearman's rho) tussen de antwoorden van vraag 22 en die van vraag 16 en 27 zijn in figuur 10 weergegeven. De waarden zijn op significantieniveau .01. Ook wordt in figuur 10 getoond hoe de gevonden samenhang tussen de antwoorden op vraag 22 en die op de vragen 16 en 27 verloopt. Selectie van de optie sterk gaat bij alle vier de items gepaard met grotere bandbreedte in waarnemen en bespreken van zingevingsvragen. De antwoorden van de respondenten die een matig belang toekennen aan deze manieren van omgaan met patiënten, vertonen wat betreft de antwoorden op de vragen 16 en 27 de gemiddelde somscores van de steekproef. Bij de categorie



figuur 10: correlaties tussen de antwoorden van vraag 22 en van vraag 16 en 27 N=281-277

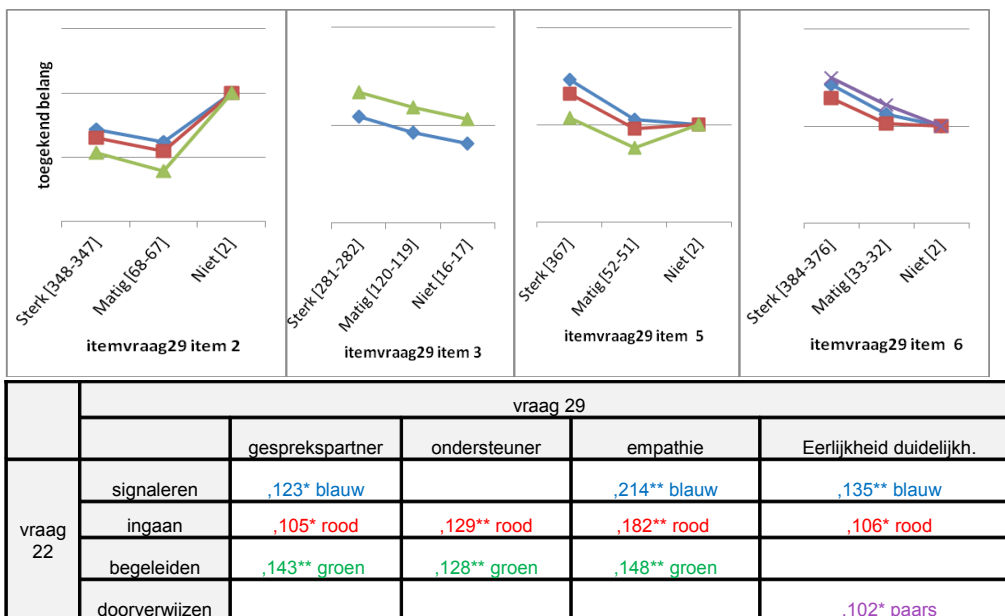
die deze optie niet koos zet deze tendens zich door. De waarnemings- en besprekingsbandbreedte van deze categorie is onder het gemiddelde.

Reflectie

De veronderstelling dat de houding van de arts tegenover zingevingvragen samengaat met een grotere bandbreedte in het signaleren en bespreken van zingevingvragen wordt door de analyse gesteund. Dat de waarden van de Spearmans rho tussen vraag 22 en de vragen 16 en 27 onder de 0.4 blijven, laat zich verklaren door het feit dat er veel factoren een rol spelen en dat geen enkele factor in zijn eentje sterk voorspellend kan zijn. Het gaat om vrij zwakke maar zeer significante verbanden, wat er op wijst dat vele factoren hun invloed hebben.

Vergelijking van vraag 22 en 29

Zoals hierboven al aan de orde kwam, meet vraag 29 op een driepuntsschaal met welke van zeven omschreven houdingen de onderzochten hun diensten naar eigen zeggen aan de patiënten verlenen. De respondent kon selecteren uit een houding: 1. van deskundige, 2. waarin de patiënt volwaardige gesprekspartner is, 3. van ondersteuner in het keuzeprocess, 4. waarin men leidt, 5. van empathie en betrokkenheid, 6. waarin eerlijkheid en duidelijkheid voorop staan en 7. van gepaste distantie. In vraag 22 geven de respondenten aan welk gewicht ze toekennen aan 1. het signaleren van, 2. het ingaan op, 3. het begeleiden bij en 4 doorverwijzen bij zingevingvragen. figuur 11 toont tussen welke items van deze twee vragen een significante correlatie (Spearmans rho) werd gevonden. Met een sterretje zijn de waarden aangegeven die een significantie op niveau .05 hebben. De waarden met dubbele sterretjes zijn significant op niveau .01.



figuur 11: het verband tussen vraag 22 en 29; N=421-410

We zien dat voor de vier items van vraag 29 waarbij significante verbanden met vraag 22 zijn gevonden de categorie die sterk voor de betreffende houding gekozen heeft meer belang hecht aan met zorg omgaan met zingevingvragen.

Reflectie

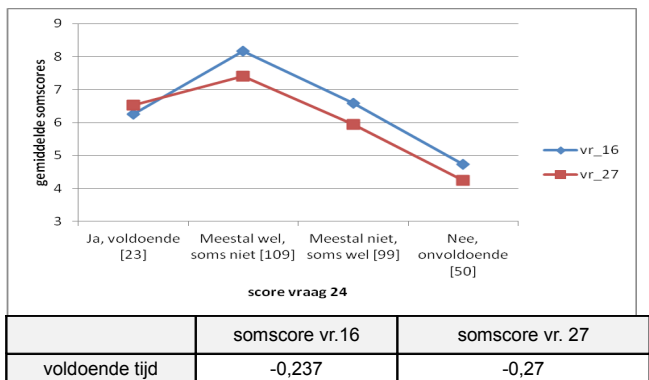
De categorie 'niet' is bij alle getoonde items behalve item 3 te gering om conclusies uit te trekken. De 4 items die significante verbanden laten zien zijn de items waarvan we verwachtten dat ze met een grotere bandbreedte in zien en bespreken van zingevingvragen samengaan. In de vergelijking tussen deze 4 items van vraag 29 en de bandbreedte van zien en bespreken van zingevingvragen vertoonden alleen de items 3 en 6 van vraag 29 in die analyse een significante samenhang. Tot onze verwondering vertoonden item 2, een houding waarin de patiënt een volwaardige gesprekspartner vormt, en item 5, een houding van empathie en betrokkenheid, geen samenhang met bandbreedte in

zien en bespreken van zingevingvragen. Dat in deze analyse wel voor alle vier de items, waarvan dat verwacht werd, een verband wordt aangetoond met belang hechten aan zorgvuldig omgaan met zingevingvragen, wijst mogelijk op factoren die bij de analyse van het verband tussen de bandbreedte en item 2 en 5 van vraag 29 het verband onzichtbaar maken.

