

Ontmoeting

In excellente verpleegkundige zorg

2010



Colofon

Christelijke Hogeschool Ede

Lectoraat Ria den Hertog-Voortman, MsCN

Studenten Meta Bunt 060967

Danielle de Graaff 020643

Wendy Licht 061231

Annemieke de Stigter 060341

Illustratie 'Ontmoeting', Joke Schepers

fdhertog@che.nl

metabunt@klikSAFE.nl

degraaff41@kpnplanet.nl

wendyhoornlicht@gmail.com

anne_mieke75@hotmail.com

Ontmoeting...

Het is juist de behoefte aan ontmoeting, de behoefte aan op verhaal komen, die op de achtergrond raakt. We weten nog niet zoveel over relatie tussen liefde, aandacht en het beleven van het ziek-zijn, maar we vermoeden allemaal dat er belangrijke verbanden liggen. Zonder liefde, zonder aandacht kan een ziek mens niet goed ziek-zijn en niet goed herstellen. Onder goed ziek-zijn versta ik het mogen en kunnen doorleven van gevoelens en de emoties die het ziek-zijn meebrengt. Ik versta er ook onder dat ziek-zijn tot een belangrijke levenservaring kan worden. Dit is geen verheerlijking van pijn, verdriet, eenzaamheid, maar ik schrijf dit vanuit het besef dat een mens ontmoeting nodig heeft.

Marinus van den Berg, 1989

VOORWOORD

Voor u ligt het eindresultaat van het onderzoek, dat in opdracht van het Lectoraat Verpleegkundige Beroepsethiek van Christelijke Hogeschool Ede is uitgevoerd. Door middel van semigestructureerde interviews is onderzocht wat volgens de verpleegkundige ontmoeting op zielsniveau tussen de verpleegkundige en de zorgvrager is en hoe die ontmoeting bijdraagt aan excellente zorg.

Deze opdracht is uitgevoerd in het kader van de Meesterproef voor deeltijdstudenten van de Christelijke Hogeschool Ede, opleiding Verpleegkunde.

Wij bedanken Ria den Hertog (opdrachtgever en begeleider van CHE) voor de mogelijkheid om dit onderzoek uit te voeren. De verdieping in het onderwerp 'Ontmoeting met de zorgvrager' draagt zeker bij aan onze visie op verpleegkundig en de invulling van het werk. Wij hebben haar begeleiding als inspirerend ervaren.

Daarnaast bedanken wij alle respondenten voor hun bereidwilligheid om hun visie en ervaringen met ons te delen. Het heeft onze ideeën over ontmoeting mede gevormd.

Meta Bunt - Daniëlle de Graaff - Wendy Licht - Annemieke de Stigter

"Under the circumstances, her lack of willingness to connect with me scared me.
I did not feel safe in her care".

(Science direct: Nursing clinics of North America, December 2009)

SAMENVATTING

Het Lectoraat van Verpleegkundige Beroepethiek heeft opdracht gegeven om onderzoek te doen naar wat ontmoeting volgens verpleegkundigen is en hoe ontmoeting bijdraagt aan excellente zorg. De nadruk ligt hierbij op het perspectief van de verpleegkundige.

Vanuit de literatuur blijkt dat ontmoeting zeer oude wortels heeft. Verpleegkunde, het welzijn bevorderen van personen die een appèl hebben gedaan op de verpleegkundige, vindt plaats binnen een persoonlijke relatie (Van den Brink-Tjebbes, 1997; Bishop & Scudder, quotatie in Gastman & Casterlé, 2000). De persoonlijke relatie raakt echter steeds meer in het gedrang in de huidige gezondheidszorg. De hoogcomplexiteit medische en technische zorg, samen met de nadruk op transparantie, zijn mede oorzaak van verschraving van de zorg. Mensen voelen zich niet erkend en ervaren een gebrek aan warmte en betrokkenheid in de zorg (Haaft, 2010). Om het belang van deze persoonlijke relatie te staven, waarin de verpleegkundige de verpleegde ontmoet, is onderzoek noodzakelijk.

Van twintig verpleegkundigen, uit verschillende werkvelden, zijn semigestructureerde interviews afgenomen. Hierbij is een vragenlijst met zes open vragen aangehouden om consistentie te borgen. Er is sprake van purposive sampling. De interviews zijn met een voicerecorder opgenomen en verbatim uitgewerkt. Vervolgens zijn de interviews geanalyseerd door middel van fragmentatie en codering. Aan de hand van de codering zijn concepten ontdekt. In dit proces is peer-checking toegepast. De uiteindelijke concepten zijn: communicatie, kennis, erkenning, houding, vertrouwen, klik, naastbetrokkenen van zorgvrager en persoonlijkheid van zorgverlener.

Uit de interviews en de resultaten is gebleken dat alle verpleegkundigen ontmoeting, of het gebrek eraan, herkennen in de praktijk van elke dag. De kern van ontmoeting is voor de meeste verpleegkundigen hetzelfde, al omschrijven zij ontmoeting verschillend. Door te luisteren, empatisch te zijn en erkenning te geven bouwt de verpleegkundige aan een vertrouwensrelatie met de zorgvrager. In *ontmoeting* vertelt de zorgvrager over zichzelf en wat hij ten diepste voelt en nodig heeft, waardoor de zorgbehoefte duidelijker wordt. Dit is van invloed op hoe de verpleegkundige handelt. Verpleegkundigen geven aan dat ontmoeting zowel de beleving van zorg als het genezingsproces positief beïnvloed. Het moment van ontmoeten is vaak niet gepland, maar wordt gerelateerd aan signalen die

opgevangen worden en momenten waarop de verpleegkundigen zorg geven. Verpleegkundigen noemen tevens dat het ontmoeten van de zorgvrager meerwaarde geeft aan hun werk.

Verder stellen de verpleegkundigen dat zorg tekort schiet als er alleen medische/technische zorg wordt gegeven. Erkenning van de mens ontbreekt, wat *mensontwaardend* is (Van Heijst, 2008). Het tegengestelde wordt ook gesteld: alleen ontmoeting zonder goede medische kennis en vaardigheden mist eveneens zijn doel. Het merendeel van de verpleegkundigen heeft duidelijk aangegeven dat een balans tussen ontmoeting en medische/technische kennis en vaardigheden, een absolute noodzaak is voor excellente zorg.

Excellente zorg is het kunnen combineren van ontmoeting met medische en technische kennis en vaardigheden: normatieve professionalisering (Jansen, 2010).

SUMMARY

The Lectureship of Professional Nursing Ethics has given commission to research how nurses describe deep-level *meeting* between the nurse and the patient and how it contributes to excellent care. The emphasis is on the perspective of the nurse.

Literature shows that *meeting* has very old roots. Nursing, promoting the wellbeing of persons who have made an appeal to the nurse, takes place within a personal relationship (Van den Brink-Tjebbes, 1997; Bishop & Scudder, quotation in Gastman & Casterlé, 2000). Personal relationship in the current healthcare system becomes increasingly compromised. The highly technical and complex medical care, with the demand for transparency, cause erosion of healthcare. People do not feel acknowledged and experience a lack of warmth and involvement in healthcare (Haaft, 2010). Research is necessary to proof the importance of the patient and the nurse truly *meeting* each other in a personal relationship.

Twenty nurses from different backgrounds, have been interviewed. The interviews were semi-structured. A set list of six open-ended questions was used to ensure consistency. Respondents were chosen on basis of purposive sampling. The interviews were recorded and verbatim put in writing. Subsequently, the interviews were analyzed by means of fragmentation and encryption. On the basis of the coding, concepts were discovered. Peer checking has been applied in the process. The final concepts are as follows: communication, knowledge, acknowledgement, attitude, trust, match, loved-ones of the patient and the personality of the nurse.

The interviews and results showed that all the nurses recognize the phenomenon of *meeting*, or the lack thereof, in everyday practice. Most nurses agree on the essence of meeting, even though they might describe it differently. Nurses work towards a relationship of trust by listening, being empathetic and acknowledging the patient. If *meeting* takes place, the patient has the chance to tell about himself and what he deeply feels and needs. His true healthcare needs become apparent. This affects the decision process of the nurse and her plan of action. Nurses indicate that *meeting the patient* has a positive effect on the patient's perception of care, as well as on the healing process. The moment of *meeting* is often not planned, but related to signals picked up by the nurse. Frequently nurses *meet* the patient while giving care to him. The nurses indicate that *meeting the patient's* adds meaning to their work.

The nurses were positive that care falls short if only technical care is given and patients are not acknowledged. The opposite was also said to be true: *meeting in care*, without proper knowledge and skills is insufficient as well. Most of the nurses decidedly thought that balance between *meeting the patient* and proper medical/technical knowledge and skills are an absolute necessity for excellent nursing.

Excellent nursing is the ability to combine *meeting the patient* with proper medical and technical knowledge and skills; normative professionalizing (Jansen, 2010).

INHOUDSOPGAVE

Colofon	2
VOORWOORD	4
SAMENVATTING	5
SUMMARY	7
1. INLEIDING	11
1.1 Aanleiding	11
1.2 Probleemstelling	12
1.3 Opbouw van het verslag	12
2. LITERATUURONDERZOEK.....	14
2.1 Ontmoeting in de huidige gezondheidszorg	14
2.2 Oude wortels	15
2.3 Oude ideeën, nieuwe namen	16
2.4 Ontmoeting en de verpleegkunde.....	17
3. ONDERZOEKSMETHODE	21
3.1 Gebruik van literatuur	21
3.2 Samenstelling en werving onderzoekspopulatie.....	21
3.3 Het kwalitatieve onderzoek	22
3.4 Analyse	23
3.5 Bruikbaarheid	23
3.6 Validiteit, betrouwbaarheid en dataverzameling	23
4. RESULTATEN	25
4.1 Gegevens verpleegkundige respondenten	25
4.2 Concepten.....	26
4.2.1 Communicatie.....	26
4.2.2 Kennis	26
4.2.3 Erkenning	27

4.2.4 Houding	28
4.2.5 Vertrouwen	28
4.2.6 Klik	29
4.2.7 Naastbetrokkenen zorgvrager	30
4.2.8 Persoonlijkheid zorgverlener	30
5. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	32
5.1 Conclusies.....	32
5.2 Aanbevelingen	34
6. DISCUSSIE	36
6.1 Inhoud	36
6.2 Proces	36
REFERENTIES.....	38
Bijlage 1: Interview vragen lijst.....	41
Bijlage 2: Coderingen en concepten	43

1. INLEIDING

In dit hoofdstuk worden achtereenvolgens de aanleiding en de probleemstelling met doelstelling, vraagstelling en deelvragen beschreven.

1.1 Aanleiding

Op donderdag 21 januari 2010 is het Lectoraat Verpleegkundige Beroepsethiek, verbonden aan de Christelijke Hogeschool Ede (CHE), geïnstalleerd. Het lectoraat heeft als doel de kennisontwikkeling tussen onderzoekers, werkveld en opleiding op het gebied van Verpleegkundige Beroepsethiek te bevorderen. Een definitie van verpleegkunde waarin het ethische aspect duidelijk naar voren komt is Bishop & Scudder: 'Verpleegkunde is een praktijk gefundeerd op de morele eis het welzijn van personen te bevorderen door binnen een persoonlijke relatie voor hen te zorgen' (quotatie in Gastman & Casterlé, 2000). Volgens Tenwolde en Houtlosser (2004) omhelst dit zowel het streven om goed te doen als de wens om tegelijkertijd de autonomie te respecteren. Samengevoegd kan gesteld worden dat de verpleegkundige de opdracht heeft om het welzijn van de zorgvrager te bevorderen, door in een persoonlijke relatie voor hen te zorgen, waarin zij tevens de autonomie van de zorgvrager respecteert. Volgens de Nationale Beroepscode is de verpleegkundige verantwoordelijk voor het tot stand komen van deze zorgrelatie met de zorgvrager (V&VN/ NU'91, 2008).

