

# 1 De basis van leiderschap en gespreksvoering



## LEERDOELEN

Na het lezen van dit hoofdstuk ben je in staat om:

- de belangrijkste begrippen met betrekking tot positieve gezondheid te benoemen en de verschillende lagen hierin te herkennen (paragraaf 1.1);
- vanuit een contextuele benadering naar jezelf en naar anderen te kijken (paragraaf 1.2);
- je eigen referentiekader te herkennen, te benoemen en toe te passen (paragraaf 1.3);
- je eigen copingstijlen te herkennen (paragraaf 1.4);
- de basisgesprekstechnieken toe te passen (paragraaf 1.5);
- persoonlijk leiderschap bij jezelf te herkennen en toe te passen in je dagelijkse activiteiten (paragraaf 1.6);
- feedback te geven en te ontvangen (paragraaf 1.7);
- je cirkel van invloed te vergroten (paragraaf 1.8).

Dit eerste hoofdstuk start met de blik gericht op gezondheid. Hieraan verbinden we de contextuele benadering, zodat voor jou duidelijk wordt dat de mens in diens volledige context centraal staat. Vervolgens beschrijven we het referentiekader, leer je om copingstijlen bij jezelf te herkennen en leggen we de basisgespreksvaardigheden uit. Ten slotte leggen we de link met persoonlijk leiderschap en oefen je met het geven van feedback en het beïnvloeden van jouw cirkel van invloed.

## 1.1 Positieve gezondheid

In dit boek staat de benadering vanuit positieve gezondheid centraal. In deze paragraaf behandelen we verschillende visies op ziekte en gezondheid door de jaren heen, waarna we het concept van positieve gezondheid verder uitwerken.

## Rafi

Gisteravond had ik late dienst.

Ik stond op kamer 73 bij Rafi, 21 jaar. Een vrolijke en gezellige jongen, en altijd positief ingesteld. Rafi is opgenomen in verband met een pneumonie. Hij is al sinds zijn geboorte astmatisch en verblijft een paar dagen op de afdeling in verband met antibiotica via het infuus.

Na het bezoekje belde Rafi. Ik ging naar hem toe en trof hem naar adem happend aan. Hij zag bleek en zijn ogen stonden zo bang. Ik schrok en wilde hem helpen. Ik riep mijn begeleidster en zij zei dat ik de controles moest doen. De controles waren zwaar afwijkend. Opeens stond de hele kamer vol met witte jassen. Iedereen riep van alles en Rafi keek steeds angstiger en werd steeds benauwder. Rafi kreeg allemaal extra lijnen, zoals een katheter en een

nieuw infuus. Hij had een zuurstofmasker op en lag aan een monitor.

Vanuit een hoekje in de kamer stond ik te kijken. Dit was mijn eerste acute situatie. Iedereen praatte en keek naar de cijfers en waarden. Niemand zag de angst in zijn ogen, de paniek. De 'witte jassen' zagen alleen de cijfers. Iedereen was zo hard aan het werk! Niet lang daarna werd Rafi naar de ic gereden, waar hij nu aan de beademing ligt en in slaap wordt gehouden.

Ik stond te trillen op mijn benen en voelde mij vooral machteloos.

Achteraf denk ik: was ik maar naast hem gaan zitten om zijn hand vast te houden. Niet dat dit de situatie had veranderd, maar misschien had het wel zijn angst en paniek verminderd.

(Marlijn, 20 jaar, student verpleegkunde)

**Pneumonie:** Longontsteking (Dudink et al., 2021, p. B-13).

**Astma:** Een chronische longaandoening die zich kenmerkt door aanvallen van benauwdheid, een piepende ademhaling en hoesten als gevolg van een chronische ontsteking van de onderste luchtwegen in combinatie met een overgevoeligheid voor bepaalde prikkels (Dudink et al., 2021, p. B-2).

Een veelgehoorde klacht binnen de gezondheidszorg gaat over communicatie. Hoewel de meeste verpleegkundigen en andere zorgprofessionals zullen zeggen dat ze echt luisteren, voelen zorgvragers zich vaak toch niet gehoord. In casus 1.1 lees je de situatie zoals Marlijn deze ervaarde. Zij zag veel zorgverleners die hun uiterste best deden om de benauwdheid van Rafi zo goed mogelijk te behandelen. Zij zag ook een patiënt met angst en paniek in zijn ogen, wat door de andere professionals niet opgemerkt leek te worden.

