

Meten om te ontmoeten

Het USD-4D in de klinische palliatieve zorg

In dit artikel beschrijft de auteur het Utrecht Symptoom Dagboek - 4 Dimensioneel (USD-4D), de interdisciplinaire kansen die dit instrument biedt en de specifieke rol van de geestelijk verzorger in het gebruik ervan. Het instrument biedt kansen om in gesprek te komen over thema's die ertoe doen en waar tegelijkertijd schroom bij ervaren wordt door zowel zorgvrager als zorgverlener. Doel is gepaste, samenhangende zorg voor de zorgvrager.

Tom Lormans

IN DE PALLIATIEVE FASE ervaren mensen klachten en behoeften die nooit los van elkaar staan. Lichamelijke pijn of benauwdheid kan gevoelens van angst oproepen; een verandering in relaties kan gevoelens van eenzaamheid of zinloosheid blootleggen. Wat lichamen begint, raakt vaak aan het psychische, sociale en spirituele (en andersom). Leven met een levensbedreigende ziekte is dus zelden overzichtelijk of in afzonderlijke hokjes te verdelen. Klachten en behoeften van zorgvragers zijn daarbij multidimensionaal, in het verlengde van het concept 'total pain' van Cicely Saunders. Daarin worden vier dimensies van palliatieve zorg onderscheiden die onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn, zowel fysiek, psychologisch, sociaal en spiritueel.

Het Utrecht Symptoom Dagboek - 4 Dimensioneel (USD-4D) is ontworpen om recht te doen aan deze gelaagdheid. Dit instrument helpt zorgvragers

hun klachten en behoeften te verwoorden en maakt zorgverleners attent op de aanwezigheid en samenhang ervan. Binnen het Expertisecentrum Palliatieve Zorg Utrecht heeft ons onderzoeksteam verkend hoe het USD-4D kan bijdragen aan passende en persoonsgerichte zorg, hoe het idealiter gebruikt wordt in de praktijk en hoe reflectie daarbij onmisbaar is. Daarbij is ook de veranderende rol van de geestelijk verzorger in beeld gekomen; niet langer als bewaker van één domein, maar als begeleider van betekenis, ingebed in team en organisatie.

Utrecht Symptoom Dagboek - 4 Dimensioneel

In de palliatieve zorg is er vaak sprake van een paradox: hoewel de noodzaak voor holistische steun groot is, blijven de sociale en spirituele dimensies van lijden vaak onderbelicht. Zorgvragers willen niet klagen, ervaren hun klachten en behoeften als

‘onderdeel van de situatie’ of hebben het gevoel dat er niets meer aan te doen is. Tegelijkertijd onderschatten zorgverleners de ernst soms. Dit kan ertoe leiden dat problemen onopgemerkt blijven.

Om de zorg beter af te stemmen op de klachten en behoeften van zorgvragers, is het essentieel dat zorgverleners hier systematisch informatie over verzamelen. Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) bieden hiertoe structuur. Met deze gestandaardiseerde instrumenten kunnen zorgvragers zelf klachten, behoeften en ervaringen rapporteren. Ze ondersteunen zorgvragers in het verwoorden van wat voor hen belangrijk is, juist wanneer dit moeilijk is om spontaan te benoemen. Voor zorgverleners bieden PROMs evidence-based informatie vanuit het perspectief van de zorgvrager, wat helpt bij het maken van behandelbeslissingen, het plannen van zorg en het opstellen van gepersonaliseerde zorgplannen.

Internationaal is het Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) een bekend voorbeeld van een PROM in de palliatieve zorg, bedoeld om door zorgvragers gerapporteerde klachten en behoeften te monitoren (Bruera e.a., 1991). In Nederland is de ESAS aangepast en gevalideerd als het Utrecht Symptoom Dagboek (USD). Dit is ontworpen om lichamelijke en psychische klachten te monitoren over het gehele palliatieve zorgcontinuüm (Van der Baan e.a., 2020). Door regelmatig gebruik kunnen zorgverleners beter inspelen op klachten en behoeften van zorgvragers, waardoor tijdig en adequaat kan worden ingegrepen. Sinds 2010 is het USD officieel gekoppeld aan de methodiek *Palliatief redeneren*, opgenomen in de richtlijnen van Palliatieve Zorg Nederland, het *Kwaliteitskader palliatieve zorg* en het overzicht *Meetinstrumenten in de palliatieve zorg*.

