

# **Zinvolle zorg? Het Zingevingmodel**

## **nader bekeken**

**Een kwalitatief onderzoek naar de invulling van een  
behoeftegestuurd zorgmodel op psychogeriatrische  
afdelingen in het verpleeghuis.**

- Student: E. van Elst
- Studentnummer: 3035115
- Status: Definitief afstudeerwerkstuk
- Datum: 27 juni 2008
- Opleiding: Masteropleiding Verplegingswetenschap,  
Universiteit Utrecht
- Eerste begeleider: Dr. J.J. van der Bijl
- Tweede beoordelaar: Mw. Dr. F. de Boer
- Gehanteerde referentiestijl: Verpleegkunde
- Aantal woorden: 5049

© Eric van Elst, Utrecht 2008

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze scriptie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur.

## **Inleiding**

Binnen de zorg aan de oudere, chronisch zieke mens wordt steeds vaker een behoeftegestuurde methodiek gebruikt. Behoeftgestuurde zorg, ook wel belevingsgerichte zorg genoemd, is een aanpak die erop gericht is de bewoner en degenen die hem lief zijn zo goed mogelijk te ondersteunen. De bewoner te helpen zijn leven op zijn eigen manier in te richten en te bereiken wat hijzelf voor ogen heeft, ondanks ziekte of handicaps (Pool *et al.*, 2003). Hierbij wordt getracht de bewoner als individu te begrijpen en deze te helpen zich aan te passen aan de situatie passend bij zijn/haar leefstijl en behoeften. De behoeftegestuurde methodiek is een reactie op de gangbare en dominante probleemgestuurde methodiek (Varcoe, 1996). De probleemgestuurde methodiek is gedefinieerd als het werken volgens een bepaalde vastgestelde procedure en een daarbij horend zorgplan waarin aan te pakken problemen en zelfzorgtekorten van bewoners centraal staan (De la Cuesta, 1983; Davis *et al.*, 1994). De mogelijkheden van de zorgverlenende instelling vormen hierbij het kader. Daarnaast hebben sociaal-maatschappelijke veranderingen binnen de ouderenzorg in Nederland, zoals kleinschalig wonen er voor gezorgd dat de behoeftegestuurde methodiek aan populariteit heeft gewonnen. Niet alle behoeften van de bewoners zijn op te vatten als problemen of tekorten, zoals centraal gesteld in de probleemgestuurde methodiek (Van der Kooij, 2006).

Een behoeftegestuurde methodiek is de Maieutische methodiek binnen het Zingevingmodel van het Instituut voor Zingevende Zorg (IMMZ). Het Zingevingmodel plaatst alle aspecten van de zorgverlening, namelijk de belevingswereld van zowel bewoners als ook van zorgverleners, de belevingsgerichte omgangskundige vaardigheden, de methodiek (Zie voor Maieutische instrumenten: tabel 1), het verpleegstelsel en de organisatorische consequenties in één samenhangend geheel. Het doel is zorgverleners zich vrij te laten voelen om authentiek en creatief met bewoners om te gaan, dat zij zich bewust zijn van de momenten van echt contact en dat ze kunnen verantwoorden hoe zij die momenten tot stand hebben gebracht (Van der Kooij, 2003).

Tabel 1. Instrumenten gebruikt binnen de Maieutische methodiek.

<b>Instrument</b>	<b>Uitleg</b>
Observatieformulier	Een lijst die vraagt naar de beleving van de bewoner in het hier en nu en naar de communicatie en de beleving tijdens zorgsituaties.
Levensgeschiedenis	Formulier met vragen dat inzicht geeft in de levensgeschiedenis van de bewoner waarbij gebeurtenissen en bijbehorende gevoelens in kaart wordt gebracht.
Karakterstiek	Een hulpmiddel om een beschrijving van de hele mens te krijgen en niet alleen zijn problemen, stoornissen en handicaps, maar ook zijn persoonlijkheid en typerend gedrag.
Omgangsadvis	Formulier die de benaderingswijze naar een bewoner toe in kaart brengt op basis van ervaren contactmomenten, gedrag en fase van dementie.
Zorgplan	Het monodisciplinaire zorgplan van verpleegkundigen en verzorgenden.
Monodisciplinaire bewonersbespreking	Bespreking waarbij met behulp van het observatieformulier en de levensgeschiedenis de karakteristiek van een bewoner, zijn zorgkaart en zorgplan gemaakt of geëvalueerd.
Multidisciplinair overleg	Bespreking waarbij als introductie over de bewoner als hele mens gesproken wordt. Daarna worden de aandachtspunten besproken die bij een bewoner om een multidisciplinaire aanpak vragen.

De daarbij behorende Maieutische methodiek bestaat uit de mondelinge en schriftelijke communicatie over verzorging en behandeling van bewoners. Maieuthiek betekent letterlijk verloskunde en de term wordt binnen de methodiek gebruikt als verloskunde voor de professionaliteit van de zorgverlener (Van der Kooij, 2006). De Maieutische methodiek verschilt fundamenteel van een probleemgestuurde methodiek. De Maieutische methodiek helpt zorgverleners namelijk om belevingsgericht te observeren, informatie te halen uit de levensgeschiedenis en zich bewust te worden van al die momenten en situaties waar ze erin geslaagd zijn om een positieve wisselwerking met een bewoner tot stand te brengen. De methodiek maakt gebruik van geïntegreerde belevingsgerichte zorg. Dit is het op de individuele bewoner afgestemde gebruik van belevingsgerichte benaderingswijzen (Validation, Reminiscentie en Snoezelen) en communicatieve vaardigheden geïntegreerd in de 24-uurszorg. Hierbij wordt rekening houdend met zijn gevoelens, behoeften en lichamelijke en/of psychische beperkingen. Dit alles met het doel de bewoner zoveel ondersteuning te laten ervaren bij de

aanpassing aan de gevolgen van ziekte en opname in verpleeghuis, zodat hij zich daadwerkelijk geborgen voelt en in staat is zijn gevoel van eigenwaarde te behouden (Van der Kooij, 2003). De methodiek oriënteert zich op zorgbehoeften en op positieve contactmomenten. Centraal hierin staat de zorgrelatie tussen de zorgverleners en bewoners (Van der Kooij, 2004). Intuïtief verleende zorg door expert zorgverleners wordt hiervoor expliciet gemaakt en aan deze zorg worden woorden gegeven. Hierdoor kan er over zorg gecommuniceerd worden door zorgverleners. Experts zijn degenen met veel ervaring en zij zoeken naar de juiste balans tussen analytisch, planmatig handelen enerzijds en situatief, intuïtief handelen anderzijds. Hierbij is intuïtie op te vatten als geïntegreerde ervaring, opgebouwd in de praktijk na een initiële opleiding (Benner, 1982; Van Boxtel, Smits, Engel, & Boshuizen, 2001). Zorgverlenende experts willen hun handelen op grond van hun geïntegreerde ervaring verwoorden en verantwoorden, daarom hebben ze behoefte aan een methodiek die juist dat van hen vraagt (Van der Kooij, 2006). De methodiek baseert zich niet op een 'private-practice model van professionaliteit' van één-op-één contact tussen de professional en de bewoner, maar op het werken in teamverband, wat beter aansluit met de werkelijkheid van de dagelijkse zorgverlening in de zorg aan de oudere, chronische zieke mens (Allen, 1998). Het Zingeingsmodel (zie schema 1) kent vijf richtinggevende concepten voor de zorgverlening, namelijk: 'professionaliteit', 'creativiteit', 'contact', 'communicatie' en 'zorgrelatie' (Van der Kooij, 2003).



Schema 1. Schematische weergave van de kern van het maieutisch zorgconcept van Van der Kooij (2003). Gebaseerd op 'Gewoon lief zijn', van Van der Kooij (2003) p. 39. Academisch Proefschrift, Vrije Universiteit van Amsterdam, Amsterdam. Copyright 2003.

Professionaliteit is het authentiek en creatief waarnemen, reageren en (zo nodig) handelen, en dit achteraf kunnen ver(ant)woorden (Van der Kooij, 2003). De drie pijlers binnen professionaliteit zijn: creativiteit, contact en communicatie. De kern van het professioneel handelen vormt het vermogen om te reageren vanuit de zorgrelatie die de zorgverlener heeft opgebouwd met een bewoner.