Het verband van vraag 24 met de vragen 16 en 27

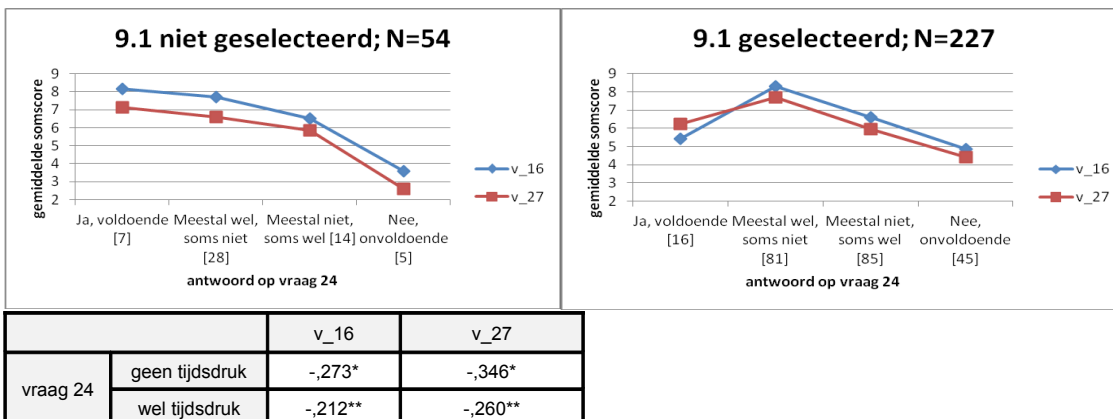
In vraag 24 wordt de artsen gevraagd of ze voldoende tijd hebben om op zinvragen in te gaan. Bij deze vraag kan de arts kiezen op een vierpuntsschaal (voldoende, meestal wel, meestal niet, onvoldoende). Tussen de antwoorden op deze vraag en de somscores van de vragen 16 en 27 heb ik Spearmans rho uitgerekend. Vraag 24 vertoont een verband met de somscores van vraag 16 en 27 op significantieniveau .01. Men kan in figuur 12 de waarden van de correlaties vinden.

De somscores op vraag 27 van de respondenten die zeggen voldoende tijd te hebben om op zingevingvragen in te gaan, blijken gemiddeld lager dan van de deelnemers die zeggen meestal genoeg tijd daarvoor te hebben. Het verschil in de gemiddelde score van vraag 16 is tussen de deelnemers met voldoende tijd en meestal voldoende tijd nog iets groter. De gemiddelde somscores van de vragen 16 en 27 zijn in de categorie die antwoorden meestal onvoldoende tijd te hebben om op zingevingvragen in te gaan wat lager dan in de categorie met voldoende tijd en deze daling zet door bij de categorie die onvoldoende tijd zegt te hebben. Voor de overige details verwijs ik naar figuur 12.



figuur 12: verband van vraag 24 met vraag 16 en 27 N=281

Figuur 13 laat zien hoe de verbanden zijn als de steekproef wordt gesplitst naar het antwoord dat op vraag 9.1 gegeven is. In deze vraag werd gevraagd of tijdsdruk als een belastend aspect van het beroep werd gezien, waarbij men kon kiezen tussen wel of niet selecteren. De som van de scores op vraag 16 en 27 correleren met vraag 24 in de conditie dat de tijdsdruk niet als een belastend aspect is geselecteerd op significantieniveau .05 en op .01 als tijdsdruk wel geselecteerd is. De waarden



figuur 13: verband van vraag 24 met vraag 16 en 27 gesplitst naar tijdsdruk

van Spearmans rho staan weergegeven bij de figuur. De knik in de lijnen bij de categorie meestal voldoende is niet te zien in de conditie dat geen tijdsdruk gerapporteerd werd, omdat in de categorie voldoende de somscores van vraag 16 en 27 zich nu meer voegen in de trend die in de andere categorieën zichtbaar is. Ook valt op dat in de conditie met tijdsdruk in de categorie voldoende de somscore van vraag 16 lager is dan die van vraag 27.

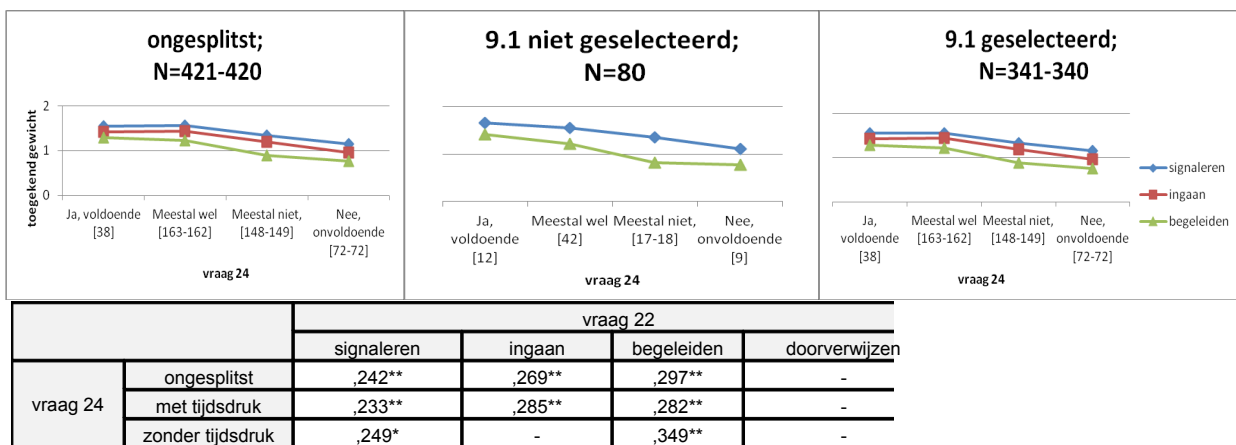
Reflectie

Het verschil in bandbreedte bij waarneming en bespreking van zingevingvragen in de categorie die genoeg tijd zegt te hebben om op zingevingvragen in te gaan en de categorie die zegt dat niet altijd te hebben is opmerkelijk. Mogelijk zijn in de categorie die het gevoel heeft genoeg tijd te hebben voor het ingaan op zingevingvragen zij, die minder belang hechten aan het ingaan op zingevingvragen, oververtegenwoordigd. Wie weinig gewicht toekent aan het ingaan op zingevingvragen heeft immers aan weinig tijd hiervoor genoeg.

De splitsing naar de conditie tijdsdruk lijkt steun te geven aan de veronderstelling dat in de categorie die het gevoel heeft over voldoende tijd voor zingeving te beschikken de personen die vinden dat ingaan op zingevingvragen weinig tijd hoeft te kosten is oververtegenwoordigd. Als men vindt dat ingaan op zingevingvragen niet veel tijd hoeft te kosten zal men omgaan met zinvragen niet belangrijk vinden. Het lijkt moeilijk te verklaren hoe men op een andere manier het gevoel van genoeg tijd voor zingeving te hebben combineert met last van tijdsdruk.

Het verband van vraag 22 met vraag 24

In vraag 22 wordt, zoals hierboven besproken, de onderzochten gevraagd op een driepuntsschaal aan te geven welk belang ze hechten aan 1. het signaleren van, 2. het ingaan op, 3. het begeleiden bij en 4. doorverwijzen bij zingevingvragen. De eerste drie items van vraag 22 correleren (berekend met Spearmans rho) met vraag 24 op significantieniveau .01. Item 4 toont geen



figuur 14: vraag 22 * vraag 24 in drie verschillende condities

significant verband met vraag 24. Wanneer de steekproef wordt gesplitst in twee categorieën naar het antwoord dat in vraag 9.1 is gegeven over het ondervinden van last van tijdsdruk blijft voor de categorie met tijdsdruk de significantie van deze correlaties onveranderd. In de categorie zonder tijdsdruk toont vraag 24 met item 1 van vraag 22 een correlatie op significantieniveau van .05 en met item 3 op significantieniveau .01. De waarden van Spearmans rho is bij figuur 14 weergegeven, waarbij de dubbele ster significantie op .01 aanduidt en enkele op niveau .05.

