**Verplegen met je hart en met je hoofd:**

**duel of duet?**



*Afstudeeronderzoek HBO-Verpleegkunde*

Deborah Bijnagte

Ilse Koopmans-Jongkees

Gerriëlle Meijer

Juni, 2010

Begeleiding

Ria den Hertog, CHE

Gooske Douw, Ziekenhuis Midden-Nederland

**Verplegen met je hart en met je hoofd: duel of duet?**

*Afstudeeronderzoek HBO-Verpleegkunde*

Opdrachtgever

Lectoraat Verpleegkundige Beroepsethiek, Christelijk Hogeschool Ede, Ria den Hertog

Begeleiding

Vanuit de Christelijke Hogeschool Ede: Ria den Hertog

Vanuit een ziekenhuis in Midden-Nederland: Gooske Douw

Auteurs en studentnummers

Deborah Bijnagte 071457

Ilse Koopmans-Jongkees 070552

Gerriëlle Meijer 060207

*Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave 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 op enige andere manier, zonder voorafgaande toestemming van de auteurs.*

**Voorwoord**

Ede, Juni 2010

Voor u ligt de scriptie van ons afstudeeronderzoek voor de opleiding HBO-Verpleegkunde aan de Christelijke Hogeschool Ede. In opdracht van het Lectoraat Verpleegkundige Beroepsethiek (CHE), hebben wij een kwalitatief onderzoek gedaan naar de bijdrage van een ontmoeting op zielsniveau aan excellente verpleegkundige zorg. Wij hopen dat onze scriptie een bijdrage kan leveren aan het verhogen van de excellente verpleegkundige zorg.

Wij kijken terug op een leerzame periode waar wij intensief met elkaar hebben samengewerkt. Tijdens de intensieve periode van samenwerking hebben wij veel van elkaar geleerd. Zowel inhoudelijk als procesmatig is dit afstudeeronderzoek leerzaam geweest en zijn wij tevreden met het resultaat dat het afstudeeronderzoek heeft opgeleverd.

Via deze weg willen wij graag een aantal mensen bedanken. Onze dank gaat allereerst uit naar Ria den Hertog, onze begeleider en opdrachtgever van uit de CHE. We willen haar bedanken voor een positieve samenwerking en haar positieve en kritische feedback.

Daarnaast gaat onze dank ook uit naar Gooske Douw, die ons ondersteuning heeft gegeven vanuit het ziekenhuis. Ook haar willen we bedanken voor haar positieve en kritische feedback. Tot slot gaat onze dank uit naar familie en vrienden die ons hebben gesteund tijdens de periode van afstuderen.

Om de vaak persoonlijke en oprechte reacties op de interviewvragen, is er gekozen om de verzameling ‘ziekenhuis Midden-Nederland’ als begrip te hanteren, zodat het niet herleidbaar is tot de personen zelf. Onze dank gaat in het bijzonder uit naar hen die dagelijks de zorg aan de zorgvragers verlenen en bereidwillig waren om onze interviewvragen te beantwoorden.

Deborah Bijnagte

Ilse Koopmans-Jongkees

Gerriëlle Meijer

**Samenvatting**

Het onderwerp van dit afstudeeronderzoek is:

*Op welke wijze draagt een ontmoeting op zielsniveau tussen de verpleegkundige en zorgvrager bij aan excellente verpleegkundige zorg?*

De aanleiding voor dit onderzoek is dat wij als studenten er tegenaan liepen hoe je er kunt zijn voor een zorgvrager en tegelijkertijd ook alle handelingen binnen de gestelde tijd kan uitvoeren. Verder is het leveren van kwaliteit van zorg zowel in de opleiding als in het werkveld een belangrijk item. Het lectoraat Verpleegkundige Beroepsethiek (CHE) bood een onderwerp aan wat aansloot bij de vragen van de studenten.

Het onderzoek is kwalitatief van aard. Er is gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews. Deze zijn afgenomen aan de hand van een topiclijst. Door middel van veertien interviews is in kaart gebracht op welke manier een ontmoeting op zielsniveau bijdraagt aan de excellente verpleegkundige zorg. Bij de interviews is gevraagd naar de meningen van verpleegkundigen uit een ziekenhuis in Midden–Nederland. Deze verpleegkundigen zijn door verschillende seniorverpleegkundigen aangewezen met behulp van de vraag: aan wie zou jij je dierbare toevertrouwen? Hierin is geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende niveaus van de verpleegkundigen. De analyse-eenheid is samengesteld aan de hand van een gelegenheidssteekproef. De interviews zijn opgenomen, verbatim uitgewerkt, gelabeld en voorzien van concepten. Aan de hand van de concepten zijn er conclusies getrokken.

Er is literatuurstudie verricht naar diverse zorgvisies die verband houden met zielsniveau. De zorgvisies die gebruikt zijn: presentietheorie, menslievende zorg, verbondenheid en barmhartige zorg. Tevens is er gekeken naar de excellente verpleegkundige zorg.

Uit de interviews en literatuurstudie kan geconcludeerd worden dat het aangaan van een ontmoeting op zielsniveau het contact maken met de unieke persoonlijkheid van de mens is. Binnen zowel het excellent zorgen als de ontmoeting op zielsniveau vervullen de begrippen aandacht, verantwoordelijkheid, luisteren, opmerkzaam, interesse en open staan een belangrijke rol. Evenals de behoefte van de zorgvrager en het omgaan met persoonlijke problemen, zorgen, levensvragen, zingeving, geloofsvragen en stervensnood. Uit de interviews kwam sterk naar voren dat er relatief weinig tijd is voor het aangaan van een ontmoeting op zielsniveau met de zorgvrager. Binnen de ontmoetingen op zielsniveau worden het ‘er zijn’, een klik en verbondenheid als nodig ervaren.

Aangezien excellent zorgen en de ontmoeting op zielsniveau elkaar overlappen wat betreft bovenstaand, kan geconcludeerd worden dat een ontmoeting op zielsniveau een verpleegkundige handeling is, die onderdeel is van excellent zorgen.

Vanuit de conclusies zijn er verschillende aanbevelingen gedaan:

* Verder onderzoek naar het ontstaan van een ontmoeting op zielsniveau
* Aandacht voor het menselijke aspect in de zorg waarborgen
* Meer aandacht voor de zorgvisies binnen de opleiding

**Inhoudsopgave**

**Voorwoord 3**

**Samenvatting 4**

**Inhoudsopgave 6**

**H1 Inleiding 8**

* 1. Aanleiding en probleemstelling 8
  2. Vraagstelling 9
     1. Deelvragen 9
  3. Doelstelling 9

**H2 Literatuurstudie 10**

2.1 Inleiding 10

2.1.1 Literatuurresearch 10

2.2 Omschrijving ontmoeting op zielsniveau 10

2.3 Wat is excellente zorg vanuit het verpleegkundig perspectief? 11

2.3.1 Inleiding 11

2.3.2 Kernelementen van excellente zorg 11

2.3.3 Definitie zorgen 11

2.3.4 Zorgproces 12

2.3.5 Conclusie 13

2.4 Wat zeggen de volgende de theorieën: presentie, menslievende  
zorg, verbondenheid en barmhartigheid over het ‘er zijn’ voor   
de zorgvrager? 13