De gezondheidsstaat Nederland is aan het veranderen in een managementstaat (Beneken, 2004). Door financieringsmotieven, in combinatie met effectiviteitswaarborgen, legt de gezondheidszorg steeds meer nadruk op bedrijfsmatig werken (Bruijn, 2009). De verpleegkundige heeft meer technologische en medische kennis beschikbaar dan ooit en ook minder tijd. Er zijn vele protocollen die gevolgd dienen te worden in het kader van Evidence Based Nursing. Er zijn echter geen protocollen betreffende: 'persoonlijke relatie'. In een artikel en radio-interview over het boek 'De dokter is ziek' van Haaft (2010), komt naar voren dat de zorgvragers warmte en betrokkenheid missen in de zorg. Een andere zorgvrager omschrijft zijn gevoel als: 'vreemd, alleen gelaten, bijna verdwenen' (auteur onbekend, TVZ, 2010).

1.2 Probleemstelling

De overheid wil steeds meer transparante zorg, om inzicht te krijgen in de geldstromen in de zorgsector. Valkuil is dat het menselijk aspect uit de zorg verdwijnt, omdat deze (nog) niet goed meetbaar is. Hoewel in de theorie van de verpleegwetenschap het belang van ontmoeting meer en meer wordt erkend, is er nog weinig praktijkgericht onderzoek gedaan om de theorie te staven. Vooral praktijkgericht onderzoek vanuit het perspectief van de verpleegkundige zelf. Het Lectoraat Verpleegkundige Beroepsethiek van de CHE heeft daarom opdracht gegeven om onderzoek te doen naar hoe verpleegkundigen de ontmoeting met de zorgvrager omschrijven en hoe verpleegkundigen denken dat ontmoeting kan bijdragen aan excellente zorgverlening.

Doelstelling:

Het Lectoraat Verpleegkundige Beroepsethiek van de CHE beschikt eind juni 2010 over onderzoeksresultaten, hoe twintig verpleegkundigen uit verschillende werkvelden, de ontmoeting op zielsniveau tussen de zorgvrager en de verpleegkundige omschrijven en hoe deze ontmoeting bijdraagt aan excellente zorgverlening. Vanuit het onderzoek worden concepten ontdekt die weergeven hoe verpleegkundigen denken dat ontmoeting bijdraagt aan excellente zorg.

Vraagstelling:

Hoe draagt ontmoeting op zielsniveau tussen verpleegkundige en zorgvrager bij aan excellente zorgverlening?

Deelvragen:

1. Wat is ontmoeting op zielsniveau volgens de verpleegkundige?
2. Wat doet een verpleegkundige om een zorgvrager te ontmoeten?
3. Hoe draagt 'ontmoeting' bij aan excellente zorg?

1.3 Opbouw van het verslag

Het volgende hoofdstuk bevat een samenvatting van de literatuurstudie. In hoofdstuk 3 is de Onderzoeksmethode beschreven, gevolgd door de Onderzoeksresultaten in hoofdstuk 4. In hoofdstuk 5 staan de Conclusies en Aanbevelingen. Tot slot volgt het hoofdstuk Discussie, waarin kritisch gekeken wordt naar het proces van dit onderzoek.

'Tja, mevrouw Verkerk, dat ziet er niet zo best uit.'

'Goedemorgen mw. Verkerk', zegt Margriet, praktijkverpleegkundige. 'Drs. De Bruin heeft u naar mij gestuurd om een zogenaamd Cardio Vasculair Risico profiel te maken. Zo te zien is uw bloeddruk, uw cholesterol en uw gewicht te hoog en u rookt 10 sigaretten per dag', zegt Margriet, terwijl ze in het scherm tuurt. 'U zal iets aan uw leefstijl moeten doen: u heeft nu 50% kans om binnen 10 jaar aan een hart- of vaatziekte te overlijden'. Met afspraken voor de diëtiste, een ECG, een spirometrie, het stoppen-met-roken-spreekuur en een recept voor hoge bloeddruk pillen verlaat mw. Verkerk de spreekkamer. 'Heeft u nog vragen?' 'Nee, dank u'. Vervolgens komt mw. Verkerk op geen van de afspraken opdagen, ondanks herhaaldelijk schriftelijk verzoek. Wel ligt 2 maanden later een brief voor Margriet op haar bureau. Nerveus opent Margriet de envelop. 'Beste Margriet', staat er. 'Allereerst mijn excuses dat ik zonder af te melden niet gekomen ben, dat is niet netjes. U heeft natuurlijk veel verstand van protocollen en het menselijk lichaam en hoe dat het beste aangepakt moet worden. Maar in dat lichaam zit een mens met gedachten, een verleden en een toekomst. En ik vrees dat u daar te weinig aandacht voor gehad heeft. Ik vind het jammer dat u mij niet gevraagd heeft wat u ik van de voorstellen vond. Dan had ik u geantwoord dat ik genoeg geleefd heb. Want ziet u, ik ben 82 jaar en heb mijn man verloren. De meeste van mijn vrienden zijn er niet meer. Kinderen hebben we helaas nooit gekregen. Voor wie moet ik nog langer leven? Ik zou graag naar mijn man toe gaan. En weet u, het enige wat mij nog wat troost biedt is mijn sigaretje en af en toe een taartje bij de koffie. Dat schept nog wat vreugde voor mij. Zoals u zult begrijpen wil ik geen gebruik meer maken van uw overigens vriendelijk bedoelde diensten. Veel sterkte met uw werkzaamheden in de praktijk. Met vriendelijke groet....'

Samenvatting naar column Jos Bemmels, huisarts (2010)

2. LITERATUURONDERZOEK

Naar aanleiding van de vraag 'hoe draagt ontmoeting op zielsniveau tussen verpleegkundige en zorgvrager bij aan excellente zorgverlening?', is literatuur onderzoek verricht. In het eerste deel van dit hoofdstuk is gekeken naar de plaats van ontmoeting in onze huidige gezondheidszorg en de wortels van ontmoeting. Vervolgens is de betekenis van ontmoeting belicht. Als laatste is gekeken naar de rol van de verpleegkundige in de ontmoeting met de zorgvrager. De definitie van Bishop & Scudder van verpleegkunde is meegenomen in dit hoofdstuk: 'Verpleegkunde is een praktijk gefundeerd op de morele eis het welzijn van personen te bevorderen door binnen een persoonlijke relatie voor hen te zorgen' (quotatie in Gastman & Casterlé, 2000).

De literatuurzoektocht is begonnen met het onderwerp tacit knowledge en impliciete kennis. Daarna is het accent verschoven naar ontmoeting. Bij het zoeken naar ontmoeting kwam een aantal artikelen en boeken naar voren uit de palliatieve en geestelijke gezondheidszorg. Daarnaast is de Presentie Theorie bestudeerd. Deze artikelen, websites en boeken hebben geleid tot nieuwe zoekargumenten, waardoor bijvoorbeeld erkenning en compassie naar voren kwamen. Door met deze onderwerpen bezig te zijn, trad er ook sneller herkenning op en werden nieuwe bronnen toegevoegd, zoals 'De dokter is ziek', 'Tja, mevrouw Verkerk' en 'De professional tussen vraag en aanbod'.

2.1 Ontmoeting in de huidige gezondheidszorg

Door verregaande professionalisering, institutionalisering en technologisering is onze geneeskunde ziektegericht, in plaats van mensgericht (Hendriksen, 2006; Gastmans & Casterlé, 2000). Een voorbeeld hiervan kunnen verpleegkundige diagnoses zijn, wanneer zij menselijk lijden transformeren in netjes geformuleerde problemen. Daarmee kan voorbij worden gegaan aan de lijdende mens zelf en wat het lijden voor hem of haar betekent. De mens wordt een object van zorg, het 'lijdend voorwerp' (Grypdonck, 2008). Het heersende maatschappelijke klimaat vraagt om transparantie in een poging om kwaliteit te garanderen: kwaliteit moet meetbaar zijn (Wuertz & Reinders, 2009). Kwaliteitsstandaarden, protocollen, certificering en accreditering zijn verschillende manieren waarop de overheid tracht om 'goede zorg' te waarborgen. Er is echter al gebleken uit onderzoek door Plexus (2000) dat een keurmerk of kwaliteitscertificaat niets zegt over de kwaliteit van zorg en deze daarom ook niet kan garanderen (Eupen, 2008). Een conclusie uit het rapport van VWS 2000, '*Zorg van betekenis*', is dat de invulling van kwaliteit van zorg te technisch is geworden en geen recht doet aan ervaringen van

patiënten. Het *'zorgen voor, in een persoonlijke relatie'* lijkt in het gedrang te komen (Gastmans & Casterlé, 2000). Veel zorgvragers missen warmte en betrokkenheid, voelen zich een nummer, een geval (Ten Haaf, 2010).

De verharding, verzakelijking en versnelling van de zorg heeft ook negatief effect op de verpleegkundigen (Vos, citaat in Van Heijst, 2008). Zij zitten net als vele andere professionals in mensgerichte praktijken klem tussen de vaak dwingende zorgvraag van de patiënt en de even dwingende rationaliteiteisen van de zorgorganisaties (Jansen, 2010). De Duitse filosoof Habermas noemt dat *'de spanning tussen leefwereld en systeem'*.

2.2 Oude wortels

Ontmoeting is een heel oud concept. De ontmoetingsfilosofie van Martin Buber (1878-1965) heeft zijn wortels in oude joodse mystiek chassidisme. Centraal in zijn filosofie stond het *'Ich und du'*, het werkelijk zijn van wie je bent en de ander willen ontmoeten en zien zoals hij werkelijk is. Echte ontmoeting is volgens zijn filosofie alleen mogelijk in het *tussen*, als *'ik tot de ander elementair in relatie treden en er daardoor een 'personeel present-worden'* ontstaat (Hartensveld, 1993). In zijn boek, "Kiezen voor ontmoeting", geeft van den Berg aan dat een ziek mens niet goed kan ziek-zijn of herstellen zonder ontmoeting. De zieke mens heeft ontmoeting nodig om de gevoelens en emoties die het ziek-zijn met zich meebrengt te mogen en kunnen doorleven (Berg, 1989).

Vanuit de verpleegkunde geeft Florence Nightingale aan dat een zieke geen recht wordt gedaan, als hij niet simpel en open kan spreken met anderen over zijn werkelijke conditie. Hierdoor voelt hij zich gedeprimeerd en geïsoleerd (Nightingale, 1860). Van den Brink-Tjebbes heeft in haar werken het mensbeeld van Frans-Joodse Emmanuel Levinas (1906-1996) verwerkt. In haar boek *'Verplegen in verbondenheid'*, stelt zij dat verplegen zich voltrekt *tussen* mensen, in relatie, waarin de verpleegde centraal staat. Het is een ethische relatie waarin het *appél* de oorsprong wordt van het helpen. Dit *appél* raakt de helpende en verbindt haar met de ander. Op dat moment ontmoet de ander de verplegende. Het verplegen heeft zijn wortels in werken van barmhartigheid vanuit de Bijbel, zoals water geven aan hen die dorst hebben, de naakte kleden (Van den Brink-Tjebbes, 1997).

In de meer recente verpleegkundige literatuur komt het woord ontmoeting voornamelijk voor in de gebieden waar genezing niet langer centraal staat: bij zorgvragers met dementie, psychiatrische klachten of chronische ziektes en in de palliatieve zorg. Het leren omgaan met de gevolgen van ziekte, het verbeteren of in stand houden van

kwaliteit van leven staan voor deze zorgvragers centraal. Vragen naar de intrinsieke waarde van het leven vraagt meer om relatie, 'er zijn voor', dan om medische kennis en vaardigheden, het 'doen', wat verpleegkundigen soms zo makkelijk valt. In de psychiatrie, zo stelt Bos (docent CHE, 2004), moet je de ontmoeting aangaan met je patiënt, anders kun je niets voor hen betekenen. Men kan zich daar niet verschuilen achter technische handelingen. Is niet juist zorg de opgave om de ontmoeting met een ander aan te gaan, vanuit wie die ander op dit moment is zonder daar een oordeel aan te hangen? (Huizing, geestelijk verzorger in de ouderenzorg, 2009).