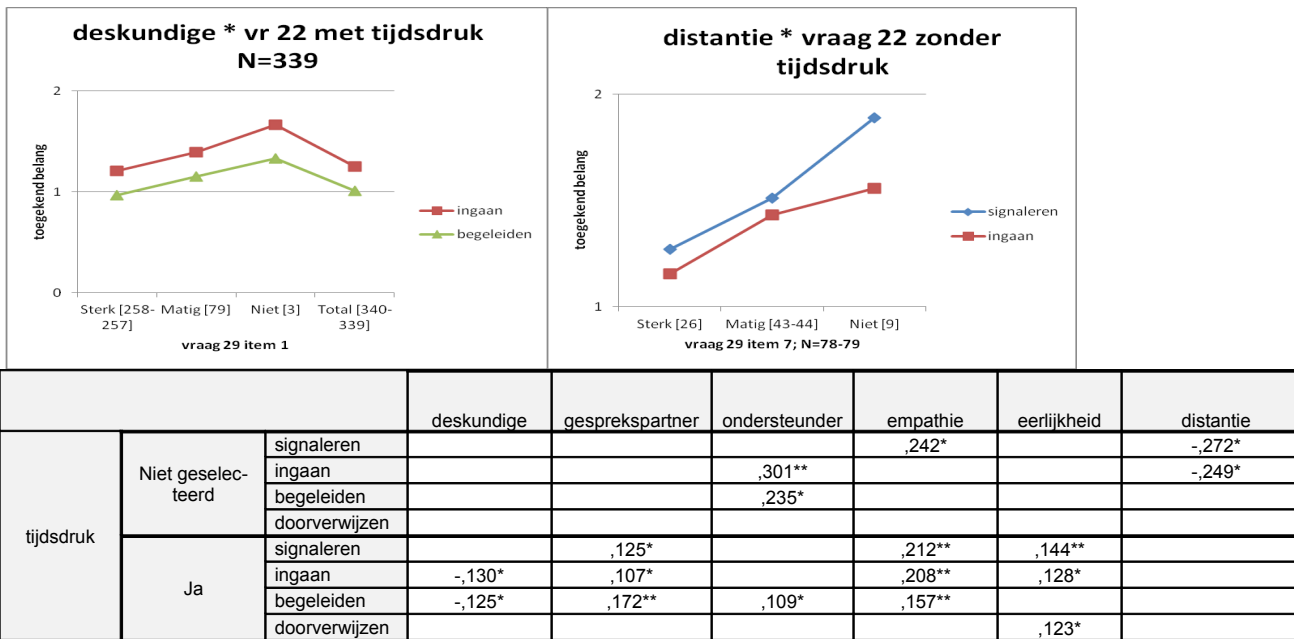
In de ongesplitste steekproef is in de categorie die voldoende tijd meent te hebben en de categorie die meent dat meestal te hebben het verschil in het belang dat met hecht aan de in vraag 22 genoemde items vrijwel gelijk. Alleen aan item 3, begeleiden, wordt in de categorie die meestal genoeg tijd heeft een beetje minder gewicht gegeven. In de conditie waarin de tijdsdruk ontbreekt volgen de categorieën meer de trendlijn.

Reflectie

Dat in de conditie zonder tijdsdruk de trendlijn duidelijker zichtbaar wordt, onthult weer de versturende werking van tijdsdruk. Tijdsdruk blijkt in veel opzichten samen te hangen met de manier van omgaan met zingevingvragen.

Het verband tussen houding en belang hechten aan omgaan met zingevingvragen gecontroleerd voor tijdsdruk

De vergelijking tussen vraag 22 en vraag 29 liet een verband zien tussen vier items van vraag 29 met vraag 22. Wanneer de steekproef gesplitst wordt op het ervaren van tijdsdruk, zoals geantwoord op vraag 9.1 is er in minstens één van de twee condities een verband aan te tonen tussen 6 items van 29 met vraag 22. De twee items waarvan tot nu toe geen verband met vraag 22 aangetoond kon worden maar nu wel zijn item 1, een houding van deskundige en item 7, een houding van gepaste



figuur 15: samenhang van item 1 en 7 van vraag 29 met vraag 22 met controle voor tijdsdruk

distantie. Alleen van item 4, een leidende houding blijft het verband met vraag 22 onzichtbaar. De significanties van 6 van de 17 gevonden verbanden zijn op niveau .01; deze zijn in tabel 3 gemarkeerd met een dubbele ster. De 11 andere zijn significant op niveau .05. De nu gevonden verbanden van de items waarvan al een verband met vraag 22 aangetoond was zonder de steekproef te splitsen zijn in lijn met de eerder gevonden samenhang. In beide condities geldt dat het sterk vanuit een van de vier betreffende houdingen (gesprekspartner, ondersteuner, empathie en eerlijkheid) werken samengaat met een hoger gewicht toekennen aan zorgvuldig omgaan met zingevingvragen. Het verband tussen vraag 22 en de twee items waarvan nog geen samenhang met vraag 22 was gevonden (een houding van deskundige en een houding met gepaste distantie) blijkt negatief. De samenhang wordt getoond in figuur 15.

Reflectie

Dat werken vanuit een houding van deskundigheid of met een gepaste distantie gepaard gaat met een verminderde toekenning van gewicht aan het omgaan met zingevingvragen wordt hiermee enigszins aangetoond. In de ongesplitste steekproef is de samenhang onzichtbaar maar merkwaardig genoeg is het verband voor item 1 alleen zichtbaar in de conditie met tijdsdruk en bij item 7 zonder. Het lijkt een aanwijzing dat er minstens nog een andere factor te identificeren is die het zicht op de samenhang tussen betrokkenheid bij zingevingvragen en houding kan verhelderen.

Samenvatting en conclusies

Mensen streven naar een gevoel van ontologische geborgenheid en doorgaans slagen zij daarin door deel te hebben aan het alledaagse leven. Meestal geven ze zin aan alles wat ze zien en meemaken op een onbewuste en quasi-automatische wijze. Het stellen van zingevingvragen verwijst naar het ontberen van een gevoel van ontologische geborgenheid. Het wijst op een stagnerende zinbeleving en het impliceert dat het zingevingssysteem niet in staat is op de gebruikelijke wijze plaats te geven aan wat men beleeft. In zingeving zijn oriënterende en evaluatieve elementen te onderscheiden. Zingeving voorziet in een basale behoefte. Welke antwoorden men op zingevingvragen heeft, wordt door de omgeving beïnvloed. Antwoorden vinden op zingevingvragen maakt deel uit van coping.

De laatmoderne samenleving waarin we leven kenmerkt zich door een ongekend intense en indringende beheersing. Wanneer deze beheersing zich op de wereld om ons heen richt, spreken we van globalisering en wanneer zij naar binnen gekeerd is, hebben we te maken met het laatmoderne zelfconcept. Deze beheersing heeft een drietal kenmerken: de ontkoppeling van tijd en ruimte, het gebruik van abstracte systemen en een institutionele reflexiviteit. Het moderniseringsproces dat zich met deze eigenschappen onstuitbaar voltrekt, leidt tot paradoxale ontwikkelingen op allerlei gebieden. cArtsen, als uitvoerders van het betreffende abstracte systeem, worden aangezet tot het gebruik van onpersoonlijke abstracte kennis. Patiënten lopen als gevolg van dezelfde dynamiek juist meer kans dat medische klachten hun gevoel van ontologische geborgenheid ondermijnen en dat medische klachten gepaard gaan met zingevingvragen.