### 1.1.1 Van zorgen voor naar zorgen dat

Het handelen op grond van metingen en waarden past binnen een medische benadering van gezondheid. Lange tijd was het behandelen van een ziekte uitsluitend een taak van een arts. Vanuit het **medische model**, waarin artsen werden opgeleid, was de patiënt een zieke en was het doel om de ziekte te behandelen en de patiënt te genezen. Gezondheid werd daarbij gezien als de afwezigheid van ziekte (Sassen, 2018). De ontdekking van antibiotica in de jaren dertig van de vorige eeuw versterkte de verwachting dat genezing van alle ziekten mogelijk was. Medische professionals waren euforisch! Na verloop van tijd kwam echter het besef dat een medische behandeling niet bij alle gezondheidsproblemen paste.

In 1948 definieerde de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) gezondheid als 'een toestand van volledig fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden en niet louter het ontbreken van

ziekte of gebrek' (Institute For Positive Health, 2022a). Deze definitie was baanbrekend, omdat hier voor het eerst werd gesproken over fysiek, geestelijk *en* sociaal welbevinden. Waar de medische wereld voorheen uitging van met name (fysieke) aandoeningen, werd hier een bredere kijk op gezondheid en op de mens geformuleerd.

Tegenwoordig krijgen veel medische professionals in hun opleiding nog steeds mee dat allereerst van hen verwacht wordt dat ze mensen genezen, vanuit een perspectief dat wordt gedomineerd door het medische model.

## Q CASUS 1.2

### Meneer Kumar

Meneer Kumar, 74 jaar, heeft zware COPD. Hij krijgt steevast te horen dat hij maar eens moet stoppen met roken en moet afvallen. Eén keer per maand komt hij op de longpoli en bij elk bezoek krijgt hij deze boodschap van de verpleegkundige, van de longarts en van de diëtist, bij wie hij langsgaat vanwege

zijn diabetes mellitus type 2. Jarenlang hoort hij deze boodschap al aan en gaat vervolgens weer naar huis. Voor de longarts is het roken de grote boosdoener voor zijn COPD, voor de diabetesverpleegkundige is de hoge bloedsuikerwaarde te wijten aan zijn eetgewoonten.

**COPD:** Afkorting voor *chronic obstructive pulmonary disease*. Chronische en progressieve obstructieve longaandoening bestaande uit chronische bronchitis en longemfyseem (Dudink et al., 2021, p. B-4).

**Diabetes mellitus type 2:** Vorm van diabetes mellitus met een verminderde gevoeligheid van de weefsels voor insuline, in combinatie met een verminderde productie in de pancreas (Dudink et al., 2021, p. B-5).

Het uitgangspunt bij het medische model is: COPD is een medisch probleem dat in de persoon zit, zoals bij meneer Kumar. Een ziekte wordt in essentie gezien als een defect dat voor zover mogelijk gecorrigeerd, hersteld of genezen moet worden (Hiskes, 2019). Het medische model staat hierbij voor correctie, voor pleisters plakken. Alles wat buiten de norm van de medische wetenschap valt, is een afwijking. De taak van de verpleegkundige binnen het medische model is om te zorgen voor de medische aandoening van de patiënt. Als patiënten zijn opgenomen in het ziekenhuis, neem je de zorg over, totdat zij hersteld zijn en weer voor zichzelf kunnen zorgen. De norm is daarbij een mens zonder beperkingen, want anders kan iemand niet meedraaien in de maatschappij.

## ☀️ UITGELICHT Het sociale model

Het **sociale model** zet de relatie tussen de zorgvrager en de omgeving centraal. Daar waar in het medische model wordt gesproken van een patiënt met het syndroom van Down of iemand met een halfzijdige verlamming na een CVA die beperkt was en gecorrigeerd moest worden, zegt het sociale model dat de maatschappij meer ingericht moet worden op datgene wat zorgvragers nodig hebben om met hun ziekte om te gaan en in hun eigen omgeving te kunnen functioneren.