2.4.1 Inleiding 13

2.4.2 Presentietheorie 14

2.4.3 Menslievende zorg 14

2.4.4 Verbondenheid 14

2.4.5 Barmhartige zorg 15

2.4.6 Overeenkomst tussen de verschillende theorieën 15

2.4.7 Conclusie 17

**H3 Methodiek 18**

3.1 Inleiding 18

3.2 Keuze type onderzoek 18

3.2.1 Kwalitatief onderzoek 18

3.2.2 Semigestructureerde interviews 18

3.2.3 Topiclijst 18

3.3 Verantwoording onderzoekspopulatie en steekproef 18

3.3.1 Onderzoekspopulatie 18

3.3.2 In- en exclusiecriteria onderzoekspopulatie 19

3.3.2.1 Inclusiecriteria 19

3.3.2.2 Exclusiecriteria 19

3.3.3 Steekproef 19

3.3.4 Verantwoording steekproef 20

3.4 Dataverzameling en –analyse 20

3.5 Betrouwbaarheid en validiteit 20

3.5.1 Betrouwbaarheid 20

3.5.2 Validiteit 21

**H4 Resultaten 22**

4.1 Inleiding 22

4.2 Bejegening 22

4.3 Communicatie 23

4.4 Empathie 25

4.5 Kennis 25

4.5.1 Persoonlijke kennis 26

4.5.2 Professionele kennis 26

4.6 Mensvisie 27

4.7 Omstandigheden ontmoeting op zielsniveau 27

4.8 Resultaten ontmoeting op zielsniveau 30

4.9 Tijdstip ontmoeting op zielsniveau 31

4.10 Tijd voor zorgvrager 31

4.11 Vertrouwen 33

4.12 Werkhouding 34

**H5 Conclusie 35**

5.1 Inleiding 35

5.2 De ontmoeting op zielsniveau 35

5.3 Wat nodig is om een ontmoeting op zielsniveau tot stand te laten

Komen 35

5.4 Het ervaren van verbondenheid met de zorgvrager 36

5.5 Conclusie 37

**H6 Aanbevelingen 38**

**H7 Discussie 39**

**Literatuurlijst 41**

**Bijlagen 42**

1. Verstuurde brieven 42

* 1. Brief aan de seniorverpleegkundigen 42

1.2 Brief aan de verpleegkundigen 43

2. Topiclijst 44

3. Volledige versie literatuurstudie 45

3.1 Presentie 45

3.2 Menslievende zorg 47

3.3 Verbondenheid 48

3.4 Barhartige zorg 51

4. Codering interviews 57

5. Overzicht respondenten 68

5.1 Overzicht achtergrond respondenten 68

5.2 Achtergrond respondenten in diagram 69

H1 **Inleiding**

## Aanleiding en probleemstelling

Kwaliteit van zorg is niet meer weg te denken uit de huidige samenleving. Het is een zoektocht om te kijken naar hoe die kwaliteit van zorg geleverd kan worden. Vanuit de overheid ligt de nadruk met name op de ontwikkeling van meetinstrumenten om de kwaliteit van zorg te meten en te verbeteren. Hierdoor wordt vooral gekeken naar de zichtbare kwaliteit, zoals het bijhouden van een decubitus scorelijst, voedingslijst, vochtbalans, enzovoorts. Door deze lijsten bij te houden kan tijdig gereageerd worden om erger leed te voorkomen. Door deze tijdige reactie wordt de kwaliteit van zorg verbeterd.

De aandacht voor de zorgvrager in de zorg wordt echter niet of nauwelijks gemeten. Hierdoor bestaat het gevaar dat er meer oog is voor de handeling en het correct uitvoeren hiervan, dan voor de ‘ik’ van de zorgvrager.

Uit een artikel Y. Takemura, (*2003)*1 blijkt dat een ontmoeting op zielsniveau met de zorgvrager, de zorgvrager erg goed kan doen. Hierbij is het de vraag: wat maakt nu dat een verpleegkundige in contact komt met de persoon achter de zorgvrager en wat maakt dat een verpleegkundige ‘er is’ voor de zorgvrager? Er zijn voor iemand hangt samen met een ontmoeting op zielsniveau. Daarnaast kan hierbij gedacht worden aan de termen: presentietheorie (Baart en Grypdonck, 2008), menslievende zorg (Van Heijst, 2006), verbondenheid (Van de Brink-Tjebbes en Keij, 1997) en barmhartige zorg (Stoll, 1990 en de Bijbel).

Voor het onderzoek, waarbij de opdracht is verkregen vanuit het lectoraat Verpleegkundige Beroepsethiek (CHE), wordt onderzoek gedaan naar de kant van de zorg waarin het contact met de zorgvrager op zielsniveau centraal staat. Door dit onderzoek is er de mogelijkheid om te onderzoeken hoe goede zorg geleverd wordt in de praktijk.

Het onderzoek wordt gedaan binnen de setting van een ziekenhuis in Midden-Nederland. Dit wordt gedaan vanuit een werkveldovereenkomst tussen het lectoraat Verpleegkundige Beroepsethiek (CHE) en het desbetreffende ziekenhuis. Dit onderzoek is een onderdeel van een groter onderzoek naar excellente zorgverlening.

Er is voor dit onderzoek gekozen om de volgende redenen. Ten eerste zijn de vierdejaars stages in het ziekenhuis gelopen en daarom wordt er onderzoek gedaan binnen de setting van het algemeen ziekenhuis. Ten tweede werd tegen hetzelfde probleem aangelopen, namelijk: hoe kun je ‘er zijn’ voor de zorgvrager en tegelijkertijd ook alle handelingen binnen de gestelde tijd uitvoeren? Dit speelt zowel bij studenten als bij gediplomeerde verpleegkundigen op de verschillende afdelingen een rol.

Vanuit de bovenstaande redenen wordt onderzoek gedaan naar hoe een verpleegkundige in het algemeen ziekenhuis een ontmoeting op zielsniveau met de zorgvrager aangaat.

## 

## 1.2 Vraagstelling

Vanuit de bovenstaande probleemstelling is de volgende vraagstelling geformuleerd:

*Op welke wijze draagt ontmoeting op zielsniveau tussen de verpleegkundige en de zorgvrager bij aan excellente verpleegkundige zorg?*

### 1.2.1 Deelvragen

Om een antwoord te krijgen op de vraagstelling worden de volgende vragen beantwoord:

1. Wat is ontmoeting op zielsniveau vanuit het verpleegkundig perspectief?
2. Wat moet een verpleegkundige doen om tot de ontmoeting te komen?
3. Wanneer ervaart een verpleegkundige verbondenheid met de zorgvrager en op welke momenten is dit?

## 

## 1.3 Doelstelling

Voor het onderzoek is een doelstelling geformuleerd met daarin het uiteindelijke doel van het onderzoek. De doelstelling luidt als volgt:

*Aan het eind van het afstudeeronderzoek is in kaart gebracht hoe er bij de geïnterviewden een ontmoeting, tussen de geïnterviewde verpleegkundige en de zorgvrager, op zielsniveau plaatsvindt en hoe dit bijdraagt aan excellente verpleegkundige zorg.*

H2  **Literatuurstudie**

***2.1 Inleiding***

In het vorige hoofdstuk heeft u kunnen lezen wat de vraagstelling van het onderzoek is. Om de vraagstelling te kunnen beantwoorden, wordt er allereerst een literatuurstudie gedaan ter beeldvorming. Met behulp van de literatuurstudie wordt eerst uitgelegd wat een ontmoeting op zielsniveau inhoudt. Vervolgens wordt antwoord gegeven op de volgende twee vragen:

1. Wat is excellente zorg vanuit het verpleegkundig perspectief?
2. Wat zeggen de volgende de theorieën: liefdevolle zorg, barmhartigheid, verbondenheid en presentie over het ‘er zijn’ voor de zorgvrager?

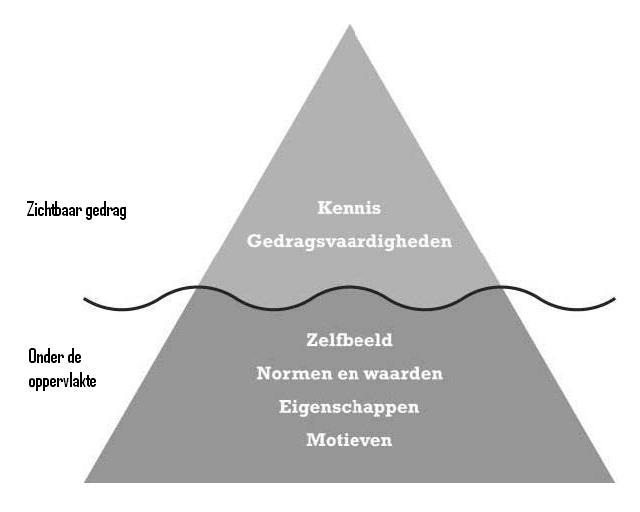
*2.1.1 Literatuurresearch*

Er is op verschillende manieren gezocht naar literatuur. Via [www.invert.be](http://www.invert.be) en de mediatheek van de CHE is er gezocht naar relevante artikelen in verpleegkundige tijdschriften en boeken. Er zijn de volgende zoektermen gebruikt: menslievende zorg, verbondenheid, presentie en barmhartige zorg. Daarnaast zijn ook termen zoals: er zijn, goede zorg en excellente zorg gebruikt.

***2.2 Omschrijving ontmoeting op zielniveau***

Om te kunnen definiëren wat een ontmoeting op zielsniveau inhoudt, is het van belang dat eerst duidelijk is wat de definitie van de ziel is.

Vanuit onder andere het christelijk oogpunt wordt ‘de ziel’ als volgt omschreven:

*‘De ziel is de plaats van de persoonlijkheid. De wil, het intellect en de emoties van de mens zetelen daar’2*

Een ontmoeting op zielsniveau houdt in dat je als verpleegkundige echt contact maakt met de ander als unieke persoonlijkheid.