Uit analyse van het onderzoek van Hijweege en Pieper in vier academische ziekenhuizen blijkt dat tweederde van de onderzochte artsen tweederde van een lijst van 23 zingevingvragen nooit waarneemt en dat driekwart van de artsen tweederde van die lijst nooit aan de orde laat komen. De gemiddelde arts ziet 6,81 items en laat er 6,24 aan de orde komen. Wanneer we kijken welke zingevingvragen het vaakst gezien worden blijkt dat dit vooral de oriënterende vragen betreft en dat vragen over metafysische zaken, als God en leven na de dood, het minst waargenomen worden. Bij het bespreken is een grote samenhang met de waarneming te constateren en daarnaast toont zich een voorkeur voor de oriënterende items en blijken evaluatieve items wat vaker genegeerd te worden.

Bij vergelijking van de waargenomen met de besproken items, tonen zich vier patronen: zien en bespreken, niet zien en niet bespreken, zien en niet bespreken en bespreken zonder zien. De gemiddelde arts geeft aan dat hij 2,16 van de 6,81 waargenomen items niet aan de orde laat komen. Van de 6,24 items die hij bespreekt, zegt hij er 1,58 niet gezien te hebben. Hoe vaak de gemiddelde arts die 4,66 keer zien en bespreken invulde deze items negeert is met de onderzoeksdata niet te achterhalen. Driekwart van de onderzochten geeft door het tonen van patroon zien en niet bespreken aan minstens één waargenomen zingevingvraag nooit te bespreken en tweederde liet blijken minstens één zingevingvraag uitsluitend ongezien te bespreken. Zingevingvragen ongezien bespreken of waargenomen zingevingvragen niet bespreken gebeurt relatief meer bij de vragen die het minst besproken worden.

Bij artsen die zeggen sterk een houding van ondersteuner of van eerlijkheid en duidelijkheid te hebben, zien we een grotere bandbreedte in waarnemen en bespreken van zingevingvragen. Een samenhang van een grotere bandbreedte in zien en bespreken van zingevingvragen met een houding van empathie en betrokkenheid of een houding van gesprekspartner kan alleen aangetoond worden in de conditie dat men heeft aangegeven last te hebben van tijdsdruk. Een houding van deskundige gaat in de conditie, dat men last van tijdsdruk zegt te hebben, en een houding van distantie in de conditie, dat men dat niet heeft aangegeven, samen met een kleinere bandbreedte in zien en bespreken van zingevingvragen. De verhouding tussen artsen die aangaven in de uitoefening van hun beroep last van tijdsdruk hebben en zij die dat niet aangaven is drie staat tot een. Artsen die

meer belang hechten aan aandachtig omgaan met zingevingsvragen tonen een grotere bandbreedte in het waarnemen en bespreken van zingevingsvragen. Er is een samenhang van de mate van belang, dat men hecht aan aandacht hebben voor zingevingsvragen met de mate waarin men een houding heeft van ondersteuner, van eerlijkheid en duidelijkheid, van gesprekspartner of van empathie en betrokkenheid.

Het voorgaande wijst er op dat artsen die een houding hebben die vooral met procesdenken samengaat een grotere bandbreedte in zien en waarnemen van zingevingsvragen vertonen en meer belang hechten aan zorgvuldige omgang met zingevingsvragen. Bij houdingen die meer samenhang met productdenken is het tegenovergestelde te constateren. De gevonden verbanden zijn vaak zeer significant maar niet erg sterk. Dit wijst erop dat nog meer factoren bij het onderzoek betrokken dienen te worden.

In de conditie dat men geen last van tijdsdruk rapporteerde gaat het gevoel genoeg tijd voor zingeving te hebben samen met een grotere bandbreedte in zien en bespreken van zingevingsvragen. In dezelfde conditie gaat de mate dat men genoeg tijd zeg te hebben voor het ingaan op zingevingsvragen samen met het toekennen van belang aan het signaleren van, ingaan op, en begeleiden van zingevingsvragen. De combinatie van last van tijdsdruk met een gevoel genoeg tijd voor zingeving te hebben, blijkt samen te hangen met weinig waarde hechten aan omgaan met zingeving. De categorie die aangeeft voldoende tijd te hebben voor ingaan op zingevingsvragen, bestaat in de meerderheid uit artsen die rapporteren last van tijdsdruk te hebben. Daarom vertoont deze categorie in de ongesplitste steekproef minder bandbreedte in zien en bespreken van zingevingsvragen en hecht deze categorie in de ongesplitste conditie ook minder waarde aan zorgvuldig omgaan met zingevingsvragen.

De analyse geeft steun aan de opvatting dat artsen onder druk staan om niet te veel aandacht aan zingevingsvragen te geven. Dit zien we aan de belemmerende invloed die de ervaring van last van tijdsdruk heeft op de bandbreedte in zien en bespreken van zingevingsvragen tegen een achtergrond dat driekwart van de onderzochte artsen zegt last te hebben van een gevoel van tijdsdruk. We zien het ook aan de samenhang van een houding van deskundigheid met een geringere bandbreedte in zien en bespreken van zingevingsvragen. Of de druk op artsen om niet veel aandacht te schenken aan zingevingsvragen toe- of afneemt is met de resultaten van dit onderzoek niet vast te stellen. Ook is op basis van dit onderzoek niet te verifiëren of er een tendens te signaleren is dat medische klachten voor patiënten meer bedreigend zijn geworden voor het gevoel van ontologische geborgenheid.

Dit onderzoek toont aan dat tweederde van de onderzochte artsen een bandbreedte in het waarnemen van zingevingsvragen hanteren waarin tweederde van die vragen afwezig zijn. Wanneer de gemiddelde medisch specialist zo weinig oog heeft voor zingevingsvragen hangt daarmee samen dat de basis op grond waarvan hij in staat is om zich een oordeel te vormen over de zinbeleving van de patiënt, diens mogelijkheden tot coping en de wenselijkheid van een verwijzing naar hulpverleners die meer thuis zijn in zingeving en meer vaardigheid bezitten om het gevoel van ontologische geborgenheid te herstellen evenredig smal geacht moet worden. Het onderzoek toont ook dat driekwart van de onderzochte artsen bij het spreken over zingevingsvragen tweederde van de mogelijke vragen niet aanroeren. Er tekent zich een vicieuze cirkel af: artsen die weinig belang hechten aan het omgaan met zingevingsvragen, zien dat zij gelijk hebben omdat zingeving er weinig toe lijkt te doen. In dat licht bezien lijkt het in ieder geval op korte termijn raadzaam dat ziekenhuizen maatregelen treffen dat voldoende andere deskundigen dan artsen voorhanden zijn om patiënten bij te staan bij de coping met hun medische klacht. Daarnaast lijkt het zeer nodig dat in de scholing en bijscholing van artsen meer deskundigheid op het terrein van zingeving wordt bijgebracht.

De analyse van de onderzoeksgegevens heeft bijna meer vragen opgeroepen dan beantwoord. Bovenstaande aanbevelingen zijn dan ook zeer voorlopig en eigenlijk prematuur. Met de analyses die in deze scriptie besproken zijn, heeft geenszins een volledige analyse van het betreffende

onderzoek plaatsgevonden: er zijn nog veel meer verbanden te ontdekken. Daarnaast dient nog meer onderzoek gedaan te worden. Wanneer er gedetailleerder onderzocht wordt wat het verband is tussen het waarnemen en bespreken van de lijst van 23 items die nu gebruikt is, kan een veel scherper beeld gevormd worden van de manier waarop artsen omgaan met zingevingvragen. Ook is het zinvol over een langere periode te meten welke ontwikkelingen zich voordoen in houding van artsen ten aanzien van zingevingvragen.

Daarnaast is empirisch onderzoek naar de zinbeleving van patiënten zeer gewenst.