2.3 Oude ideeën, nieuwe namen

Er is sprake van verharding, verzakelijking en versnelling van de zorg (Van Heijst, 2008). In een kritische reactie op de verschraling van de gezondheidszorg, het steeds minder tijd hebben voor wat niet direct nut en effect heeft, ontwikkelen zich nieuwe concepten binnen de verpleegkunde. Termen zoals: aanwezigheid, er zijn, verbinding, erkenning, worden genoemd. Ontmoeting wordt verder uitgediept. *Wat is het, wat maakt ontmoeting mogelijk, wat is er nodig aan kennis en vaardigheden, hoe vindt het plaats, wat zijn de resultaten.* In de Presentie Theorie van Baart, weerklinken de woorden van Buber, *het in relatie personeel-present-woorden*. De achtergrond van Baart is straatpastoraat. Delen van de presentietheorie zijn door Grypdonck verweven met haar visie op verpleegkunde (Baart & Grypdonck, 2008). Kerngedachten daarin zijn: aanwezigheid, afstemming, dienstbaarheid, en er zijn voor wie je nodig heeft. Het is aanwezig zijn, zonder dat hier voorwaarde aan gesteld worden, zoals therapietrouw. Presentie geeft ook ruimte om er voor te kiezen om 'te laten', de latende modus. Dit betekent niet dat de verpleegkundige nalaat te doen wat zij kan. Het betekent dat de verpleegkundige uit gaat van de vraag aan de zorgvrager zich te tonen zoals hij zich wil tonen. Vanuit de ontmoeting wordt afgestemd met de zorgvrager en maakt de verpleegkundige beslissingen over welke acties zij wel, of juist niet, gaat uitvoeren voor de zorgverlener. Zij denkt daarbij kritisch na over de gevolgen van acties. Alleen als zorg op deze manier op de patiënt is afgestemd, kan zorg goed zijn (Grypdonck, 2008, artikel).

Wuertz & Reinders sluiten bij deze gedachte aan. Om tot een juiste inschatting te komen van de zorgbehoefte is verbinding nodig: een wijze van aanwezigheid door de professional die de ander uitnodigt tot vertrouwen, om zichzelf te laten zien. De zorgvrager krijgt de ruimte om zijn diepste behoeften kenbaar te maken. De kwaliteit van zorg is daarom mede afhankelijk van de verbinding die gemaakt wordt. De ideeën

verbinding en ontmoeting vertonen grote overlapping. Het weten hoe zich te verbinden is volgens Wuertz & Reinders grotendeels impliciet en persoonsgebonden. Dit stuk impliciete professionele kennis en kunde wordt aangeduid met tacit knowledge (Wuertz & Reinders, 2009). Het oorspronkelijke idee van tacit knowledge komt van Polanyi in 1958, uit de wereld van management. Tacit knowledge is kennis waarbij opgedane ervaringen bewerkt worden via onbewust reflectie. Het is een impliciet leerproces, wat resulteert in een intuïtie die een cognitieve basis heeft (Gloudemans, 2010). Niet de manier waarop professionals kennis verwerven, maar de manier waarop zij openstaan voor kennis en deze kennis gebruiken is niet waarde vrij en heeft een morele component, net zoals de manier waarop zij handelen (Jansen, 2010).

Andere woorden die verbonden zijn met ontmoeting zijn erkenning en aanwezigheid. Aanwezigheid is erkenning van de intrinsieke waarde van de mens als existentieel Ander (Huizing, 2008; Iseminger, 2009). Erkenning is iemand zien staan, het in alle situaties de mens blijven zien, hoe mooi, ontroerend of triest het soms is (Huizing, 2008; Van Heijst, 2008). Gebrek aan erkenning veroorzaakt zinverlies in de zorg, voor zowel de zorgvrager als de verpleegkundige (Van Heijst, 2008).

In een Japans onderzoek staat 'continuously knowing the patient' centraal, wat eveneens verwant is aan ontmoeting. Uit onderzoek bleek dat de keuze van de verpleegkundigen om constant het gesprek met de zorgvrager aan te gaan en diens beleving te kennen, essentieel was voor genezing. Doordat de verpleegkundige de context begreep, kon de zorg aangepast worden aan de behoefte van de zorgvrager. Ontmoeting is derhalve een proces van constant kiezen om de zorgvrager te ontmoeten, te kennen, erkennen en de zorg hierop afstemmen (Takemura & Kanda, 2003).

In ontmoeting wordt de ander gerespecteerd, er wordt geluisterd, waarbij zwijgen veelzeggend kan zijn. De ander ervaart dat er oprecht tijd en aandacht is voor hem (Leget, 2008; Ronnes, 2007). Er is werkelijk contact, waarbij de ander de ruimte krijgt om zichzelf te zijn, zichzelf te tonen. Met het tonen van zichzelf kan hij aangeven wat hem ten diepste beweegt en wat zijn behoeftes zijn. 'Aanwezigheid en zorgen voor is een therapeutisch proces waarvoor expertise in de verpleegkundige praktijk nodig is.... met daaraan toegevoegd de intieme inter-persoonlijke gevoeligheid' (Iseminger, 2009). Zorgen voor in een persoonlijke relatie: op deze manier kan ontmoeting een *present-zijn*, die heilig-helend is (Berg, 2007).

2.4 Ontmoeting en de verpleegkunde

De essentie van klinische verpleegkunde is om welzijn en genezing te faciliteren door de zorg te richten op de lichamelijke, emotionele en geestelijke behoeftes van de zorgvrager

(Iseminger, 2009). Terugkijkend naar de definitie van Bishop & Scudder (1990) aan het begin van dit hoofdstuk, neemt het bevorderen van het welzijn plaats in een persoonlijke relatie tussen de zorgvrager en de verpleegkundige. De Nationale Beroepscode stelt dat de verpleegkundige verantwoordelijk is voor het tot stand komen van de zorgrelatie (Nationale Beroepscode 2.4) en om die zorg te verlenen die de zorgvrager werkelijk nodig heeft (Nationale Beroepscode 2.2).

Met ontmoeting begint de zorg bij het verhaal van de zorgvrager en het present zijn van de verpleegkundige. In de woorden van Van den Brink-Tjebbes, 'Je zult samen met de verpleegde vanuit *diens zorgbehoefte op weg zijn*' (Van den Brink-Tjebbes, 1997). Het *doen* vindt zijn oorsprong in *het zijn*. In de ontmoeting erkent de verpleegkundige de ander als mens en nodigt zij de ander uit tot het vertellen van zijn verhaal. Er komt ruimte voor de zorgvrager om zijn verpleegbehoefte te vertellen, zichzelf te tonen. De verplegingsbehoefte kan niet centraal staan, als deze niet bekend is (Van den Brink-Tjebbes, 1997). Om te weten hoe deze verbinding kan worden aangegaan, is tacit knowledge, impliciete kennis nodig. Dit mag een plaats hebben in de verpleegkunde, al is het moeilijk meetbaar (Wuertz & Reinders, 2009; Iseminger, 2009). Hierbij is een houding van erkenning, interesse, empathie en betrokkenheid belangrijk. Communiceren is de voornaamste vaardigheid, waarbij luisteren centraal staat. Daarnaast is het nodig dat de verpleegkundige van zichzelf bewust is, open, flexibel en empatisch. (Iseminger, 2009; Ronnes, 2007; Ten Have, 2006; Takemura & Kandura, 2003; Van Heijst, 2008). De verpleegkundige kan de informatie die voortkomt uit de ontmoeting combineren met Evidence Based Nursing (EBN). In afstemming met de zorgvrager wordt besloten welke acties zij wel of niet zal ondernemen. Hieruit groeit een vertrouwensrelatie waarin de zorgvrager zich steeds meer kan laten zien en meer van zijn verhaal durft te delen (Wuertz & Reinders, 2008). De verpleegkundige zal een balans moeten vinden tussen technische competentie (kennis en vaardigheden) en medemenselijkheid en zorgzaamheid (nursing-presence, houding) (Gastmans & Casterlé, 2000).

Door de mens te ontmoeten, wordt deze geactiveerd in zijn eigen zorg. Hierdoor kan spanning verminderen en een beter milieu voor genezing gecreëerd worden (Iseminger, 2009). De mens heeft het nodig om gezien te worden, om erkend te worden. Het gebrek aan erkenning leidt tot zinsverlies en mensontwaardiging, wat genezing tegenwerkt (Van Heijst, 2008). Zonder liefde, zonder aandacht kan een ziek mens niet goed ziek-zijn en niet goed herstellen (Van den Berg, 1997).

Ontmoeting is ook voor de verpleegkundige belangrijk. Verpleegkundigen geven aan dat het erkennen van de zorgvrager hun werk meerwaarde geeft. Het bedrijfsmatige werken, daar in tegen, doet afbreuk aan hun professionaliteit. Verpleegkundigen voelen zich klem gezet door managers die productie en registratie belangrijker lijken te vinden dan goede zorg (Van Heijst, 2008; Tonkens, 2010). Praktisch gezien blijkt dat presentie beoefenen, efficiëntie verhoogd en tijd bespaard. Door ontmoeting kan de verpleegkundige proactief handelen, zorg clusteren en effectiviteit verhogen. Omdat de zorgvrager gehoord wordt en er in overeenstemming met die behoefte gehandeld wordt, hoeft de zorgvrager niet meerdere keren om hulp te vragen. Ontmoeting hoeft niet noodzakelijk veel tijd te nemen; erkenning kan een kwestie van seconden zijn (Iseminger, 2009).

Er is verandering nodig op macro- en mesoniveau van de organisatie en overheid. Een organisatie die niet zorgzaam is ten opzichte van zijn medewerkers functioneert slecht, net als zoals een verpleegkundige die rechtvaardigheid of doelmatigheid veronachtzaamd tekortschiet. De moderne professional heeft een positie met drie kwetsbare aspecten:

1. Noodzaak tot verantwoording van professioneel handelen.
2. Aandacht voor de waardengeladenheid van professionele keuzes, handelingen en beslissingen.
3. Nadruk op de betekenis van reflectie voor professionele en persoonlijke ontplooiing (Jansen, 2010). Tenzij de organisatie de verpleegkundige hierin beschermt, kan de verpleegkundige haar werk niet optimaal doen.

Technisch gezien is goede zorg mogelijk zonder ontmoeting, maar zorg zonder ontmoeting creëert zinloosheid door een gebrek aan menselijkheid en betrokkenheid. Ten diepste wordt gemist wat de zorgvrager werkelijk nodig heeft. Ontmoeting zonder EBN is eveneens ontoereikend. Excellente zorg is de kunst van het combineren van technische competentie (kennis en vaardigheden) en ontmoeting. Dit betekent dat het één (ontmoeten van de patiënt) het ander (evidence based werken) niet uitsluit, maar complementair werkt (Jansen, 2010). Met recht kan gezegd worden dat verpleegkunde een kunst is.

Gekeken naar expliciete christelijke waarden en ontmoeting, is er het voorbeeld van Jezus Christus. Hij maakt mensen niet in de allereerste plaatst gezond, maar Hij erkent de mens en haalt hem uit zijn isolement. Niet om hem zorgafhankelijk te maken, maar om hem uit te dagen om meer dan zijn ziekte te worden (Berg, 1989). Ter afsluiting een gedachte van Grypdonck. Eén van Gods namen is, 'Ik ben die er zijn zal' (De Bijbel, NBV,

Exodus 3:14). Dit houdt een opdracht in voor de verpleegkundige, namelijk, er zijn voor wie haar nodig heeft.



‘De Barmhartige Samaritaan’ (Vincent van Gogh, 1890).

