

Zingeving in het contact tussen arts en patiënt

In dit artikel presenteren Hijweege en Pieper voorlopige resultaten van het onderzoek dat in het UMC Utrecht loopt onder de titel: Zingeving in het contact tussen arts en patiënt. Vijftien artsen werden bevraagd over hun aandacht voor zingeving in hun contact met patiënten en de mogelijkheden die zij voor zingeving zien. Uit de voorlopige resultaten blijkt dat de ondervraagde artsen oog hebben voor levensvragen en zingeving, maar deze doorgaans niet verbinden met centrale levenswaarden, geloofsovertuigingen en spiritualiteit. Naar de geestelijk verzorger wordt vooral doorverwezen in grenssituaties en als de patiënt een expliciete levensovertuiging heeft.

Door: Dr. Nicolette Hijweege* en Dr. Jos Pieper*

1. Inleiding

De opzet van dit artikel is als volgt. We schetsen de achtergrond van het onderzoek, de vraagstelling en de werkwijze. Daarna presenteren we de voorlopige resultaten betreffende de analysecategorieën 'patiëntcontact' en 'aandacht voor zingeving'.

Ziekte grijpt op verschillende manieren in op de kwaliteit van het bestaan. Op het fysieke niveau kan ziekte ervaren worden in lichamelijke klachten zoals vermoeidheid, pijn of kortademigheid. Op het psychische niveau beïnvloedt ziekte onder andere de stemming, het zelfbeeld en de toekomstverwachtingen die mensen hebben. Op het sociale niveau kan ziekte invloed hebben op de aard van sociale contacten en de plaats die de (zieke) persoon in de maatschappij inneemt. 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, naar de mate waarin de ziekte de als vanzelfsprekend ervaren zin van het bestaan ondermijnt, er meer vragen gesteld kunnen worden op het existentiële niveau (Van der Lans, 2006). De zorg van de arts richt zich primair op het fysieke niveau, maar daarnaast bevelen Meijer, Kuiper, Verhagen en De Graeff (2006) aan ook aandacht te hebben voor de andere niveaus, inclusief het existentiële niveau. Aandacht voor de andere niveaus kan herstel op het fysieke niveau bevorderen, dan wel de wijze waarop het individu om leert gaan met verminderde kwaliteit van leven of een beperkte levensverwachting, beïnvloeden.

Op elk van de genoemde niveaus zijn specialisten werkzaam die mensen hierin kunnen bijstaan. Het is echter de vraag hoe goed de zorg op deze verschillende terreinen op elkaar is afgestemd en in hoeverre de verschillende specialisten over de grenzen van het eigen niveau heen kunnen kijken, om in onderlinge samenwerking het welzijn van

de patiënt te bevorderen. In concreto vroegen wij ons af in hoeverre specialisten in een academisch centrum aandacht hadden voor zinvragen van hun patiënten.

Om dit te onderzoeken startten we het onderzoek 'Zingeving in het contact tussen arts en patiënt'. Hierin stond de volgende vraag centraal: Op welke manier gaan medisch specialisten om met zingevingsaspecten van ziekte en hospitalisatie en hoe evalueren zij de mogelijkheden op dit gebied? Het doel van het onderzoek was om te komen tot aanbevelingen voor het handelen van medisch specialisten met betrekking tot zingevingsaspecten van ziekte en hospitalisatie. Indirect kan dit dan leiden tot verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening. Daarnaast zou het onderzoek de contacten tussen het medisch personeel en de dienst geestelijke verzorging kunnen bevorderen.

In het onderzoek wordt zingeving ruim opgevat. We bedoelen zowel de meer alledaagse zingeving (hoe vul ik de rest van mijn leven nog zinvol in) als de vraag naar de uiteindelijke zin van het eigen leven. Deze laatste vraag zal bij ernstig zieke mensen ook duidelijker op de voorgrond treden. Hierbij zal dan ook de vraag naar het al dan niet voortbestaan na de dood van belang zijn.