Discussievragen

Wat levert bepaling van de bandbreedte bij het waarnemen van zingevingvragen op?

Zoals in de scriptie ter sprake werd gebracht, dient bandbreedte in het waarnemen van zingevingvragen niet verward te worden met het vermogen tot registreren van zingevingvragen omdat de omstandigheden waaronder de arts werkt buiten beschouwing zijn gebleven. Daarmee dient zich de vraag aan of niet het meten van het vermogen tot registreren van zingevingvragen meer adequaat is. Bepaling van de gevoeligheid voor zingevingvragen heeft voor op bepaling bandbreedte in het waarnemen van zingevingvragen dat het ons in staat stelt te weten in hoeverre het aan de vaardigheden van de arts ligt dat zingevingvragen niet gezien worden. Praktisch gezien kan het vaststellen van de gevoeligheid voor zingevingvragen dienen als een indicator voor artsen of ze bijscholing nodig hebben. Daar staat tegenover dat artsen, die hoogst gevoelig zijn voor zingevingvragen, geen zingevingvragen zullen zien als omstandigheden het patiënten onmogelijk maken om iets van hun zinbeleving te uiten. Het meten van de effecten die de werkomstandigheden van artsen hebben op het zien van zingevingvragen levert dus ook waardevolle kennis op. Het bepalen van de bandbreedte bij het waarnemen van zingevingvragen is aanzienlijk eenvoudiger dan het meten van de gevoeligheid voor zingevingvragen of de effecten van de omstandigheden waaronder het arts-patiëntcontact plaats vindt, op de het uitdrukken van zinbeleving. Zowel voor het vaststellen van de gevoeligheid van artsen voor geuite zinbeleving als voor het bepalen van de effecten die de omstandigheden hebben op de expressie van zinbeleving kan onderzoek naar de zinbeleving van patiënten niet gemist worden. Zolang de resultaten daarvan onvoldoende beschikbaar zijn is door het vaststellen van de bandbreedte in het zien van zingevingvragen de resultante te achterhalen van de gevoeligheid van de arts en de effecten van de omstandigheden ten aanzien van de door patiënten geuite zinbeleving.

Wat levert het meten van bandbreedte in het bespreken van zingevingvragen op?

De bandbreedte bij het bespreken van zingevingvragen is een indicator hoeveel verschillende items op het gebied van zinbeleving in het arts-patiëntcontact aan de orde komen. Analoog aan de waarnemingsbandbreedte is ook de besprekingsbandbreedte van zingevingvragen te beschouwen als een grootte waarop zowel de vaardigheden van de arts als de omstandigheden, waaronder het arts-patiëntcontact plaats vindt, invloed hebben. Tot de vaardigheden van de arts die relevant zijn voor het bespreken van zingevingvragen behoort ook zijn vermogen tot waarnemen van de zinbeleving van de arts. Alleen al gezien de moeilijkheidsgraad van het vaststellen van de gevoeligheid van artsen voor de zinbeleving van patiënten zou het voor de hand liggend zijn te concluderen dat de bandbreedte in het bespreken van zingevingvragen een waardevolle indicator is om zicht te krijgen op de manier waarop artsen omgaan met zingevingvragen.

Het lijkt beter om niet besprekingsbandbreedte als indicator te nemen maar een te ontwikkelen maat voor de respons van de arts op zingevingvragen hiervoor te gebruiken. Aan het gebruik van de besprekingsbandbreedte van zingevingvragen als indicator voor het omgaan van artsen met zingevingvragen van patiënten kleven een aantal nadelen. In de besprekingsbandbreedte komt niet tot uiting hoe vaak de arts waargenomen items bespreekt of doorverwijst. Ook omvat de besprekingsbandbreedte de bespreking van zingevingvragen die niet gesignaleerd werden bij de patiënt. Dit soort bespreking van zingevingvragen is – naar we aannemen – aanbodgestuurd.

Aanbodgestuurde bespreking van zingevingvragen is te beschouwen als een activiteit die typisch voortkomt uit de abstracte kennis van de expert en die ontwrichtende uitwerking op de zingbeleving van de patiënt kan hebben.

Als verbetering voor besprekingsbandbreedte van zingevingvragen als indicator voor het omgaan met zingevingvragen zou dus een waarde of een set van waarden ontwikkeld moeten worden die de besproken nadelen mist. Om tot deze vervanging van besprekingsbandbreedte te kunnen komen zou in de vragenlijst een vraag toegevoegd dienen te worden. Voor ieder van de 23 items nodig zijn te vragen of men na het waarnemen van het item

1. dit altijd aan de orde laat komen
2. dit meestal aan de orde laat komen
3. dit meestal niet aan de orde laat komen
4. dit nooit aan de orde laat komen
5. dit altijd doorverwijst
6. dit meestal doorverwijst
7. dit meestal niet doorverwijst
8. dit nooit doorverwijst

Ingaan op zingevingvragen of bevorderen van een gevoel van ontologische geborgenheid?

In de scriptie is het stellen van zingevingvragen in navolging Van der Lans geduid als een teken dat de toestand als te belastend wordt beleefd en dat de zinbeleving stagneert. Ontologische geborgenheid is een hierop aansluitend begrip genoemd in de zin dat het een term is die de situatie beschrijft waarin geen zingevingvragen gesteld hoeven te worden. Het adagium gedachtig dat voorkomen beter is dan genezen, zou men kunnen stellen dat artsen niet alleen zorgvuldig met zingevingvragen dienen om te gaan maar dat ze ook oog voor ontologische geborgenheid dienen te hebben. Artsen zijn in de visie van Giddens representanten van ontbeddingsmechanismen en kunnen in die hoedanigheid een schadelijke uitwerking op het gevoel van ontologische geborgenheid hebben. Ziekte kan het gevoel van ontologische geborgenheid al enigszins onder druk zetten. Wanneer een arts niet goed oppast kan hij zelf de patiënt het laatste zetje geven naar een stagnerende zinbeleving.

Er is nog een ander argument om te pleiten dat artsen oog dienen te hebben voor ontologische geborgenheid. De complexe relatie tussen klacht en defect wordt voor een deel verklaard door angst of het ontbreken van ontologische geborgenheid. In een aantal gevallen is de reden van een bezoek aan de arts het ontbreken van een gevoel van ontologische geborgenheid. Heeft de patiënt die wegens het ontbreken van een gevoel van ontologische geborgenheid bij de arts is geen lichamelijke aandoening dan duidt de arts de klacht van de patiënt als 'psychisch'. Maar een arts zou wellicht beter moeten realiseren dat ook bij patiënten met aandoeningen niet altijd de aandoening de echte reden van het bezoek is.

Als laatste argument dat artsen aandacht voor ontologische geborgenheid dienen te hebben kan de toename van chronische ziekten genoemd worden. Door de geneeskunde zijn steeds meer aandoeningen niet meer dodelijk op de korte termijn. Als gevolg daarvan nemen het aantal chronisch zieken steeds meer toe. Chronisch ziek zijn laat zich niet gemakkelijk verzoenen met het laatmoderne zelfconcept en kan een aanslag op de chronische geborgenheid vormen. Hierdoor neemt de kans toe dat de arts patiënten met een verzwakt gevoel van ontologische geborgenheid ziet.