Het concept creativiteit beschrijft dat zorgverleners elke keer weer iets nieuws kunnen bedenken in een bepaalde situatie (Van der Kooij, 2004).

Het derde concept, contact, draait om het contact tussen de zorgverlener en de bewoner en de zorgrelatie die uit dit contact kan ontstaan. Het wordt omschreven als een wisselwerking. Men spreekt van contact als zowel de bewoner als de zorgverlener zich door elkaar bevestigd voelen. Het kan worden bereikt doordat de zorgverlener op een zoekende wijze contact maakt waarbinnen een attitude van betrokkenheid en ontvankelijkheid centraal staat (Van der Kooij, 2003).

Het concept communicatie definieert het proces van bewustwording, reflectie en methodische uitwisseling binnen het team (Van der Kooij, 2004). Communicatie helpt het preconceptuele bewustzijn te transformeren in bewuste conceptvorming die de praktijk actief beïnvloedt en verandert. Ook speelt communicatie een belangrijke rol in het maken van contact met de bewoner.

Het concept zorgrelatie staat volgens Van der Kooij (2003) voor de relatie tussen zorgverlener en bewoner en kenmerkt zich door contact met elkaar. Het ontstaat volgens vanuit de vertrouwdheid van de dagelijks weerkerende verzorging en er moet sprake zijn van een ontmoeting met een emotionele uitwisseling (Van der Kooij, 2003). De relatie is tijdelijk, vervangbaar en de professional moet zich hierover (achteraf) kunnen verantwoorden (Van der Kooij, 2004). De belevingswereld van zowel bewoner als zorgverlener speelt hierbinnen een belangrijke rol en kan worden opgevat als het geheel van bewuste ervaringen.

Ondanks dat er weinig onderzoek is gedaan naar de behoeftegestuurde methodiek zijn er aanwijzingen dat deze methodiek de professionaliteit van de zorgverleners beter ondersteunt (Ehrenberg et al., 1996; Ehrenberg & Ehnfors, 1999; Ehrenberg & Ehnfors, 2001; Finnema et al., 2001). Geïntegreerde belevingsgerichte zorg ligt veel dichterbij de kernwaarden van de zorgverlener in het verpleeghuis (Van der Kooij, 2003).

Zorgverleners geven aan dat het leren kennen van een bewoner bijdraagt aan het zo

goed mogelijk helpen van de bewoner en het behouden van diens eigenwaarde (Boeije, 1994; McCormack, 2003). Uit onderzoek blijkt dat informatie over de levensgeschiedenis van de bewoner goed aansluit bij het werk van de zorgverleners (Ehrenberg et al., 1996; Ehrenberg & Ehnfors, 2001; Finnema et al., 2001; Hyde et al., 2005). Verder blijkt dat zorgdossiers beter worden bijgehouden en gebruikt wanneer de nadruk in het methodisch werken op de bewoner komt te liggen (Mason, 1999; Karkkainen et al., 2005). De behoeftegestuurde methodiek biedt ook de ruimte aan zorgverleners om de menselijke component die verscholen zit in de verpleegkunde te documenteren en te reflecteren (Karkkainen & Eriksson, 2004a en b).

Onderzoek lijkt dus aan te geven dat een behoeftegestuurde methodiek voordelen biedt ten opzichte van een probleemgestuurde methodiek bij de zorgverlening aan oude en chronisch zieke mensen. Er is weinig bekend over de wijze waarop zorgverleners het gebruik van een behoeftegestuurde methodiek, en dat van de Maieutische zorgmethodiek in het bijzonder, ervaren en invullen in de dagelijkse zorgpraktijk.

## **Doel**

Het onderzoek kent het doel om de invulling van zorgverleners, betreffende behoeftegestuurde zorg via de Maieutische zorgmethodiek van het Instituut voor Zingevende Zorg (IMOZ) in de praktijk, systematisch in kaart te brengen. Centraal hierin staat het inhoud geven van richtinggevende concepten, namelijk professionaliteit, creativiteit, contact, communicatie en zorgrelatie, binnen de methodiek vanuit de ervaring van zorgverleners. Dit om te komen tot een eigen 'body of knowledge' voor zorgverleners (Van der Kooij, 2003). Deze 'body of knowledge' moet bijdragen tot een evidence-based zorgmethodiek die de professionaliteit van de zorgverleners ondersteunt.

De centrale vraagstelling van het onderzoek is:

*'Op welke wijze geven zorgverleners (verzorgenden en activiteitenbegeleiders), werkzaam in een verpleeghuis op een psychogeriatrische afdeling, invulling aan de zorgverlening volgens de Maieutische methodiek?'*

## **Methode**

### Design

Er is een descriptief kwalitatieve survey uitgevoerd. Een kwalitatieve survey is onderzoek waarbij de dataverzameling plaatsvindt door het afnemen van eenmalige interviews met respondenten van een bepaalde populatie (Jansen, 2005). Het onderzoek kenmerkt zich verder door een vergelijkende analyse die resulteert in één of meer typologieën en een rapportage waarin de gepresenteerde resultaten worden ondersteund met interviewcitaten (Jansen, 2005). Het kwalitatieve survey heeft een kennisdoel en tracht de aard van de kenmerken vast te leggen door middel van het stellen van open vragen (Jansen, 2005). In dit onderzoek wordt er aan de concepten van het Zingevingmodel invulling gegeven vanuit de empirische werkelijkheid.

### Participanten

De participanten zijn verzorgenden en activiteitenbegeleiders van twee psychogeriatrische afdelingen, binnen een verpleeghuis in het oosten van Nederland, die getraind zijn door het IMOZ in de Maieutische zorgmethodiek en die de zorg aan bewoners met complexe zorgbehoeften, zoals blijkt uit het indicatiebesluit, verlenen. De verzorgenden en activiteitenbegeleiders verlenen als team geïntegreerde zorg aan de bewoners. Zo helpen activiteitenbegeleiders bewoners in bad in het kader van snoezelen en brengen deze soms ook naar bed. Deze instelling kan volgens het IMOZ gezien worden als een best-practice. Dit komt naar voren doordat er vanuit zowel management, middenkader als ook op uitvoerend niveau betrokkenheid getoond wordt en geïnvesteerd is in de Maieutische methodiek. Het is een voortdurend proces dat op het moment van onderzoek vier jaar aan de gang is en verankerd is in het beleid van de instelling en daarin ook geborgd. Verder zijn er binnen de instelling personeelsleden die de basis, voortgezette en consulenten cursus over de Maieutische methodiek bij het IMOZ hebben afgerond. Op basis van onderzoek (Finnema et al., 2001; Van der Kooij, 2003) blijkt dat medewerkers met een voortgezette cursus of opleiding tot consulent het meest belevingsgericht werken.



Bij een kwalitatief survey wordt gestreefd naar een zo goed mogelijke vertegenwoordiging van de verscheidenheid in de populatie (Jansen, 2005). Om participanten te selecteren is voor een doelgerichte steekproef gekozen. Omdat een stapsgewijze steekproeftrekking door de beschikbare tijd, het inplannen van interviewmogelijkheden en de onbekendheid van de onderzoeker met de onderzoekspopulatie niet mogelijk was, is er gekozen voor het vooraf samenstellen van een steekproef. Echter hiervoor is wel, op basis van literatuur over de methodiek, een aantal selectiecriteria opgesteld waaraan onderzoeksparticipanten dienden te voldoen (Zie tabel 2). Er werd gekozen voor een heterogene steekproeftrekking qua opleiding, werkervaring en scholing in belevingsgerichte zorg. Dit is vastgesteld met behulp van de contactpersoon van de instelling. Eerst zijn er personeelsleden geïnterviewd die de beginnende cursus hebben afgerond, daarna personeelsleden met een gevorderde cursus en als laatste degene met een consulentenopleiding.

Tabel 2. Inclusie- en exclusiecriteria.

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Afgeronde opleiding: Verzorgende-IG, Verpleegkundige of Activiteitenbegeleiding	Personeel <18 jaar
IMOZ-cursus: Basis, Specialist of Consulent	< 2 jaar werkervaring

#### Medisch-ethische en juridische aspecten

Het onderzoek werd uitgevoerd in samenwerking met een begeleider van het IMOZ, die de methodiek ontwikkelt en implementeert in organisaties, echter de onderzoeker heeft zelfstandig de data verzameld en geanalyseerd. Deze onderzoeker was niet in dienst van de instelling of van het instituut. Daarnaast was er een tweede begeleider vanuit de Universiteit Utrecht betrokken bij het onderzoek.