Met behulp van de ijsbergtheorie3 kan dit duidelijk gemaakt worden. De zorgverlener komt een zorgvrager tegen in een unieke situatie, waarin de zorgvrager een hulpvraag en/of zorgbehoefte heeft. Om te kunnen reageren op de hulpvraag en/of zorgbehoefte, moet de zorgverlener contact maken met de zorgvrager. De zorgverlener kan op verschillende dieptes contact maken met een zorgvrager. In de afbeelding3 is duidelijk te zien dat er twee niveaus zijn van contact maken: zichtbaar gedrag en onder de oppervlakte. De niveaus worden gescheiden door een waterlijn. Boven de waterlijn is het zichtbare gedrag. Vaak is dit de rationele kant van de mens. Onder de waterlijn is de emotionele kant van de zorgvrager. Tijdens een ontmoeting op zielsniveau gaat de zorgverlener onder de oppervlakte en probeert de zorgvrager daar te ontmoeten.

* 1. ***Wat is excellente zorg vanuit het verpleegkundig perspectief?***

*2.3.1 Inleiding*

In dit paragraaf wordt weergegeven wat excellente zorg vanuit het verpleegkundig perspectief inhoudt en naar de manier waarop excellente zorg kan worden gegeven. Onder excellente zorgverlening wordt verstaan dat een verpleegkundige goede zorg verleend.

*2.3.2 Kernelementen van excellente zorg*

Het kijken naar wat goede zorg inhoudt, bevindt zich op het ethische vlak. Wanneer iemand in het dagelijks leven en in zijn werk nadenkt over moraal, normen en waarden, is diegene vaak al bezig met ethiek. Wanneer een professional in de zorg zich bezig houdt met ethiek, kan het zijn dat diegene zich bezig houdt met zorgethiek. Kernelementen van excellente zorg vanuit de zorgethiek zijn4:

* *Zorgen begint bij de aandacht voor de ander:* Het is van belang dat een verpleegkundige de ander volgt in zijn verhaal en ruimte laat voor de ander. Wanneer een verpleegkundige echt aandacht heeft voor een zorgvrager, kan de zorgvrager zijn verhaal kwijt en kan de verpleegkundige er zijn voor die persoon op dat moment.
* *Zorgen moet georganiseerd worden:* Het is van belang dat een verpleegkundige de verantwoordelijkheid duidelijk voor ogen heeft. Wanneer een verpleegkundige de verantwoordelijkheid neemt, kan zij op het moment dat iemand haar nodig heeft, er zijn voor iemand.
* *Zorgen moet op een deskundige manier gebeuren:* De deskundigheid die een verpleegkundige gebruikt is het elke keer opnieuw echt luisteren naar een verhaal. Een luisterende houding is hierbij zeer belangrijk.
* *Zorgen betekent: kijken of je zorg adequaat is (geweest):* Excellent zorgen betekent dat een verpleegkundige de signalen die een zorgvrager uitzend op kan vangen en hier adequaat op kan reageren.

*2.3.3 Definitie zorgen*

De Amerikaanse politicologe Joan Tronto heeft nagedacht over zorgethiek. De definitie van zorgen, volgens Joan Tronto, luidt vertaald als volgt:

*‘Zorgen is een specifieke activiteit die alles omvat wat wij doen om onze ‘wereld’ zo in stand te houden, te continueren en te herstellen dat we daarin zo goed mogelijk kunnen leven. Die wereld omvat onze lichamen, ons persoon zijn (‘our selves’) en onze omgeving die we trachten samen te weven tot een complex, het leven ondersteunend web.’4*

*2.3.4 Zorgproces*

Tronto onderscheidt in het zorgproces verschillende fasen. Bij de verschillende fases horen ook verschillende morele handelingen. De verschillende fasen en morele handelingen lopen steeds in elkaar over en vormen samen een continu proces en een integraal geheel. Wanneer één handeling ontbreekt, is er in feite al geen sprake meer van goede zorg. De fasen en morele handelingen worden als volgt weergegeven:

*Fase 1: Oog hebben voor (caring about).* Zorgen begint met ‘oog hebben voor’. Het is allereerst nodig om te zien dat er een behoefte of nood is die zorg nodig heeft.

Morele handeling: Aandacht

De morele handeling aandacht is nodig om noden en behoefte op te kunnen merken. Opmerkzaam zijn, alert zijn, belang stellen in de ander en in de omgeving vallen hier ook onder. Je kunt jezelf oefenen in aandacht geven. Aandacht is belangrijk om goede zorg te kunnen geven.

*Fase 2: Ervoor zorgen dat (taking care).* In deze fase gaat het om het nemen van de verantwoordelijkheid om te zorgen. Je moet erkennen dat jij iets kunt doen, voordat je kunt gaan zorgen. In deze fase gaat het om het verzamelen van de middelen, het voorbereiden en organiseren van het daadwerkelijke zorgen.

Morele handeling: Verantwoordelijkheid

Als verpleegkundige moet je de verantwoordelijk voelen voor het appèl dat op je wordt gedaan door een zorgvrager. Je voelt je aangesproken en aanvaart dat jij degene bent die hier en nu iets moet doen in reactie op de zorgvraag.

Soms kan er niet volledig goede zorg gegeven worden. Dan moet je soms aanzien dat de verantwoordelijkheid voor een situatie niet bij jou ligt.

*Fase 3: Zorgen (giving care).* In deze fase begint het ‘echte’ zorgen. Hier begint het ‘echte’ werk: de fysieke inspanning, de concrete handeling om de nood te verlichten.

Morele handeling: Competentie

Zorg kan alleen adequate zorg zijn als de zorg competent wordt gegeven. Competentie is belangrijk om de zorg te kunnen geven die nodig is. Wanneer iemand niet competent is, kan hij of zij geen excellente zorg verlenen en moet hij iemand inschakelen die wel over de benodigde competenties beschikt.

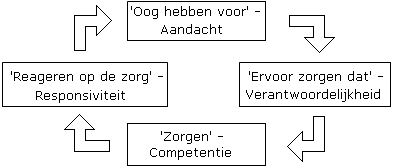
*Fase 4: Reageren op de zorg (care receiving).* In deze fase reageert de zorgvrager op de ontvangen zorg.

Morele handeling: Responsiviteit

Zorgrelaties zijn relaties tussen ongelijke. De een geeft zorg en de ander is afhankelijk en niet andersom. Juist hierom is responsiviteit belangrijk. De reactie van de zorgvrager op de gegeven zorg is belangrijk. Die reactie maakt verpleegkundigen attent op eventueel machtsmisbruik. Om dit op te merken moet een verpleegkundige wel open staan voor de reactie van de ander.

Daarnaast is een goede reactie van een zorgvrager belangrijk. Het motiveert om door te gaan en geeft de verpleegkundige een gevoel van erkenning.

Wanneer de verschillende fasen van zorgen en de morele handelingen worden samen gevoegd, kan dat als volgt schematisch worden weergegeven4:



*2.3.5 Conclusie*

Excellente verpleegkundige zorg samengevat bevat meerdere punten4. Allereerst is het verlenen van verpleegkundige zorg: het in eerste instantie afvragen wat de ander nodig heeft om tot de hoogst mogelijke kwaliteit van leven te komen. Daarnaast is de verpleegkundige zorg geen optelsom van technisch beheersbare handelingen, omdat de zorgpraktijk geïnspireerd hoort te zijn door menselijke bekommering om het welzijn van de zorgvrager.

Ook is de verpleegkundige zorg een ontmoeting tussen de zorgvrager en de verpleegkundige, in een menselijke ik-jij relatie en niet in een ik-het relatie. Tot slot is zorgen voor de zorgvrager het fundament van de verpleegkundige realiteit. Er is slechts sprake van excellente zorg, wanneer een verpleegkundige oog heeft voor de zorgvrager, verantwoordelijkheid neemt voor het zorgen, zorgt voor de zorgvrager en reageert op de reactie van de zorgvrager op de gegeven zorg. Deze elementen vormen samen een ononderbroken cyclus binnen het verpleegkundig handelen.

***2.4 Wat zeggen de volgende de theorieën: presentie, menslievende zorg, verbondenheid en barmhartigheid over het ‘er zijn’ voor de zorgvrager?***

*2.4.1 Inleiding*

In deze paragraaf wordt kort weergegeven wat de belangrijkste punten van de volgende zorgvisies zijn: presentie, menslievende zorg, verbondenheid en barmhartige zorg. De meeste theorieën of zorgvisies spreken niet letterlijk over een ontmoeting op zielsniveau, maar over het helpen van en zorgen voor de zorgvrager en het je daarbij belangeloos en onbaatzuchtig toewenden naar de zorgvrager.