Kijkend naar zingeving als psychische activiteit maken wij met Van der Lans (2006) het onderscheid tussen een oriënterende en evaluerende taak van zingeving. Bij oriëntatie gaat het over begrijpen en zaken kunnen verklaren. Aldus ontstaat cognitief-affectieve controle. Als de informatie kan worden ingepast in een (nieuw) beeld van de werkelijkheid, geeft dat ook een gevoel van vertrouwdheid. Bij evaluatie gaat het over de waarde die men hecht aan de levensthema's die aan de orde zijn. Hierbij is het motivationele aspect in het geding. We willen ergens 'voor gaan' zolang er bepaalde belangrijke doelen zijn te bereiken, als er belangrijke levenswaarden en idealen op het spel staan. Zolang iets past bij ons 'levensproject' ervaren we het als waardevol en dus als zinvol.

2. Methode

Om te kunnen nagaan hoe er door medisch specialisten wordt omgegaan met existentiële zinvragen die zich bij patiënten met een ernstige ziekte voordoen, welke differentiatie hierin eventueel bestaat naar ziektebeeld en hoe een en ander tot uiting komt in het contact tussen arts en patiënt, werd een explorerend onderzoek uitgevoerd. Hiervoor werden artsen, werkzaam op de afdelingen medische oncologie, oncologische chirurgie, reumatologie en diabetes, door geestelijk verzorgers van het UMCU of een onderzoeker geïnterviewd. Het voordeel van interviews als kwalitatieve onderzoekstechniek is dat zij, recht doend aan de explorerende aard van het onderzoek, zicht kunnen geven op de specifieke aard van zingeving en het omgaan daarmee bij ziekte en hospitalisatie. Een kwantitatieve methode als een vragenlijst, is eerder gericht op de mate waarin aspecten van zingeving zich voordoen.

De spreiding van artsen over vier afdelingen maakt het, binnen de beperktheid van het onderzoek, mogelijk enig zicht te krijgen op de wijze waarop de aard van de ziekte van invloed is op de aspecten van zingeving als gevolg van ziekte, die artsen (i.c. medisch specialisten) in het contact met hun patiënten ervaren.

In het interviewschema dat voor de afname van de interviews werd voorbereid, kwamen de volgende thema's aan de orde:

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

Door het aanreiken van deze thematieken werd de vraagstelling als volgt uitgewerkt: welke aspecten

van zingeving nemen artsen waar en hoe gaan ze met deze aspecten om? Op basis van de informatie die in het gesprek werd verzameld rond de werksituatie en de persoon van de arts, zou een voorzichtige verklaring voor het waarnemen van en omgaan met aspecten van zingeving gegeven kunnen worden. In hoeverre is dit afhankelijk van de persoonlijke achtergrond van de arts, van de aard van de ziekte en/of van de context van het academisch ziekenhuis en de specifieke afdelingen? In totaal werden vijftien interviews afgenomen. Het nadeel van interviews is, dat een relatief beperkt aantal artsen bereikt wordt. Vier artsen van de afdeling medische oncologie en vier artsen van de afdeling oncologische chirurgie werden geïnterviewd. Daarnaast werden vier van de tien reumatologen en alle in het UMCU werkzame diabetologen (drie) geïnterviewd. Elf interviews werden afgenomen door in het UMCU werkzame geestelijk verzorgers. De overige door twee onderzoekers. De interviews werden integraal opgenomen en uitgetypt. Vervolgens werd de tekst in inhoudelijk betekenisvolle segmenten opgeknipt, waarna aan de segmenten codes werden toegekend. In de code kwam de thematiek van het segment tot uitdrukking. Middels clustering van codes werd het mogelijk om tot een categorieënsysteem te komen waarmee het materiaal geanalyseerd kon worden. De aanvankelijke codering en clustering geschiedde door één persoon. Deze codering en clustering werd door bespreking van enkele respondenten binnen de onderzoeksgroep gecontroleerd. De interpretatie van de analyses geschiedde door de twee onderzoekers afzonderlijk en door bespreking van de interpretaties kwamen zij tot consensus.