In lijn met het multidimensionale karakter van palliatieve zorg is het USD uitgebreid met items die de sociale en spirituele dimensies van klachten en behoeften adresseren, gebaseerd op literatuuronderzoek en consultatie van experts. Een pilotstudie, geïnitieerd door de Associatie Hospicezorg Nederland (AHzN) en ondersteund door zorgverzekeraar Zilveren Kruis Achmea, vond plaats in twee verpleeghuizen met een palliatieve unit en twee hospices. Deze pilot liet zien dat nieuwe items goed bruikbaar zijn om in gesprek te komen over sociale en spirituele dimensies.

Op basis van de feedback uit de pilot zijn de items verder verfijnd. Daarbij speelde de inbreng van geestelijk verzorgers een belangrijke rol. Hun expertise droeg bij aan het vertalen van de vijf polariteiten van het diamantmodel van Carlo Leget naar toegankelijke items die zowel de sociale als spirituele dimensie raken (Leget, 2017). Ook werd geadviseerd om een overkoepelende vraag over de waarde van het leven toe te voegen, evenals een samenvattende vraag naar (on)welbevinden.

Hoewel de noodzaak voor holistische steun groot is, blijven de sociale en spirituele dimensies van lijden vaak onderbelicht

Zo ontstond de vierdimensionale versie van het USD: het Utrecht Symptoom Dagboek - 4 Dimensioneel (zie bijlage). Dit instrument omvat nu vragen naar de lichamelijke, psychische, sociale en spirituele dimensies van klachten en behoeften. Alle items worden gescoord op een tienpuntsschaal (0 = geen last; 10 = meest ernstige last). Doel hiervan is niet om een diagnose te stellen of om problemen te objectiveren, maar om ruimte te scheppen voor gesprek en betekenisgeving.

De vijf sociospirituele items van het USD-4D luiden: *a) Ik kom toe aan mijzelf, b) Ik kan wat mij overkomt dragen, c) Ik kan degenen die mij dierbaar zijn loslaten, d) Ik voel mij in balans over mijn leven en e) De gedachte aan het einde geeft mij rust.*

Het USD-4D ondersteunt zowel zorgvragers als zorgverleners. Voor zorgvragers biedt het een manier om ervaringen en behoeften breder en concreter te benoemen. Voor zorgverleners fungeert het als hulpmiddel om signalen op te vangen en een gesprek te openen, ook over thema's die anders verborgen zouden blijven. Door alle dimensies van palliatieve zorg systematisch te monitoren, kan het USD-4D onderliggende behoeften zichtbaar maken. Zo kunnen diepere gesprekken en meer persoonsgerichte zorg gerealiseerd worden.

In de praktijk wordt het USD-4D idealiter door de zorgvrager zelf ingevuld. Wanneer dat niet (meer) mogelijk is, kan ook de familie of de zorgverlener het instrument invullen. De uitkomsten vormen een vertrekpunt voor dialoog, bieden houvast bij het signaleren van zorgen en behoeften, en ondersteunen zorgverleners bij het monitoren van multidimensionale zorg.

Onderzoek

In onze onderzoeken zagen we dat het USD-4D in meerdere opzichten betekenisvol is voor de praktijk. We ontdekten dat zorgvragers het instrument als uitnodigend en ondersteunend ervaren. Het helpt hen om hun klachten en behoeften systematisch te benoemen, inclusief de sociale en spirituele dimensies van lijden (Lormans e.a., 2021). Zowel zorgvragers als zorgverleners bevestigen dat de vijf toegevoegde sociospirituele items relevant en begrijpelijk zijn en dat ze aansluiten bij de werkelijkheid van mensen in de palliatieve fase. Dat bevestigde de contentvaliditeit van deze items vanuit het perspectief van zorgvragers en zorgverleners (De Vries e.a., 2021; Lormans e.a., 2025). Onze statistische analyses lieten bovendien zien dat de items daadwerkelijk meten wat ze beogen te meten wat de constructvaliditeit bevestigde (Lormans e.a., 2025). Daarmee konden we onderbouwen dat het USD-4D niet alleen praktisch bruikbaar, maar ook wetenschappelijk betrouwbaar is.