Een aantal jaren geleden kwam er daarnaast een omwenteling in de benadering van de zorgvrager. Voorheen zorgde je als verpleegkundige *voor* de patiënt: je nam zorgtaken over wanneer en zolang iemand dat zelf niet kon. In de huidige gezondheidszorg is het de bedoeling dat je als verpleegkundige zorgt *dat* zorgvragers de nodige mogelijkheden,

vaardigheden en kennis hebben om binnen hun eigen context, de ziekte of aandoening in hun leven te integreren.

**Syndroom van Down:** Chromosomale aandoening die gepaard gaat met een kenmerkend uiterlijk en een lichte tot zeer ernstige verstandelijke beperking. Ook trisomie 21 genoemd, omdat chromosoom 21 bij dit syndroom in drievoud aanwezig is (Dudink et al., 2021, p. B-15).

**CVA:** Afkorting voor *cerebrovasculair accident*. We spreken ook wel van beroerte. Hiermee kan zowel een herseninfarct als een spontane intracerebrale bloeding bedoeld worden (Dudink et al., 2021, p. B-3).

Meneer Kumar krijgt in casus 1.2 volgens het medische model de opdracht om te stoppen met roken en gezonder te gaan eten, zodat zijn COPD en zijn bloedsuikerwaarden verbeteren. Bij benadering vanuit het sociale model zou je als verpleegkundige de volgende vragen willen stellen: Wie bent u? Wat is belangrijk voor u? In welke situatie bevindt u zich? En: wat maakt dat u rookt?

Wellicht blijkt vanuit deze benadering dat meneer Kumar al jarenlang mantelzorgers is voor zijn dementerende vrouw en daardoor overbelast is. Even buiten staan met een sigaret is voor hem dan een moment van opladen, om daarna weer voor zijn vrouw te kunnen zorgen. Mogelijk kookte mevrouw Kumar altijd, maar kan zij dit door haar dementie niet meer en doet meneer Kumar dat nu zelf, hoewel hij dit nooit geleerd heeft en er ook geen plezier aan beleeft.

Door aan te sluiten bij wat meneer Kumar nodig heeft, kun je er als verpleegkundige voor zorgen dat hij kan blijven functioneren en, ondanks zijn beperkingen, kwaliteit van leven ervaart.

---

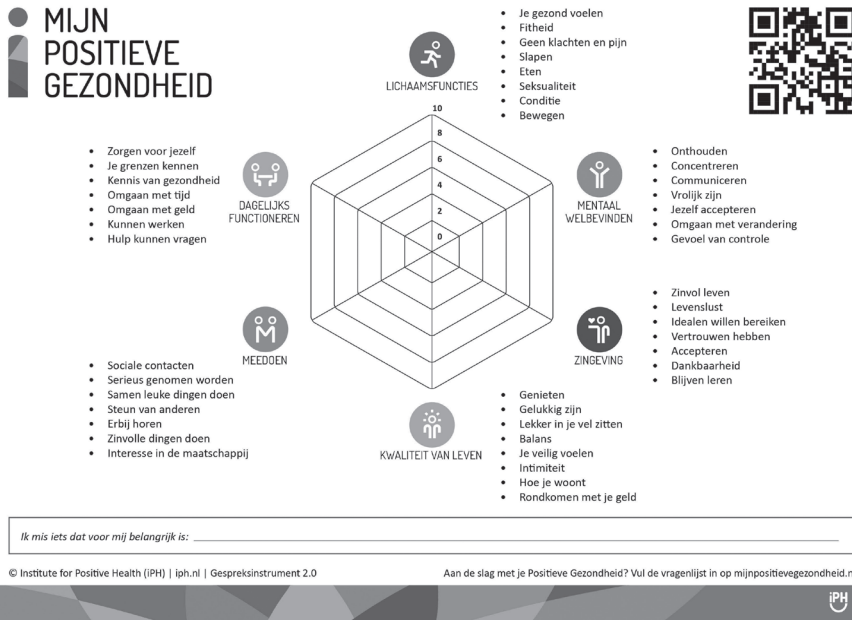
## **UITGELICHT** **Positieve gezondheid**

De benadering waarin de mens volledig centraal wordt gesteld, is die van **positieve gezondheid**. Vanuit deze benadering kijk je naar de zorgvrager als mens met een aandoening, en niet naar de aandoening waar toevallig een mens bij hoort. Bij positieve gezondheid wordt uitgegaan van mogelijkheden, en niet alleen van de beperkingen die een aandoening met zich meebrengt, zodat zorgvragers maximale eigen regie kunnen houden over hun eigen leven. De veerkracht van de individuele mens in de eigen omgeving en datgene wat het leven betekenis kan geven, staan centraal (Huber, 2014).