3. Resultaten

In het vervolg van dit artikel zullen we de voorlopige resultaten presenteren van twee categorieën die uit de eerste analyse naar voren zijn gekomen: 'patiëntencontact' en 'aandacht voor zingeving'. De keuze voor deze categorieën wordt gemotiveerd vanuit de vraagstelling. Immers, als we willen

weten of artsen zingevingthema's waarnemen bij patiënten en hoe zij daarmee omgaan, dan is het zinvol om eerst zicht te krijgen op de wijze waarop artsen het contact met hun patiënten omschrijven. Vervolgens kijken we naar de aandacht die er is voor zingeving. De resultaten die we presenteren zijn in die zin voorlopig, dat ze gebaseerd zijn op een eerste globale analyse van het materiaal. In een tweede analyseronde willen we een meer gekwantificeerde en gesystematiseerde beschrijving geven van overeenkomsten en verschillen tussen medisch specialisten (bijvoorbeeld tussen oncologisch werkzame specialisten enerzijds en diabetologen en reumatologen anderzijds). Voor een goed verstaan van het materiaal is het belangrijk in het oog te houden dat het onderzoek heeft plaatsgevonden in een academisch ziekenhuis, waarin, in vergelijking met de perifere ziekenhuizen, meer tijd is voor patiëntencontact. Een tweede punt van aandacht is dat het onderzoek gebaseerd is op zelfrapportage van artsen. Het beeld van de praktijk, dat hierdoor wordt geschetst, is dus geheel vanuit het perspectief van de geïnterviewde medisch specialist.

3.1 Patiëntencontact

Gevraagd naar de wijze waarop contacten met patiënten verlopen, spreken de geïnterviewde artsen over de verwachtingen die patiënten en de verwachtingen die zijzelf van deze contacten hebben. De verwachting die patiënten van deze contacten hebben kan met de volgende uitspraak omschreven worden: *Patiënten verwachten een deskundige en aardige arts die de tijd neemt voor de patiënt.*

In deze omschrijving komen drie aspecten aan de orde:

- dat de arts deskundig is
- dat hij aardig is
- dat hij de tijd neemt

De deskundigheid van de arts valt uiteen in twee elementen. De verwachting is dat hij voor wat

betreft de medisch technische kant zijn werk goed doet, i.e. dat hij bekwaam is. Daarbij bestaat de verwachting dat hij de patiënt kan vertellen waar deze aan toe is en hem/haar kan voorzien van goede informatie.

Ook over het 'aardig zijn' van de arts worden twee zaken gezegd: hij moet betrokken zijn bij de patiënt en hij moet kunnen luisteren.

Aan het noemen van 'de tijd nemen' wordt niets toegevoegd. Wel maakt het noemen van dit element inzichtelijk dat artsen menen dat patiënten verwachten dat de schaarste aan beschikbare tijd niet ten koste van het eigen contact met de arts mag gaan.

De verwachting die medisch specialisten van zichzelf hebben van de wijze waarop zij in contact treden met patiënten kan omschreven worden met de volgende zin:

Medisch specialisten verwachten van zichzelf dat zij medisch technisch bekwaam zijn en het nodige doen en in die zin goed voor patiënten zorgen.

Tot de goede zorg behoren, naast de medisch technisch veronderstelde bekwaamheid, de volgende elementen: eerlijkheid omtrent de situatie van de patiënt; dat de arts reële hoop levend houdt, dat de arts oog heeft voor het psychosociale aspect en voor de wijze waarop het leven van de patiënt in elkaar zit en beïnvloed wordt door de ziekte en dat de arts afstemt op de patiënt: wat wil deze met dit consult.