3. ONDERZOEKSMETHODE

In dit hoofdstuk wordt de verantwoording van de keuze voor de methodiek, de onderzoeksgroep en de analysemethoden beschreven. Het onderzoek richt zich op MBO- HBO- A- B- en Z-verpleegkundigen uit diverse werkvelden en wordt uitgevoerd in de periode februari tot juli 2010.

3.1 Gebruik van literatuur

Voor en tijdens het onderzoek wordt relevante literatuur bestudeerd. Enerzijds om niet aan bestaande kennis en ontwikkelingen voorbij te gaan en anderzijds om de probleemstelling beter te formuleren. Bij het analyseren is het mogelijk kennis te integreren met gevonden resultaten. Mede door het gebruik van meerdere bronnen wordt kwaliteitsbevorderend gewerkt en kunnen conclusies getrokken worden over *de waarheid* (Polit & Hungler 1999).

De interviews worden gestart als de onderzoeksvragen zijn goedgekeurd door de opdrachtgever. Er worden verschillende contactmomenten afgesproken. Als er tussentijds vragen zijn wordt er gecommuniceerd via de mail of telefoon. Gedurende het onderzoekstraject wordt er feedback gevraagd, door de onderzoekers, aan de opdrachtgever en tussen de onderzoekers onderling.

3.2 Samenstelling en werving onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestaat uit twintig verpleegkundigen, uit verschillende werkvelden die op dit moment werkzaam zijn in de directe patiëntenzorg. De keuze voor twintig verpleegkundigen is gemaakt om binnen het gestelde tijdsbestek het onderzoek af te kunnen ronden. De verpleegkundigen worden geworven uit de kennissenkring van de beide interviewers. Er is een keuze gemaakt om die verpleegkundige uit te nodigen waarvan collega's of de onderzoekers zelf vinden dat zij 'goed' zijn en een klik hebben met het onderwerp. Het zijn verpleegkundigen die mee willen werken aan het onderzoek naar de beleving van ontmoeting tussen verpleegkundige en zorgvrager. Omdat er doelgericht verpleegkundigen zijn gevraagd om deel te nemen aan het onderzoek (purposive sampling), wordt geen statistische representativiteit gerealiseerd.

Met twintig verpleegkundigen uit verschillende werkvelden wordt er voldoende variatie verwacht in de interviews. Het is mogelijk dat het punt van saturatie niet bereikt wordt. Dit omdat enerzijds twintig verpleegkundigen wellicht niet genoeg is en anderzijds de

werkvelden uiteen lopen. Dit betekent dat er geen aselechte trekking voor een steekproef wordt gedaan, noch dat er van statistische generalisatie gesproken kan worden: er kunnen geen uitspraken gedaan worden over de gehele populatie, omdat slechts een deel daarvan is onderzocht.

Het onderzoek is een onderdeel van een groter onderzoek. Het is mogelijk dat daar uiteindelijk andere conclusies worden getrokken (tijdstriangulatie).

3.3 Het kwalitatieve onderzoek

Om te voldoen aan kwaliteitseisen bij het kwalitatief onderzoek is het van essentieel belang dat de betrouwbaarheid, de validiteit en de bruikbaarheid van het onderzoek gewaarborgd is.

Kwalitatief interview

Om excellente zorg door verpleegkundigen in beeld te brengen vindt er een kwalitatief onderzoek naar de beroepspraktijk van verpleegkundigen plaats. Verpleegkundigen uit verschillende werkvelden worden gevraagd aan het onderzoek deel te nemen. De aandacht in het onderzoek richt zich vooral op de verbondenheid in de zorg, de ontmoeting tussen verpleegkundige en de zorgvrager. Uit dit praktijkonderzoek moet blijken wat volgens de verpleegkundige ontmoeting betekent en hoe dit bijdraagt aan excellente zorg. Voor het onderzoek is het belangrijk dat gevraagd wordt naar beleving, motieven, betekenisverlening en achtergronden van gedrag. Om deze reden wordt er gekozen voor kwalitatief onderzoek. Andere redenen om te kiezen voor kwalitatief onderzoek is dat er sprake is van een kleine groep geïnterviewden, een complex onderwerp, er nieuwe informatie wordt verzameld en begrippen kunnen worden afgebakend.

Met de keuze voor een diepte interview is het mogelijk dat te ver van het onderwerp of vraagstelling wordt afgedwaald, terwijl in een kwantitatief interview de inzichten van de respondenten tekort kan worden gedaan: inzichten waar de onderzoeker niet aan denkt, komen dan niet aan bod. Het kwalitatieve onderzoek vindt plaats in de vorm van retrospectieve semigestructureerde interviews. Met een semigestructureerd interview worden grenzen afgezet, zodat de kansen verhoogd worden antwoorden op de vraagstellingen te kunnen vinden. Aan de hand van een topiclijst met interviewvragen wordt sturing gegeven aan het interview.

3.4 Analyse

Voor het analyseren van de uitkomsten worden de methodes, zoals beschreven door Verhoeven (2007), Boeije (2008), Jong en Vandenbroele (2003) als uitgangspunten gebruikt.

De interviews (ruwe data) worden gefragmenteerd zodat er samenhangende stukken tekst ontstaan. De interviews worden door twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar gecodeerd, het zogenaamde open coderen. Hiermee worden gegevens geordend. Het is een eerste vorm van definiëring van gevonden begrippen, de uiteindelijke concepten. De onderzoekers hebben de gevonden codes vergeleken en één centrale lijst van codes gemaakt. Uiteindelijk zijn bij de codes kernlabels, concepten gezocht. Hiermee wordt een systematische, adequate archivering beoogt (storage and retrieval), zodat er gestart kan worden met een eerste aanzet tot analyse. Zo kunnen er conclusies getrokken worden over wat verpleegkundigen in het werkveld belangrijk vinden bij het ontmoeten van de zorgvrager.

3.5 Bruikbaarheid

De interpretatieve analyses leveren overzichtelijke data op voor de opdrachtgever. Op een later tijdstip kunnen hieruit nieuwe analyses of inzichten uit voort komen. De uitslag van het praktijkonderzoek is bruikbaar voor de opdrachtgever, mede als onderdeel van een haar eigen, groter onderzoek. De manier om de bruikbaarheid zoveel mogelijk te waarborgen, is dat de opdrachtgever, (Den Hertog, projectbegeleidster) vanuit de kenniskring van het Lectoraat Verpleegkundige Beroepsethiek, nauw betrokken is bij het onderzoek.

3.6 Validiteit, betrouwbaarheid en dataverzameling

Om te voldoen aan kwaliteitseisen bij het kwalitatief onderzoek is het van essentieel belang dat de betrouwbaarheid, de validiteit en de bruikbaarheid van het onderzoek gewaarborgd is.

Een belangrijk kwaliteitscriterium waar aandacht aan wordt besteed is de onafhankelijkheid van de onderzoeker. Door het interview op te nemen en het aanhouden van een topiclijst wordt de objectiviteit van de onderzoeker vergroot. Het bewuste zelfonderzoek, zoals het dragen van neutrale kleding, goed voorbereid zijn op het interview (zowel inhoudelijk als technisch) en het aanpassen aan het informatie- en

taalniveau van de respondent, draagt bij aan zo min mogelijk vertekening door externe invloeden.

Door één van de interviews op techniek te laten beoordelen door twee co-onderzoekers en de begeleidend docent is er sprake van peer-debriefing. Hiermee wordt vooringenomenheid betreffende het onderwerp, geminimaliseerd.

De interviews worden door twee onderzoekers, onafhankelijk van elkaar, afgenomen en op een voice recorder opgenomen, zodat de interviewer haar aandacht alleen hoeft te richten op het interview zelf. Dit komt de kwaliteit van de gegevens ten goede, doordat er geen voorselectie plaatsvindt van wat wel of niet genoteerd wordt. Het is een belangrijke kwaliteitswaarborg om zowel de vragen als de antwoorden te noteren, zodat inzichtelijk wordt wie naar aanleiding van wat spreekt. Vervolgens worden de interviews verbatim uitgewerkt (data preparation). De interviews (ruwe data) worden door twee personen onafhankelijk van elkaar gelabeld. Tevens zal de opdrachtgever één interview labelen, zodat zij en de onderzoekers kunnen vaststellen of zij onafhankelijk van elkaar op dezelfde uitkomsten komen. Het onafhankelijk labelen heeft als doel de betrouwbaarheid vergroten van de uitslag, doordat er vanuit verschillende invalshoeken naar wordt gekeken en doordat verschillende individuen verschillende fouten zullen opmerken (peer-review).

De volgende stap is de labels vergelijken en één centrale lijst van labels maken. Uiteindelijk zullen er kernlabels, concepten worden gezocht. Hiermee wordt een systematische, adequate archivering beoogt (storage and retrieval), zodat er gestart kan worden met een eerste aanzet tot analyse. Zo kunnen er conclusies getrokken worden over wat verpleegkundigen in het werkveld belangrijk vinden bij het ontmoeten van de zorgvrager.

4. RESULTATEN

In dit hoofdstuk worden de gegevens van de geïnterviewde weergegeven en de resultaten beschreven aan de hand van de analyse van de interviews.

4.1 Gegevens verpleegkundige respondenten

Interview	m/v	werkveld	Leeftijd	Ervaring	Opvallende concepten
1	v	GGZ verslavingszorg	22	1½	Communicatie, houding
2	v	VGZ intern	41	24	Communicatie, houding
3	v	MGZ thuiszorg	49	29	Houding, klik
4	v	Praktijkverpleegkundige	43	24	Kennis, houding
5	v	GGZ psychiatrie	53	30	Houding, vertrouwen
6	v	AGZ urologie	40	24	Klik, communicatie
7	m	GGZ Crisisdienst	56	28	Communicatie, kennis
8	v	AGZ CCU / SEH	35	15	Kennis, erkenning
9	m	AGZ Kinder IC	41	16	Vertrouwen, erkenning
10	v	AGZ chirurgie	57	40	Vertrouwen, communicatie
11	m	AGZ ICU	31	7½	Klik, houding
12	m	AGZ ambulance	52	35	Communicatie, kennis
13	v	MGZ thuiszorg	50	28	Kennis, communicatie
14	v	MGZ thuiszorg	53	30	Communicatie, kennis
15	v	MGZ thuiszorg	53	16	Houding, communicatie
16	v	MGZ thuiszorg	50	21	Vertrouwen, communicatie
17	m	AGZ kinderoncologie	35	14	Communicatie, vertrouwen
18	v	AGZ ICU	43	25	Erkenning, houding
19	v	AGZ oncologie	45	27	Kennis, communicatie
20	v	AGZ kinderafdeling	50	32	Kennis, context zorgvrager

4.2 Concepten

De twintig interviews zijn door twee onderzoekers afzonderlijk geanalyseerd. De onderzoekers hebben de interviews gecodeerd en aan de hand van de codes zijn concepten gevormd. Hieruit zijn onderstaande bevindingen gekomen.

4.2.1 Communicatie

Verpleegkundigen vinden communicatie een belangrijk onderdeel van het vak. De verbale en vooral de non-verbale communicatie is van belang om tot ontmoeting te komen. Door verpleegkundigen wordt aangegeven dat waarnemen, signaleren van gedragingen een belangrijke rol speelt in de non-verbale communicatie. De verpleegkundige moet het contact aangaan. Door zorgvragers te bevragen op hetgeen wordt waargenomen worden behoeftes helder. Het doorvragen is een belangrijk middel om achter achterliggende zaken te komen, zodat de zorg beter afgestemd kan worden. Hierbij is de woordkeus van belang. Luisteren wordt aangegeven als een eigenschap die er toe bijdraagt dat zorgvragers zich gerespecteerd voelen en de ruimte nemen hun verhaal te vertellen.

Communicatie is het belangrijkste deel van ons vak communicatie verbaal en vooral non verbaal (fragment 11.3).