Het USD-4D nodigt uit om zorgvragers als geheel te zien en te ontmoeten

Vervolgens vroegen we zorgvragers wat zij nodig hebben om het instrument goed te gebruiken in de zorgpraktijk. Zij gaven aan dat het van groot belang is dat zij zich persoonlijk uitgenodigd voelen het instrument te gebruiken en dat de context waarin het instrument wordt ingezet zorgvuldig moet worden vormgegeven. Het invullen van het USD-4D bleek voor hen niet het belangrijkste; veel meer ging het om de dialoog die erop volgde, wat precies binnen het doel van het instrument past (Lormans e.a., 2024).

Ten slotte richtten we ons op de ervaringen van zorgverleners. Zij zagen het USD-4D als een waardevolle gespreksstarter en als hulpmiddel om multidimensionale signalen te integreren in het zorgproces. Tegelijkertijd wezen zij ook op barrières, zoals tijdsdruk en onzekerheid over wie het gesprek verder moet oppakken. Toch zagen we dat het instrument hen helpt om samen te werken rond een gedeeld beeld van de zorgvrager en dat het de plek van sociospirituele zorg in het interdisciplinaire team versterkt (Lormans e.a., 2024).

Mevrouw De Bruin (71), gevorderde longkanker, vult het USD-4D in. Haar lichamelijke klachten zijn stabiel, maar ze komt nauwelijks toe aan zichzelf, kan haar situatie slecht dragen en voelt geen balans in haar leven. In het gesprek vertelt ze dat haar dochter als mantelzorgverlener overbelast raakt. Ze probeert haar te ontzien, neemt minder hulp aan en voelt daardoor steeds minder rust rond het naderende einde. In het interdisciplinaire overleg verschuift de focus door deze signalen. Het team ziet dat niet de pijnmedicatie, maar het relationele spanningsveld centraal staat. Verpleegkundige, maatschappelijk werker en geestelijk verzorger stemmen af over ondersteuning voor de dochter, ruimte voor mevrouw om haar draagkracht te verkennen en gesprekken over balans en loslaten.

Samenvattend laten de resultaten zien dat het USD-4D een instrument is dat de ontmoeting tussen zorgvrager en zorgverlener verdiept en de basis legt voor integrale, persoonsgerichte palliatieve zorg.

Ontmoeting tussen zorgvrager en zorgverlener

Reflectie

Het succes van het USD-4D hangt niet alleen af van de inhoud van het instrument, maar vooral van de relatie tussen zorgvrager en zorgverlener. De kracht zit in de uitnodiging: deze erkent de autonomie van de zorgvrager, maakt duidelijk dat diens ervaring er toe doet en dat het recht behouden blijft om iets al dan niet te delen. De uitnodiging is dus geen verplichting of opdracht, maar ruimtescheppend. Juist in een kwetsbare fase van het leven kan die ruimte bevrijdend werken. Ze stelt zorgvragers in staat om in eigen tempo betekenis te geven aan hun situatie en grenzen aan te geven. Essentieel is dat de uitnodiging ook werkelijk openblijft, met de mogelijkheid

om nee te zeggen. Dat nee is geen afwijzing van zorg, maar een keuze die de regie bij de zorgvrager laat en daarom wezenlijk is voor goede palliatieve zorg.

In de praktijk komt het helaas vaak voor dat zorgverleners besluiten of een zorgvrager wel of niet wordt uitgenodigd het USD-4D te gebruiken, ook wel 'gate keeping' genoemd. Dat gebeurt meestal met de beste bedoelingen: uit bescherming, vanuit de overtuiging dat het instrument niet passend is of omdat men meent te weten dat iemand 'geen prater' is. Lane en Roberts (2022) laten zien dat dit soort handelen zelden voortkomt uit slechte intenties, maar juist uit dergelijke rationele rechtvaardigingen die voelen als professionele inschattingen. Precies daarin schuilt het risico: zorgverleners realiseren zich vaak niet dat hun aannames een morele keuze vormen en dat de zorgvrager zo de mogelijkheid wordt ontnomen om zelf te beslissen. Wat bedoeld is als bescherming, kan daardoor ongemerkt veranderen in een belemmering.