De twee aspecten: deskundigheid en persoonlijke betrokkenheid, vinden we ook terug in de doelen die artsen stellen in het contact met hun patiënten. Ze wensen a) patiënten te informeren over de ziekte en de mogelijkheden tot behandeling; b) patiënten goed voor te bereiden op de behandeling; c) patiënten te begeleiden in hun ziekteproces, in het maken van keuzes, maar ook in de ups en downs die de ziekte met zich mee brengt en d) present zijn, ruimte te bieden en de juiste vragen te stellen.

Een ander doel dat de artsen in de contacten met patiënten beogen, is dat het behandelingsproces een gezamenlijk project wordt. In dit project is de arts medisch expert, hij/zij informeert, adviseert, past medische handelingen toe en begeleidt de patiënt. De patiënt (en diens naasten) levert als kenner van zijn eigen leven en lichaam een actieve bijdrage in de besluitvorming. Dit proces wordt in beslistkundige termen omschreven als 'shared decision making'.

In het licht van deze constellatie van verwachtingen en doelen is er, aldus de artsen, in de gesprekken ruimte voor het medisch technische aspect van de aandoening, voor besluitvorming rond al dan niet (door)behandelen, voor de wijze waarop de omgeving (de naasten) de zieke en de veranderde omstandigheden ervaren en voor de psychische aspecten van het ziek zijn. Daarbij zeggen artsen er naar te streven het maximale te doen; oog te hebben voor de saillantie van de ervaring van ziekte voor het individu; het patiëntenperspectief leidend te willen laten zijn voor het voeren van het consult en de inhoud van de adviezen; helper of gids te willen zijn en structuur te willen bieden in het omgaan met datgene waarmee mensen geconfronteerd worden. Vormgeven aan dit streven wordt beperkt door tijd, door grenzen aan het kunnen (medisch technisch en anderszins), door organisatie (diensten op kliniek en poli) en de kortdurendheid van contacten.

Reflectie op deze resultaten

De verwachtingen van patiënten sluiten enigermate aan bij onder hen uitgevoerd onderzoek. In een al wat ouder onderzoek stelt Engel (1977) dat patiënten een dubbele behoefte hebben: de behoefte om te weten en te begrijpen en de behoefte om zich gekend en begrepen te voelen. Meer recent onderzocht Muijsenbergh (2001) patiënten in de palliatieve fase. Deze patiënten stellen prijs op actief luisteren en emotionele ondersteuning (betrokkenheid en aandacht van de arts).

Uit de beschrijving van de categorie 'patiëntencon-

tact' komt naar voren dat artsen zich bewust zijn van de rolverwachtingen die aan hen als experts worden toegeschreven. Na aanvankelijke verwerking van medisch technische kwaliteiten (tijdens de opleiding en de assistentschappen) wordt de kwaliteit van het medisch technisch handelen verondersteld op een hoog niveau te zijn. Vanuit deze expertise verwachten patiënten dat artsen in staat zijn uitsluitel te geven over wat hen mankeert, wat de kansen zijn, wat de (on)mogelijkheden zijn voor de toekomst, en wat de behandelingsmogelijkheden zijn. Op deze manier voorzien zij hun patiënten van een eerste niveau van zingeving: feitelijke informatie.

De feitelijke informatie informeert de patiënt niet alleen over de aard van de ziekte. In deze confrontatie wordt voor de patiënt en diens omstanders meteen helder dat het perspectief op de toekomst veranderd is en dat de vanzelfsprekendheid van het bestaan en de wijze van bestaan niet langer vanzelfsprekend zijn. De cultureel antropologe en juriste Anne-Mei Thé maakt in haar proefschrift (1999a) inzichtelijk dat artsen de patiënt aanvankelijk helder informeren over de aard en de ernst van de diagnose. Gaande de bespreking van de behandelingsmogelijkheden vertroebelt dit beeld echter. Die vertroebeling bestaat er in dat de arts meent dat hij de patiënt informeert over de mogelijkheden tot behandeling, maar dat de patiënt, in zijn verlangen naar genezing, met die informatie een eigen verhaal van hoop weeft. (Thé, 1999b)