Machteld Huber, van oorsprong huisarts, is de grondlegger van het gedachtegoed van positieve gezondheid. Door haar eigen ervaring met ziekte ontdekte ze dat zij haar herstel actief en positief kon beïnvloeden. In haar proefschrift uit 2014 presenteerde zij een breed en dynamisch concept van gezondheid. Dit staat nu bekend als positieve gezondheid en wordt zichtbaar gemaakt met behulp van een spinnenweb met zes dimensies (Institute For Positive Health, 2022b). In figuur 1.1 is dit spinnenweb weergegeven. Daarmee kunnen zorgvragers, vanuit de benadering van positieve gezondheid, in kaart brengen hoe zij hun eigen gezondheid ervaren.

In het spinnenweb en de bijbehorende vragenlijst zijn zes dimensies uitgewerkt: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen en dagelijks functioneren. Als verpleegkundige kun jij dit spinnenweb als hulpmiddel gebruiken om een gesprek te voeren waarbij de mens centraal wordt gezet en uitgegaan wordt van wat voor de ander echt belangrijk is. Op deze manier breng je het leven en de ziektebeleving van je

zorgvrager volledig in beeld. In dit boek gaan we uit van deze bredere kijk op gezondheid, waarin de mens centraal staat.



**FIGUUR 1.1** Spinnenweb positieve gezondheid

Overgenomen uit *Wat is positieve gezondheid?* door Institute For Positive Health, 2022b (<https://www.iph.nl/kennisbank/wat-is-positieve-gezondheid/>).

In casus 1.1 las je dat er in deze acute situatie sprake was van communicatie volgens het medische model, waarbij de focus lag op de communicatie over wat er fysiek nodig was om Rafi te helpen, volgens het principe *treat first what kills first*. De witte jassen, zoals Marlijn de zorgverleners in de kamer omschreef, zagen de angst en paniek in zijn ogen niet. Bij **professionele communicatie** wordt uitgegaan van het continu ophalen van *alle* vormen van informatie bij en met de zorgvrager. Als verpleegkundige stem je steeds samen met zorgvragers af wat zij op dat moment nodig hebben.

### **OPDRACHT 1.1**

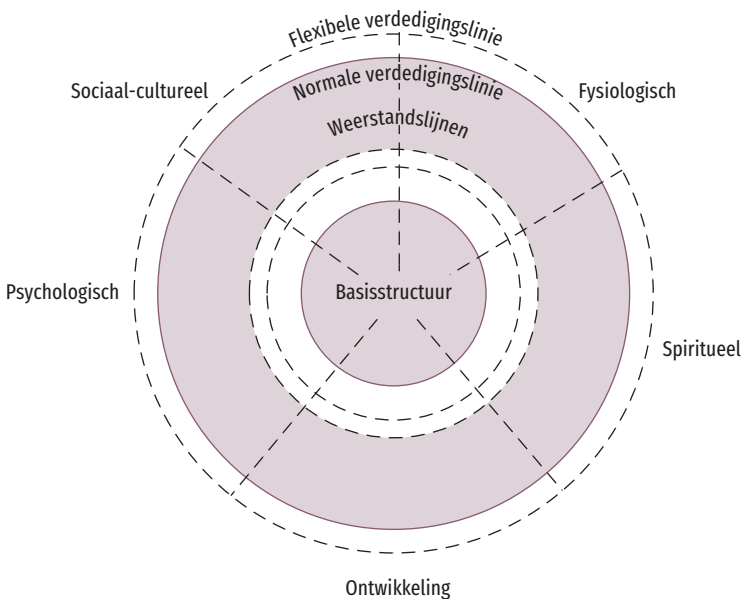
Scan de QR-code van figuur 1.1 en vul voor jezelf het spinnenweb van positieve gezondheid in. Welke zaken hebben het meest betekenis in jouw leven?