Daarom is reflectie cruciaal; niet als losse terugblik na een dienst, maar als relationele vaardigheid die verweven is met de praktijk. Dit vraagt om intellectuele bescheidenheid (weten dat je eigen oordeel beperkt is), situationele gevoeligheid (zien hoe de context keuzes beïnvloedt), een groei mindset (fouten durven zien als leerkansen) en verbondenheid met collega's (ruimte maken voor elkaars perspectief). Alleen in die combinatie wordt het mogelijk om aannames over wat goed zou zijn voor de zorgvrager kritisch te onderzoeken en de uitnodiging werkelijk open te laten.

Wanneer zorgvragers wel worden uitgenodigd om het USD-4D te gebruiken, laat de praktijk zien dat dit vaak betekenisvol is. Zorgvragers geven aan dat de vragen herkenning oproepen; zij voelen zich gezien in meer dan alleen hun lichamelijke klachten. Zorgvragers gebruiken het instrument vooral wanneer het op het juiste moment en in de juiste vorm wordt geïntroduceerd. Timing, relatie en context bepalen of het als zinvol wordt ervaren of juist als administratieve last. Het besluit om het USD-4D te gebruiken, ontstaat daarom niet in isolatie, het is ingebed in de zorgrelatie. Wanneer er vertrouwen is, kan het USD-4D zorgvragers het gevoel geven meer grip te krijgen, het gesprek beter te kunnen voeren en erkenning te vinden voor klachten en behoef-

ten die anders verborgen blijven. Maar wanneer het zonder uitleg of relatie wordt ingezet, kan het juist afstand scheppen.

Dialogoog

Veel zorgvragers verlangen naar een gesprek over wat hen innerlijk bezighoudt: vragen over betekenis, relaties, schuld, verlies of toekomst. Toch wachten zij vaak tot de zorgverlener de eerste stap zet. Wanneer die opening uitblijft, blijft ook het gesprek uit. Zorgverleners aarzelen vaak om deze thema's aan te snijden. Soms uit angst om iets los te maken dat zij niet kunnen opvangen, soms omdat zij menen dat dit niet bij hun rol hoort. Daardoor ontstaat een paradox: zorgvragers hopen dat hun diepere vragen gezien worden, terwijl zorgverleners wachten op een signaal van de zorgvrager. Het gevolg is verwijdering, waar juist ontmoeting had kunnen plaatsvinden.

In het gebruik van het USD-4D komen zorgvrager en zorgverlener tot een dialoog die anders misschien niet tot stand was gekomen. Het instrument versterkt de ontmoeting die al in de relatie aanwezig is. Zorgvragers vinden soms woorden voor wat moeilijk uit te spreken is en zorgverleners ervaren steun om thema's te verkennen die anders onbesproken zouden blijven. In die dialoog worden sociale en spirituele lagen niet als toevoeging gezien, maar als integraal onderdeel van het verhaal van deze persoon. Voor zorgverleners vraagt dit om gespreksvaardigheden. Het vermogen om open vragen te stellen, stilte te verdragen en zorgvragers te helpen woorden te vinden, zonder hun verhaal te sturen. Dit zijn geen vanzelfsprekende vaardigheden, maar ze kunnen worden ontwikkeld door training, intervisie en samenwerking met collega's uit andere disciplines.

De uiteindelijke kracht van de dialoog ligt niet in het oplossen van problemen, maar in het erkennen ervan. Het USD-4D is geen instrument om lijden weg te nemen, maar om het samen onder ogen te kunnen zien en betekenis te geven. Zo ontstaat zorg die niet reduceert tot klachtenlijsten of domeinen, maar het hele mens-zijn recht doet.

Van domeinen terug naar dimensies

Het USD-4D nodigt uit om zorgvragers als geheel te zien en te ontmoeten. Dat sluit direct aan bij de kern van palliatieve zorg: niet alleen klachten bestrijden, maar het hele mens-zijn serieus nemen.