Onder de door ons geïnterviewde artsen geven met name de oncologisch specialisten aan dat de patiënt en diens naasten gedurende het behandelingstraject in eerste instantie gericht zijn op de mogelijkheden tot behandeling. In de informatie over mogelijkheden tot behandelen wordt vaak ook de mogelijkheid van niet behandelen genoemd. Niet helder is of dit reeds bij de diagnose geschiedt, of op het moment dat aan de orde is dat genezing niet (meer) mogelijk is en er al veel behandelingen zijn toegepast. De vraag naar de zinvolheid van verdere behandeling wordt, volgens één van

de geïnterviewde medisch oncologen, vanuit de patiënt aan de orde gesteld wanneer genezing niet meer mogelijk is en de mensen geconfronteerd worden met de bijwerkingen en de last die zij van de behandeling ondervinden.

Vanuit de expertpositie, de informatie en de behandeling die zij geven en de terugkoppeling daarvan naar de patiënt, bieden artsen 'houvast' en feitelijk ook structuur (al is het alleen al door de afspraken). De contacten met de arts hebben voor de patiënt een *ordenende en kanaliserende functie*. Met de verzekering dat artsen aanwezig en bereikbaar zijn voor vragen en dat zij, voor zover mogelijk, complicaties willen en zullen voorkomen, proberen artsen te voorzien in een vertrouwensvolle grond voor de behandeling en het verloop van het ziekteproces.

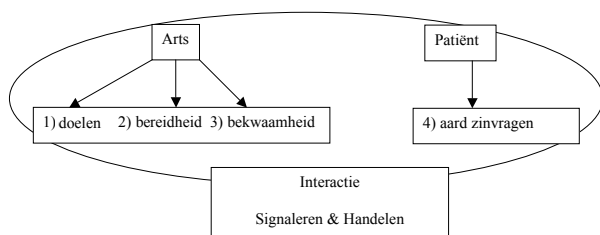
Johan Smit (2007) geeft aan, dat het gesprek over zingeving verschillende niveaus kent: het niveau van de feiten, het niveau van de emotie/ervaring, het niveau van levensbeschouwing en het niveau van spiritualiteit. De artsen in ons onderzoek zijn zich bewust van de verantwoordelijkheid die zij hebben op het niveau van de feiten. Ze geven aan dat ze patiënten niet alleen informeren over de aard van hun ziekte, maar ook over de mogelijkheden tot behandeling en de effectiviteit van die behandeling. Ook het onderzoek van Bouwer e.a. (spiritualiteit in de zorg....) wijst uit, dat de rol die artsen aan zichzelf toeschrijven met name gericht is op het medische niveau. Toch geven de betrokken artsen vrijwel unaniem aan dat zij in de contacten niet alleen oog hebben voor de medisch technische kant maar ook voor de psychosociale kant van het ziek zijn. Zij zeggen oog te hebben voor de hele mens vanuit een biopsychosociaal model. Door aandacht te hebben voor de psychologische en sociale aspecten die samenhangen met het ziek zijn is er aandacht voor het tweede en derde niveau van zingeving: *het niveau van de emotie en het niveau van de levensbeschouwing* (Smit, 2007). De arts krijgt immers zicht op hoe de patiënt zich ervaart en dat wat op dit moment voor deze persoon van waarde is.

Daarmee wordt de vraag relevant hoe de arts met deze informatie omgaat. Gaat hij op deze informatie in omdat het relevant is voor het ziekteproces of wordt deze informatie als in zichzelf waardevol benaderd? Een punt dat opvalt, is dat artsen het spirituele aspect van het menszijn niet noemen als onderdeel van de het behandelingsmodel. We gaan hier onder zingeving nader op in.

3.2 Omgaan met zingeving

Gevraagd naar de wijze waarop artsen in het contact met hun patiënt oog hebben voor en omgaan met zingeving hebben we in de antwoorden verschillende aspecten onderscheiden.

Deze worden in het volgende overzicht weergegeven.