## **1.2 Contextuele benadering**

In paragraaf 1.1 hebben we de basis gelegd voor de benadering van ziekte en gezondheid, waarbij het spinnenweb van positieve gezondheid als hulpmiddel is gepresenteerd om de mens centraal te stellen. In deze paragraaf beschrijven we hoe je als mens in relatie tot je omgeving staat. Als mens ben je niet een op zichzelf staand individu, maar altijd

verbonden met de mensen om je heen, de context. Deze contextuele benadering behandelen we aan de hand van het systeemtheoretisch model.

Bij het **systeemtheoretisch model** wordt ervan uitgegaan dat je als mens een open systeem bent dat voortdurend in contact staat met de omgeving. Deze omgeving is bepalend voor jouw veerkracht. Door naar de mens als geheel te kijken, holistisch, neem je alle facetten mee die van invloed zijn op het functioneren. Een systeemtheoretisch model dat ontwikkeld is voor verpleegkundigen is het **Neuman Systems Model**. Betty Neuman, van oorsprong verpleegkundige, ontwikkelde dit model in 1974. Door haar ervaring in onder andere de geestelijke gezondheidszorg ziet zij de mens als een holistisch geheel, waarbij we zowel naar fysiologische, psychologische, sociaal-culturele, ontwikkelings- en spirituele variabelen, als naar de invloed van de omgeving moeten kijken. Het model, dat gebaseerd is op drie theorieën en vijf variabelen, is door deze holistische blik toepasbaar in alle zorgsectoren (zie figuur 1.2) (Neuman & Fawcett, 2011; Merks & Verberk, 2021).



**FIGUUR 1.2** Neuman Systems Model met vijf variabelen

Naar *Verpleegkunde volgens het Neuman Systems Model* (p. 27) door A. Merks & F. Verberk, 2021, Koninklijke van Gorcum B.V.

Stel je eens voor dat je je enkel blesseert. Fysiek (of *fysiologisch*) heb je nu een probleem dat je beperkt in het uitvoeren van je dagelijkse activiteiten. Zo kan deze blessure ervoor zorgen dat je minder mobiel bent, omdat je bijvoorbeeld de trap minder goed op en af kunt, je niet zomaar op de fiets of in de auto stapt en het wandelingetje naar de bus ineens een marathon lijkt. Deze fysieke blessure verstoort daarmee je dagelijkse routine en heeft invloed op de dingen die jij leuk vindt om te doen.

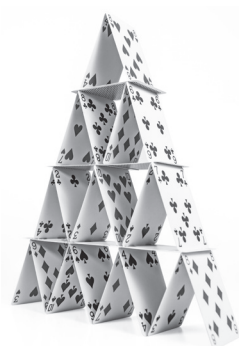
Een geblesseerde enkel heeft daardoor ook op *psychologisch* gebied impact. Door de aanpassingen die je in je dagelijkse routine en activiteiten moet doen totdat je blessure is genezen, kun je stress ervaren. Je kunt je daarnaast zorgen maken over verplichtingen die je niet na kunt komen of inkomsten die je misloopt omdat je tijdelijk niet kunt werken. Misschien is bewegen of sport voor jou een manier om je zorgen even te kunnen vergeten of stress te verminderen, waardoor je lekkerder in je vel zit, en lukt dit met een blessure

niet. Op deze manier kan een geblesseerde enkel bij de een veel druk en problemen geven, terwijl een ander er juist heel flexibel mee omgaat. De manier waarop je met deze psychische spanning of druk omgaat, noemt Neuman de *stress-copingtheorie* (Merks & Verberk, 2021).

De geblesseerde enkel kan je ook op *sociaal-cultureel* gebied belemmeren. Jij bent onderdeel van de cultuur waarin je bent opgegroeid. Als je een belangrijke taak in jouw gezin van herkomst hebt, bijvoorbeeld omdat je mantelzorger voor een van je ouders bent, heeft je blessure direct een sociale impact. Ook de belemmeringen die je kunt ervaren in het afspreken met vrienden of bij het meehelpen bij de voorbereidingen voor het Offerfeest, bijvoorbeeld, vallen onder sociaal-culturele variabelen. Doordat je tijdelijk niet kunt doen wat jouw omgeving normaliter van je verwacht, kun je op psychosociaal gebied druk en stress ervaren of je zelfs buitengesloten voelen. Je omgeving heeft hier misschien begrip voor, maar voor jou kan het voelen als falen.