Het was niet nodig om het onderzoek, volgens de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO), naar een Medisch-Ethische Toetsing Commissie (METC) te sturen ter beoordeling, aangezien het onderzoek zich op het personeel richtte en niet invasief was. Ontleend aan: [www.ccmo.nl](http://www.ccmo.nl) op 17-09-2007.

De instelling werd benaderd met het verzoek om onderzoek te mogen uitvoeren naar de ervaringen van personeel met de methodiek. Hiertoe is schriftelijke en mondelinge informatie over de aard, doel en opzet van het onderzoek verstrekt. De locatiemanager heeft toegang tot de onderzoekslocatie schriftelijk bevestigd. Aan alle participanten werd schriftelijk 'informed consent' gevraagd nadat ze benaderd waren en van schriftelijke informatie waren voorzien over doel en methoden van onderzoek als ook de benodigde tijd voor deelname aan het onderzoek. Alle interviews zijn geanonimiseerd verwerkt.

### Dataverzameling

De dataverzameling vond plaats van januari tot en met mei 2008 en als dataverzamelmethode was gekozen voor het afnemen van semi-gestructureerde interviews met personeelsleden. In individuele interviews kon recht worden gedaan aan de uniciteit van ervaringen van individuele zorgverleners. Tevens had de onderzoeker de vrijheid om door te vragen op specifieke informatie tijdens het interview. De mate van flexibiliteit binnen een semi-gestructureerd interview hielp de onderzoeker inspelen op de door de geïnterviewde onverwacht gegeven informatie (Duffy et al., 2004). Het stelde de onderzoeker in staat om tot een 'inside view' van de methodiek te komen (Holloway & Wheeler, 2002).

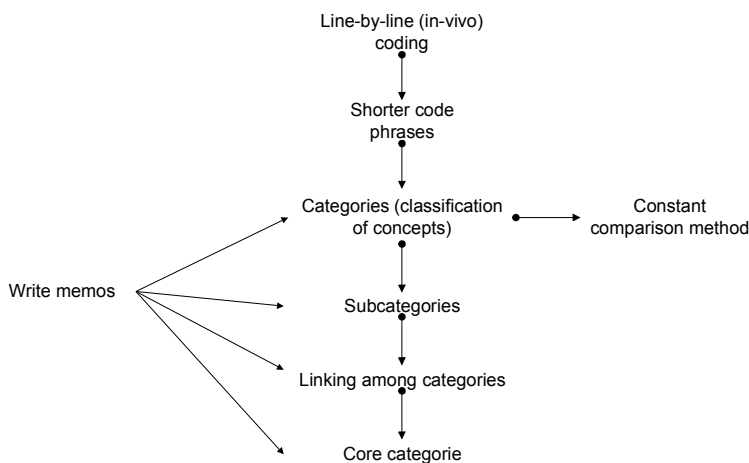
Er zijn 14 diepte-interviews afgenomen door de onderzoeker. Daarmee voldoet dit onderzoek aan de richtlijnen van Kuzel (1999), waarin als leidraad voor een heterogene steekproef 12 tot 20 interviews wordt gesteld. Voor de semi-gestructureerde interviews was een 'interview guide' (Duffy et al., 2004, Holloway & Wheeler, 2002) met acht vragen ontwikkeld door de onderzoeker (zie tabel 3). De vragen waren op inhoudsvaliditeit beoordeeld door de begeleider van het onderzoek, die tevens inhoudsdeskundige was. Deze interviews duurden tussen de 50 en 85 minuten en zijn digitaal opgenomen. De interviews werden getranscribeerd in een lopend verhaal. Eerste data-analyse resulteerde in verdere dataverzameling totdat de onderzoeker in staat was de concepten adequaat in te vullen vanuit de ervaringen van de zorgverleners.

Tabel 3. Interview guide

1. Op welke wijze bouw je met behulp van de maieutische methodiek aan een relatie met de bewoner?
2. Welke rol speelt de levensgeschiedenis en de belevingswereld van de bewoner in deze relatie?
3. Hoe krijg je inzicht in de levensgeschiedenis en belevingswereld van de bewoner?
4. Op welke wijze krijg je nu met behulp van de maieutische methodiek contact met de bewoner?
5. Op welke momenten heb jij echt contact met de bewoner ervaren? (beschrijving zowel verbaal als non-verbaal)
6. Op welke wijze communiceer je met behulp van de maieutische methodiek over de bewoner? (zorgplan, team, bewonersbespreking)
7. Hoe worden gegevens vastgelegd en verspreid in het team?
8. Hoe werk je door het gebruik van de maieutische methodiek aan jouw professionaliteit? (creativiteit, ontwikkeling, keuzevrijheid etc.)

### Data-analyse

De data-analyse van de getranscribeerde interviews is uitgevoerd volgens de eerste acht van de negen stappen van Charmaz (Eaves, 2001) (Zie schema 2). Omdat er niet gestreefd werd naar het creëren van een theorie is de laatste stap, vinden van een kerncategorie niet uitgevoerd. De data-analyse vond plaats met hulp van een kwalitatief tekstanalyseprogramma, winMAX98 Pro. De dataverzameling en data-analyse hebben gedurende het gehele onderzoeksproces gelijktijdig plaatsgevonden. Hierdoor konden centrale begrippen van het Zingevingmodel worden gevonden en het heeft de onderzoeker geholpen zich te oriënteren waarover verdere dataverzameling noodzakelijk was. Verder werd hierdoor datasaturatie beter herkend.



Schema. 2. Schematische weergave van het model van Charmaz' (1983) multi-step analysetechniek. Uit: 'Caregiving in rural African American families for elderly stroke survivors', by Yvonne D. Eaves (1997) p. 64.

*Unpublished doctoral dissertation, University of Michigan, Ann Arbor. Copyright 1997 by Yvonne Donna Eaves.*

Ter illustratie van de data-analyse is in tabel 4 een stukje van de codeboom van dit onderzoek opgenomen. Hierin is te lezen hoe de onderzoeker van de tekstfragmenten tot 'in vivo'-codes kwam en hoe deze codes geclusterd zijn en gelabeld werden om tot concepten te komen.

Tabel 4. Codeboom.

Concept	Labels	Shorter coding	'In vivo'-coding	Tekstfragmenten
Presentie	Er zijn	Rust	Rust hebben	Je moet niet denken van nou ga ik even contact maken met iemand. Je moet de rust hebben om iemand de mogelijkheid te geven te reageren.
		Aanwezigheid	Een houding van aanwezigheid	Aanwezigheid is een houding. Je kunt ook aanwezig zijn en dat je er helemaal niet bent. Of je er echt bent of dat je er zo maar zit.
		Luisteren	Een luisterend oor bieden	Om de bewoner het gevoel te geven dat naar hem of haar geluisterd wordt.
	Aandacht	Belangstelling	Belangstelling tonen	Het je verdiepen in iemands achtergrond dat is toch een stukje belangstelling in iemand tonen.
		Aandacht	Oprechte aandacht	Of je echt aandacht voor iemand hebt of dat je er zomaar, dat voelen ze haarfijn aan ook al zijn ze nog zo diep dement.
		Gerichtheid	Richten op de bewoner	Je probeert je gewoon meer op de bewoner zelf te richten.
	Empathie	Inleven	Indenken	Laatst zei een bewoner van ik ben bang dat als ik mijn ogen dicht doe, dat ik ze dan niet meer open doe. Ik denk: ja, dat kan ik helemaal indenken.
			Inleven	Ik vind dat wij ons moeten inleven in die bewoner.
		Begrip	Begrijpen	Het geeft voor haar heel veel houvast dat je haar gewoon begrijpt in alles.
		Levenservaring	Het leven leert herkennen	Je eigen ouders worden ouder dus dan begin je wel meer dingen te herkennen bij bewoners.
			Levenservaring	Dat is ook een stukje levenservaring wat je hebt opgedaan Ja, dat gaat vaak vanzelf. Dat herken je iets in iemands gezichtsuitdrukking
			Inspelen door ervaring	Ik heb dan heel jong mijn moeder verloren en dan heb je heel veel met bewoners, dat ze, sommige bewoners zitten daar gewoon mee te... Of hun vrouw is overleeder of hun kind of... En dan kun je daar toch makkelijker op inspelen.