Er is gekozen om deze zorgvisies kort uit te leggen en daarna worden zij met elkaar vergeleken. In bijlage 3 worden de verschillende zorgvisies verder toegelicht.

*2.4.2 Presentietheorie*

Presentiebeoefening is ‘een manier van doen’ die je als volgt kunt beschrijven:

*Een praktijk waarbij de zorggever zich aandachtig en toegewijd op de ander betrekt en met hem interageert, zo leert zien wat er bij de ander op het spel staat – van verlangens tot angst – en die in aansluiting daarbij gaat begrijpen wat er in de desbetreffende situatie gedaan zou kunnen worden en wie hij/zij daarbij voor de ander kan zijn. Wat gedaan kan worden, wordt dan ook gedaan. Dat is een manier van doen, die slechts verwezenlijkt kan worden met gevoel voor subtiliteit, vakmanschap, met praktische wijsheid en liefdevolle trouw.5*

De basis van de presentietheorie is aandachtig zijn, openstaan en vooral trouw aangaan met een zorgvrager, waarin de presentiebeoefenaar zorg heeft voor een zorgvrager. Presentie gaat verder dan aanwezig zijn voor een zorgvrager. Je gaat een laag dieper. Je stelt de zorgvrager centraal en kijkt naar de behoefte van de zorgvrager. Samengevat: *Present verplegen is in de kern ‘er zijn voor’ de patiënt.6*

*2.4.3 Menslievende zorg*

Menslievende zorg gaat uit van het principe dat professionals in de zorg houden van mensen. Met het houden van mensen worden verschillende dingen bedoeld die elkaar grijpen, namelijk: dat ze zich voor mensen interesseren, zich door hen geraakt voelen en iets willen betekenen voor mensen die ziek of oud zijn en het alleen niet redden. *Menslievende professionaliteit doet aan perspectiefwisseling.7* Dit houdt in dat je je inleeft in de zorgvrager en je probeert te verplaatsen in diens beleving. Dit zijn kenmerken van menslievende zorg. Bij menslievende zorg is het geen eenrichtingsverkeer, maar komt de liefde van twee kanten. Vooral door de respons van zorgvragers houden zorgverleners het vol: *‘Je krijgt er veel voor terug’8*.

Vanuit de visie menslievende zorg is de essentie van de zorg dat een zorgverlener een zorgvrager bijstaat in diens nood en niet: iemand beter maken. Bij menslievende zorg wordt er vanuit gegaan dat de zorg die gegeven wordt, is gericht op het behouden van de waardigheid van de zorgvrager. Het geven van de zorg dient te bevorderen dat de zorgvrager het besef en het gevoel heeft dat hij/zij er toe doet en het waard is. Vanuit de praktijk blijkt dat deze manier van zorg verlenen de zorgvrager goed doet. Menslievende zorg kent de hoofdrol toe aan degene om wie het uiteindelijk allemaal draait: de zorgvrager. Binnen de menslievende zorg hangen zorgzaamheid en zorgvuldigheid samen. *‘Zorg is geen daad of losse verrichting, maar zorg is een betrekking waarin dingen worden gedaan.’7*

*2.4.4 Verbondenheid*

De basis van de verbondenheid gaat ervan uit dat de mens een op zichzelf gericht, genietend, kwetsbaar, ethisch raakbaar wezen is, dat op grond daarvan met behulp van het denken tot een verantwoordelijk handelen kan komen9.

Het verplegen in verbondenheid is de bereidheid tot belangeloze toewending tot de zorgvrager. De bereidheid hebben om radicaal onbaatzuchtig te zijn in de verpleegsituatie. De bereidheid samen met de zorgvrager vanuit diens verplegingsbehoefte op weg te zijn, in het licht van het recht van de derden. Daarnaast de bereidheid creatief om te gaan met de beginselen van de verpleegkundige professie, om zo de bestaanszorg van de zorgvrager te ondersteunen. En de bereidheid om zich niet onkritisch te schikken naar de regels van de verpleegkundige professie, om zo de heelheid van de zorgvrager als mens in zijn wereld te beschermen.

*2.4.5 Barmhartige zorg*

Vanuit de Bijbel wordt verondersteld dat ieder mens gewaardeerd en gerespecteerd moet worden. De mens is een uniek individu met het voor hem unieke karakter, met zijn sterktes, beperkingen en mogelijkheden. Binnen die individuele zorgverlening moeten de mogelijkheden van de zorgvrager gekoesterd worden. Dit zorgen betekent ook het zien van de persoon als geheel persoon en het beeld niet beperken tot de ziekte die wordt behandeld. Genesis 1:31 stelt dat, nadat Hij man en vrouw gemaakt had, Hij zag dat het zeer goed was. God gaf de man en vrouw waarde door te verklaren dat ze ‘goed’ zijn.

Het draait dan ook om het waarderen van mensen, want iedereen verdient stuk voor stuk zorg en bescherming als mens geschapen naar Gods beeld en gewaardeerd door God. Het maakt hierbij niet uit wie of wat die persoon is of kan. De verpleegkundige heeft dan ook de opdracht naar haar beste kunnen zorg te verlenen.

Zowel de verpleegkundige als de zorgvrager zijn unieke individuen met hun sterke kanten, beperkingen en mogelijkheden. Elke verpleegkundige heeft unieke eigenschappen en talenten in te brengen in haar beroep. Elke verpleegkundige moet een plekje in de verpleging vinden die past bij de persoon die ze is en zo haar gaven gebruiken als een verzorger van Gods creaties.

Barmhartigheid wordt in de Bijbel meerderenmalen genoemd. Hèt voorbeeld van barmhartigheid in de Bijbel is het Bijbelgedeelte dat verhaalt over de Barmhartige Samaritaan (Lucas 10:25-37). Ieder mens kan hier een voorbeeld aan nemen. Toegespitst op de verpleegkundige: net als de Barmhartige Samaritaan de nood van een ander opmerken en helpen. Alles inzetten wat je hebt: kennis, vaardigheden, connecties enzovoorts. Zorgverlenen op Bijbelse basis, gecentreerd rondom Christus, is een verpleging die de waarde weerspiegelt die God toeschrijft aan de persoon, koesterend de potentie van die persoon, om zo te proberen alles te zijn waarvoor God hem geschapen heeft.

*2.4.6 Overeenkomsten tussen de verschillende theorieën*

Presentie en verbondenheid

* Een overeenkomst is het belangeloos en onvoorwaardelijk zijn. Je handelt zonder daar zelf voordeel van te willen hebben. De presentietheorie heeft het over belangeloos en onvoorwaardelijk. De verbondenheid spreekt over belangeloze toewending en radicale onbaatzuchtigheid.
* De presentiebeoefening kenmerkt zich doordat men doet wat men denkt te moeten doen. In de verbondenheid noemt men dit zorgen, namelijk het constateren van een zorgbehoefte door de verlener zonder dat de zorgontvanger die heeft aangegeven.
* Beide theorieën spreken over het tot zijn recht laten komen van de zorgvrager.
* Ook hebben beide theorieën als uitgangspunt en richtlijn de gestelde hulpvraag.
* In beide theorieën ben je betrokken bij het leven van de zorgvrager door het aangaan van een (zorg)relatie.

Presentie en menslievende zorg

* Binnen de presentietheorie wordt er vanuit gegaan dat je aansluit bij de zorgvrager en deelt in het leven van de zorgvrager. Menslievende zorg spreekt over een wisselwerking tussen de zorgverlener en zorgvrager. Het is tweerichtingsverkeer.
* Beide theorieën hebben als een van de uitgangspunten dat er geen van te voren vast gesteld doel is, maar dat je de zorgvrager bijstaat in diens nood en geeft wat de zorgvrager op dat moment nodig heeft.
* In beide theorieën wordt er gesproken over het aangaan van een relatie met de zorgvrager.
* Oprechte aandacht voor de zorgrelatie is een voorwaarde voor beide theorieën.
* Menslievende professionaliteit en presentie spreken beide over perspectiefwisseling. Hiermee wordt bedoeld dat de zorgverlener de wereld leert waar te nemen vanuit het perspectief van de zorgvrager.

Presentie en barmhartige zorg

* Presentie spreekt over het contact zoeken met moeilijk bereikbare mensen. Barmhartige zorg stemt hierin overeen door te stellen dat ieder mens gewaardeerd en gerespecteerd wordt. Ook degene die door de maatschappij als minderwaardig worden bestempeld.