Het vierdimensionale model – lichamelijk, psychisch, sociaal en spiritueel – helpt ons om grip te krijgen op de veelheid aan ervaringen van zorgvragers. Het brengt orde in wat vaak chaotisch en overweldigend is. Maar juist dat houvast kent ook een keerzijde. Het multidimensionale denkkader is in veel zorgpraktijken verworden tot een systeem van domeinen met elk een eigen specialist. De arts behandelt het lichamelijke, de psycholoog het psychische, de maatschappelijk werker het sociale en de geestelijk verzorger het spirituele. Daarmee raakt het oorspronkelijke doel uit beeld: zorg voor de hele mens. Er ontstaat versnippering, zichtbaar in de organisatie van zorg, in hoe klachten en behoeften worden geïnterpreteerd, verwijzingen plaatsvinden en teams communiceren. Wat een kader voor samenhang zou moeten zijn, wordt zo een systeem van grenzen en doorverwijzingen. Het werkt door in taal, formuleren en overlegstructuren, vaak zonder dat we ons er nog van bewust zijn.

De werkelijkheid van zorgvragers laat zich niet vangen in afgebakende categorieën. Het is daarom noodzakelijk dat de verschillende dimensies opnieuw in hun onderlinge samenhang worden gezien en geadresseerd. Neem bijvoorbeeld iemand die het benauwd heeft. In de meeste dossiers wordt dit als lichamelijke klacht genoteerd. De zorgvrager krijgt zuurstof, medicatie en soms morfine. Maar wie vraagt of hier misschien ook angst speelt? Onrust? Een verlangen naar controle? Een gevoel van schuld of onmacht? Achter een klacht kunnen vele betekenissen schuilgaan, die zich bewegen tussen dimensies. Zodra symptomen automatisch worden gekoppeld aan een enkel domein, lopen we het risico dat andere lagen van betekenis onzichtbaar blijven.

Het USD-4D helpt die verkokering te doorbreken. Niet door de dimensies nog scherper af te bakken, maar juist door ze samen te brengen, zowel inhoudelijk als in het taalgebruik. De items zijn bewust niet gecategoriseerd; ze gebruiken woorden

die breed genoeg zijn voor de eigen beleving van de zorgvrager en tegelijk concreet genoeg om zorgverleners houvast te bieden. In het invullen en bespreken van het instrument ontstaat zo ruimte om te zien hoe lichamelijke pijn verweven kan zijn met psychische nood, hoe sociaal isolement existentieel kan voelen en hoe zingevingsvragen zich soms juist in fysieke klachten uitdrukken. Omdat het taalveld van elke dimensie openblijft, wordt voorkomen dat 'spiritueel' uitsluitend religieus gelezen wordt of dat 'sociaal' gereduceerd raakt tot praktische ondersteuning. Elke ervaring krijgt pas betekenis in de context van het verhaal van de zorgvrager.

Voor zorgverleners vraagt dit om een houding die niet alleen functioneert via verwijzen en doorzetten, maar vooral gericht is op ontmoeten, luisteren en verbinden. Het USD-4D maakt zichtbaar dat zorg niet draait om het oplossen van losse vragen, maar om het erkennen van samenhang en ambiguïteit. Dat is geen beperking, maar juist de kern van passende palliatieve zorg. Ook organisatorisch kan het instrument helpen om muren te doorbreken. Wanneer teams het USD-4D structureel gebruiken, ontstaat een gedeeld kader waarin verschillende disciplines met elkaar in gesprek gaan, niet langs de lijnen van 'wie doet wat?', maar vanuit de vraag: wat zien wij samen in dit verhaal van de zorgvrager? Deze manier van kijken blijkt niet alleen waardevol in de palliatieve fase, maar ook in chronische zorgsituaties, waar de langdurige samenhang tussen lichamelijke, psychische, sociale en existentiële factoren vaak onzichtbaar blijft. Tegelijk vraagt het gebruik van het instrument aandacht voor mensen die minder of beperkt talig zijn; daar moet het gesprek soms op andere manieren worden ondersteund, bijvoorbeeld met ondersteuning van naasten of via observatie en andere hulpmiddelen.

De echte transitie naar passende palliatieve zorg vindt dan ook plaats als het USD-4D wordt ingebed in een cultuur van relationele afstemming en interdisciplinaire samenwerking. Het helpt ons steeds terug te keren van domeinen naar dimensies en zo de veelkleurigheid van het menselijk bestaan werkelijk tot haar recht te laten komen.