### Objectiveringstrategieën

Om tot kwalitatief goed onderzoek te komen zijn de in Holloway en Wheeler (2002) beschreven criteria, van 'trustworthiness' en 'authenticity' van Guba en Lincoln gebruikt. Hierbij staat 'trustworthiness' voor een adequaat en methodologisch degelijke onderzoeksopzet. Men spreekt van 'authenticity' wanneer de resultaten van het onderzoek representatief zijn voor de perspectieven van de respondenten (Holloway & Wheeler, 2002). In het kader van 'trustworthiness' werd aan een viertal aspecten aandacht geschonken: dependability, credibility, transferability en confirmability. 'Dependability' wordt gebruikt voor de betrouwbaarheid van het onderzoek, waarbij de resultaten consistent en accuraat zijn.

'Dependability' kwam in dit onderzoek naar voren doordat er een audit trail geschreven is. Er is een systematische boekhouding van alle documenten, tussenrapportages, notities en memo's bijgehouden die gebruikt zijn voor besprekingen met de begeleider en het vervaardigen van dit artikel. (Maso & Smaling, 2004; Holloway & Wheeler, 2002). Er was sprake van 'credibility' door constant comparison en het tijdens de interviews teruggeven van de geanalyseerde data aan de respondenten met de vraag of ze de invulling van de concepten herkenden uit hun praktijk (Chiovitti & Piran, 2003). De coderingen kwamen direct uit de interviewtranscripties en zijn gebruikt als aanwijzing voor verdere dataverzameling. De door de respondenten geïntroduceerde concepten werden in het vervolg van het onderzoek gebruikt in de te stellen vragen. Hierdoor leidden de participanten de dataverzameling van het onderzoek (Chiovitti & Piran, 2003).

'Transferability' wordt gebruikt voor de mate van generaliseerbaarheid van het onderzoek. De 'transferability' werd versterkt doordat de onderzoeker tot gezamenlijke concepten kwam met twee andere onderzoekers die in twee andere instellingen onderzoek uitvoerden naar hetzelfde onderwerp. De beschreven concepten werden in meerdere instellingen gevonden waardoor de 'transferability' werd vergroot.

'Confirmability' werd versterkt doordat de interviewdata gedeeltelijk door twee andere studenten onafhankelijk van elkaar zijn geanalyseerd en daarna besproken. De subjectiviteit van de onderzoeker, wat betreft het toekennen van coderingen, werd hierdoor verminderd.

Er is gestreeft naar 'authenticity' doordat er door het hele onderzoeksproces 'informed consent' is verkregen door in alle contacten te vermelden dat ze zich ten alle tijden mochten terugtrekken. De interviews boden de respondenten de kans om te reflecteren

op hun praktijkvoering. Tot slot kunnen respondenten via het onderzoek bijdragen aan het genereren van een 'body of knowledge' dat bijdraagt aan een evidence-based zorgmethodiek die de professionaliteit van de zorgverleners ondersteunt.

## **Resultaten**

Op basis van de analyse van de interviewdata (Zie voor gegevens respondenten: tabel 5) is er gekomen tot invulling van de vier richtinggevende concepten van het Zingevingmodel, namelijk professionaliteit, communicatie, contact en zorgrelatie.

*Tabel 5. Kenmerken respondenten.*

Respondent	Opleiding	IMOZ-cursus	Geslacht	Werkervaring (in jaren)
1	Verzorgende-IG	Basis	Vrouw	17
2	Verzorgende-IG	Basis	Vrouw	15
3	Verzorgende-IG	Basis	Vrouw	19
4	Verzorgende-IG	Basis	Vrouw	17
5	Activiteitenbegeleiding	Specialist	Vrouw	20
6	Verzorgende-IG	Basis	Vrouw	30
7	Verzorgende-IG	Specialist	Vrouw	20
8	Ziekenverzorgende + Activiteitenbegeleiding	Specialist	Vrouw	11
9	Verzorgende-IG	Specialist	Vrouw	22
10	Activiteitenbegeleiding	Specialist	Vrouw	20
11	Verzorgende-IG	Consulent	Vrouw	18
12	Ziekenverzorgende	Consulent	Vrouw	20
13	Verzorgende-IG + Management	Consulent	Vrouw	14
14	Activiteitenbegeleiding	Specialist	Vrouw	5

Dit heeft geleid tot een aangepast schema van het Zingevingmodel (Zie schema 1 voor oorspronkelijke model en schema 3 voor op basis van de onderzoeksresultaten aangepaste Zingevingmodel).



Schema 1. Schematische weergave van de kern van het maieutisch zorgconcept van Van der Kooij (2003). Gebaseerd op 'Gewoon lief zijn', van Van der Kooij (2003) p. 39. Academisch Proefschrift, Vrije Universiteit van Amsterdam, Amsterdam. Copyright 2003.



Schema 3. Schematische weergave van de onderzoeksresultaten betreffende de kern van het maieutisch zorgconcept van Van der Kooij (2003). Gebaseerd op 'Gewoon lief zijn', van Van der Kooij (2003) p. 39. Academisch Proefschrift, Vrije Universiteit van Amsterdam, Amsterdam. Copyright 2003.

De vijf verschillen tussen het oorspronkelijke Zingevingmodel en het aangepaste model zijn:

1. Centraal in de Maieutische methodiek staat het concept 'communicatie' met de daarbij horende sociale en communicatieve vaardigheden. Het concept 'creativiteit' krijgt invulling als een van de pijlers van het concept 'professionaliteit' in plaats van als pijler van de Maieutische methodiek.
2. Het concept 'bewustwording' krijgt geen invulling binnen het concept 'communicatie', maar als pijler van 'professionaliteit'.
3. Het concept 'ontwikkeling' is een nieuwe pijler binnen 'professionaliteit'
4. De beleving van de bewoner vloeit voort uit diens levensgeschiedenis en deze twee vormen daardoor een complementaire eenheid. Nieuw is dat ook de levensgeschiedenis van de zorgverlener speelt een rol in het maken van contact binnen de zorgrelatie.
5. De zorgrelatie krijgt vorm door de nieuwe concepten 'presentie', 'empathie' en 'autonomie'.

De volgende invulling werd door de respondenten aan het Zingevingmodel gegeven:

#### Professionaliteit

Professionaliteit binnen het Zingevingmodel blijkt in de praktijk om de volgende vier pijlers te draaien:

#### *Creativiteit*

Overeenkomstig met het Zingevingmodel zien de zorgverleners creativiteit als de mogelijkheid om met nieuwe ideeën te komen, dit kan een benaderingswijze zijn of een manier om contact te maken met een bewoner. Flexibiliteit van de zorgverlener is hiervoor belangrijk. De zorgverlener moet kunnen inspelen op de wensen en behoeften die de bewoner op dat moment heeft en niet vasthouden aan routines.



*R1<sup>1</sup>: Je hebt collega's in het team ertussen zitten die willen alles op papier hebben. Toen hebben we gewoon als team heel duidelijk aangegeven van dat kan niet. Bewoners zijn niet elke dag hetzelfde. Het is niet zo van maandag, woensdag, vrijdag gaat de bewoner uit bed. Dat kan niet. Dat werkt niet: bewoners die het zelf kunnen aangeven moeten ook duidelijk kunnen aangeven op dat moment of ze uit bed willen komen of niet.*

Een nieuw inzicht is dat zoekend reageren meer aansluit bij het concept 'creativiteit' dan bij het concept 'contact' zoals in het Zingevingmodel beschreven. Het is het doelbewust en systematisch nagaan of de uitgevoerde ideeën aansluiten bij de beleving van de bewoner, grenzen die de bewoner aangeeft, het herkennen van de openingen tot contact die de bewoner biedt en de reacties van de bewoner hierop. Zoekend reageren vraagt volgens de respondenten een open houding en de vaardigheid om goed kunnen observeren en luisteren.