Het echte ontmoeten met de zorgvrager is puur gevoel.....gevoel is gebaseerd op signalen. Wat zendt iemand uit? Dat komt bij elkaar in het gevoel en dat leidt tot acties, dat leidt tot houding, dat leidt tot horen, dat leidt tot gedragingen, dat leidt tot soms niks, afwachten, stil zijn (fragment 11.28).

Als ik de ontmoeting aan ga met mensen die ik zorg geef dat ik betere zorg geef omdat ik aansluit op waar ze zitten wat ze willen. In gevoel en in hun denken en wat ze willen het sluit veel beter aan (fragment 16.6).

Typerend we denken dat we altijd heel veel antwoorden moeten geven maar dat is het niet je moet juist soms alleen maar luisteren (fragment 18.3)

4.2.2 Kennis

Verpleegkundigen geven aan dat het van groot belang is te beschikken over kennis om het vak goed uit te kunnen oefenen. Dit dient in de juiste verhouding te staan tot een professionele benadering en een open houding.

Onder kennis wordt verstaan herkenning van pathologie en hierop kunnen anticiperen, het goed beheersen van verpleegtechnische vaardigheden en deze adequaat kunnen

inzetten. Om adequaat te kunnen handelen is kennis en het toepassen van juiste communicatietechnieken nodig.

Kennis van de grenzen van het verpleegkundig vakgebied zorgen ervoor dat de verpleegkundige de zorgvrager kan doorverwijzen naar de juiste discipline.

Ervaren verpleegkundigen kunnen hun impliciete kennis, expliciet maken omdat situaties eerder herkend worden.

Verpleegkundige die verstand heeft van zaken, weet over welk ziektebeeld het gaat en ik weet welke zorg daarbij hoort (fragment 8.1).

Er moet ook voldoende vaktechnische kennis hebben. Met een aardige persoon alleen kom je er niet. En die dat in de juiste verhouding weet te hanteren (fragment 12.2).

Ik kan ook niet altijd met iets wat mensen zeggen. Ik kan er wel acties aan verbinden ik kan wel mensen in schakelen die meer kennis kunde hebben op het gebied van begeleiding. Die mensen kunnen beter handvaten aanreiken dan dat ik dat kan (fragment 11.30).

4.2.3 Erkenning

Erkennen van de zorgbehoefte van de zorgvrager draagt bij aan goede zorg. Erkenning van de zorgbehoefte ontstaat door de mens achter de zorgvraag te zien. Door aandacht, meeleven te laten blijken en te laten merken dat situaties herkenbaar zijn ervaart de zorgvrager erkenning van zijn ziekte en persoonlijke situatie. Om tot erkenning van de zorgvrager te komen is het van belang om de ervaring van de zorgvrager en diens familie serieus te nemen en indien nodig op te komen voor de belangen van de zorgvrager richting andere disciplines. Dit vraagt van verpleegkundigen een individuele benadering met het besef dat iedere zorgvrager een eigen referentiekader heeft.

Dat je de persoon ziet en niet iemand die een hulpvraag heeft maar de hele mens (fragment 15.2).

Ik probeer te inventariseren wat iemand nodig heeft want dat is voor ieder mens anders (fragment 8.7)

Er voor zijn wanneer de patiënt dat nodig heeft (fragment 9.1).

Het is eventjes dat je de mens als mens neemt (fragment 18.7).

4.2.4 Houding

Vanuit de interviews blijkt dat de juiste houding en het empathisch zijn bijdraagt aan ontmoeting in de zorg. Het empathisch vermogen wordt benoemd als het inleven in de zorgvrager en het aanvoelen van wat nodig is. Hiervoor is een rustige en open houding een voorwaarde. Interesse in de medemens wordt de essentie van goede zorg genoemd. De interesse wordt zichtbaar in het geven van aandacht, een warme zorgzame uitstraling en het aanwezig zijn. Aanwezig zijn in de vorm van even de tijd nemen, naast een bed gaan zitten en soms een vraag stellen of wat praten.

Luisterend, empathisch zijn. Dat staat bij mij voor ogen als ik het over ontmoeting heb (fragment 15.3).

Dat vind ik heel erg belangrijk, dat ongeacht hoe iemand er bij ligt of aan toe is, blijf hem met respect behandelen (fragment 5.1.)

Dat ik geïnteresseerd ben in die andere persoon. Dat ik hem zie staan en dat er contactmoment langer blijft dan een korte ontmoeting en er dan verdieping gaat plaats vinden. Als je geïnteresseerdheid hebt uitgestraald of hebt laten zien, dan is er ook ruimte voor verdieping (fragment 12.7).

Maar ook even er gewoon bij gaan zitten en niks zeggen, dat zegt ook al heel veel. Je hoeft niet perse alle woorden uit te spreken (fragment 6.2.)

4.2.5 Vertrouwen

Een vertrouwensrelatie draagt bij aan ontmoeting op zielsniveau met de zorgvrager. Een vertrouwensrelatie ontstaat door in contact te gaan met de zorgvrager. Door een sfeer te scheppen waarin de zorgvrager zich op zijn gemak voelt, begrip te tonen en de noden te erkennen, ontstaat een veiligheid waarin de zorgvrager zich kwetsbaar durft op te stellen.

Door de mens te zien achter de zorgvrager ontstaat er een persoonlijk aspect. Naast de zorg voor de ziekte heeft de zorgvrager ook behoefte aan aandacht, respect en interesse voor de beleving. Door over andere dingen dan de ziekte te praten voelt de patiënt zich meer gezien als mens, wat de vertrouwensband ten goede komt. Daarbij wordt aangegeven dat een verpleegkundige op dient te komen voor de belangen van de patiënt tegenover de arts en andere disciplines.

Het heeft ook te maken met veiligheid denk ik contact maken, vertrouwen (fragment 16.1).

Gericht zijn op de ander en dan kijken wat jij kan aanvullen en jezelf een stukje naar achteren schuiven (fragment 1.10).

Ik denk dat de mensen voelen dat ze geen object zijn, maar dat je er even voor ze wil, dat je even tijd hebt om je ei kwijt te kunnen een luisterend oor hebben (fragment 3.5).

4.2.6 Klik

Zeventig procent van de geïnterviewde verpleegkundigen geeft aan dat er een klik moet zijn om een zorgvrager daadwerkelijk te kunnen ontmoeten op zielsniveau. Onder klik wordt verstaan het contact van mens tot mens, dat de verpleegkundige met de zorgvrager kan praten over wat hem/haar bezig houdt en aanvoelt waar de behoefte van de zorgvrager ligt. De klik wordt ook benoemd als een houding, hoe komt de verpleegkundige over, wat zegt zij en wordt er betrokkenheid getoond. De klik ontstaat vaak bij de eerste ontmoeting.

Daarnaast wordt aangegeven dat de klik ook later kan ontstaan. Het ontstaan van een klik heeft te maken met vertrouwen. Punten die genoemd worden om tot vertrouwen te komen zijn het laten blijken van herkenning van de situatie en doet de verpleegkundige wat ze zegt te zullen doen.

Ook de context van de zorgvrager kan het ontstaan van een klik beïnvloeden. Hierbij wordt de levensstijl en de levensbeschouwing genoemd. Als dit aansluit bij de context van de verpleegkundige kan hierdoor eerder een klik ontstaan.

Het ontstaan van een klik is niet altijd te herleiden naar een concrete oorzaak.

Het zielsniveau is het contact dat je hebt op het niveau van mens tot mens bedoelt waar de klik mee is tussen jou en die persoon op het menselijk niveau van personen (fragment 18.2) .

Klik zit in de eerste oogopslag, houding, wat zegt de vpk in kwestie, hoe heet de vpk in kwestie mijn dierbare welkom,,de empathie die ervan afstraalt (fragment 11.2) .

Dat win je door te doen wat je zegt. Soms heb je wel meteen dat vertrouwen zonder dat er een basis voor is eigenlijk. En dan moet je zorgen dat je dat handhaaft, dat vertrouwen (fragment 17.12) .

4.2.7 Naastbetrokkenen zorgvrager

Het is belangrijk en waardevol in de zorgverlening om de naast betrokkenen van de zorgvrager te betrekken in de behandeling en begeleiding van de zorgvrager. Het betrekken van de familie zonder de zorgvrager uit het oog te verliezen wordt gezien als erkenning van de zorgvrager. De beleving van de zorgvrager en diens familie is positiever als de verpleegkundige interesse toont. Familie kan waardevol informatie geven over de zorgvrager omdat de zorgvrager door de familie als persoon gekend wordt. Bij chronisch aandoeningen zijn de zorgvrager en diens familie vaak ervaringsdeskundig. Het erkennen van de kennis van de zorgvrager en diens familie kan de verpleegkundige helpen de juiste keuzes te maken.

Wat zij heel belangrijk vinden is direct contact. Dus dat iemand aanspreekbaar is, dat iemand er is met wie zij het kunnen hebben over bijvoorbeeld de moeite die zij hebben met de desbetreffende dierbare die een ziektebeeld heeft (fragment 5.9).

Totale zorg vind ik de behandeling van de ziekte en de begeleiding van de patiënt/zorgvrager en diens familie (fragment 11.14).

Je hebt heel veel te maken met familie soms maakt de familie zich meer zorgen dan de patiënt zelf de familie lijdt soms nog meer, die betrekken we ook altijd bij alles (fragment 18.2).

4.2.8 Persoonlijkheid zorgverlener

De levenservaring van de verpleegkundige is van invloed op de ontmoeting met de zorgvrager. Wanneer verpleegkundige meer mee gemaakt hebben, zijn zij ook meer gericht op de mens. Zij kunnen meer en beter aanvoelen na *life events*.

Het verpleegkundig beroep wordt ook omschreven als een dienend beroep, jezelf opzij schuiven en er zijn voor de ander.

Iedere verpleegkundige heeft zijn/ haar eigen achtergrond en gaat op verschillende wijze om met zorgvragen. Een verpleegkundige dient bereikbaar te zijn in de vorm van openstaan voor de belevingswereld van de zorgvrager en flexibel omgaan met onverwachte gebeurtenissen en gedrag. Als een verpleegkundige zich bewust is van haar eigenschappen, dan kan zij haar manier van zorg geven afstemmen op de zorgvrager. Aandacht voor levensbeschouwing kan bijdragen aan het welbevinden van de zorgvrager.

Eerst zijn de verpleegkundigen heel erg technisch gericht, als we het maar goed doen, dan is de zorg goed. En bij ouderen zie je vaak dat toch wel meer kijken naar de mens die erin zit (fragment 2.3).

Wat je wel merkt in je vak is dat je jezelf opzij moet kunnen schuiven, niet je normen en waarden, maar wel je ik, zodat je andere mensen kan dienen. Je bent er voor de ander en zodra die ander er aan toe is, mag je jezelf ook (fragment 9.14).

Je neemt ook jezelf mee en je bent zelf ook mens (fragment 13.13).

5. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de probleemstelling van het onderzoek. Daarbij worden aanbevelingen aan het lectoraat gedaan.

5.1 Conclusies

De vraagstelling bij de probleemstelling luidt:

- Hoe draagt ontmoeting op zielsniveau tussen verpleegkundige en zorgvrager bij aan excellente zorgverlening?

Deelvragen:

- Wat is ontmoeting op zielsniveau volgens de verpleegkundige?
- Wat doet een verpleegkundige om een zorgvrager te ontmoeten?
- Hoe draagt 'ontmoeting' bij aan excellente zorg?

Volgens de geïnterviewde verpleegkundigen is ontmoeting op zielsniveau een diepgaand contact aangaan met de zorgvrager. Verpleegkundigen die de zorgvrager ontmoeten benaderen de zorgvrager als mens, waardoor vertrouwen ontstaat. Verpleegkundigen vinden dat een klik hebben met een zorgvrager tot echt ontmoeten leidt. Een klik kan ontstaan door een open houding met inachtneming van de context van de zorgvrager en zijn naastbetrokkenen. Niet iedereen is het er over eens dat een klik een voorwaarde voor ontmoeting is. Wel zijn de verpleegkundigen het erover eens dat goede communicatieve vaardigheden, zowel verbaal als non-verbaal, een must zijn. Een verpleegkundige dient bij het gevoelsniveau van de zorgvrager aan te sluiten (communicatieve vaardigheden voor verpleegkundigen, 2006).