Rol geestelijk verzorger

In de afgelopen jaren heeft het vakgebied van de geestelijke verzorging een duidelijke ontwikkeling

doorgemaakt. Waar geestelijk verzorgers traditioneel werden gezien als specialisten binnen een afgebakend spiritueel domein, positioneren zij zich steeds meer als systeemspelers, cultuurdragers en begeleiders van reflectie en betekenis binnen de zorg. Ze bewegen zich tussen zorgvrager en team, tussen individuele zorg en organisatiecultuur en zijn niet langer alleen 'op afroep' beschikbaar, maar actief betrokken bij de afstemming van zorg over alle dimensies van het menselijk bestaan. Toch blijft deze verbreding van de rol in de praktijk vaak onzichtbaar. In veel zorgcontexten wordt de geestelijk verzorger nog steeds vooral geassocieerd met religieuze of levensbeschouwelijke vragen en pas ingeschakeld bij uit-zichtloosheid, rouw of sterven. Daarmee dreigt diens bijdrage beperkt te blijven tot een bijrol, terwijl de expertise juist van grote waarde is voor het adresseren van sociospirituele thema's die nauw verbonden zijn met lichamelijke en psychische ervaringen.

Deze paradox – een vak dat zich ontwikkelt richting integrale, relationele zorg, terwijl het nog steeds in traditionele domeinen wordt geplaatst – vormt een van de belangrijkste uitdagingen voor de beroepspraktijk. Het USD-4D biedt een concrete mogelijkheid om die bredere rol zichtbaar en functioneel te maken. Door zorgvragers systematisch uit te nodigen om over alle vier dimensies van palliatieve zorg te reflecteren, creëert het instrument een gedeelde taal die zowel zorgvrager als zorgverlener ondersteunt. Voor geestelijk verzorgers vormt het een ingang om sociospirituele thema's expliciet bespreekbaar te maken binnen het interdisciplinaire team en om hun expertise te verbinden met de andere dimensies van lijden en zorgbehoefte.

Het USD-4D ondersteunt geestelijk verzorgers in het versterken van hun interprofessionele rol. Door sociospirituele signalen in dezelfde taal en structuur te presenteren als lichamelijke en psychische klachten, wordt meteen zichtbaar hoe deze dimensies samenhangen. Wanneer zorgvragers het instrument invullen en de uitkomsten worden besproken, ontstaan heldere aanknopingspunten rond thema's als angst, verlies van autonomie, zingeving en het loslaten van dierbaren; gebieden die voor andere disciplines vaak minder gemakkelijk te duiden zijn. Deze gezamenlijke taal maakt het eenvoudiger om de verwevenheid van de vier dimensies te bespreken en om te zien waar zorgafstemming nodig is.

Waarom als geestelijk verzorger het USD-4D omarmen?

Versterking interdisciplinaire positie

- *Brugfunctie geestelijke verzorging.* Het USD-4D objectieert de sociale en spirituele dimensies. Hierdoor kan de geestelijk verzorger existentiële thema's vertalen naar de taal van het behandelteam, wat de holistische zorg borgt.
- *Ondersteuning klinische besluitvorming.* Door inzicht te bieden in de existentiële en relationele draagkracht, levert de geestelijk verzorger essentiële input voor het vaststellen van passende en proportionele behandeldoelen (advance care planning).
- *Signalering zorglacunes.* De systematische uitvraag legt verborgen hiaten in de psychosociale en spirituele zorg bloot, waardoor de geestelijk verzorger proactief kan adviseren over noodzakelijke interventies.

Operationalisering sociale en spirituele dimensies

- *Methodische integratie.* De vijf polariteiten van het USD-4D bieden een concreet kader om subjectieve ervaringen over verbondenheid en zingeving eenduidig vast te leggen in het zorgdossier.
- *Interprofessioneel bewustzijn.* Het gebruik van het instrument traint het gehele team om de impact van existentiële vragen op het fysieke en psychische welzijn te herkennen (het concept van *Total Pain*).
- *Waardegestuurde zorg.* Systematische monitoring zorgt ervoor dat het zorgplan blijft resoneren met de diepere waarden en levensvisie van de zorgvrager, in plaats van enkel met de medische protocollen.

Optimalisering interdisciplinaire dialoog

- *Facilitatie van reflectie.* De geestelijk verzorger fungeert als procesbegeleider bij de duiding van USD-4D-scores, waarbij de dialoog over 'trage vragen' binnen het team wordt gestimuleerd.
- *Consultatieve expertise.* Bij complexe scores op de sociospirituele assen wordt de geestelijk verzorger geraadpleegd voor diepgaande diagnostiek en de formulering van een spiritueel zorgplan.
- *Trendanalyse en evaluatie.* Door USD-4D-data longitudinaal te volgen, kan het team anticiperen op existentiële crises en de effectiviteit van de geboden begeleiding gezamenlijk evalueren.