*R8: Het is met name, dat vind ik mooi aan mijn beroep nu, dat je gewoon heel creatief kunt denken en dat je ook de tijd hebt om het uit te proberen. We hebben nu best veel mensen die de hele dag op bed liggen en om daar nog wat voor te verzinnen. Dat je denkt van ik ga met de verzorgende uitproberen om het snoezelen en de ADL bij elkaar te brengen. Dat ik dat dan samen met iemand van de zorg doe en die bewoner het heel fijn vindt door te ontspannen.*

*R12: De grote lamp aan met wassen of doe je toch het schemerlampje boven haar bed aan. Huilt ze daardoor minder? Dat ga je dan in de gaten houden, dus het is eigenlijk een grote zoektocht steeds, daar probeer je het beste uit te halen.*

### *Keuzevrijheid*

De zorgverleners kunnen, zoals ook het Zingevingmodel beschrijft, niet elk aspect van de zorgverlening vooraf schriftelijk vast leggen omdat de benadering van de zorgverlener aan de situatie van een specifieke bewoner wordt aangepast. Hiervoor is keuzevrijheid nodig; de zorgverlener moet de vrijheid hebben van de organisatie en het team om te kunnen inspelen op een situatie, zoals wanneer de bewoner angstig, verdrietig of gelukkig is. De zorgverleners proberen in plaats hiervan hun handelen achteraf zo goed mogelijk vast te leggen door te rapporteren in het zorgdossier.

---

<sup>1</sup> De lettercijfercombinatie voor citaten staat voor de betreffende respondent van wie het citaat gebruikt is ter illustratie van de resultaten.

*R7: We hebben een periode gehad waarin heel veel mensen wilden uitslapen. Maar goed, je begint met z'n drieën 's morgens om zeven uur. Eentje gaat om tien uur alweer naar huis, als je heel veel mensen hebt die willen uitslapen en je begint om negen uur pas met die mensen te wassen en er gaat om tien uur al eentje naar huis, dan kom je niet rond. Dus toen hebben we ook een hele periode gehad, dan mochten we van de organisatie een dienst van acht tot elf 's morgens laten werken.*

### *Bewustwording*

Door de trainingen in en het werken met de Maieutische methodiek ervaren de respondenten een toegenomen bewustwording op drie vlakken, namelijk betreffende (1) hun handelen in de zorgverlening, (2) de individualiteit van de behoeften van de bewoners en diens naasten en (3) van momenten van contact met de bewoner en diens naasten.

*R5: Ga dan bij jezelf na hoe jij het zou vinden. Dan lig je daar 's ochtends en dan ben je incontinent en dan word je nog niet geholpen en je wilt eigenlijk uit bed. Hoe erg zou je het zelf vinden? Dan hoef je daar niet heel diep op door te gaan, maar gewoon dat je even er bij stilstaat. Probeer te voelen wat die ander zou voelen. Heel vaak wordt daaroverheen gewaaid: we helpen haar zo wel naar de wc en wrrrrttt, weg zijn ze. Maar moet zelf eens nodig, ga eens op vakantie, dan zit je op die snelweg. Dan moet je plassen en dan komt het tankstation maar niet. Dan voel je je knap vervelend.*

De bewustwording treedt op doordat de teamleden meer reflecteren door elkaar te bevragen over waarom ze hun handelen op hun manier vormgeven. Verder wijzen ze elkaar op positieve contactmomenten met een bewoner. De respondenten ervaren het monodisciplinair overleg als een goed hulpmiddel om te komen tot bewustwording.

### *Ontwikkeling*

Ontwikkeling is een nieuw concept voor het Zingevingmodel. De vorige pijler, bewustwording, is een voorwaarde om te komen tot een proces van ontwikkeling van de zorgverlener en als team. De IMOZ-cursussen vormen de basis van de ontwikkeling van de benodigde vaardigheden bij de respondenten.

*R11: Door die cursus leer je toch heel veel sociale vaardigheden van hoe doe je iets, hoe ga je met bepaalde dingen om, hoe maak je contact, toch weer de verdieping in de crises van de mensen, door de achtergronden nog weer beter te leren kennen. Dat is voor mij toch wel iets waardoor ik denk van dat wil ik niet meer kwijt en dat hoor ik ook wel van meer mensen die zoiets hebben van dat willen we niet meer kwijt.*

Bij ontwikkeling draait het om het uitbouwen van al aanwezige of aangeleerde vaardigheden. De respondenten zijn hun creativiteit met daarin het zoekend reageren gaan ontwikkelen, als ook het communiceren over positieve contactmomenten binnen het team.

*I<sup>2</sup>: Hoe krijgt de ontwikkeling in het team vorm?*

*R2: Qua personeel denk ik dat de een gaat hier wat verder in, probeert dat wat meer, de ander probeert daar wat meer. Maar naar mijn idee zijn we naar elkaar toe ook wel positief bezig. Iedereen staat er wel achter bij ons in het team. Dat werkt toch wel lekker.*

### Communicatie

Het concept communicatie, verbaal of non-verbaal, richt zich binnen het Zingevingmodel oorspronkelijk alleen als een manier van informatie-uitwisseling, echter aanvullend hierop blijkt dat respondenten hieraan ook invulling geven richting de bewoners als ook met de familie. Communicatie heeft voor de zorgverleners twee doelen. Ten eerste faciliteert het binnen het team bewustwording en ontwikkeling doordat de communicatie binnen het team zich richt op elkaar informeren over behoeften en benaderingswijzen van bewoners. Daarvoor wordt met name de rapportage, de bewonerskarakteristiek met omgangadvies en het zorgplan gebruikt. Verder vormen de mondelinge overdracht en het monodisciplinaire overleg een meerwaarde om informatie met elkaar uit te wisselen.

*R3: De mondelinge overdracht, dan kun je soms nog even iets extra's toevoegen wat niet perse eigenlijk in de rapportage hoort. Het leuke van wat je met een bewoner hebt meegemaakt. Ja, dan denk ik dat is ook gewoon waardevol om met elkaar dat even te delen.*

---

<sup>2</sup> De letter 'I' voor citaten staat voor de onderzoeker die een vraag stelt aan de respondent.

*R12: Ook soms anderen bewust maken van weet je wel wat je gedaan hebt: je bent heel goed bezig geweest. Dit en dit heb jij bereikt met die bewoner door die en die handeling. Schrijf dat alsjeblieft in je rapportage zodat een ander dat na kan doen en anders was dat misschien gewoon verloren gegaan dat mooie moment.*

Ten tweede, aanvullend op het bestaande Zingeingsmodel, draagt communicatie met de bewoners en diens naasten bij tot contact door het leren kennen van de bewoner met diens unieke levensgeschiedenis. De communicatie kenmerkt zich door het aangaan van een dialoog. De dialoog draagt bij aan het krijgen van begrip voor en het respecteren van de autonomie van de bewoner en diens familie. Goede communicatieve vaardigheden zoals de manier van vragen stellen en luisteren zijn nodig om de dialoog aan te kunnen gaan. Zorgverleners proberen via de dialoog betrokkenheid te tonen en aan te geven dat de bewoner als persoon waardevol is en er toe doet.

*R1: Of je vraagt op dat moment van wat wilt u. Zoals vanmorgen vroeg ik aan een bewoner: Nou, kom je er vandaag nog uit? Dat weet ik nog niet, zegt ze dan. Als ze dat niet wil, dan laten we haar op bed liggen. Prima, dat mag ook.*

*R11: Je vraagt gewoon aan de mensen hoe ze het zelf graag willen en wat ze zelf prettig vinden en daardoor creëer je een gevoel van veiligheid en vertrouwen. Maar ook door jezelf soms bloot te geven. Om te zeggen van ik vind het zo moeilijk om het goed te doen bij u.*

### Contact

Contact, verbaal of non-verbaal, wordt gezien als een ontmoeting met een emotionele uitwisseling tussen de bewoner en/of diens naasten en de professional, waarbij men zich door elkaar bevestigd voelt. De nadruk die de respondenten leggen op het contact met de naasten en tussen de bewoner en zijn/ haar naasten was nog niet expliciet in het Zingeingsmodel benoemd. Zorgverleners hebben het gevoel dat de Maieutische methodiek bijdraagt tot een beter contact met bewoners, naasten en tussen bewoner en naasten. Dat het delen van vaardigheden van zorgverleners met naasten een positieve bijdrage heeft op het contact dat de naaste heeft met de bewoner komt in het volgende citaat naar voren:

*R10: En ook naar familie toe, dan zie je ook echt dat je soms vragen krijgt van ik zie dat je zo met moeder doet, waarom doe je dat zo? En als je het dan uitlegt, zeggen ze van dat probeer ik ook en dan hoor je later ook van dat heeft me echt geholpen in het contact met de bewoner.*

Om in contact te komen met de bewoner is creativiteit met zoekend reageren en een dialoog nodig. De zorgverlener probeert subtiel en onopvallend 'rapport te maken' met de bewoner om contact te krijgen met de bewoner. 'Rapport maken' bestaat uit afstemming vinden met de ander, bijvoorbeeld door het spiegelen (over nemen) van gezichtsuitdrukkingen en lichaamshouding van de bewoner. Dit zal de bewoner een gevoel van herkenning en daardoor veiligheid moeten geven zodat contact mogelijk is.