Literatuur waarnaar verwezen is

- Batenburg V., *Medical Students' Attitudes. Attitude Development in a Medical School*, proefschrift universiteit Utrecht (Utrecht, 1997)
- Borg M. ter, *Waarom geestelijke verzorging? Zingeving en geestelijke verzorging in de moderne maatschappij*, (Nijmegen, 2000)
- Dahlberg K., Todres L. & Galvin K., "Lifeworld-led healthcare is more than patient-led care: an existential view of well-being" in *Medicine, Health Care and Philosophy* (2009) 12:265-271
- Dulmen S. van, Weert J. van Jansen en J., *Communiceren in de zorg* (Groningen/Houten, 2011)
- Giddens A., *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age* (Stanford California, 1991)
- Hick C., "The art of perception: From the life world to the medical gaze and back again", in *Medicine, Health Care and Philosophy* (1999) 2:129-140.
- Jochemsen H. en Leeuwen E. van (red.) *Zinervaring in de zorg. Over de betekenis van spiritualiteit in de gezondheidszorg* (Assen, 2005)
- Lans J, van der, *Religie ervaren. Godsdienstpsychologische opstellen* (Tilburg,2006) p 72-128
- Porter R., *The greatest benefit to mankind; a medical history of humanity from antiquity to the present* (Hammersmith, London, 1997)
- Silverman J., Kurtz S., Draper J., *Vaardig communiceren in de gezondheidszorg, een evidence based benadering* (Den Haag 2006)
- Smit J., *Tot de kern komen. De kunst van het pastorale gesprek*. (Kampen,2007)
- Svenaesus F., *The Hermeneutics of medicine and the phenomenology of health: steps towards a philosophy of medical practice* (Dordrecht, 2001)
- Svenaesus F., "Illness as unhomelike being-in-the-world: Heidegger and the phenomenology of medicine" in *Medicine, Health Care and Philosophy* (2011) 14:333-343
- Sijtsma K. in "Over misverstanden rond Cronbachs alfa en de wenselijkheid van alternatieven ", *De Psycholoog*, Nr. 44 (2009) 561-567
- Vermunt N.P.C.A., Westert G.P., "Zorg is meer dan een product", *Medisch Contact*, Nr. 16 - 16 april 2009, 685-688

Appendix a : De vragenlijst van het onderzoek

ZINGEVINGVRAGEN IN HET CONTACT TUSSEN PATIËNT EN MEDISCH SPECIALIST

Inleiding

Wij willen u vragen deel te nemen aan dit onderzoek naar zingevingvragen 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 zingevingvragen; contacten met andere beroepsgroepen rond zingevingvragen, 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 zingevingvragen.

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 van toe- soms van niet van

	toepassing	passing	toepassing	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 toepassing	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 patienten ? 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?

Schatting in percentage van 0% tot 100%:.....

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 keuzeprocess	<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, omdat

-- 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
- aanbod van de dienst geestelijke verzorging

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

-- ja, omdat.....

-- 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
- Andere stroming, namelijk
- Geen enkele stroming

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

	helemaal oneens	mee oneens	niet eens/ niet	mee eens	helemaal mee
	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"/>
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"/>
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"/>

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.

Appendix b: tabellen behorend bij de figuren.

somscore vraag 16			
som-score	aantal	pro-cent	Cumulatief
0	15	3,4	3,4
1	10	2,3	5,7
2	32	7,3	13
3	34	7,7	20,7
4	59	13,4	34,1
5	52	11,8	45,9
6	45	10,2	56,1
7	32	7,3	63,4
8	33	7,5	70,9
9	33	7,5	78,4
10	28	6,4	84,8
11	13	3	87,7
12	13	3	90,7
13	10	2,3	93
14	10	2,3	95,2
15	4	0,9	96,1
16	3	0,7	96,8
17	4	0,9	97,7
18	3	0,7	98,4
20	1	0,2	98,6
21	2	0,5	99,1
22	1	0,2	99,3
23	3	0,7	100
Totaal	440	100	

Tabel A1: figuur 1 percentuele verdeling van het aantal waargenomen zingevingvragen. N=440

somscore vraag 27			
somscore	aantal	procent	cumulatief
0	13	4,6	4,6
1	7	2,5	7,0
2	18	6,3	13,4
3	32	11,3	24,6
4	33	11,6	36,3
5	31	10,9	47,2
6	29	10,2	57,4
7	33	11,6	69,0
8	16	5,6	74,6
9	16	5,6	80,3
10	21	7,4	87,7
11	13	4,6	92,3
12	10	3,5	95,8
13	5	1,8	97,5
14	2	,7	98,2
15	2	,7	98,9
19	1	,4	99,3
23	2	,7	100,0
Totaal	284	100,0	

Tabel A2: figuur 2 percentuele verdeling van het aantal besproken zinvragen. N=284

orde	vraag	besproken	waargenomen	ord e	vraag	besproken	waargenomen
19	Waarom straft God mij	8	17	21	Waarom laat God mij in de steek	13	13
20	Heeft God hier een bedoeling m	12	28	10	Is er leven na de dood	16	16
21	Waarom laat God mij in de steek	13	13	19	Waarom straft God mij	8	17
10	Is er leven na de dood	16	16	20	Heeft God hier een bedoeling m	12	28
14	Spijt over in het leven gemaakt	19	32	17	Vragen rond orgaan-donatie	43	29
23	Waarom is er ziekte en lijden	23	34	14	Spijt over in het leven gemaakt	19	32
16	Hoe kan ik het leven loslaten	30	32	16	Hoe kan ik het leven loslaten	30	32
13	Vragen rond schaamte	41	42	23	Waarom is er ziekte en lijden	23	34
17	Vragen rond orgaan-donatie	43	29	13	Vragen rond schaamte	41	42
9	Hoe raak ik niet geïsoleerd	49	47	9	Hoe raak ik niet geïsoleerd	49	47
22	Vragen rond hoop	69	90	12	Vragen rond omgaan met naasten	74	68
2	Is het wel rechtvaardig	72	76	2	Is het wel rechtvaardig	72	76
12	Vragen rond omgaan met naasten	74	68	22	Vragen rond hoop	69	90
6	Wat is mijn schuld, verantwoord	86	114	7	Is er nog een restend zinnig	89	91
7	Is er nog een restend zinnig	89	91	18	Vragen rond euthanasie	92	96
18	Vragen rond euthanasie	92	96	11	Hoe zal het doodgaan zich volt	107	97
8	Hoe behoud ik mijn autonomie	106	114	6	Wat is mijn schuld, verantwoord	86	114
11	Hoe zal het doodgaan zich volt	107	97	8	Hoe behoud ik mijn autonomie	106	114
1	Waarom ik	130	179	5	Hoe lang nog	133	144
5	Hoe lang nog	133	144	15	Hoe zinnig is verder behandelde	165	158
15	Hoe zinnig is verder behandelde	165	158	1	Waarom ik	130	179
4	Wat kan ik eraan doen	187	200	4	Wat kan ik eraan doen	187	200
3	Hoe komt het	195	204	3	Hoe komt het	195	204

Tabel A3: figuur 3 de 23 items gerangschikt naar frequentie van besprekingen (blauw) en van waarnemingen (rood) N=282

	ZNB	BZ	BZZ	NZNB
Waarom ik	63	116	14	89
Is het wel rechtvaardig	32	44	28	178
Hoe komt het	35	169	26	52
Wat kan ik eraan doen	48	152	35	47
Hoe lang nog	36	108	25	113
Wat is mijn schuld	49	65	21	147
Is er nog een zinvol leven	30	61	28	163
Hoe behoud ik mijn autonomie	32	82	24	144
Hoe raak ik niet geïsoleerd	15	32	17	218
Is er leven na de dood	6	10	6	260
Hoe zal het doodgaan verlopen	24	73	34	151
Hoe omgaan met naasten	23	45	29	185
Vragen rond schaamte	18	24	17	223
Spijt over gemaakte keuzes	19	13	6	244
Hoe zinvol is verder behandelen	27	131	34	90
Hoe kan ik het leven loslaten	15	17	13	237
Vragen rond orgaandonatie	6	23	20	233
Vragen rond euthanasie	23	73	19	167
Waarom straft God mij	13	4	4	261
Heeft God hier een bedoeling mee	19	9	3	251
Waarom laat God mij in de steek	8	5	8	261
Vragen rond hoop	44	46	23	169
Waarom is er ziekte en lijden	23	11	12	236