Strategische en kwalitatieve meerwaarde

- *Positionering als expert.* Het USD-4D bevestigt de geestelijk verzorger als de onmisbare expert voor de spirituele dimensie binnen de palliatieve en curatieve zorgketen.
- *Transparantie en kwaliteitsborging.* Het instrument maakt spirituele zorg meetbaar en inzichtelijk voor kwaliteitsvisitaties en externe verantwoording, zonder de diepgang van de ontmoeting te verliezen.
- *Zorgvrager-empowerment.* De focus op autonomie en zingeving bevordert de veerkracht van de zorgvrager en erkent diens subjectieve kwaliteit van leven als leidend principe.

Dit zichtbare handelen versterkt de positie van de geestelijk verzorger in het team. Het USD-4D fungeert als een gedeeld referentiekader, waardoor sociospirituele vragen vanzelfsprekend onderdeel worden van het zorgproces. Omdat de geestelijk verzorger werkt met dezelfde systematische gegevens als artsen en verpleegkundigen, krijgt de eigen expertise een duidelijke plaats, zonder te vervallen in een behandelende rol. Tegelijk blijft de vrijplaatsfunctie behouden, want alleen informatie die de zorgvrager wil inbrengen wordt gedeeld en het beroepsgeheim blijft leidend. In het interdisci-

plinair overleg ontstaat daardoor geen medicalisering van spiritualiteit, maar juist een nauwkeuriger zicht op wat voor deze persoon betekenisvol is. Het instrument geeft bovendien richting aan het overleg, doordat het helpt om gerichte vragen te stellen als: 'De zorgvrager heeft moeite met het loslaten van dierbaren. Wat betekent dit voor onze gezamenlijke benadering?'

Daarnaast heeft het systematisch gebruik van het USD-4D een leereffect voor het hele team. Collega's leren signalen beter te interpreteren, erkennen

de complexiteit van sociospiritueel lijden en krijgen zicht op hoe deze verweven zijn met lichamelijke en psychische zorgbehoeften. Zo fungeert de geestelijk verzorger niet alleen als begeleider van zorgvragers, maar ook als katalysator voor teamontwikkeling. Wat specifieke aandacht vraagt, is de manier waarop geestelijk verzorgers de uitkomsten van het USD-4D terugkoppelen, zowel naar de zorgvrager als naar het zorgteam. Daarbij vertalen zij signalen naar een gesprek waarin erkenning en nabijheid centraal staan en maken zij in dossiervoering en interdisciplinair overleg de sociale en spirituele dimensies expliciet zichtbaar.

Ten slotte kunnen geestelijk verzorgers met behulp van het USD-4D generalistische zorgverleners ondersteunen. Voor veel verpleegkundigen en artsen is het bespreken van existentiële of relationele kwesties nog niet vanzelfsprekend. Het instrument biedt weliswaar een laagdrempelig kader om zulke thema's te signaleren, maar vraagt vaak om duiding en verdieping. Geestelijk verzorgers kunnen laten zien hoe je vanuit de antwoorden van een zorgvrager een open vraag stelt, woorden geeft aan wat tussen de regels zichtbaar wordt en collega's ondersteunt in het verdragen van onzekerheid of machteloosheid die zulke gesprekken oproepen. Zo wordt hun expertise niet alleen zichtbaar, maar ook deelbaar.

Tot besluit

Het USD-4D markeert een belangrijke stap in de beweging naar werkelijk persoonsgerichte palliatieve zorg. Niet als instrument dat definitieve antwoorden biedt, maar als uitnodiging tot gesprek, verbinding en reflectie. Het helpt zorgverleners om voorbij de domeinen te kijken en de mens in zijn volle laagdheid te ontmoeten: lichamenlijk, psychisch, sociaal en spiritueel.

Daarmee doorbreekt het instrument de neiging tot versnippering en herstelt het het oorspronkelijke doel van het vierdimensionale model: zorg voor het geheel. Dit vraagt om een open houding, een bereidheid tot vertraging en het durven stellen van de vraag: wat speelt hier? In een zorglandschap dat

steeds meer gericht is op efficiëntie en meetbaarheid, laat het USD-4D duidelijk zien hoe dit menselijkheid en betekenis niet hoeft uit te sluiten.