*R9: Als ik in de groep zit dan zit ik zo en dan heb ik er één zitten en die bluhbluhbluhbluh en dan praat ik gewoon zo mee.*

Om contact te maken is het noodzakelijk om aandacht te hebben voor de bewoner, rust uit te stralen en de tijd te nemen voor de bewoner. Zo zijn de respondenten minder op de klok gaan werken.

*R5: Ik heb er ook een mevrouw bij zitten: die praat heel zachtjes, maar doordat je al die rust hebt en alle tijd komt er gewoon veel meer uit. Gewoon de rust en alle tijd om rustig aan te doen. Iedereen luistert naar je. Je mag gehoord worden, dat geeft ook zo'n rust bij de mensen, want als je niet goed kan praten dan ga je op een gegeven moment niet meer praten, want niemand luistert toch.*

*R12: Het gewoon heel goed kijken naar de bewoner, naar die reacties: wat doet jouw reactie bij hem, pak je hem. Wil je zomaar iets doen of wil je ook eerst naar zijn niveau afdalen. Als jij heel goed kijkt naar wat er gebeurt, als je dichtbij komt schrikt iemand, doe het dan rustig en ga niet direct beginnen. Gewoon heel erg bewust zijn van wat je doet, dat brengt wat teweeg en als die bewoner het gevoel heeft van hé, ze gaat met mij mee, wil die bewoner ook iets voor jou doen. Dan krijg je veel meer gedaan. Iemand geeft zich veel eerder over, agressie is een stuk minder aan de orde. Iemand voelt zich begrepen en de sfeer is vertrouwder.*

Een nieuw inzicht is ook dat de context van werken, zoals een kleinschalige woonvorm, bijdraagt aan een meer aandachtige houding ten opzichte van de bewoner. Dit kan het gevoel van veiligheid en geborgenheid voor de bewoner vergroten.

*R2: We zijn nu bezig met kleinschalig wonen waarbij 's morgens de bewoners aan tafel kunnen eten wanneer ze uit bed komen. Maar goed, het blijkt nu dat heel veel bewoners het ook wel gezellig vinden om aan tafel te blijven zitten na het ontbijt. Om op die manier toch meer persoonlijke aandacht voor de mensen te hebben.*

De bewustwording die door het werken met het Zingevingmodel plaatsvindt, maakt dat de zorgverleners de subtiele manieren waarop psychogeriatrische bewoners contact maken (weer) herkennen. Hierdoor worden meer positieve contactmomenten ervaren door de respondenten. De positieve contactmomenten dragen bij tot een betere zorgrelatie en geven de zorgverlener energie om de zorg te blijven verlenen.

### Zorgrelatie

De zorgrelatie staat voor de relatie tussen de zorgverlener en bewoner. De zorgrelatie wordt opgebouwd door aandachtig voor de bewoner, contact, communicatie en empathie.

*Onderzoeker: Op welke manier bouw je een zorgrelatie op met de bewoner?*

*R1: Het ligt ook aan hoelang de bewoner hier is. Kijk, hoe langer je iemand kent, hoe meer je een band met iemand krijgt. Maar er is sinds kort een nieuwe meneer. Als het kan, als ik werk, probeer ik hem ook te wassen. 's ochtends al gelijk zodat je die meneer beter leert kennen.*

*Daar begin je al mee en overdag houd je hem in de peiling. En van tevoren lees je natuurlijk dingen door, wat die man zijn verleden is.*

De positieve contactmomenten die de zorgverlener met de bewoner heeft, worden binnen de zorgrelatie door de respondenten ervaren als de wederkerigheid in de zorgrelatie voor de verleende zorg. Een positief contactmoment kan worden opgevat als een moment waarin zowel de zingeving van de bewoner als van de zorgverlener samenkomen en versmelten tot een gezamenlijke zingeving.

*R10: Nou en dan geef ik bijvoorbeeld zo'n handmassage en ik zie zo'n vrouwtje in één keer een glimlach op het gezicht krijgen of ze kijkt me in één keer gericht aan, dan zeg ik tegen mijn collega: "Hier: kijk."*

*Waarop mijn collega reageert met: "Oh, gut ja. Ik zou niet weten wanneer ik dat heb gezien."*

*(Respondent): "Nou hier, kijk dat is nou weer een positief contactmoment."*

*(Collega): "Ja, als je het zo bekijkt..."*

*(Respondent): Ja, denk ik, zo moet je het wel bekijken, want van die kleine dingen moet je het hebben. Maar als je oog krijgt voor die kleine dingen dat maakt het vaak weer leuk. Daar doe je het voor.*

Het leren kennen van de levensgeschiedenis van de bewoner geeft de zorgverlener begrip voor diens gedrag en zijn.

*R11: Bepaalde mensen hebben een gezichtsuitdrukking die is wat nors zeg maar, dat je dan denkt van dat lijkt me geen leuke mevrouw. [...] Maar kom je met haar in gesprek, je verdiept je in haar dan zie je soms hele andere dingen. Dan kun je daardoor een levensgeschiedenis horen waardoor je denkt van het is ook geen wonder dat ze zo is. Dat ze zo nors kijkt en dat ze niet meer blij kan zijn. En dat je haar dan ook in die waarde laat. Dat je wel probeert om haar het gevoel te geven dat ze er mag zijn, maar dat je het ook respecteert als ze dat voor haarzelf niet meer kan.*

*R12: Haar dementieproces speelt een rol maar ook zeker haar verleden, zoals iedereen altijd met haar is omgegaan, daardoor wordt ze nu nog meer ikke, ikke, ikke. En als je dat weet scheelt het mij wel. Dan kan ik daar iets meer begrip voor opbrengen. [...] Iemand is geworden door het verleden en dat heeft hem tot mens gemaakt zoals die nu.*

Een aanvulling op het bestaande model is dat niet alleen de belevingswereld en de levensgeschiedenis van de bewoner maar ook die van de zorgverlener de basis vormen waarop de zorgrelatie is gebouwd. De levensgeschiedenis van bewoner als ook zorgverlener bieden aanknopingspunten tot het leggen van contact met de bewoner en de mogelijkheid de bewoner te leren kennen. Hierdoor kan een zorgrelatie worden opgebouwd.

*I: Heb je wel eens nagedacht over welke signalen jou het gevoel geven dat je even moet stoppen met doorvragen bij de bewoner?*

*R3: Omdat je zoveel jaren in de zorg werkt voel je het toch wel aan van nu moet ik eventjes stoppen of nu is het even goed. Ja, morgen gaan we weer verder. Dat is ook een stukje levenservaring wat je hebt opgedaan. Ook in je gewone leven. Ja, dat gaat vaak vanzelf. Dat kun je vaak wel zien aan iemands gezichtsuitdrukking of iemand geeft het soms ook wel zelf aan*

*R10: Bepaalde dingen helpen je wel in het herkennen en een stukje meegaan, denk ik. Ik heb dan heel jong mijn moeder verloren en dan heb je heel veel met bewoners dat ze, sommige bewoners zitten daar gewoon mee te... Of hun vrouw is overleden of hun kind of... En dan kun je daar toch makkelijker op inspelen.*

Ook het concept 'autonomie' van de bewoner binnen de zorgrelatie is nieuw voor het Zingevingmodel. De autonomie van de bewoner is een belangrijke waarde waarop de zorgrelatie volgens de respondenten is gebaseerd. Via het zoekend reageren en de dialoog met de bewoner worden de grenzen van de bewoner afgetast en zo de autonomie binnen de zorgrelatie zoveel mogelijk gerespecteerd. Om de autonomie van de bewoner zoveel mogelijk recht te doen proberen de zorgverleners de bewoners het gevoel te geven dat ze gerespecteerd worden en dat ze er mogen zijn.