Tabel A4: figuur 4 de vier antwoordpatronen in de antwoorden op vraag 16 en 27; NZNB=niet zien niet bespreken; BZZ=bespreken zonder zien; ZB=zien bespreken; ZNB=zien niet bespreken; N=282

score BZZ	aantal	procent	cumulatief
0	84	29,8	29,8
1	77	27,3	57,1
2	54	19,1	76,2
3	32	11,3	87,6
4	20	7,1	94,7
5	7	2,5	97,2
6	7	2,5	99,6
8	1	,4	100,0
Totaal	282	100,0	

score ZNB	aantal	procent	cumulatief
,00	72	25,5	25,5
1,00	68	24,1	49,6
2,00	66	23,4	73,0
3,00	27	9,6	82,6
4,00	19	6,7	89,4
5,00	14	5,0	94,3
6,00	6	2,1	96,5
7,00	4	1,4	97,9
8,00	4	1,4	99,3
10,00	1	,4	99,6
12,00	1	,4	100,0
Totaal	282	100,0	

Tabel A5.: figuur 5 Hoe vaak respondenten hetzelfde antwoordpatroon hanteren. N=282 (1)

score NZNB	aantal	Procent	Cumulatief
1,00	2	,7	,7
2,00	2	,7	1,4
3,00	1	,4	1,8
5,00	3	1,1	2,8
6,00	4	1,4	4,3
7,00	5	1,8	6,0
8,00	6	2,1	8,2
9,00	10	3,5	11,7
10,00	11	3,9	15,6
11,00	20	7,1	22,7
12,00	19	6,7	29,4
13,00	21	7,4	36,9
14,00	23	8,2	45,0
15,00	27	9,6	54,6
16,00	25	8,9	63,5
17,00	23	8,2	71,6
18,00	30	10,6	82,3
19,00	22	7,8	90,1
20,00	11	3,9	94,0
21,00	7	2,5	96,5
22,00	4	1,4	97,9
23,00	6	2,1	100,0
Totaal	282	100,0	

score ZB	aantal	procent	cumulatief
1,00	19	6,7	6,7
1,00	17	6,0	12,8
2,00	46	16,3	29,1
3,00	44	15,6	44,7
4,00	34	12,1	56,7
5,00	30	10,6	67,4
6,00	21	7,4	74,8
7,00	19	6,7	81,6
8,00	14	5,0	86,5
9,00	17	6,0	92,6
10,00	5	1,8	94,3
11,00	6	2,1	96,5
12,00	4	1,4	97,9
13,00	4	1,4	99,3
23,00	2	,7	100,0
Totaal	282	100,0	

Tabel A6: figuur 5 Hoe vaak respondenten hetzelfde antwoordpatroon hanteren. N=282 (2)

orde	item	1]	2]	3]
19	Waarom straft God mij	0,028	0,500	0,765
20	Heeft God hier een bedoeling mee	0,043	0,250	0,679
21	Waarom laat God mij in de steek	0,046	0,615	0,615
10	Is er leven na de dood	0,057	0,375	0,375
14	Spijt over gemaakte keuzes	0,067	0,316	0,594
23	Waarom is er ziekte en lijden	0,082	0,522	0,676
16	Hoe kan ik het leven loslaten	0,106	0,433	0,469
13	Vragen rond schaamte	0,145	0,415	0,429
17	Vragen rond orgaandonatie	0,152	0,465	0,207
9	Hoe raak ik niet geïsoleerd	0,174	0,347	0,319
22	Vragen rond hoop	0,245	0,333	0,489
2	Is het wel rechtvaardig	0,255	0,389	0,421
12	Vragen rond omgaan met naasten	0,262	0,392	0,338
6	Wat is mijn schuld	0,305	0,244	0,430
7	Is er nog een zinvol leven	0,316	0,315	0,330
18	Vragen rond euthanasie	0,326	0,207	0,240
8	Hoe behoud ik mijn autonomie	0,376	0,226	0,281
11	Hoe zal het doodgaan verlopen	0,379	0,318	0,247
1	Waarom ik	0,461	0,108	0,352
5	Hoe lang nog	0,472	0,188	0,250
4	Wat kan ik eraan doen	0,585	0,206	0,171
15	Hoe zinvol is verder behandelen	0,663	0,187	0,240
3	Hoe komt het	0,691	0,133	0,172

Tabel 7: figuur 6: het verband tussen de antwoordpatronen naar item; 1] = proportie bespreken van totaal; $(BZ+BZZ)/\text{totaal}$); 2]= proportie niet zien van bespreken; $BZZ/(BZZ+ZB)$ (3] = proportie niet bespreken van zien ; $ZNB/(ZNB+ZB)$. N=282

aantal	somscores vraag 27	gemiddelde frequentie			
		ZB	NZNB	BZZ	ZNB
12	0	0,0	21,1	0,0	1,8
7	1	0,6	20,4	0,4	1,3
18	2	1,4	18,4	0,6	2,4
32	3	2,4	18,2	0,6	1,6
33	4	2,6	17,3	1,4	1,5
30	5	3,5	15,8	1,5	2,0
29	6	4,2	14,3	1,8	2,4
33	7	4,9	13,8	2,1	2,1
16	8	5,8	13,1	2,2	1,5
16	9	6,7	12,0	2,3	1,5
21	10	8,2	10,8	1,8	2,0
13	11	8,4	9,0	2,6	2,8
10	12	8,5	8,8	3,5	2,2
5	13	12,4	6,2	0,6	3,6
2	14	10,0	7,0	4,0	2,0
2	15	12,0	6,5	3,0	1,0
1	19	13,0	3,0	6,0	1,0
2	23	23,0	0,0	0,0	0,0

Tabel A8: figuur 7 antwoordpatronen naar de som van de scores op vraag 27. N=282

aantal	somscore	gemiddelde frequentie			
	vraag 16	ZB	NZNB	BZZ	ZNB
8	0	0,0	22,5	0,5	0,0
5	1	0,6	21,4	0,6	0,4
17	2	1,2	19,0	2,0	0,8
25	3	2,1	18,5	1,5	0,7
40	4	2,6	17,5	1,6	1,3
30	5	3,3	16,7	1,3	1,6
27	6	4,1	14,8	2,2	1,4
20	7	5,0	14,3	1,7	1,7
24	8	5,3	13,5	1,5	2,4
25	9	6,5	12,1	1,9	2,3
20	10	6,7	10,8	2,3	3,1
8	11	7,1	10,5	1,5	3,5
7	12	8,9	9,9	1,1	2,7
8	13	7,9	9,4	0,6	4,9
6	14	10,2	7,0	2,0	3,7
2	15	11,5	7,0	1,0	3,0
2	16	10,0	5,5	1,5	6,0
3	17	11,0	5,7	0,3	5,7
1	18	13,0	5,0	0,0	5,0
1	20	12,0	2,0	1,0	7,0
1	21	11,0	2,0	0,0	10,0
2	23	23,0	0,0	0,0	0,0