T. Lormans PhD, MA, MSc is geestelijk verzorger bij Zinzia Zorggroep. E-mail: tom_lormans@hotmail.com.

Literatuur

- Baan, F.H. van der, Koldenhof, J.J., Nijs, E.J., Echteld, M.A., Zweers, D., Hesselmann, G.M., Vervoort, S.C., Vos, J.B., Graaf, E., Witteveen, P.O., Suijkerbuijk, K.P., Graeff, A. & Teunissen, S.C. (2020). Validation of the Dutch version of the Edmonton Symptom Assessment System. *Cancer Medicine*, 9 (17), 6111-6121.
- Bruera, E., Kuehn, N., Miller, M.J., Selmsler, P. & Macmillan, K. (1991). The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *Journal of Palliative Care*, 7 (2), 6-9.
- Leget, C. (2017). *Art of living, art of dying: spiritual care for a good death*. Kingsley.
- Lormans, T., Graaf, E. de, Baan, F. van der, Leget, C. & Teunissen, S. (2025). Validating the socio-spiritual items of the Utrecht Symptom Diary - 4 Dimensional: Content and construct validity. *Palliative Medicine*, 39 (5), <https://doi.org/10.1177/02692163251321692>.
- Lormans, T., Graaf, E. de, Geer, J. van de, Baan, F. van der, Leget, C. & Teunissen, S. (2021). Toward a socio-spiritual approach? A mixed-methods systematic review on the social and spiritual needs of patients in the palliative phase of their illness. *Palliative Medicine*, 35 (6), 1071-1098.
- Lormans, T., Graaf, E. de, Leget, C. & Teunissen, S. (2024). Experience or perception: what healthcare providers need when using the Utrecht Symptom Diary - 4 Dimensional, a mixed-methods study. *Palliative Care and Social Practice*, 18, <https://doi.org/10.1177/26323524241281748>.
- Lormans, T., Graaf, E. de, Vries, S. de, Leget, C. & Teunissen, S. (2024). 'It is important to feel invited': what patients require when using the Utrecht Symptom Diary - 4 Dimensional, a qualitative exploration. *Palliative Care and Social Practice*, 18, <https://doi.org/10.1177/26323524241260426>.
- Vries, S. de, Lormans, T., Graaf, E. de, Leget, C. & Teunissen, S. (2021). The content validity of the items related to the social and spiritual dimensions of the Utrecht Symptom Diary-4 Dimensional from a patient's perspective: a qualitative study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 61 (2), 287-294.e2.

Utrecht Symptoom Dagboek – 4 Dimensioneel



Door regelmatig klachten en/of problemen die u ervaart in te vullen, kunnen we samen tot passende zorg komen, evalueren en indien nodig bijstellen. Omcirkel het cijfer dat van toepassing is op hoe u de klachten en/of problemen op het moment van invullen ervaart. De vragen kunnen ook door een familielid of door een zorgverlener worden beantwoord als u dat als patiënt zelf niet kunt of wilt doen. Het woord 'ik' in de vragen dient dan te worden vervangen door 'familieid' of door 'de patiënt/gast/cliënt'.

De scores zijn ingevuld door: 0 patient 0 geliefde/familieid 0 zorgverlener

Ik heb:

Geen pijn	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Erg veel pijn
Geen slaapproblemen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Erg veel slaapproblemen
Geen droge mond	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Erg droge mond
Geen slikklachten	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Erg veel slikklachten
Goede eetlust	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Geen eetlust
Normale ontlasting	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Geen ontlasting
Anders	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Ik voel me

Niet misselijk	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Erg misselijk
Niet benauwd	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Erg benauwd
Niet moe	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Erg moe
Niet 'anders dan anders'	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Erg anders
Niet angstig	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Erg angstig
Niet somber	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Erg somber
Anders	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Ik voel me op dit moment

Goed	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Erg slecht
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

Het leven heeft voor mij op dit moment

Veel waarde	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Geen waarde
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------

Welke klacht(en)/problemen moet(en) wat u betreft als eerste worden aangepakt?

- 1.
- 2.