*R9: Ja en meegaan, het gevoel geven van ik word gewaardeerd, zelfrespect, ik mag er ook zijn. Ja, dat is het. Niet afkappen of er overheen praten, maar er gewoon in meegaan. Hand pakken.*

*R12: Ja, als je als bewoner het gevoel hebt van ik word serieus genomen en iemand probeert zich in mij te verplaatsen, ja dan heb je al een andere niveau waar je op praat en bij een PG-bewoner is dat zo aan de orde en daar kun je niet maar doorgaan en doorgaan, soms moet je even stoppen. Dan voel ik de agressie opkomen, dan moet je niet doorgaan want dan heb je hem agressief. Als je dan even die pauze inlast, als je dan even kijkt, dat je het even benoemt van nou vindt u het niet meer leuk. Dat je het even benoemt, ja dat was dan het gevoel waarom hij even tegensputterde. Dan moet je blijven zien en als dat kan ook benoemen.*

Om een zorgrelatie op te kunnen bouwen vinden de respondenten een houding belangrijk die zich kenmerkt door 'empathie', 'aandachtigheid' en 'er zijn' voor de ander. De opgedane levenservaring draagt bij aan het inlevingsvermogen van zorgverleners in de situatie van de bewoner en/of diens naasten. Dit heeft een positieve uitwerking op het maken van contact met de bewoner en diens naasten. Om aandacht te kunnen hebben voor de bewoner en empathisch te kunnen reageren moet de zorgverlener zich leeg kunnen maken.

*R8: Maar wel dat er iemand is die oprecht in hen geïnteresseerd is. In wat ze voelen en wat ze meemaken. Niet dat ik dat kan voelen want ik ben natuurlijk niet dement, maar dat er oprecht iemand is die hun in de ogen kan kijken en kan zeggen van vertel me nou maar wat... Ook al kunnen ze dat niet, ook al zijn het zinnen waar je geen bal van snapt, maar door hun hele doen en laten je dan wel voelt en weet van er is iets of het gaat niet goed of degene wil me iets vertellen. Dus ik denk dat op zich heb ik en de bewoners meer met nabijheid dan met afstand.*



*R10: Of je echt aandacht voor iemand hebt of dat je er zomaar, dat voelen ze haarfijn aan ook al zijn ze nog zo diep dement. Ik denk dat het er echt toe doet, hoe je er bent. Zoals 's avonds vind ik dat echt frappant, dan denk ik zoveel doe je dan nog geeneens zoveel op zo'n moment. Je schenkt koffie en je probeert een praatje op gang te brengen, maar je bent maar even weg en het is helemaal mis. En zo gauw als je er weer bent: ze zien je gezicht en nou...*

## **Discussie**

### Methodologie

Een sterk punt van dit onderzoek is dat door drie onderzoekers op drie locaties onderzoek naar dit onderwerp is uitgevoerd, hierbij zijn de data-analyses met elkaar vergeleken. Hierdoor zijn de 'transferability' en 'confirmability' van dit onderzoek sterk verbeterd. Ook was de onderzoeker niet in dienst van het IMOZ of de instelling, wat belangenverstremgeling voorkwam.

Een beperking is dat er geen tijd was voor observatie op de werkvloer om de resultaten uit de interviews met de praktijk te vergelijken. Hierdoor kon er een verschil zijn tussen datgene wat de respondenten vertelden en wat in de praktijk daadwerkelijk werd uitgevoerd. Echter de instelling was door het IMOZ, als een best-practice aangemerkt en het IMOZ bevestigde dat er behoeftegestuurd gewerkt werd. Het risico dat dit verschil ook optrad is hierdoor verkleind. Een beperking van de best-practice vormde dat er nog steeds gewerkt werd met een probleemgestuurd zorgplan omdat dit instellingsbreed was voorgeschreven. Hierdoor konden zorgverleners minder goed met elkaar communiceren over geïntegreerde belevingsgerichte zorg omdat de communicatiemiddelen gericht waren op het beschrijven van problemen in plaats van behoeften.

### Resultaten

Vergeleken met de literatuur over behoeftegestuurde zorg zijn er een aantal verbanden en verschillen te zien met de gevonden invulling van de concepten.

#### Professionaliteit

Binnen 'professionaliteit' vinden de gevonden pijlers: 'bewustwording', 'ontwikkeling' en 'creativiteit' met daarin flexibiliteit ondersteuning in het concept 'informed flexibility' uit het model van McCormack. Centraal hierin staat het faciliteren van besluitvorming door

het delen van informatie en nieuwe informatie integreren in bestaande zorgpraktijken (McCormack, 2003).

### Zorgrelatie

De waarde die de zorgverleners hechten aan de zorgrelatie is in lijn met Nolan et al. (2003) en McCormack (2003). Deze twee onderzoekers stellen dat de zorgrelatie de sleutel is voor succesvolle uitkomsten in de zorg. Zorg wordt pas zorg in de relatie met de ander (Tousseyn & Grypdonck, 1999). Het gebruik maken van de levensgeschiedenis van de bewoner werd al door Van der Kooij (2003) in haar model genoemd. In de praktijk blijkt ook de levensgeschiedenis van de zorgverlener bij te dragen aan het opbouwen van de zorgrelatie. Deze in de praktijk beschreven biografische benadering knoopt aan bij het concept 'being in a social world'. Dit is een biografische benadering, niet alleen voor professionele beoordeling, maar vooral als respect voor de intrinsieke waarden van de bewoner. Het helpt de zorgverlener de betekenisverlening die gericht is op en aanknopen bij de zorgrelatie te begrijpen (Ford & McCormack, 2000; Wright & McCormack, 2001).

Het voor het Zingevingmodel nieuw gevonden concept 'autonomie' binnen de sociale context, behoort volgens diverse auteurs (McCormack, 2003, Nolan et al. 2003) thuis binnen een behoeftegestuurde methodiek. McCormack (2003) beschreef in haar 'Authentic Consciousness' model het belang van het ondersteunen van de autonomie van de bewoner. De levensgeschiedenis heeft daarbij een belangrijke invloed op het nemen van gezamenlijke beslissingen, met de bewoner en soms ook met diens naasten, waarin de sociale leefwereld van de bewoner centraal stond. Packer (2000) twijfelt echter of bij psychogeriatrische ouderen behoeftegestuurde zorg werkend vanuit de autonomiegedachte mogelijk is; de respondenten zoeken mogelijkheden om dit toch te bereiken, onder andere door het werken vanuit de levensgeschiedenis. Hiermee wordt aansluiting gevonden met het werk van Aart Pool (Pool & Lambregts, 2003).

### Contact

Het concept 'contact' krijgt niet alleen invulling tussen de zorgverlener en de bewoner, zoals in het Zingevingmodel beschreven, maar ook met de naasten van de bewoner. Behoeftgestuurde zorg plaatst de positie van de naasten meer centraal in de

zorgverlening. Een houding van 'er zijn' door de zorgverlener bracht rust en een gevoel van veiligheid bij de bewoner. Hierin is een parallel te trekken met het begrip 'sympathic presence' van McCormack (2003) en de kernbegrippen van de Presentietheorie van Baart (2001). De betrokkenheid die de uniciteit en waarde van het individu herkent en daarop passend reageert. Dit passend reageren kan binnen het Zingevingmodel gezien worden als het zoekend reageren van de zorgverleners.

#### Communicatie

Ook het concept 'communicatie' werd breder getrokken dan beschreven in het Zingevingmodel. Communicatie vond niet alleen binnen het team plaats, maar werd ook als wezenlijk ervaren met de bewoner en diens naasten. Communicatie binnen het team hielp om de waarden van de zorgverlener en het team te expliciteren om zo tot betere behoeftegestuurde zorg te komen. Het model van McCormack (2003) beschrijft ook het belang van expliciteren van de waarden om te kunnen onderhandelen met de bewoner wanneer de waarden van zorgverlener en bewoner niet overeenkomen om de autonomie van de bewoner te waarborgen.