The spirit controls the mind and the mind consciously or unconsciously controls the body (Neuman 1995:29)

Een zorgvrager moet worden erkend in zijn of haar beleving. Een zorgvrager bestaat uit meer dan 'een wond na een operatie'. Ontmoeting is een voorwaarde voor 'goede zorg', dit blijkt uit de interviews. Soms worden er andere woorden aan gegeven: 'er zijn', 'warme zorg', 'luisteren naar', 'interesse tonen voor', 'echtheid'. De verpleegkundige die warm betrokken is bij de patiënt, scoort hoge ogen. Als diezelfde verpleegkundige echter geen verstand heeft van hetgeen waar de patiënt voor komt, valt deze verpleegkundige hard naar beneden in de waarderingsschaal van de patiënt; zo noemen meerdere respondenten. Hierbij is met grote nadruk gezegd dat integratieve kennis van zaken een voorwaarde is voor 'goede zorg'. Evidence based werken is van groot belang. Een vriendelijke verpleegkundige moet ook weten 'waar zij het over heeft'.

De wijze waarop de cliënt zijn of haar situatie ervaart wordt expliciet betrokken bij de diagnostiek en het plannen van verpleegkundige interventies' (Neuman, 2006) door bijvoorbeeld een imam erbij te betrekken als de verpleegkundige zelf die knowhow of beleving niet in huis heeft.

Neuman (2006) beschrijft dat 'elke beginnende verpleegkundige in eerste instantie uit zijn of haar eigen denkmodel de patiënt benadert'. Vele verpleegkundigen geven in de interviews aan, dat één en ander is aan te leren.

Troost, aandacht en erkenning van gevoelens kunnen een therapeutische functie hebben. De verpleegkundige is verantwoordelijk voor de verzorging, begeleiding en vertegenwoordiging (naar derden) van de patiënt (Cusveller, 2002).

Ontmoeting, er zijn, erkenning dragen bij aan excellente zorg, doordat de zorgvrager wordt erkend in een holistische visie. De mens is een open cliëntsysteem, opgebouwd uit fysiologische, psychologische, sociaal-culturele, ontwikkelingsbepaalde en spirituele variabelen en die mens is in voortdurende interactie met zijn omgeving. (Neuman, 2006) Elke variabele beïnvloedt de andere, daardoor is het van belang niet alleen gericht te zijn op de fysiologische variabele. Als een zorgvrager vertrouwen heeft in de verpleegkundige zal de zorgvrager eerder vertellen wat hem bezig houdt en wat de zorgbehoefte is. Hierdoor kan de zorg beter afgestemd worden op de werkelijke behoefte van de zorgvrager en neemt de tevredenheid toe. Verschillende verpleegkundigen geven aan dat het herstelproces voorspoediger verloopt en dat de beleving positiever is als de zorgvrager en diens familie 'ontmoet' wordt.

5.2 Aanbevelingen

Bij de aanbevelingen die worden gegeven is uitgegaan van de doelstelling, de resultaten de conclusies en de vraag wat er bereikt wil worden voor de patiënt. Centraal hierin staat dat ontmoeting belangrijk is voor de patiënt en voor de kwaliteit van zorg.

Aanbevelingen aan de opdrachtgever en het Lectoraat Verpleegkundige Beroepsethiek

- Geef richting de overheid en de maatschappij een signaal dat het gebrek aan ontmoeting in de zorg, de kwaliteit van zorg negatief beïnvloedt.
- Publiceer onderzoeksresultaten die het belang van ontmoeting in de zorg weergeven.
- Onderzoek of ontmoeting op zielsniveau aan te leren is.
- Onderzoek bij zorgvragers welke factoren een rol spelen in de positieve beleving bij verpleegkundige zorgverlening.
- Onderzoek bij verpleegkundigen welke invloed de jeugd, geloofsachtergrond en de omgeving heeft in het kunnen ontmoeten van de zorgvrager

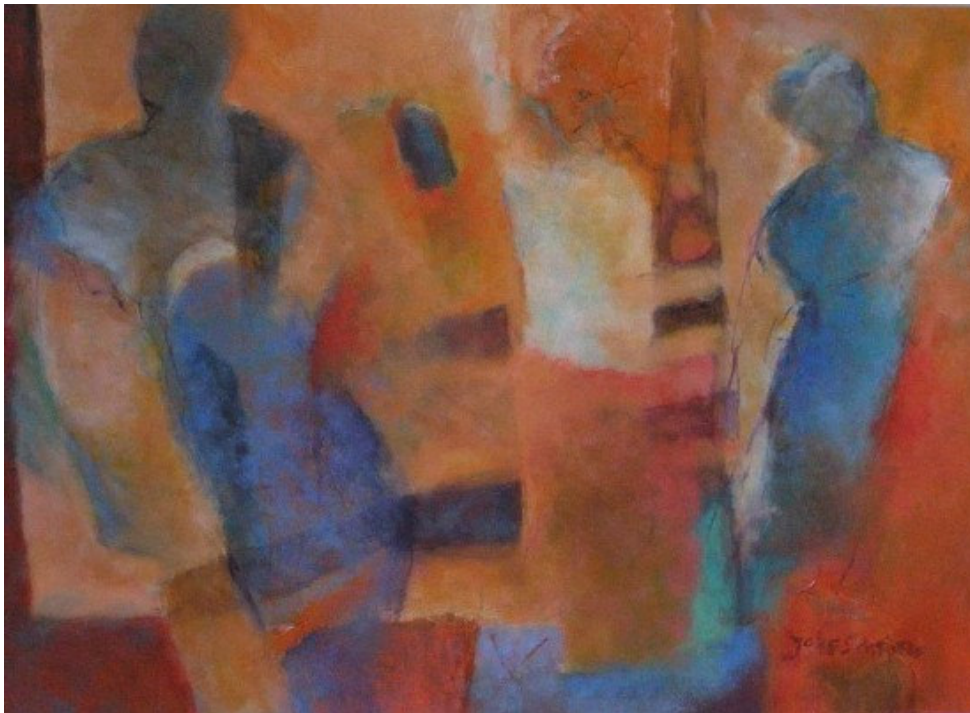
Aanbevelingen aan patiëntorganisaties/patiënten

- Maak de ervaringen van zorgvragers publiek ten aanzien van het gebrek aan ontmoeting (warmte, betrokkenheid en erkenning) in de zorg.
(Boeken zoals 'De dokter is ziek' en de 'ziekenhuis survivalgids' laten een duidelijk geluid horen in de maatschappij dat de huidige ontwikkelingen in de gezondheidszorg de gezondheid van de zorgvrager niet ten goede komt).

Aanbevelingen aan verpleegkundigen

- Denk kritisch na over de ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Informeer je over de gevolgen van de ontwikkelingen en reflecteer kritisch op de consequenties.
- Neem verantwoordelijkheid voor de keuzes die je maakt in hoe je als verpleegkundige het vak uitdraagt. Het uitgangspunt van een verpleegkundige beoogt altijd het welzijn van de zorgvrager.
- Onderbouw jouw handelen door wetenschappelijke kennis te gebruiken.

- Vervul een voorbeeldfunctie op de afdeling, om daarmee de afdelingscultuur en zorgprogrammering te beïnvloeden.
- Participeer in de Verpleegkundige Advies Raad, zodat je als verpleegkundige invloed kan uitoefenen op verpleegbeleid.



'De ontmoeting' (Joke Schepers).

6. DISCUSSIE

In dit hoofdstuk worden de leermomenten besproken van deze Meesterproef. Er is een onderverdeling van inhoudelijke- en proces leermomenten.

6.1 Inhoud

Een groot leermoment betrof de operationalisering van het idee *ontmoeting* met de zorgvrager. Al snel bleek dit een zeer breed terrein te zijn. Vele onderwerpen, onder verschillende noemers, hebben verband met ontmoeting. Het literatuuronderzoek is mede hierdoor breed geworden. Het leverde veel vragen op: *Wat valt er allemaal onder dit onderwerp en wat niet? Wat zijn de voorwaarden? Hoe voer je het uit? Wat zijn de gevolgen?* Het gevolg van een breed literatuur onderzoek was dat er zoveel is ontdekt, dat niet elk stuk uitgediept kan worden in het kader van de tijdslimiet. Doordat we leerden over ontmoeting herkenden we het onderwerp tevens sneller in het nieuws om ons heen. Met deze Meesterproef is er slechts een begin gemaakt met het samenbrengen van losse stukken informatie rondom het onderwerp ontmoeting. Deze Meesterproef is in die zin niet compleet.

Er is gekozen voor een basis van boeken, aangevuld met recente artikelen. De artikelen gaven een goed beeld van recente ontwikkelen in de verpleegkunde. De begeleidend docent heeft ons er attent op gemaakt dat hierdoor oudere bronnen binnen de verpleegkunde gemist werden. Florence Nightingale en Van den Brink-Tjebbes zijn alsnog toegevoegd.

Iets anders dat opviel is de verscheidenheid aan meningen over de spirituele kant van ontmoeting. Veel schrijvers en verpleegkundigen gaven aan dat er een spirituele dimensie is in ontmoeting, maar het definiëren ervan is soms vaag. Voor sommige was het christelijke geloof het uitgangspunt, voor anderen een algemene spiritualiteit. Het gaat te ver om in deze Meesterproef dit specifieke onderdeel verder uit te werken, omdat het een onderwerp op zich is.

6.2 Proces

Het doel van de interviews was om vanuit het perspectief van de verpleegkundige een beeld van ontmoeting te krijgen vanuit de alledaagse praktijk. Als dit impliciete kennis is, hoe help je dan de verpleegkundige om dit expliciet te maken, zonder dit voor haar in te

vullen? Met name het gebruik van de introducerende vraag heeft hierin geholpen. Door deze vraag, *aan wie de verpleegkundige haar dierbare zou willen toevertrouwen*, kwam de conversatie vaak op een goed spoor terecht. Hierop kon doorgevraagd worden, waardoor er een omschrijving van ontmoeting tot stand kwam. Alvorens te interviewen zijn interviewtechnieken bestudeerd. Met interviewen is vooral gelet op doorvragen, stiltes, samenvatten en niet invullen. Uit feedback van de andere twee studenten, die de interviews hebben verwerkt, is gebleken dat dit over het algemeen goed gelukt is. In de codering van de interviews is gebleken dat er grote overeenkomst was tussen de interviews van de twee verschillende interviewers. De codes kwamen bij beiden voor. Dit gaf blijk van intersubjectieve consistentie (Jong, 2003).

Het fragmenteren en het maken van codes was zeer tijdrovend. Tijdens het labelen kwam naar voren dat het moeilijk was om goede concepten te creëren. *Welke codes passen onder welk concept? Wat is de juiste benaming voor de concepten? Is het concept te breed, te nauw?* Door af te stemmen met elkaar en de docent zijn de concepten gevonden. Dit is een lang proces geweest van reflecteren, evalueren en kritisch denken over de betekenis van de codes die de geïnterviewden noemde. Informatie uit de interviews is maximaal benut bij het vormen van passende concepten bij de resultaten. Omdat de resultaten compleet waren, konden goede (voorlopige) conclusies worden getrokken.