Een geblesseerde enkel heeft op iedereen in meer of mindere mate impact. Deze mate van impact is onder andere afhankelijk van de levensfase waarin je zit, ook wel de *ontwikkelingsgerichte* variabele genoemd. Als je er als student op gebrand bent niet alleen te studeren, maar ook te feesten en te reizen, kan een fysieke blessure je flink in de weg zitten. Ook als je veel verantwoordelijkheden hebt in je gezin van herkomst kan een geblesseerde enkel je behoorlijk frustreren. Het kan een flinke dreun zijn voor je zelfbeeld en je geloof in eigen kunnen. Dit kan misschien wel zo sterk het geval zijn dat je je afvraagt waar je het allemaal voor doet of wat de zin van dit alles is. Deze vragen en gedachten gaan over de betekenis die jij aan je leven geeft, ook wel de *spirituele* variabele genoemd. Neuman definieert het spirituele aspect op verschillende manieren. In dit boek definiëren we spiritualiteit als datgene wat jouw leven zin of betekenis geeft. Dat kan een geloofsovertuiging zijn, het kan bepaalde normen en waarden die voor jou belangrijk zijn betreffen, of misschien gaat het er in jouw geval vooral om onderdeel te zijn van een vereniging, club, band of sport. Het gaat om zaken die voor jou belangrijk zijn en die jouw leven betekenis geven.

Nu je met behulp van een systeemtheoretisch model naar een geblesseerde enkel hebt gekeken, kun je je voorstellen dat deze geblesseerde enkel niet alleen een fysieke blessure is, maar ook invloed heeft op een heel systeem. De blessure staat voor een kaart in een kaartenhuis (zie figuur 1.3). Als je er één kaart uit haalt, raakt het hele kaartenhuis uit balans of stort het in elkaar. Op deze manier ben je als mens dus onderdeel van een systeem en sta je voortdurend in contact met je omgeving.



FIGUUR 1.3

Een kaartenhuis kan bij de minste schok instorten, omdat het een samenhangend geheel van gelijksoortige eenheden is

Foto: 1090763/Shutterstock



## OPDRACHT 1.2

Denk terug aan een moment in je leven waarop jij te maken had met een fysiek probleem. Beschrijf de impact van dit probleem op fysiologisch, psychologisch, sociaal-cultureel, ontwikkelingsgericht en spiritueel gebied.

Wanneer je als verpleegkundige vanuit het Neuman Systems Model werkt, streef je voortdurend naar een zo volledig mogelijk beeld van je zorgvrager in de context van diens systeem. Je bent je ervan bewust dat het een het ander in balans houdt. Het probleem dat je ziet of dat je zorgvrager als eerste probleem beschrijft, is het probleem dat op dat moment op de voorgrond staat. Door het hele systeem in kaart te brengen ga je de invloed van het probleem op alle gebieden na, waardoor je zowel de oorzaak van het probleem als de gevolgen ervan kunt aanpakken.



## CASUS 1.3

### Beau

Beau is een tweedejaarsstudent verpleegkunde. Tijdens de les verpleegtechnische vaardigheden waarin Beau leert om bloedsuiker te prikken, wordt ontdekt dat ze een extreem hoge bloedsuiker heeft. Dit kan mogelijk een verklaring zijn voor haar al langer durende vermoeidheid en extreme dorst. Na de les kan Beau direct terecht op de diabetespoli in het ziekenhuis, en daar wordt de diagnose diabetes gesteld. Sindsdien worstelt Beau met haar zelfbeeld en het onder controle krijgen van haar bloedsuikerwaardes.

Beau genoot voor de diagnose van de vrijheid van het studentenleven. Ze bezocht veel feestjes, en sporten is een van haar grote hobby's. Inmiddels heeft ze een glucometer met sensor onder de huid op haar bovenarm. Deze sensor is verbonden met haar telefoon, waarop ze de bloedsuikerwaardes kan aflezen. Daarnaast heeft ze gesprekken met een diabetesverpleegkundige en diëtist. Haar waardes worden langzaam lager. 'Fysiek gaat het de goede kant op', zei de internist vorige week nog. Toch voelt dit voor Beau niet zo.