Menslievende zorg en verbondenheid

* Menslievende zorg spreekt over het houden van mensen en zich door hen geraakt voelen. De raakbaarheid van de zorgverlener wordt ook benoemd in de theorie van de verbondenheid en spreekt hier dan over ethische raakbaarheid. Ethische raakbaarheid betekent dat je geraakt wordt door een appèl.
* Bij menslievende zorg is de essentie van de zorg dat een zorgverlener de zorgvrager bijstaat in diens nood en niet iemand beter maken. Verbondenheid stemt hier in overeen door te stellen dat het de taak van de verpleegkundige is om de zorgvrager te ondersteunen in de bestaanszorg.

Barmhartige zorg en verbondenheid

* Barmhartige zorg stelt dat de mens een uniek persoon is. Vanuit deze mensvisie is het van belang dat de manier van zorgverlenen wordt geïndividualiseerd. Verbondenheid stelt dat helpen en zorgen individueel is, want iedereen helpt en zorgt op zijn eigen manier, zoals ook iedereen geholpen en verzorgd wil worden op een bij hem passende wijze.
* Barmhartige zorg, gebaseerd op het Bijbelse mensbeeld, ziet het leven als een kostbaar bezit. Verbondenheid spreekt over het leven als een bestaan dat niet als onverschillig, maar juist als van onschatbare waarde wordt beschouwd.
* Verbondenheid spreekt over het belangeloos toewenden tot de ander. Ook barmhartige zorg spreekt over het handelen wat niet gebaseerd behoort te zijn op persoonlijk voordeel.
* Barmhartige zorg stelt dat de mens vanuit de Bijbel als doel heeft elkaar te ondersteunen. Verbondenheid stelt dat de mens een verantwoordelijkheid heeft tegenover de ander. Dit uit zich in de bezorgdheid om het welzijn van de ander en vanuit die bezorgdheid volgt de bereidheid om te handelen.

Barmhartige zorg en menslievende zorg

* Menslievende zorg gaat uit dat professionals in de zorg houden van mensen. Bij barmhartige zorg draait het ook om houden van mensen. God houdt van ieder mens. Het is dan ook de opdracht voor de mens om van zijn mede mens te houden: *‘Heb uw naaste lief als uzelf (Matt 22:39).*
* Daarnaast spreekt menslievende zorg over het iets willen betekenen voor mensen die ziek of oud zijn en het niet alleen redden. Barmhartigheid zegt hierover dat het belangrijk is om te kijken naar de zwakkere medemens.

*2.4.7 Conclusie*

In alle zorgvisies staat de mens en zijn behoefte centraal. Vanuit alle zorgvisies wordt er beschreven hoe zo goed mogelijk antwoord gegeven kan worden op de hulpvraag. Opvallend hierin is dat de verbondenheid de nadruk legt op het rekening houden van het recht van de derden. De andere zorgvisies spreken alleen over het recht van de zorgvrager.

Binnen alle zorgvisies zijn aandacht, interesse en tijd voor de zorgvrager belangrijke begrippen. Aandacht, interesse en tijd voor de zorgvrager worden als basis gezien in de relatie met de zorgvrager en komt de excellente zorg ten goede.

H3 **Methodiek**

***3.1 Inleiding***

In dit hoofdstuk wordt uitgelegd hoe de gegevens verzameld en verwerkt zijn. Daarnaast wordt er een verantwoording gegeven van de gebruikte methodiek.

***3.2*** ***Keuze type onderzoek***

*3.2.1 Kwalitatief onderzoek*

Het onderzoek is kwalitatief van aard. Hiervoor is gekozen, omdat de nadruk ligt op het willen weten van de meningen en redenen van de verpleegkundigen. Dit kan alleen verkregen worden door een kwalitatief onderzoek. Door middel van kwalitatief onderzoek kunnen er vanuit het gezichtspunt van de verpleegkundigen gevoelens, belevingen, ervaringen en betekenisverleningen in kaart gebracht worden. Daarnaast kan er ingegaan worden op de achtergrond van de verzamelde gegevens.

*3.2.2 Semigestructureerde interviews*

Er wordt gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews, omdat er door middel van deze manier van interviewen ruimte gecreëerd wordt om binnen het gestelde kader de geïnterviewde met eigen gegevens te laten komen en hierop door te vragen.

Tijdens de interviews zal, waar nodig, doorgevraagd worden om een vollediger antwoord te verkrijgen. Door middel van doorvragen kan onderbouwd worden wat wordt gezegd en hoe het precies zit. Daarnaast zal worden gestreefd naar het formuleren van open vragen en het samenvatten van de gegevens. Als er onduidelijkheid is over de vraagstelling zal de vraag opnieuw worden gesteld en worden verduidelijkt.

*3.2.3 Topiclijst*

Als leidraad voor de interviews wordt er gebruik gemaakt van een topiclijst die is aangeboden door de opdrachtgever. Voordat deze topiclijst werd gehanteerd, is eerst gekeken naar de methodiek achter het opstellen van een topiclijst en is er een topiclijst opgesteld. Er is gekozen voor de topiclijst van de opdrachtgever, omdat deze goed overeen komt met het onderwerp van het onderzoek en omdat dit onderzoek een onderdeel is van een groter onderzoek van de opdrachtgever.

***3.3 Verantwoording onderzoekspopulatie en steekproef***

*3.3.1 Onderzoekspopulatie*

De populatie waarvan sprake is in het onderzoek zijn verpleegkundigen van niveau 4 en niveau 5. De analyse-eenheid is een totaal van veertien verpleegkundigen. Er is in eerste instantie gekozen voor vijftien verpleegkundigen in verband met het tijdsbestek waarin het onderzoek plaatsvindt. De reden dat er voor vijftien interviews is gekozen gaat samen met het feit dat het houden en uitwerken van de interviews veel tijd in beslag neemt en er niet meer tijd beschikbaar is voor meer interviews in verband met de beperkte periode van februari tot en met mei.

Omdat een van de verpleegkundigen ziek was, is de analyse-eenheid uiteindelijk veertien verpleegkundigen geworden.

*3.3.2 In- en exclusiecriteria onderzoekspopulatie*

De in- en exclusie criteria vormen het kader waarbinnen de respondenten moeten vallen. Door binnen dit gestelde kader verpleegkundigen te interviewen, wordt bij een volgend onderzoek de kans verhoogd dat de resultaten van dezelfde strekking zijn.

*3.3.2.1 Inclusiecriteria*

* Verpleegkundigen die worden aangemeld door de seniorverpleegkundigen van de afdeling. Er is gekozen voor aanmelding via de seniorverpleegkundigen, omdat deze verpleegkundigen dicht bij het team staan. De seniorverpleegkundigen fungeren als tussenpersoon bij de selectie van de onderzoekspopulatie.
* Verpleegkundigen die door anderen aangewezen worden als een verpleegkundige aan wie hij/zij een dierbare zou toevertrouwen. Er wordt hiervoor gekozen, omdat door de ogen van de seniorverpleegkundige de aangewezen verpleegkundigen goede verpleegkundigen zijn en op een goede manier zorg verlenen.
* Verpleegkundigen van zowel niveau 4 als niveau 5. Hiervoor is gekozen omdat in het onderzoek geen onderscheid wordt gemaakt tussen de verschillende verpleegkundige niveaus.
* De verpleegkundige is werkzaam op een verpleegafdeling binnen het ziekenhuis.

*3.3.2.2 Exclusiecriteria*

* Verpleegkundigen die zichzelf aanmelden voor het onderzoek, omdat hierdoor de kans bestaat dat de verpleegkundigen sociaal wenselijke antwoorden geven, voortkomend uit affiniteit met het onderzoek.
* Geen flex-verpleegkundigen, omdat deze lastig te bereiken zijn en dit niet binnen het tijdsbestek van het onderzoek past.

*3.3.3 Steekproef*

De te interviewen verpleegkundigen worden gekozen aan de hand van een gelegenheidssteekproef, ook wel convenience sample genoemd. Dit houdt in dat de eerste vijftien verpleegkundigen die aangemeld worden door hun seniorverpleegkundige, worden geïnterviewd.

*3.3.4 Verantwoording steekproef*

Aan de seniorverpleegkundigen van verschillende afdelingen is gevraagd om twee verpleegkundigen van hun afdeling aan te wijzen waaraan zij hun dierbare zouden toe vertrouwen. Er is gebruik gemaakt van dit aanwijssysteem om sociaal wenselijke antwoorden bij het afnemen van interviews zoveel mogelijk te vermijden. Met dit systeem wordt uitgesloten dat verpleegkundigen zichzelf aanbieden. Er wordt namelijk uitgegaan van het principe: geen enkele verpleegkundige zal van zichzelf zeggen dat zij geen goede zorg verleend.