REFERENTIES

- Auteur onbekend (2010). Where is my nurse? *TvZ* 120, nr. 2, p. 33
- Albersnagel-Thijssen, E., Y. Brug (2007). *Diagnoses, interventies & resultaten*. 3e druk Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff
- Baarda B.D., M.P.M. Goede (2001). *Basisboek methoden en technieken. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van onderzoek*. 3de druk Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff
- Baart, A. (2004). Introductie in de presentie theorie. *Presentie.nl*
- Baart, A., M. Grypdonck (2008). *Verpleegkunde en presentie*. 1e druk, Den Haag: Lemma
- Bemmel, J. (2010). Column: protocollen. *De POH 2010* nr. 1, p.32
- Beneke, D., C. Buijs ect. (2004). Het hart van de zorg laten kloppen. Mantelzorgers, beroepskrachten en zorgvragers in ontmoeting. *Onderwijs en gezondheidszorg*, nr. 28, p. I-IV
- Berg, M. (1989). *Kiezen voor ontmoeting: over omgaan met ziek-zijn*. Kampen: J.H. Kok, in samenwerking met de Nationale Vereniging De Zonnebloem
- Berg, M., E. Hendriksen (2006). Discussie over sedatie, reacties uit het werkveld deel 1. *Pallium* 08, februari 2006, p.23-25
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek, denken en doen*. Amsterdam: Boom onderwijs.
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek, bijlage Stappenplan kwalitatief onderzoek*. Amsterdam: Boom Onderwijs
- Bos, M. (2004). Breed opleiden mislukt als psychiatrie buiten beeld blijft. *Onderwijs en gezondheidszorg* nr. 28, 2004, p. 3-8
- Bruijn, J.J.M. (2009). De professionele waarde van impliciete kennis. *NTZ* nr. 4, p. 259-262
- Cusveller, B.S. (2002). *Volwaardige verpleging. Morele beroeps-verantwoordelijkheid in de zorgverlening*. 2^e druk. Amsterdam: Buijten & Schipperheijn
- Dam, F., M. Cingel (2010). Op zoek naar een basis voor compassie. *TvZ* 120, nr.2, p. 44-46
- Eupen J. (2008). Kwaliteitsverbetering vanuit cliëntenperspectief. *Clïënt en Medezeggenschap in de zorg*, december 2008, p. 1-14
- Gastmans C., B. Dierckx de Casterlé (2000). *Verpleegkundige excellentie*. 1e druk Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg
- Grit, R. (2005). *Projectmanagement*. 4e druk Groningen: Wolters-Noordhoff
- Grypdonck, M. (2008). Verpleegkunde en presentie: waarin nadenken en dialogeren over presentie mijn denken beïnvloed heeft. *Presentie.nl*
- Gloudemans, H., R. Schalk en W. Reynaert (2010). Intuïtie versus rationaliteit. Raamwerk voor kritisch denken. *Opleiders en Gezondheidszorgonderwijs*, nr. 2, maart 2010, p. 15-19
- Haaft, G. (2010). De dokter is ziek. Als patiënt zie je hoe de zorg beter kan. Amsterdam: Contact

- Hartensveld, F. (1993). *De mystiek van de ontmoeting; De betekenis van het dialogisch principe in het denken van Martin Buber*. Baarn:Gooi &Sticht
- Have, E. (2006). *Communicatieve vaardigheden voor verpleegkundigen. De patiënt centraal*. 2^e herziene druk. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Heijst, A. (2008). Iemand zien staan. Zorgethiek over erkenning. Kampen: Klement
- Heijst, A. (2008). *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*. 4de druk. Kampen: Klement
- Huizing, W. (2009). Dementie, oog in oog met onze kwetsbaarheid. *Pallium*, 11, nr. 2, p. 14-15
- Iseminger, K., F. Levitt en L. Kirk (2009). Healing during existential moments: the "art" of nursing presence. *Nursing Clinics of North America*, 44, December 2009, p. 447-459
- Jansen, M. (2010). Professional tussen vraag en aanbod. *EADV Magazine 2010*, nr. 2, p. 30-33
- Jong, A., Vandenbroele H. (2003). *Inleiding wetenschappelijk onderzoek voor het gezondheidsonderwijs*. 2de druk Maarsen: Elsevier gezondheidszorg
- Leget, C. (2008). Van levenskunst tot stervenskunst. *Pallium* 10, nr. 2, p. 22-25
- Nightingale, Florence (1859). *Notes on Nursing: what it is, and what it is not*. Gebruikte versie (1969)^{1e} druk New York: Dover Publications Inc., een onverkorte her-publicatie van de eerst Amerikaanse editie door Appleton and Company, 1860
- Nistelrooy, I. (2008). *Basisboek Zorgethiek*. 1e druk Heeswijk: Abdij van Bern
- Pool, A., C. Veltman-van Vugt, S. Vogel (2003). *Met het oog op de toekomst: beroepscompetenties van hbo-verpleegkundigen*. 7de druk Utrecht: NIZW
- RISMAN-R-95038 Interviewtechnieken (1995). (zie ook www.tubeyourfuture.nl)
- Ronnes, P. (2007). Palliatieve zorg, een hedendaagse getuigenis. *Pallium* 9, nr. 2, p. 18-21
- Tenwolde, H., M. Houtlosser (2004). *Met alle respect. Leerboek verpleegeethiek*. 3^e druk, Baarn: HB uitgevers
- Verberk, F., M. Kuiper (2006). *Verpleegkunde volgens het Neuman Systems Model. Vertaling en bewerking voor de Nederlandse praktijk*. 4^e herziene druk. Assen: Van Gorcum BV.
- Verhoeven, N. (2007). *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs*. Amsterdam: Boom onderwijs
- Verpleegkundige op de afdeling neurologie (2010). Als je moeder patiënt wordt: "deze ervaring heeft me ook verrijkt". *V&VN magazine 2010* nr. 3 april 2010 p.27
- V&VN en NU'91 (2008). *Nationale beroepscode van verpleegkundigen en verzorgenden*. Hilversum: Van der Weij
- Wuertz, K., H. Reinders (2009). De betekenis van tacit knowledge. *NTZ* nr. 3, p. 181-197

Internetadressen

<http://www.art3.nl/online/upload/a-54-Oranje%20ontmoeting.JPG>

<http://www.beroepshoudingindezorg.nl/page1/page2/skilledcompanionship2.html>

http://www.presentie.nl/site/component/option,com_frontpage/Itemid,1/

<http://www.ridderonline.nl/wp-content/uploads/2008/09/zorg.gif>

<http://www.time2change.nl/ontmoeting3.jpg>

<http://www.tubeyourfuture.nl/system/assets/37/original/SamenvattingInterviewtechnieken>

<http://nl.wikipedia.org/wiki/Kennistheorie>

<http://nl.wikipedia.org/wiki/Propositie logica>

Bijlage 1: Interview vragen lijst

In het kader van de HBO-V opleiding voeren wij een onderzoek uit en onze opdracht is om te onderzoeken hoe verpleegkundige denkt over het concept het idee van ontmoeting met de zorgvrager. En dat is dan ontmoeting op zielsniveau op dieper niveau. Niet alleen van hallo, wie bent u, maar echt even gaan zitten en contact maken met een persoon. Dan is het voor ons vooral van belang, wat is het volgens de verpleegkundige en wat betekent het voor de zorg. We zijn op zoek naar de betekenis van ontmoeting met de zorgvrager in verband met goede zorg. Er is heel veel bekend over goede zorg, excellente zorg maar we zijn juist geïnteresseerd in wat de ervaringen van de verpleegkundigen zijn. Hoe zien jullie dat nou hoe zie jij het nou in de alledaagse praktijk, het gaat dus eigenlijk over wat kan jij mij vertellen over jouw ervaringen met verbondenheid of ontmoeting met de zorgvrager. Hoe is dat van invloed op de zorg die je geeft?

1. Aan wiens zorg zou jij je dierbare toevertrouwen?
 - a. Wat is het aan deze persoon/verpleegkundige dat jij dat zou doen?
2. Herken jij het gevoel dat sommige verpleegkundigen gewoon 'heel goed' zijn?
 - b. Kun jij dat 'goed zijn' omschrijven? Waar zit hem dat in? Wat doen zij dat hen 'goed' maakt?
 - c. Heb je hier voorbeelden van?
3. Wat betekent het idee van 'het ontmoeten van de zorgvrager' voor jou?
 - d. Hoe zou je het omschrijven? Contact? Verbondenheid? Presentie? Mindfulness? Individuele zorg? Er zijn?
 - e. Wat is het belang van het ontmoeten van de zorgvrager?
 - f. Speelt het voor jou een rol in de zorg die je geeft? Zo ja, welke?
4. Draagt het 'ontmoeten van de zorgvrager' bij aan 'goede zorg'?
 - g. Welke invloed heeft het ontmoeten van de zorgvrager op de zorg die je geeft? Op de beslissingen die je maakt?
 - h. Is het 'ontmoeten van de zorgvrager' noodzakelijk voor het geven van goede zorg? Waarom wel/niet?
 - i. Heb je hier voorbeelden van?
5. Wat doe jij om een zorgvrager te ontmoeten?
 - j. Op welk moment ontmoet je een zorgvrager? Welke intentie had je? Wat dacht je? Wat deed je? Wat voel je?

- k. Wat speelt hierbij een rol? kennis? ervaring? impliciete kennis? persoonlijkheid? houding? vaardigheden?
 - l. Heb je hier voorbeelden van?
6. Waarover moet de verpleegkundige beschikken om contact met de zorgvrager te maken?
- m. wat (*info*), hoe (*skills*), wanneer (*regels*), waarom (*codes, morele kant*), wie (*door wie, grenzen eigen domein*)
7. Welke betekenis kan 'ontmoeting, verbondenheid, contact' voor de zorgvrager hebben, denk je?
- n. Hoe kan het van invloed zijn op zijn beeld van zijn rol als zorgvrager?

Bijlage 2: Coderingen en concepten

	codering	Interview fragment	concept
1	communicatie	9.1, 9.2, 9.3, 10.6, 11.3, 11.19, 12.15, 12.14, 12.16, 12.17, 12.23, 14.1, 15.4, 17.6,	communicatie
2	Contact maken	2.9, 7.1, 7.2, 7.5, 9.1, 9.6, 12.8, 16.1, 19.4,	communicatie
3	Woordkeuze	11.2, 11.26, 12.5, 12.9, 12.10,	communicatie
4	Vragen stellen	6.3, 8.4, 8.9, 9.1, 9.8, 10.1, 10.8, 11.5, 11.19, 14.5, 14.6, 14.9, 16.3, 17.4,	communicatie
5	In gesprek gaan	3.4, 3.4, 5.11, 6.6, 7.4, 8.3, 8.9, 10.1, 10.8, 11.9, 11.11, 14.1, 16.3, 16.5, 17.11, 19.3,	communicatie
6	Gesprek gaande houden	4.4, 4.6, 5.1, 5.4, 10.2,	communicatie
7	Luisteren	3.2, 3.5, 4.1, 4.3, 4.7, 4.8, 4.10, 6.7, 7.4, 7.7, 8.8, 10.4, 10.6, 11.12, 13.10, 14.4, 15.2, 15.3, 15.4, 15.5, 15.8, 15.9, 16.1, 16.2, 16.5, 17.4, 17.10, 17.12, 18.1, 18.3, 18.4, 18.9,	communicatie communicatie
8	Taalkundig	12.10, 12.14	communicatie
9	Spreeken aanpassen aan situatie	9.2, 12.14, 16.5,	communicatie
10	Kennismaken/opbouwen contact	4.4, 13.5, 14.2, 14.8, 15.1, 16.2,	communicatie
11	Contact aangaan mantelzorg	12.22,	communicatie
12	Non-verbale inschatting/signalen oppikken	2.3, 2.4, 2.10, 6.2, 6.5, 9.5, 11.28, 12.6, 12.8, 16.3, 16.4, 16.5, 17.7,	communicatie