In de bespreking van de resultaten rond omgaan met zingeving zullen we na een weergave van de zingevingsvragen die artsen bij patiënten waarnemen (4), ingaan op, de doelen (1), de bereidheid (2) en de bekwaamheid (3) van artsen om met deze vragen om te gaan. Over de interactie (uitgewerkt naar signaleren en handelen) zullen we in een later stadium rapporteren.

In de contacten die artsen met patiënten hebben, nemen artsen de volgende zingevingsvragen waar:

- wat is het (niveau van de feiten);
- waarom ik (hier wordt de impliciete overtuiging dat ons' niets zal overkomen onderuit gehaald);
- hoe komt het (inzicht willen krijgen in relatie ziekte en levensstijl waardoor men tot hernieuwde controle kan komen);
- wat is er aan te doen (hoop, oriëntatie op de toekomst);

- hoe lang nog (oriëntatie op de toekomst);
- wat zijn de consequenties;
- schuldgevoel (ben ik schuldig ten aanzien van anderen voor wie de ziekte grote consequenties heeft, ook richting volgende generaties);
- zinvolheidsvraag (hoe zinvol is verder behandelen nog, daarbij is de ervaring van het lichaam richtinggevend in de omslag van strijden naar overgave/opgeven van de strijd);
- angst voor de toekomst: hoe zal het einde er uit zien, kan ik nog wel hetzelfde als voorheen.

De vragen doen zich op verschillende momenten voor: naar aanleiding van de diagnose; bij mensen die moeten leren leven met onzekerheid ('never closure'); in het leven van mensen die rekening moeten houden met chronische ziekte en wanneer het levenspatroon bij mensen met een chronische ziekte door complicaties doorbroken wordt; wanneer het blijkt dat genezing niet (meer) mogelijk is; en wanneer het overlijden onafwendbaar dichtbij komt. In de behandelfase komen ze minder voor. Enkele artsen nemen waar dat levensbeschouwingen / religies mensen bepaalde voorgegeven kaders verschaffen waarbinnen het waarom van de ziekte geïnterpreteerd kan worden. Wanneer deze kaders passend zijn kunnen ze volgens deze artsen mensen steun, troost en rust geven. Echter, wanneer ze soms niet meer passen, kunnen deze systemen extra lijden berokkenen, bijvoorbeeld als de ziekte als straf wordt ervaren.

Hoe willen de artsen hier nu mee omgaan? Op de eerste plaats constateerden we een aantal doelen. Ze willen (reële) hoop levend houden. De artsen willen bijdragen aan een eerlijke kijk van patiënten op hun ziekte en het verlies van gezondheid. Ze waarborgen dat complicaties zoveel mogelijk voorkomen worden, maar erkennen de grenzen van het medisch kunnen en kennen: niet voor alles is een oplossing. Soms hebben mensen het te doen met wat er nu (over) is. Daar moeten deze mensen mee verder en artsen pogen daarin bij te dragen aan de kwaliteit van leven.