Tabel A9: figuur 8 antwoordpatronen naar de som van de scores op vraag 16; N=282 (1)

Een houding waarin eerlijkheid en duidelijkheid rondom de ziekte voorop staan	aantal vr 16	gemiddelde vr16	aantal vr 27	gemiddelde vr27
Sterk	256	7,07	256	6,42
Matig	22	4,32	22	4,23
Niet	2	2,00	2	3,00
Totaal	280	6,81	280	6,22

De houding van ondersteuner in het keuzeproces	aantal v 16	gemiddelde v_16	aantal vr 27	gemiddelde v_27
Sterk	256	7,41	256	6,79
Matig	22	6,12	22	5,64
Niet	2	3,53	2	3,20
Total	280	6,83	280	6,27

Tabel A10: figuur 9 vraag 16 en 27 vergeleken met 2 items van vraag 29; N=280 (2)

Deze zinging vragen te signaleren	aantal vr 16	gemiddelde vr_16	aantal vr 27	gemiddelde vr_27
Sterk	126	8	126	8
Matig	134	6	134	5
Niet	21	3	21	3
Total	281	7	281	6

Begeleiden van deze patiënten rond deze vragen	aantal vr 16	gemiddelde vr_16	aantal vr 27	gemiddelde vr_27
Sterk	66	7,94	66	7,00
Matig	153	7,13	153	6,58
Niet	62	4,90	62	4,66
Total	281	6,83	281	6,25

In te gaan op deze zingingvragen	aantal vr 16	gemiddelde vr_16	aantal vr 27	gemiddelde vr_27
Sterk	95	8,53	95	7,56
Matig	154	6,36	154	6,07
Niet	32	4,03	32	3,28
Total	281	6,83	281	6,26

Doorverwijzen van deze patiënten	aantal vr 16	gemiddelde vr_16	aantal vr 27	gemiddelde vr_27
Sterk	153	7,82	153	7,09
Matig	103	6,12	103	5,62
Niet	21	3,62	21	3,86
Total	277	6,87	277	6,30

Tabel A11: figuur 10 correlaties tussen de antwoorden van vraag 22 en van vraag 16 en 27 N=281-277

Een houding waarin de patiënt als volwaardige gesprekspartner tot zijn recht komt	aantal signaleren	belang signaleren	aantal ingaan	belang ingaan	aantal begeleiden	belang begeleiden
Sterk	282	1,4	281	1,3	282	1,1
Matig	120	1,2	120	1,1	119	0,8
Niet	16	2,0	17	2,0	16	2,0
Total	418	1,4	418	1,3	417	1,0

De houding van ondersteuner in het keuzeprocess	aantal ingaan	belang ingaan	aantal begeleiden	belang begeleiden
Sterk	281	1,3	282	1,1
Matig	120	1,2	119	0,9
Niet	17	1,1	16	0,8
Total	418	1,3	417	1,0

Een houding van empathie en betrokkenheid	aantal signaleren	belang signaleren	aantal ingaan	belang ingaan	aantal begeleiden	belang begeleiden
Sterk	367	1,5	367	1,3	367	1,1
Matig	52	1,1	52	1,0	51	0,8
Niet	2	1,0	2	1,0	2	1,0
Total	421	1,4	421	1,3	420	1,0

Een houding waarin eerlijkheid en duidelijkheid rondom de ziekte voorop staan	aantal signaleren	belang signaleren	aantal ingaan	belang ingaan	aantal doorverwijzen	belang doorverwijzen
Sterk	384	1,4	384	1,3	376	1,5
Matig	33	1,1	33	1,0	32	1,2
Niet	2	1,0	2	1,0	2	1,0
Total	419	1,4	419	1,3	410	1,5

Tabel A12: figuur 11 het verband tussen vraag 22 en 29; N=421-410

Heeft u voldoende tijd om op zingevingvragen in te gaan?	aantal vr 16	gemiddelde vr_16	aantal vr 27	gemiddelde vr_27
Ja, voldoende	23	6,3	23	6,5
Meestal wel, soms niet	109	8,2	109	7,4
Meestal niet, soms wel	99	6,6	99	5,9
Nee, onvoldoende	50	4,7	50	4,2
Total	281	6,8	281	6,3

Tabel A13: figuur 12 verband van vraag 24 met vraag 16 en 27 N=281

		Heeft u voldoende tijd om op zingevingvragen in te gaan?	aantal vr 16	gemiddelde vr 16	Aantal vr 27	gemiddelde vr 27
[Tijdsdruk] Welke aspecten van uw beroep ervaart u als belastend?	Niet geselecteerd	Ja, voldoende	7	8,1	7	7,1
		Meestal wel, soms niet	28	7,7	28	6,6
		Meestal niet, soms wel	14	6,5	14	5,9
		Nee, onvoldoende	5	3,6	5	2,6
		Total	54	7,1	54	6,1
	Ja	Ja, voldoende	16	5,4	16	6,3
		Meestal wel, soms niet	81	8,3	81	7,7
		Meestal niet, soms wel	85	6,6	85	6,0
		Nee, onvoldoende	45	4,9	45	4,4
		Total	227	6,8	227	6,3

Tabel A14: figuur 13 verband van vraag 24 met vraag 16 en 27 gesplitst naar tijdsdruk

Heeft u voldoende tijd om op zingevingvragen in te gaan?	N signaleren	belang signaleren	N ingaan	Belang ingaan	N begeleiden	belang begeleiden
Ja, voldoende	38	1,6	38	1,4	38	1,3
Meestal wel, soms niet	163	1,6	162	1,4	162	1,2
Meestal niet, soms wel	148	1,3	149	1,2	148	0,9
Nee, onvoldoende	72	1,2	72	1,0	72	0,8
Total	421	1,4	421	1,3	420	1

Tabel 15: figuur 14 vraag 22 * vraag 24 in drie verschillende condities (1)

				N signa- leren	Belang signale- ren	N in- gaan	be- lang in- gaan	N bege- leiden	belang begelei- den
tijds- druk	Niet gese- lecteerd	Heeft u vol- doende tijd om op zinge- vingvragen in te gaan?	Ja, vol- doende	12	1,7			12	1,4
			Meestal wel	42	1,5			42	1,2
			Meestal niet,	17	1,4			17	0,8
			Nee, onvol- doende	9	1,1			9	0,8
			Total	80	1,5			80	1,1
	Ja	Heeft u vol- doende tijd om op zinge- vingvragen in te gaan?	Ja, vol- doende	26	1,5	26	1,4	26	1,2
			Meestal wel	121	1,6	120	1,5	120	1,2
			Meestal niet,	131	1,3	131	1,2	131	0,9
			Nee, onvol- doende	63	1,2	63	0,9	63	0,8
			Total	341	1,4	340	1,3	340	1,0

Tabel A16: figuur 14 vraag 22 * vraag 24 in drie verschillende condities (2)

			N ingaan	belang in- gaan	N begelei- den	belang bege- leiden
tijdsdruk ja	De houding van de des- kundige	Sterk	257	1,2	257	1,0
		Matig	79	1,4	79	1,2
		Niet	3	1,7	3	1,3
		Total	339	1,3	339	1,0

			N signale- ren	belang sig- naleren	N ingaan	belang ingaan
tijdsdruk nee	houding van gepaste dis- tantie	Sterk	26	1,3	26	1,2
		Matig	43	1,5	44	1,4
		Niet	9	1,9	9	1,6
		Total	78	1,5	79	1,4

Tabel A17: figuur 15 samenhang van item 1 en 7 van vraag 29 met vraag 22 met controle voor tijdsdruk