		17.8, 17.10, 17.11, 17.12, 18.3, 18.5, 18.9,	
13	Informatie uitwisselen/voorlichting	4.3, 5.4, 9.8, 7.3, 12.8, 13.12, 14.8, 15.2, 16.1, 16.2,	communicatie
14	Handelen verantwoorden	15.4,	communicatie
15	Verwachtingen helder	7.4, 13.4, 13.5, 13.6, 13.8, 13.9, 13.13, 14.3,	communicatie
16	Duidelijk zijn/concreet zijn	2.5, 5.2, 7.4, 8.9, 10.3, 13.4, 17.4, 17.6, 17.11,	communicatie
17	Naar je kijken/aanraken	2.3, 7.5, 16.2, 16.3,	communicatie
18	Invoegen/afstemmen	2.1, 2.3, 3.6, 5.3, 5.4, 7.7, 8.13, 10.2, 13.6, 14.2, 14.4, 14.6, 14.8, 14.9, 16.6, 16.9, 17.7, 17.8, 17.10,	communicatie
19	Relativeren/humor	7.8,	communicatie
20	Interpreteren	8.9, 19.3,	communicatie
21	Ruimte bieden	6.5, 8.3, 8.4, 9.1, 9.13, 9.14, 9.16, 10.4, 10.6, 12.10	communicatie
22	Open communicatie	9.2,	communicatie
23	Manier waarop je dingen zegt/reageert	2.8, 3.6, 9.5, 16.5,	communicatie
24	Gespreksvaardigheden	2.5, 5.4, 7.7, 7.8, 8.9, 9.3, 11.7, 12.13, 16.1,	communicatie
25	Begeleiding	11.15, 11.24, 13.9, 14.8,	communicatie
26	Motiveren	14.2,	communicatie
27	Betrekken bij situatie	4.6, 9.6, 9.12, 16.5,	communicatie
28	Dingen durven zeggen/confronteren	9.13, 11.5, 11.21, 14.5, 17.3,	communicatie

29	Kennis	2.3, 2.7, 3.1, 4.2, 4.8, 8.1, 8.6, 8.12, 9.1, 11.3, 11.4, 12.2, 12.20, 13.2, 13.4, 13.10, 14.1, 15.4, 17.2, 19.2, 20,1,	kennis
30	Protocolen	2.4, 5.12, 6.5, 8.6, 15.7,	kennis
31	Technische zorg	2.1, 3.7, 4.8, 6.1, 7.1, 9.3, 11.10, 11,21, 17.5, 18.10,	kennis
32	Sociaal vaardig	14.1,	kennis
33	Analyseren/verbanden leggen	12.17	kennis
34	Deskundig/competent	3,10, 7.1, 7.3, 9.3, 14.1, 14.8, 15.2, 15.5, 15.10, 18,1,	kennis
35	Herkenning pathologie	8.1, 7.4,	kennis
36	Kennis opzoeken	8.2,	kennis
37	leeftijdsgebonden	2.6, 9.12, 17.4, 17.6,	kennis
38	Inzicht in relaties	3.2, 3.8,	kennis
39	herkenning	6.3, 6.4, 9.2, 9.6, 12,4, 12,5,	kennis
40	Verwijzen disciplines	8.7, 8,9, 8,10, 9,3, 9,10, 11,30, 13.7, 13.8, 13.10, 16,1, 16,5, 18,8, 18,12, 19,7	kennis
41	Serieus nemen	7.9, 7.4, 1.6, 17.8, 18.11,	erkenning
42	Op de ander gericht	9.14, 11.14, 12.21, 13.3,	erkenning
43	Erkennen	8.9, 8.10, 18.12,	erkenning
44	Meeleven	6.1, 6.4, 6.6, 8.9, 17.3,	erkenning

45	Er zijn	2,9, 3.5, 9,1, 9.14, 10.3, 10.5, 11,6, 11,15, 19,4, 20,5,	erkenning
46	Ontmoeting	3.1, 11.15, 11.23, 12.24, 14,5	erkenning
47	Advocaat voor de patiënt	8.2, 10.6, 10.7, 14.8, 17.2, 17.9, 17.12,	erkenning
48	Er voor gaan	9.4,	erkenning
49	De mens achter de patiënt zien	2.3, 3.7, 4.6, 4.7, 8,2, 10.2,10.4, 15.2, 15.8, 15.9, 15.10, 19,2, 19,8, 20,6	erkenning
50	Holistisch	3.7, 4.8, 4.9, 8,7, 9,15, 11.14, 15.2,	erkenning
51	Individuele zorg	2.4, 7,3, 7,10, 11.16, 14,7,	erkenning
52	Kennis ouders erkennen	17.6,	erkenning
53	Opkomen voor wensen patiënt en familie	8.8, 8.12,	erkenning
54	Iets delen van jezelf	4.6, 6,4, 6.6, 7,9, 18.7, 18.13,	erkenning
55	houding	3.8, 7.1, 11.2, 11.4, 11.6, 12,5, 12,6, 12.10, 15,4, 15.5, 17.6, 18.2, 20,4,	houding
56	Respectvol	1.2, 1.18, 3.4, 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.13, 5.14, 9.1, 9.2, 9.5, 9.10, 9.13, 9.15, 9.16, 10,6, 10.8, 12,13, 14.9, 16.1, 16.2, 18.3, 18.7,	houding
57	Aandacht	2.1, 2.5, 3.2, 3.6, 4.7, 9.15, 10.8, 11.21, 14.10, 15.1, 16.1, 16.8, 18.1, 18.4, 19,6, 20,2,	houding
58	Bejegening	9.1, 9.5, 11.24	houding
59	Rust(ig)	2.2, 3.2, 4.1, 4.2, 4.3, 4.10, 5.3, 5.4, 5.9, 5.11, 7.9, 9.5, 10.4, 10.8,	houding

		12.2	
60	Geduld	2.1, 4.2, 4.3, 9.11,	houding
61	Open staan	4.6, 5.10, 5.13, 5.14, 7.2, 12.9, 13.2, 13.10, 13.12, 14.1, 16.1,	houding
62	Intuïtie	2.6, 3.2, 3.6, 3.10, 5.4, 6.6, 11.4, 11.8, 16.6, 16.9,	houding
63	Empathie	3.2, 3.4, 3.8, 3.10, 4.1, 4.4, 4.11, 7.4, 7.8, 8.1, 9.1, 11.4, 11.5, 11.17,	houding
		11.30, 11.31, 12.15, 12.17, 12.18, 12.19, 15.3, 15.5, 15.6, 15.8, 15.9,	houding
		17.3, 18.2, 18.5, 18.1	houding
64	Betrokkenheid	6.1, 6.2, 6.7, 7.1, 7.3, 11.2, 11.6, 11.10, 11.31, 18.3, 18.10,	houding
65	Interesse	1.21, 10.1, 11.6, 11.10, 11.18, 11.20, 11.31, 12.7, 12.9, 12.13, 13.4, ,	houding
		13.8, 18.2, 18.4, 20.1, 20.3, 20.5,	
66	Aanvoelen	2.5, 8.3, 10.3, 11.22, 11.27, 11.28, 12.16, 14.8, 16.4, 16.5, 16.6,	houding
		18.2, 18.3,	
67	Inlevingsvermogen	3.2, 3.4, 4.1, 4.4, 7.8, 8.1, 11.30, 12.19, 11.31,	houding
68	Belangstelling	12.9, 13.8, 18.2,	houding
69	Afsluiten van belevingswereld zorgvrager	12.16	houding
70	Begrip tonen	7.1, 11.11, 17.3	houding
71	Tijd nemen/hebben	2.2, 2.8, 3.3, 3.5, 3.6, 4.2, 4.4, 4.5, 4.6, 4.7, 4.10, 4.11, 5.12, 6.7, 7.7,	houding
		9.6, 10.3, 10.4, 10.5, 14.7, 14.9, 14.8, 14.10, 17.2, 17.3, 17.4,	houding

72	Zorgzaamheid	10.1, 10.2,	houding
73	Vertrouwen	2.2, 2.3, 4.5, 5.3, 5.8, 9.4, 10.2, 10.3, 15.10, 16.1, 16.6, 17.4, 17.5, 17.6, 17.8, 17.9, 17.11,	vertrouwen vertrouwen
74	Warme zorg/goede zorg	2.1, 2.5, 6.1, 6.2, 11.13, 13.12, 18.2, 18.10,	vertrouwen
75	Situatie aangenamer maken	9.10, 10.3, 10.4,	vertrouwen
76	Persoonlijke relatie/ verbinding	3.7, 5.1, 5.3, 5.9, 10.3, 10.4, 10.9, 16.7, 18.2, 18.5, 18.7,	vertrouwen
77	Tijdens intieme momenten	10.3, 13.11, 14.3,	vertrouwen
78	Betere kwaliteit van zorg bij ontmoeting	4.5, 4.7, 16.6, 16.8, 16.9, 17.9,	vertrouwen
79	Veiligheid bieden	9.2, 9.16, 10.1, 11.7, 14.4, 15.8, 16.1, 18.3, 18.6, 18.11,	vertrouwen
80	Eerlijk behandelen	11.32, 17.6,	vertrouwen
81	religie	8.11, 8.12, 9.5, 9.10, 18.2,	vertrouwen
82	Klik	3.2, 3.7, 3.8, 6.1, 6.3, 6.4, 7.9, 9.2, 9.7, 9.9, 9.14, 9.16, 10.8, 11.2, 11.6, 12.2, 13.10, 15.7, 18.2,	klik
83	Context zorgvrager	2.9, 3.2, 3.7, 4.3, 4.6, 5.2, 5.7, 5.13, 6.3, 8.5, 8.9, 9.5, 9.7, 10.3, 12.7, 12.12, 12.17, 14.5, 16.3, 16.4, 16.9,	context zorgvrager context zorgvrager
84	Beleving zorgvrager	8.11, 9.8, 12.21, 12.25, 15.1, 15.3, 16.9, 17.10,	context zorgvrager
85	Behoeft zorgvrager	3.1, 3.4, 4.4, 7.3, 8.1, 8.5, 8.8, 9.7, 12.11, 12.12, 15.6, 16.6,	context zorgvrager
86	Hoe omgaan met ziekte	10.3,	context zorgvrager

87	Welbevinden	8,4, 9,10, 15.8,	context zorgvrager
88	Invloed herstel	10.3, 11,24, 11.25, 12.21,	context zorgvrager
89	Persoonlijkheid zorgverlener	3.6, 3.8, 4.8, 9.17, 11.9,11,18, 12,15, 17,2, 17.8, 18.4,	context zorgverlener
90	Zakelijk aspect	12.4,16,7,	context zorgverlener
91	Eigen context	3,4, 8.7, 12.6, 11,31, 12.12, 13.13, 17,10, 20,6,	context zorgverlener
92	Invloed eigen houding	5,9, 7,5, 12.9, 17.12,	context zorgverlener
93	Reflecteren	3,3, 7.10, 11.33, 13,11, 17,7, 20,3,	context zorgverlener
94	Levenservaring	2.3, 4.8, 4.10, 4.11, 11.18, 18.4, 19,3, 19,10, 20,3,	context zorgverlener
95	ervaring/herkennen	3.9, 7.8, 7,9, 8,13, 9.12, 10.6, 13.10, 14.9, 17.6, 18,7,	context zorgverlener
96	Ontwikkelen vaardigheden	2.3, 7,1, 18,34,	context zorgverlener
97	Hoe zou jezelf reageren	7.8, 8.1, 10.4, 15.4, 19,9,	context zorgverlener
98	Jezelf opzij schuiven/dienen	9.14, 9.16,	context zorgverlener
99	leeftijd	10.5,17.11,	context zorgverlener
100	Bevlogenheid/enthousiasme	10.5, 13.3,	context zorgverlener
101	Opleiding	3.6, 4.1, 4.3, 17.6,	context zorgverlener
102	Groepssfeer/samenwerking	14.10, 17.5, 18.13,	context zorgverlener
103	Grenzen verantwoordelijkheid aangeven	5.9, 14.7, 14.10, 5.5, 16.1, 18.3, 18,11, 18,12,	context zorgverlener
104	Flexibiliteit/verstoorbaarheid	2.8, 3.3, 5.10,	context zorgverlener