Wat betreft de bereidheid van de artsen om deze

vragen te signaleren en ermee om te gaan, geven de geïnterviewde artsen het volgende aan. Ze willen ruimte geven aan wat de patiënt bezighoudt. Er is, zo menen ze, ruimte voor het (bredere) verhaal van de patiënt, als de patiënt over zingeving begint kan het ter tafel komen. Meestal vraagt men niet zelf proactief naar zingevingsvragen. De reactie van artsen op deze vragen is empathisch, zij kunnen zich voorstellen dat deze vragen gesteld worden en nemen deze serieus, geven waar mogelijk antwoord en zeggen voor vragen bereikbaar te zijn. Daarbij vragen ze niet expliciet naar de levensbeschouwelijke en gelovige betrokkenheid van de patiënt. Artsen menen dat het van waarde is om de zorg rondom de patiënt zo breed mogelijk te maken, andere beroepsgroepen, zoals verpleegkundig specialisten, een palliatief team, maatschappelijk werkers en psychologen (bijvoorbeeld van het Helen Dowling-instituut) spelen daarin een rol. In grenssituaties (bijvoorbeeld bij een naderende dood) wordt aan geestelijke verzorging gedacht. Artsen schatten het werk van geestelijk verzorgers in als zijnde verbonden met grenssituaties in het leven (en het rituele aspect daarbij) en van betekenis voor hen die in de gesprekken expliciet aangeven gelovig of kerkelijk betrokken te zijn. Gevraagd naar hun bekwaamheid om met deze vragen om te gaan, komen kennis, vaardigheden en bijscholing aan de orde. De inhoudelijke kennis gaat bij velen terug op eigen levenservaring. Wat betreft zingeving vanuit een expliciet levensbeschouwelijk kader achten zij zichzelf inhoudelijk beperkt bekwaam als het gaat om de christelijke levensbeschouwing en onbekwaam als het gaat om inhoudelijke kennis van andere religies. Wat betreft vaardigheden geeft men aan dat empathie (luisteren, afstemmen en invoelen) een centrale vaardigheid is in het omgaan met deze vragen. Patiënten moeten het gevoel hebben dat er ruimte is om dit te bespreken. Common sense, levenservaring en intuïtie vullen die empathie inhoudelijk aan. De artsen menen dat gevoeligheid voor het waarnemen van de vragen wellicht door training gestimu-

leerd zou kunnen worden. Bij bijscholing of training denkt men dan bv. aan kennis over andere religies. Didactische vormen die zij daarvoor aandrazen zijn schriftelijke informatie, klinische lessen, groepswork, intervisie en rollenspelen.

Reflectie op deze resultaten

Kijken we naar de zinvragen die bij artsen worden neergelegd dan valt op dat de patiënten artsen aanspreken op hun expertrol. Middels de informatie die artsen vanuit hun expertrol op deze vragen geven, kunnen patiënten vanuit een medische insteek pogen greep te krijgen op de gebeurtenis van de ziekte, in de zin van inzichtelijke verbanden leggen tussen verleden, heden en toekomst. Het antwoord van de artsen draagt bouwstenen aan voor de constructie van een medisch betekenisvol narratief rond het ontstaan en het verloop van de ziekte.

Door hun empathische houding, hun streven naar presentie, het levend houden van de hoop en bewaking van de kwaliteit van het bestaan, functioneren artsen als een stabiel bakken in tijden van afbrokkelende zin. In die zin zijn zij een eerste antwoord op zingevingsproblematiek.

Uit onderzoek over hoe psychotherapeuten met levensbeschouwelijke aspecten van psychische problemen omgaan is gebleken, dat zij deze niet uit de weg gaan, maar vaak wat onthand zijn bij het adequaat hiermee omgaan (Van Uden, Pieper, 1996). Iets soortgelijks treffen we hieraan. Er is voldoende ruimte om deze aspecten in te brengen. De artsen zullen door middel van doorvragen het probleem op tafel laten komen, maar voor verdere interventies zullen zij een beroep doen op andere beroepsgroepen. Indien zij op grond van de verkregen informatie doorverwijzen, gebeurt dit veelal naar maatschappelijk werk en psychologen. Geestelijk verzorgers blijven wat uit beeld.

In het omgaan met zingevingsvragen vallen artsen vooral terug op communicatietechnieken, eigen levenservaring en intuïtie. Structurele aandacht hiervoor in de opleiding is er niet. Hier is een

al wat ouder onderscheid van Mooren (1989) nog steeds relevant. Hij maakt een onderscheid tussen primair en secundair referentiekader. 'Het primaire referentiekader is het dominante geheel van inzichten en opvattingen dat de wijze bepaalt waarop het beroep wordt uitgeoefend' (Mooren, 1989, 29). 'Het secundaire referentiekader wordt gevormd door het geheel van inzichten en opvattingen die onontkoombaar de beroepsopvatting mede bepalen...' Dit secundaire referentiekader bevat de niet - beroepsspecifieke inzichten en opvattingen waarover de beroepsbeoefenaar beschikt' (Mooren, 1989, 29). Als het gaat om zinging moet de medisch specialist terugvallen op zijn secundaire referentiekader, bestaand uit op levenservaring gebaseerde impliciete opvattingen over hoe om te gaan met zinging.