***3.4 Dataverzameling en –analyse***

De interviews worden op de volgende manier verwerkt en geanalyseerd:

* Opnemen: De gehouden interviews worden opgenomen met memorecorder.
* Uitwerken: De interviews worden verbatim uitgewerkt. Dit zodat eigen interpretaties uitgesloten worden en zo een betrouwbaar beeld verkregen wordt van meningen en bevindingen van de geïnterviewde verpleegkundigen uit een ziekenhuis in Midden-Nederland.
* Anonimiteit: De interviews worden anoniem verwerkt om de anonimiteit van de verpleegkundigen te waarborgen. De interviews worden als volgt gecodeerd: Jaartal-maand-dag-nummer-voltijdgroep. Bijvoorbeeld: 20100408-001-vt.
* Labelen: De interviews worden gelabeld. Het labelen van de interviews wordt gedaan aan de hand van de 7 stappen van een labelingsproces11.
* Concepten: Vervolgens worden de labels verwerkt, waarbij overeenkomende labels onder gebracht zullen worden in concepten. Vanuit deze concepten worden conclusies getrokken.

***3.5 Betrouwbaarheid en validiteit***

*3.5.1 Betrouwbaarheid*

Met betrouwbaarheid wordt bedoeld dat de waarneming geen toevalstreffer is. Een onderzoek is betrouwbaar als onderzoeksgegevens, die onder dezelfde omstandigheden worden herhaald, dezelfde uitkomst geven.

Om de betrouwbaarheid te vergroten zijn de volgende punten toegepast:

* Alle interviews worden opgenomen en verbatim uitgewerkt.
* Er is gebruikt gemaakt van eenzelfde topiclijst. Dit komt de betrouwbaarheid ten goede, zodat in een volgend onderzoek deze topiclijst wederom kan worden gebruikt en daarmee gegevens met dezelfde strekking kunnen worden verzameld.
* Voordat de interviews werden afgenomen, is eerst geoefend met het afnemen van interviews aan de hand van een topiclijst. Deze interviews zijn opgenomen en daarna afgeluisterd en besproken.
* Alle interviews worden door twee mensen onafhankelijk van elkaar gelabeld en vervolgens met elkaar vergeleken (peer-review10). Tijdens het vergelijken wordt er niets zomaar van elkaar overgenomen, maar wordt er bij verschillen met elkaar gediscussieerd.
* Ook wordt meerdere malen een interview door hun begeleiders gelabeld (peer-debriefing11).
* Er is al eerdere ervaring met het houden van interviews evenals met het labelen.

*3.5.2 Validiteit*

Met validiteit wordt bedoeld dat er gemeten wordt wat er gemeten moet worden en dus geen systematische fouten worden gemaakt. Validiteit beschermt de veralgemeniseerbaarheid en interpreteerbaarheid.

Om de validiteit te verhogen zijn de volgende punten toegepast:

* Door het gebruikte aanwijssysteem, wordt de kans verhoogd om werkelijk te meten wat onderzocht wordt. Namelijk: op welke wijze de ontmoeting op zielsniveau tussen zorgvrager en verpleegkundige bijdraagt aan excellente verpleegkundige zorg.
* Alle interviews worden door twee personen afgenomen. De een neemt het woord en de ander vult aan waar nodig. Zodat afwijken van het onderwerp en de topiclijst zo veel mogelijk voorkomen worden.
* Een uitgewerkt interview wordt niet door de interviewer gelabeld, maar door de groepsgenoten.
* De vragen uit het interview worden niet van te voren opgestuurd om sociaal wenselijke antwoorden te voorkomen.

H4 **Resultaten**

***4.1 Inleiding***

In dit hoofdstuk staan de resultaten van de interviews die zijn afgenomen. De interviews zijn verwerkt tot 227 labels en daarna samengevoegd tot 11 concepten. De concepten zijn: bejegening, communicatie, empathie, kennis (persoonlijk/professioneel), mensvisie, omstandigheden voor een ontmoeting op zielsniveau, resultaten ontmoeting op zielsniveau, tijdstip ontmoeting op zielsniveau, tijd voor zorgvrager, vertrouwen en werkhouding. Wanneer er citaten uit de interviews worden gebruikt, staat tussen haakjes het interviewnummer, met achter de punt het labelnummer uit het interview.

***4.2 Bejegening***

Binnen het concept bejegening valt het op dat meerdere verpleegkundigen aangeven dat zij de benadering naar de zorgvrager erg belangrijk vinden. De punten die het meeste naar voren komen, zijn: benadering naar de zorgvrager toe, respect voor de zorgvrager, eigenheid in communicatie en grenzen stellen en werk en privé gescheiden houden.

Benadering naar de zorgvrager toe

Onder de benadering noemen de verpleegkundigen verschillende punten die zij belangrijk vinden. Een van de punten is dat ze uitgaan van de zorgvrager en kijken naar wat de zorgvrager wil. Ook vinden ze het belangrijk dat je als verpleegkundige open staat voor de zorgvrager en probeert zonder vooroordeel naar de zorgvrager toe te gaan. Naast het openstaan is het belangrijk dat je echt interesse toont in de zorgvrager en dat je de zorgvrager een luisterend oor biedt. Hierdoor leer je de zorgvrager beter kennen. Elke zorgvrager en elke situatie is verschillend en heeft dus ook een andere aanpak nodig. Daarnaast moet je de zorgvrager met respect behandelen en positief benaderen. Veel van de geïnterviewde verpleegkundigen vinden het belangrijk dat je uitgaat van de zorgvrager en kijkt naar wat de zorgvrager wil.

Respect voor de zorgvrager

Binnen het concept bejegening komt naar voren dat het belangrijk is om de zorgvrager met respect te benaderen, dus dat je ‘*iemand in zijn waarden laat’ (2.8).* Daarnaast is het ook belangrijk dat je de keuze van de zorgvrager respecteert: ‘*Als de patiënt echt niet wil, je moet hem dan ook niet over de grens heen halen’ (14.75).* Je hoeft het niet eens te zijn met de keuze, maar je moet wel de keuze van de zorgvrager respecteren. Ook is het belangrijk dat je openstaat voor de zorgvrager en de zorgvrager ruimte geeft en betrekt bij de handelingen die je doet. Hierdoor geef je de zorgvrager inzicht in zijn behandeling en kan de zorgvrager een betere keuze maken wat betreft de behandeling.

Eigenheid in communicatie en grenzen stellen

Het is belangrijk dat je binnen de communicatie met de zorgvrager jezelf kan blijven en de eigenheid in de communicatie kan bewaken. Je moet hierbij je eigen grenzen stellen en je hoeft niet alles te accepteren van een zorgvrager. Daarnaast is het belangrijk dat je eerlijk bent tegen de zorgvrager en dat je zegt wat opmerkingen of gedrag van de zorgvrager met jou doen.

Werk en privé gescheiden houden

Naast al deze punten is het ook belangrijk dat je werk en privé gescheiden houdt. Een van de verpleegkundige geeft dit duidelijk weer en zegt: *‘Ik praat niet echt met patiënten over mijn eigen privé-dingen’ (8.39).*

***4.3 Communicatie***

Vanuit de interviews komt naar voren dat communicatie een veel gebruikte manier is om tot een ontmoeting op zielsniveau te komen. Gesprekstechnieken vormen de basis voor het handelen van de verpleegkundigen op dit gebied. De meest genoemde vaardigheden zijn luisteren, (open)vragen stellen en doorvragen. Daarnaast wordt een ontmoeting op zielsniveau vooral benoemd als een gesprek van mens tot mens, een persoonlijk gesprek en een gesprek over zingeving en ziek-zijn.

Luisteren, doorvragen, benoemen en observeren

Opvallend in het concept communicatie is het contact maken, doorvragen en luisteren. Het is van belang om eerst contact te zoeken met degene die je tegenover je hebt. Dit begint al bij het voorstellen zodat de ander weet wie je bent. Op die manier krijgen de zorgvrager en de verpleegkundige een eerste indruk van elkaar. *‘Als die indruk goed is, dan kan je bouwen’ (1.15).* Dat gaat verder door middel van vragen stellen en luisteren. *‘Veel luisteren, weinig zeggen’ (3.12)* en *‘luisteren naar wat die ander kwijt wil’ (8.23)* wordt genoemd als basis in het contact maken. Verpleegkundigen vinden het belangrijk om te praten met de zorgvrager over dat wat hem bezig houdt. Zo zegt een verpleegkundige: *‘Dat ze deelt waar ze mee zit, dat is voor mij zielsniveau’ (10.62).* Doorvragen is voor hen de sleutel om de zorgvrager te laten vertellen over zichzelf en zo de achtergrond van de zorgvrager te leren kennen. Door doorvragen naar de beleving leer je de zorgvrager begrijpen en kun je onderliggende problemen aan het licht brengen.