Op MyLab vind je een tabel waarin het Neuman Systems Model en positieve gezondheid met elkaar vergeleken worden.



## OPDRACHT 1.3

Leg casus 1.3 over Beau naast de vijf variabelen van Neuman en beschrijf de impact op de verschillende variabelen.

## 1.3 Referentiekader

In paragraaf 1.1 en 1.2 heb je kennisgemaakt met de sociale benadering van gezondheid en met een contextuele kijk op de zorgvrager en op jezelf. In deze paragraaf leggen we de begrippen 'referentiekader', 'normen en waarden' en 'cultuur' uit. Hierbij maak je een start met het onderzoeken van jezelf als persoon.



## Aleksei

Aleksei loopt zijn vierde verpleegkundestage op de afdeling Oncologie. Hij vertelt: 'Je bouwt een diepe band op, omdat patiënten vaker terugkomen. De patiënten zijn soms wat jonger en hebben nog een heel leven naast hun ziekte. Met mijn collega's deel ik overwinningen als goede uitslagen, maar ook tegenslagen waarbij mensen niet meer beter kunnen worden. Ik vind het dan belangrijk dat je samen in gesprek gaat over het naderende einde en kijkt naar wat iemand nog kan en wil.'

Aleksei heeft een goede band met Tieme (64 jaar). Tieme was docent geschiedenis en conrector van een scholengemeenschap. Sinds kort geniet hij van een vervroegd pensioen. Samen met zijn vrouw toert hij met hun camper regelmatig door Europa. Zijn drie kinderen van 34, 32 en 28 jaar oud zijn allemaal getrouwd en hij heeft twee kleinkinderen, op wie hij en zijn vrouw graag passen als zij in Nederland zijn.

Tieme heeft sinds twee jaar een oesofaguscarcinoom en gaat nu hard achteruit. Bij het ontdekken van de tumor kreeg Tieme een stent in zijn slokdarm, waardoor hij alleen nog gemalen voeding mocht eten. Hij vond dit verschrikkelijk, omdat hij erg van eten en koken houdt. Na een tijdje hielp de stent niet voldoende en kon hij nog maar

moeizaam voeding tot zich nemen. Tieme kreeg een PEG-sonde en sondevoeding, raakte steeds vermoeider en had nog maar weinig energie. Hij werd regelmatig opgenomen met pijnklachten, bloedarmoede en gewichtsverlies. Tieme en zijn familie hebben een euthanasieverklaring opgesteld, en na de uitslag waaruit bleek dat hij uitzaaiingen in de hersenen had, is de euthanasie met alle betrokkenen zeer zorgvuldig in gang gezet. Aleksei wilde graag samen met zijn begeleidster bij de euthanasie aanwezig zijn. Hij ervaarde deze dag als intens en verdrietig, maar was ook dankbaar dat hij Tieme tot het laatste toe de juiste begeleiding mocht geven. Voor hem was euthanasie een logische keuze van Tieme en diens naasten.

Toen Aleksei de dag na het overlijden van Tieme weer op de afdeling kwam, merkte hij dat sommige collega's in het team moeite hadden met euthanasie en zelf absoluut geen zorg rondom euthanasie wilden geven. Een aantal had vanuit geloofsovertuiging gewetensbezwaren en anderen waren er om principiële redenen niet mee akkoord. Zij vonden het bovendien maar raar dat Aleksei, als stagiair, er zomaar bij was geweest.

**Oesofaguscarcinoom:** Slokdarmkanker; kwaadaardige tumor die ontstaat in het weefsel van de slokdarm (Dudink et al., 2021, p. B-12).

**PEG-sonde:** Afkorting voor percutane endoscopische gastronomie; een endoscopisch geplaatst slangetje dat vanuit de maag via de buikwand naar de buikhuid loopt (Dudink et al., 2021, p. B-12).