Evenals bij het genoemde onderzoek onder psychotherapeuten staat men welwillend tegenover bijscholing. De vraag is wel hoeveel prioriteit deze bijscholing heeft als de beperkte tijd die iemand heeft daadwerkelijk ingevuld moet gaan worden.

Tot slot, alles overziend, gaan de onderzochte specialisten bij hun omgaan met patiënten uit van een biospsychosociaal model. Pool en De Graeff (2007) laten hier ook existentieel-biografische problemen onder vallen (zie hoofdstuk 28 van het 'handboek mammacarcinoom'). Ze verwijzen dan o.a. naar besef van eindigheid van het leven; lijdensdruk door (nieuwe) zingingsvragen, of geloofsvragen of spirituele vragen; omgaan met het naderende levenseinde; schuldgevoelens et cetera. Een deel van deze vragen worden ook door de door ons onderzochten genoemd als relevant voor het contact tussen arts en patiënt. Wel is het zo dat inhoudelijk deze thematieken nauwelijks in verband worden gebracht met centrale levenswaarden, geloofsovertuigingen of spirituele opvattingen. Er is dus nog niet sprake van een biospsychosociospiritueel model (Corr, 1993; Sulmasy, 2002). In hetzelfde hoofdstuk geven Pool en Graeff ook aan

welke vaardigheden nodig zijn om de psychosociale aspecten (waaronder zij dus ook de existentiële laten vallen) te betrekken bij de behandeling. Zij spreken over actief luisteren, emotioneel steunen, voorlichten en informeren, adviseren, signaleren en verwijzen. We zien dat de door ons ondervraagde artsen bewust of onbewust de meeste van deze vaardigheden noodzakelijk achten om het gesprek tussen arts en patiënt zinvol te laten verlopen.

* Dr. Nicolette Hijweege is als onderzoeker en docent verbonden aan het departement Godgeleerdheid van de Faculteit Geesteswetenschappen van de Universiteit Utrecht en dr. Jos Pieper is als onderzoeker en docent verbonden aan de Faculteit Katholieke Theologie te Tilburg en aan het departement Godgeleerdheid van de Faculteit Geesteswetenschappen van de Universiteit Utrecht.

Literatuur:

- C.A. Corr. A Task-based approach to coping with dying. *Omega*, 1992, 24, 81-94.
- G.L. Engel. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196 (4286):129-36.
- J. van der Lans. *Religie ervaren*. Tilburg, KSGV, 2006, 72-128.
- M. Meijer, A.J. Kuiper, E.H. Verhagen, A. de Graeff. Psychosociale basiszorg bij kanker: leveren van de juiste zorg op het juiste moment. *Medisch Contact*, 2006, 61, 25, 1032-1035.
- M. van den Muijsenbergh. *De kunst van het er zijn*. Proefschrift, 2001.
- G. Pool, A. de Graeff. Psychosociale zorg. In: In: T. Wobbes & J.W. Rijkus Nortier (Red). *Handboek Mammacarcinoom*. Utrecht, de Tijdstroom, 2007.
- J. Smit, *Tot de kern komen*. De kunst van het pastorale gesprek. Kampen, Kok, 2007.
- D. P. Sulmasy. A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *The Gerontologist*. 2002, 42, 24-33.
- A-M Thé. *Palliatieve behandeling en communicatie: een onderzoek naar het optimisme op herstel van longkankerpatiënten*. Houten, Bohn Stafleu Van Loghum, 1999a.
- A-M Thé. *Tussen hoop en vrees. Palliatieve behandeling en communicatie in ziekenhuizen*. Houten, Bohn Stafleu Van Loghum, 1999b.
- M.H.F. van Uden, J.Z.T. Pieper. *Religie in de geestelijke gezondheidszorg*. Nijmegen, KSGV, 1996.