Daarnaast wordt aangeven dat ingaan op dat wat de zorgvrager communiceert heel belangrijk is in de ontmoeting op zielsniveau. Een verpleegkundige benoemt het als volgt: ‘*dat meestal die ontmoetingen ontstaan als je echt in gaat op datgene wat je op dat moment bij de patiënt ziet’ (3.38).*

Ook is het benoemen van dat wat je als verpleegkundige ziet belangrijk om tot een ontmoeting te komen. Benoemen wat de zorgvrager non-verbaal en verbaal communiceert. *‘Ik benoem eerst van wat ik zie’ (14.36).* Het benoemen van wat je ziet kan als trigger op de zorgvrager werken om zijn of haar gevoelens te uiten.

Om te kunnen benoemen wat je ziet moet je eerst de zorgvrager observeren. *‘Ten eerste vind ik het observeren heel belangrijk, het herkennen van een aantal dingen, vooral als mensen dat zelf niet goed kunnen bewoorden’ (6.5)*.

Aansluiten

Wat meerdere malen wordt benoemd, is het aansluiten op de ander. Aansluiten in de zin van *‘op dezelfde golflengte zitten’ (7.46),* maar ook *‘door te hebben wat het beste aansluit op de ander’ (11.13).* Zowel de verpleegkundige als de zorgvrager hebben een eigen manier van communiceren. Het is dan ook van belang dat de verpleegkundige aansluit bij de zorgvrager. Het is belangrijk *‘dat je van jezelf weet hoe je een contact aan gaat’ (13.30)* en welke invloed jouw benadering en communicatie heeft op de zorgvrager. Het is per situatie verschillend hoe een contact ontstaat en hoe je daarin aan kunt sluiten bij de zorgvrager. *‘Je kent natuurlijk iemand niet, dus je moet er gewoon op inspringen en kijken wat er gebeurt en daar je gevolg er op aanpassen’ (9.26).* Het is belangrijk om hierin als verpleegkundige creatief te zijn.

Interesse tonen

Interesse tonen wordt als belangrijk aspect gezien in het contact met de zorgvrager. Benoemd wordt dat je interesse in de persoon zelf moet hebben. *‘Hoe die zich voelt, hoe die denkt, hoe die zijn ziekte beleeft, hoe die zijn pijn beleeft, zijn emoties’ (12.2).*

Belangstelling wordt als een belangrijk facet in de communicatie beschouwd. Een verpleegkundige geeft dit als volgt weer: *‘gewoon wat vragen om interesse te tonen in die ander, zodat hij weet dat ik hem wil kennen’ (13.9).* Want *‘oprecht interesse in iemand tonen, iemand merkt dat gelijk’ (13.38).* Een open en eerlijk gesprek is hierin van belang.

Uitleg geven

Communiceren vormt een groot deel van de werkzaamheden van de verpleegkundigen. In de dagelijkse zorg worden vele beslissingen genomen. Vele daarvan raken de zorgvrager. Daarom geven meerdere verpleegkundigen aan dat zij vaak met de zorgvrager in gesprek komen door het geven van uitleg over handelingen of beleid en beantwoorden van vragen. *‘Je komt daar voor het eerst je handeling doen, dan moet je eerst uitleggen wat je gaat doen’ (2.44).* Daarnaast overleggen de verpleegkundigen met de zorgvrager wat hij wil in het verlenen van de zorg. Samen plannen wat de zorgvrager kan doen in zijn weg naar herstel.

***4.4 Empathie***

Wat opvalt binnen het concept empathie is dat veel verpleegkundigen aangeven dat zij het aanvoelen van de zorgvrager erg belangrijk vinden in het geven van goede zorg. Verder komen het inleven in de zorgvrager en de behoefte van de zorgvrager ook meerdere malen naar voren in de interviews.

Aanvoelen

Bij het aanvoelen van de zorgvrager zeggen verschillende verpleegkundigen dat je een bepaald gevoel hebt bij de zorgvrager en dat je de zorgvrager aanvoelt. Hoe dit aanvoelen tot stand komt, kunnen de verpleegkundigen niet weergeven. Verschillende verpleegkundigen geven wel aan dat dit aanvoelen er gewoon is. Het is een bepaald gevoel wat je bij een zorgvrager hebt. ‘*Ik voelde gewoon bij de ander, zeg maar, hoe erg die vrouw er tegenop zag’* *(11.33). ‘Het is vooral een gevoel eh waar je heen moet, bij elke patiënt is het anders.’ (1.5).*

Inleven

Meerdere verpleegkundigen geven aan dat het inleven in de zorgvrager excellente zorg ten goede komt. *‘Ik denk dat het inderdaad wel goed is om je in te leven’ (4.53)* en *‘Dat je je wilt inleven in een patiënt’ (4.41).* Het is belangrijk om je te verplaatsen in de zorgvrager zodat je als verpleegkundige je realiseert wat iets voor een zorgvrager betekent. Wel zeggen verschillende verpleegkundigen dat er een bepaalde basis moet zijn om je te kunnen inleven in een zorgvrager. *‘Het moet in het begin wel een beetje in je zitten. Ja volgens mij moet het wel in de basis zijn’ (5.31).*

Behoefte opmerken

Bij het opmerken van de behoefte van de zorgvrager geven meerdere verpleegkundigen aan dat je een behoefte kunt opmerken aan het gedrag van een zorgvrager. Een van de verpleegkundige geeft het als volgt weer: *‘Dat je gewoon merkt aan iemand dat je aan een patiënt dat ze hun verhaal kwijt willen of ergens mee zitten’ (2.26).* Een andere verpleegkundige geeft het als volgt weer: *‘Ik bedoel met zoveel woorden zei hij dat niet, maar ja dat kon je gewoon aan alles gewoon merken’ (14.55).* Dit kan dan zowel verbaal als non-verbaal gedrag zijn. Het is dan aan jou als verpleegkundige om die behoefte op te merken en er iets mee te doen.

***4.5 Kennis***

In het boek ‘Evidence based nursing’ zegt K. Cox (2008) dat verschillende soorten kennis verdeeld kunnen worden in o.a. persoonlijke en professionele kennis. Omdat dit overzichtelijk is, is ervoor gekozen om het concept kennis op te splitsen in persoonlijke en professionele kennis. Er wordt door meerdere verpleegkundigen gezegd dat de professionele kennis niet zonder de persoonlijke kennis kan en andersom. Het is een wisselwerking.

*4.5.1 Persoonlijke kennis*

Binnen de persoonlijke kennis komt vooral naar voren dat de geïnterviewde verpleegkundigen hun levenservaring erg belangrijk vinden in hun werk. Hun levenservaring geeft hen kennis om te gebruiken in het leveren van goede zorg. Ook wordt door een paar oudere verpleegkundigen aangegeven dat jongere verpleegkundige minder kennis hebben door minder levenservaring. *‘Dat jongere verpleegkundige toch op de een of andere manier, dat ze toch minder levenservaring hebben’ (3.55).* Door andere verpleegkundigen wordt juist aangegeven dat leeftijd geen rol speelt. Wel wordt aangegeven dat ‘*je eigen rugtasje steeds meer gevuld wordt’ (5.60).* Dit rugtasje wordt door de jaren heen gevuld door levenservaringen die je door je leeftijd opdoet, maar ook door eigen levenservaring zoals bijvoorbeeld een eigen ziekenhuiservaring.

*4.5.2 Professionele kennis*

Bij de professionele kennis kwam vooral naar voren dat de verpleegkundigen de vakinhoudelijke kennis erg belangrijk vinden. Maar ook de professionele kennis die je opdoet door ervaringen.

Vakinhoudelijke kennis

Onder de vakinhoudelijke kennis wordt vooral de theoretische kennis over ziektes en handelingen verstaan. Een verpleegkundige zegt: *‘Je moet kennis over de ziekte hebben of de OK’ (1.43).* Ook de theorie die je op school of door opleidingen hebt opgedaan wordt onder de vakinhoudelijke kennis genoemd. De meeste verpleegkundigen geven aan dat de vakinhoudelijke kennis niet mag ontbreken, wil je goede zorg kunnen leveren. Wel is het belangrijk om te weten waar je de kennis vandaan gehaald hebt en dat je dat kan verantwoorden. *‘De kennis heb je wel nodig, dat je dat vergaart, dat je weet hoe je daaraan kunt komen’ (5.18).* De gesprekstechnieken die je op school leert worden ook door meerdere verpleegkundigen genoemd.