**Euthanasie:** Beëindiging van het leven op uitdrukkelijk verzoek van de betrokkene (Janssen, 2019, p. 187).

In casus 1.4 spelen verschillende meningen en opvattingen over euthanasie een rol. Aleksei voelde zich door de opmerkingen van zijn collega's verscheurd: hij ging twifelen aan de juistheid van euthanasie en vroeg zich af wat juist handelen was in zulke situaties. Het is mogelijk dat jij bij het lezen van de casus zelf ook verschillende gedachten, gevoelens en een mening hebt. Hoe jij als persoon en als verpleegkundige naar een situatie kijkt, wordt bepaald door de sociale bril waardoor je naar de wereld kijkt. Hierin komen jouw normen en waarden, geloofsovertuiging, socialisering, culturele achtergrond, afkomst, gezin van

herkomst en persoonlijkheid samen. Alles wat je in je leven hebt geleerd, vormt jouw **referentiekader**. Bolhuis (2016, p. 19) beschrijft dit referentiekader als ‘het raamwerk en filter waarmee je nieuwe ervaringen en nieuwe informatie selecteert, ordent en interpreteert’. Jouw referentiekader bestaat dus uit wat je in je opvoeding hebt meegekregen; normen en waarden die voor jou zo gewoon zijn dat je er niet over nadenkt, maar die wel invloed hebben op jouw oordeel en besluitvorming.

Wanneer je bent opgegroeid in een grote stad waar niemand elkaar persoonlijk kent, kijk je waarschijnlijk op een andere manier naar de wereld dan als je bent opgegroeid in een klein dorp. In het dorp was er misschien veel sociale controle, waardoor je vroeger misschien al jong buiten mocht spelen. Iedereen lette op je en kende je. Ook was het heel normaal om met iedereen een praatje te maken, je fiets niet op slot te zetten en de achterdeur open te laten. Wanneer je in een stad bent opgegroeid, heb je misschien juist meegekregen dat je niet zomaar alleen de straat op kunt gaan, omdat mensen elkaar niet (meer) kennen en het ’s avonds gevaarlijk kan zijn. Je fiets niet op slot zetten heb je waarschijnlijk snel afgeleerd. Het begrip ‘referentiekader’ heeft ook betrekking op de culturele achtergrond van iemand. Wanneer gastvrijheid bij jou thuis hoog in het vaandel stond, en iedereen altijd mee mocht eten, zul je raar staan te kijken als je bij een gezin op bezoek bent waar je te horen krijgt dat je om vijf uur naar huis moet, omdat zij dan gaan eten.

## Q CASUS 1.5

### Sirah

Sirah is een derdejaarsstudent verpleegkunde. Op haar dertiende is zij gevlucht vanuit Afghanistan, en inmiddels woont ze zeven jaar in Nederland. Als docent begeleidde ik haar tijdens haar stage. Sirah begon hier vrolijk aan, maar na drie weken belde zij mij op en vertelde dat ze moest stoppen met haar stage. Ik was verbaasd en dacht terug aan haar eerdere vrolijkheid. In gedachten trok ik verschillende conclusies over haar redenen om te stoppen: onzekerheid, assertiviteit, werkdruk. Alles kwam in me op, maar natuurlijk niet de

ware reden. Toen ik haar vroeg waarom zij met haar stage gestopt was, zei ze: ‘Oh, omdat ik niet kan fietsen, en blijkbaar moet ik in de zelfstandige fase alle bezoekjes op de fiets afleggen.’ Mijn eerste reactie was: ‘Ah natuurlijk, thuiszorg.’ En toch had ik er nooit aan gedacht om te checken of een student kan fietsen of te vermelden dat er tijdens een stage gefietst moet worden – en anderen, inclusief Sirah zelf, hadden hier ook niet bij stilgestaan. Fietsen is logisch vanuit *mijn* referentiekader, maar dat geldt natuurlijk niet voor iedereen.

Je persoonlijke referentiekader omvat alles wat je tot nu toe geleerd hebt. Dit referentiekader is niet statisch maar juist dynamisch. Het verbreedt en verdiept zich naarmate je meer ervaring en kennis opdoet. Je referentiekader neem je altijd met je mee en het bepaalt wie jij bent, hoe jij doet en hoe jij je uit.

In casus 1.4 zijn verschillende zaken vanuit Alekseis referentiekader te duiden. Als eerste is er de vreugde over het werk op deze afdeling en het zorgen voor mensen. Aleksei komt uit een sociaal gezin. Zijn vader werkt ook in de zorg en zijn moeder in het sociale domein. Hij heeft meegekregen dat het goed is om anderen te helpen. Door de verhalen van zijn