#### Voorwaarden voor implementatie

Uit de interviews kwamen ook enkele voorwaarden voor implementatie naar voren. Dat zijn ten eerste kennis en vaardigheden, hierbij gaat het om kennis en vaardigheden over de fasen van dementie, leren vragen stellen en observeren. Ten tweede is een adequate methodiek nodig dat zorgverleners in staat stelt om met elkaar te communiceren over de zorgverlening. Tot slot wordt ook kleinschalig wonen door de respondenten genoemd als een mogelijke voorwaarde om behoeftegestuurde zorg te verlenen aan bewoners. De huiselijkheid binnen kleinschalig wonen zou de bewoner een veiliger gevoel geven waardoor deze meer open kan staan voor contact. De kleinere groepen zouden het voor zorgverleners makkelijker maken om aandachtig te zijn naar de bewoner en de bewoner ook beter te leren kennen.

## **Conclusie**

De vraagstelling van het onderzoek was op welke wijze personeel in een verpleeghuis de invulling geeft aan de zorgverlening aan psychogeriatrische zorgvragers, volgens de Maieutische zorgmethodiek.

De resultaten tonen aan dat de onderliggende Maieutische theorie geldig is in de praktijk.

De centrale thema's in deze theorie, 'communicatie', 'contact', 'professionaliteit' en 'zorgrelatie' zijn bevestigd, maar op basis van de empirische data uit de praktijk is de theorie is uitgebreid met de concepten 'autonomie', 'empathie', 'ontwikkeling' en 'presentie'.

Zorgverleners die werken met het Zingevingmodel ervaren dat zij dankzij de training in het Zingevingmodel meer belevingsgerichte vaardigheden hebben, meer en beter binnen het team communiceren over de zorgverlening en zich meer bewust zijn van de wijze waarop zij de zorg verlenen. Dit alles maakt dat zij een toegenomen professionaliteit ervaren.

## **Aanbevelingen**

Om als team te kunnen communiceren over de zorg, zijn er geschikte instrumenten nodig binnen de instelling. Het is daarom aan te bevelen dat instellingen, die kiezen voor een behoeftegestuurde methodiek, deze ook volledig en multidisciplinair implementeren. Het behoeftegestuurd werken met een probleemgestuurd zorgplan brengt geen eenduidigheid en geen gezamenlijk vocabulaire mee om als zorgverlener over de zorg te communiceren en biedt onvoldoende ondersteuning voor het goed uitvoeren van behoeftegestuurde, belevingsgerichte zorg.

Verscheidene modellen voor behoeftegestuurde zorg zijn ontwikkeld, echter onderzoek naar de effectiviteit van behoeftegestuurde modellen op de kwaliteit van communicatie binnen het team en de kwaliteit van zorg ten opzichte van probleemgestuurde modellen ontbreekt nog.

Zorgverleners noemen randvoorwaarden die naar hun idee nodig zijn om behoeftegestuurd te werken, zoals het kleinschalig wonen. Het is echter nog niet bewezen dat deze randvoorwaarden implementatiesucces vergroten. Naar deze twee zaken zal nader onderzoek uitgevoerd moeten worden.

**Literatuurlijst**

Allen D. Record-keeping and routine practice: the view from the wards. *Journal of Advanced Nursing* 1998; 27: 1223-1230.

Baart A. *Een theorie van de presentie*. Utrecht: Uitgeverij LEMMA BV; 2001

Backman K & Kyngas HA. Challenges of the grounded theory approach to a novice researcher. *Nursing & Health Sciences* 1999; 1: 147-153.

Benner P. From novice to expert. *The American Journal of Nursing* 1982; 82(3): 402-407.

Boeije H. *Kwaliteit van zorg in verpleeghuizen. Een onderzoek naar problemen en strategieën van verzorgenden*. Utrecht: De Tijdstroom; 1994.

Boxtel van RJJ, Smits MJ, Engel M & Boshuizen HPA. Intuïtie in relatie tot het verpleegkundig proces. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen* 2001; 111(8): 234-239

Chiovitti RF & Piran N. Methodological issues in nursing research: rigour and grounded theory research. *Journal of Advanced Nursing* 2003; 44(4): 427-435.

Creswell JW. *Research design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. Second edition. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2003.

Davis BD, Billings JR & Ryland RK. Evaluation of nursing process documentation. *Journal of Advanced Nursing* 1994; 19(5): 960-968.

De la Cuesta C. The nursing process: from development to implementation. *Journal of Advanced Nursing* 1983; 8: 365-371.

Duffy K, Ferguson C & Watson H. Data collecting in grounded theory – some practical issues. *Nursing Researcher* 2004; 11(4):67-78

Eaves YD. A synthesis technique for grounded theory data analysis. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 35(5): 654-663.

Ehrenberg A & Ehnfors M. Patient problems, needs, and nursing diagnoses in Swedish nursing home records. *Nursing Diagnosis* 1999; 10(2): 65-76.

Ehrenberg A & Ehnfors M. The accuracy of patient records in Swedish nursing homes: congruence of record content and nurses' and patients' descriptions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2001; 15: 303-310.

Ehrenberg A, Ehnfors M & Thorell-Ekstrand I. Nursing documentation in patient records: experience of the use of the VIPS model. *Journal of Advanced Nursing* 1999; 24: 853-867.

Finnema E, Lange de J, Droes RM, Ribbe M & Tilburg van W. The quality of nursing home care: do the opinions of family members change after implementation of emotion-oriented care? *Journal of Advanced Nursing* 2001; 35(5): 728-740.

Ford P & McCormack B. Future directions of gerontology: a nursing perspective. *Nurse Education Today* 2000; 20: 389-394

Holloway I & Wheeler S. *Qualitative research in Nursing*. Second edition. Oxford: Blackwell Science Publishing; 2002.

Hyde A, Treacy M, Scott PA, Butler M, Drennan J, Irving K, Byrne A, MacNeela P & Hanrahan M. Modes of rationality in nursing documentation: biology, biography and the 'voice of nursing'. *Nursing Inquiry* 2005; 12(2): 66-77.

Jansen T. De kwalitatieve survey. *Kwalon* 2005; 10(3): 15-34.

Karkkainen O, Bondas T & Eriksson K. Documentation of individualized patient care: a qualitative metasynthesis. *Nursing Ethics* 2005; 12(2): 123-132.

Karkkainen O, & Eriksson K. A theoretical approach to documentation of care. *Nursing Science Quarterly* 2004a; 17(3): 268-272.

Karkkainen O, & Eriksson K. Structuring the documentation of nursing care on the basis of a theoretical process model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2004b; 18: 229-236.

Kooij van der CH. *Gewoon lief zijn?* Academisch Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam. Utrecht: Uitgeverij LEMMA BV; 2003.

Kooij van der CH. *Een glimlach in het voorbijgaan*. Apeldoorn: Zorgtalent producties; 2004.

Kooij van der CH. *Betrokkenheid als basis voor het zorgplan*. Apeldoorn: Zorgtalent producties; 2006.

Kuzel, A.J. *Sampling in qualitative inquiry*. In *Doing Qualitative Research* (eds. B.F. Crabtree & W.L. Miller), 2<sup>nd</sup> edn. Thousand Oaks, Sage; 1999; 33-45.

Maso I & Smaling A. *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Amsterdam: Uitgeverij Boom; 2004

Mason C. Guide to practice or 'load or rubbish'? The influence of care plans on nursing practice in five clinical areas in Northern Ireland. *Journal of advanced Nursing* 1999; 29(2): 380-387.

McCormack B. A conceptual framework for person-centred practice with older people. *International Journal of Nursing Practice* 2003; 9:202-209.

Nolan MR, Davies, S, Brown J, Keady J & Nolan J. Beyond 'person-centred' care: a new vision for gerontological nursing. *International Journal of Older People Nursing* 2003; 13(3a): 45-53.



Packer T. Does person-centered care exist? *Journal of Dementia Care* 2000; 8: 19-21

Pool A. & Lambregts J, red. *Verpleegkundige zorgverlening aan chronisch zieken*.  
Utrecht: Uitgeverij LEMMA BV; 2003

Pool A., Schumacher J. & Mostert H. *De kunst van het afstemmen, belevingsgerichte zorg. Theorie en praktijk van een nieuw zorgconcept*. Utrecht: NIZW; 2003.

Raad voor de Volksgezondheid. *Naar een meer vraaggerichte zorg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid; 1998.

Tousseyn A & Grypdonck MHF. *Integrerende verpleegkunde*. Dwingeloo: Kavanah; 1999.

Varcoe C. Disparagement of the nursing process: the new dogma? *Journal of Advanced Nursing* 1996; 23: 120-125.

Wright J & McCormack B. Practice development: individualized care. *Nursing Standard* 2001; 15: 37-42