*Kennis door ervaring*

Kennis door ervaring wordt door verschillende verpleegkundigen genoemd. Zij bedoelen hiermee dat je de kennis die je hebt je eigen maakt door ervaringen die je opdoet. Je leert door, door de ervaringen die je opdoet in je werk. Verder leer je door ervaringen en door te oefenen. *'Dus vooral door die ervaring en ja, door gewoon te oefenen leer je het vanzelf’ (11.14).* Een van de verpleegkundigen zegt: *‘Ik denk ook wel dat je erin groeit, dat denk ik wel’ (2.10).*

Ook wordt er door verpleegkundigen gezegd dat je je ervaring als kader kunt gebruiken in je contact met de zorgvragers.

***4.6 Mensvisie***

Vanuit de verpleegkundigen zijn verschillende punten naar voren gekomen die gaan over hun mensvisie. Opvallende punten die naar voren komen zijn: de zorgvrager als individu zien, de zorgvrager staat centraal, weten wie de zorgvrager is en holistisch mensbeeld als uitgangspunt.

De zorgvrager als individu zien

Opvallend is dat verpleegkundigen het belangrijk vinden dat er wordt gekeken naar een persoon en *‘niet dat je iemand ziet als een nummertje’ (2.57).* Het is dus belangrijk dat iedere zorgvrager wordt gezien als individu. Iedere persoon is verschillend en ieder mens is uniek. Het is belangrijk dat de zorgvrager mag zijn wie hij is en de zorgvrager het gevoel krijgt *‘te mogen zijn wie hij is’ (13.66).*

De zorgvrager staat centraal

Wat voor verschillende verpleegkundigen belangrijk is, is dat de zorgvrager centraal staat. De verpleegkundigen gaan uit van de zorgvrager en stellen het belang van de zorgvrager voorop. Meerdere verpleegkundigen geven aan dat ze zich vaak verplaatsen in de situatie van de zorgvrager en zich afvragen wat zij zelf op dat moment zouden willen in die situatie. Daarbij moet er wel opgelet worden dat je niet je eigen belangen voorop stelt, maar wel de belangen van de zorgvrager voor ogen houdt. Een van de verpleegkundigen geeft goed weer dat zij bewust is van eventuele verschillen in normen en waarden: *‘Niet iedereen heeft dezelfde waarden en normen als ik’ (4.54).*

Weten wie de zorgvrager is

Ook vinden de verpleegkundigen het belangrijk dat je weet wie de zorgvrager is en dat je de achtergrond van de zorgvrager kent. Je kunt de zorgvrager begrijpen ‘*door werkelijk te weten wie de ander is’ (11.48).*

Holistisch mensbeeld als uitgangspunt

Een ander duidelijk punt dat naar voren komt, is dat er vaak van een holistisch mensbeeld wordt uitgegaan. Je moet de mens als totale mens zien. ‘*Sowieso denk ik dat de mens vele facetten heeft maar dat die niet los te bezien zijn, ze zijn verweven en zo moet je de mens zien als geheel’ (10.22).* Dit houdt in dat de zorgvrager meer is dan alleen een persoon met lichamelijk problemen en dat er ook aandacht moet zijn voor de psyche van de mens: ‘*Dus ook aandacht hebben voor iemands psychische en religieuze kant dan alleen het fysieke van de mens’ (10.6)*. Dit is belangrijk omdat de zorgvrager op meer gebieden aandacht nodig heeft dan alleen het lichamelijke.

***4.7 Omstandigheden ontmoeting op zielsniveau***

Een ontmoeting op zielsniveau wordt beïnvloed door allerlei omstandigheden. In dit concept zal worden weergeven hoe omstandigheden bijdragen of invloed hebben op (het ontstaan van) een ontmoeting op zielsniveau.

Aandacht

Aandacht is iets wat nauw samenhangt met een ontmoeting op zielsniveau. Maar liefst twaalf van de veertien verpleegkundigen geven aan dat aandacht bijdraagt aan het welbevinden van de zorgvrager. Zoals een verpleegkundige verwoordt: ‘*Ik vind eigenlijk dat iedere patiënt daar recht op heeft’* *(5.55).* Oprechte aandacht kan iemand helpen om zijn verhaal te durven doen en kan ook bijdragen aan het besef van de zorgvrager dat hij er mag zijn zoals hij is. Meerdere malen wordt door de verpleegkundigen genoemd dat juist tijdens handelingen tijd is voor persoonlijke aandacht. *‘Ik probeer mensen al zo veel mogelijk als dat kan op hun gemak te stellen en juist ook dat aspect gewoon aandacht te geven en niet alleen even bij iemand een verpleegkundige handeling komen doen’ (14.7).* Een combinatie van een handeling en persoonlijke aandacht is een veel gebruikte methode om de zorgvrager te leren kennen. Voor zorgvragers is het niet altijd makkelijk om zich te uiten en zijn zorgen te delen. Een aanzet is dan handig. Niet voor niets zegt een van de verpleegkundigen dat er durf voor nodig is.

Uitingen van aandacht en medeleven

Belangrijk voor de zorgvrager is dat hij weet dat de verpleegkundige de tijd neemt en hem daarmee uitnodigt zijn verhaal te doen. Naast iemand gaan zitten en zo rust en aandacht uitstralen is iets wat acht van de veertien verpleegkundigen noemen als non-verbale uitnodiging tot een gesprek. Daarnaast wordt oogcontact genoemd *‘oogcontact, even zitten op de stoel of de bedrand ernaast, maakt dat je op dezelfde hoogte met iemand bent’* *(13.22).* Ook aanraken wordt genoemd als teken van medeleven en nabijheid. Aanraken in de hoedanigheid van iemands hand vasthouden of een hand op iemands schouder leggen. *‘Dan merk je al, door aanraking dat als mensen verdriet hebben gewoon aanraakt en dat je er voor ze bent op dat moment’ (12.12)*.

Invloed van opname

Een opname heeft veel invloed op de zorgvrager*. ‘Iemand wordt wel uit zijn vertrouwde omgeving gehaald’ (5.6)* en uit zijn dagelijkse ritme. Daarnaast is het ziek-zijn van invloed op de geestelijke toestand van de zorgvrager. Door hun verslechterde gezondheid is de zorgvrager *‘afhankelijk van een verpleegkundige’ (4.39).* Een taak van de verpleegkundige is de zorgvrager begeleiden in zijn gevoelens van afhankelijkheid. Begrepen worden is hierin een belangrijk onderdeel. Humor wordt ook meer dan eens genoemd als middel om mensen op te beuren, om de zorgen even te vergeten of om het ijs te breken.

Klik

Klik wordt genoemd als een belangrijk onderdeel van de ontmoeting op zielsniveau. Acht van de veertien verpleegkundigen geven aan dat het hebben van een klik belangrijk is. De klik is echter moeilijk te definiëren door de verpleegkundigen. Het wordt gezien als een redelijke ongrijpbaar iets; een onderbuikgevoel. Klik wordt genoemd in relatie tot het opbeuren van een zorgvager. Klik wordt beschreven als ‘een gevoel’ *(12.45),* *‘dat je degene begrijpt en dat diegene jou ook begrijpt’* (*12.40),* elkaar mogen en aanvoelen, *‘een bepaalde verstandhouding’* *(3.25)* en een band die je hebt. Een bepaalde verbondenheid die er voor zorgt dat je persoonlijk kunt zijn. Genoemd wordt dat deze verbondenheid kan ontstaan doordat de verpleegkundige en de zorgvrager beide hetzelfde hebben meegemaakt of door geloof een speciale band hebben.Eenklik wordt ook vaak genoemd als iets wat zomaar ontstaat en wat er ineens is, zonder altijd aanwijsbare reden of waarom dat juist met die persoon is. Een klik is echter geen voorwaarde voor goed contact. *‘Je kunt als je geen klik met een patiënt hebt heel goed contact hebben, maar soms matched het beter als je een klik hebt’* *(13.46).*

Er zijn

Er zijn wordt gezien als een belangrijk begrip in het contact binnen de verpleegkundige zorg. Er zijn wordt vooral omschreven als letterlijk voor handen zijn en dus de mogelijkheid hebben om te helpen. Er zijn houdt ook in dat je op een moment iets voor iemand kunt betekenen wanneer iemand jou nodig heeft. Dit kan op allerlei manieren. Het kan door middel van een heel gesprek zijn met *‘luisteren, begrip tonen en doorvragen wat er precies speelt en vaak hoeft je niet eens met een paar oplossingen te komen, maar er gewoon even voor iemand zijn’* *(2.14).* Er zijn wordt ook omschreven als een gevoel. Het gevoel hebben nodig te zijn en iets gedaan te hebben wat voor de zorgvrager veel betekent. *‘Dat hij weet dat hij gewoon met zijn problemen bij jou kan zijn, dat jij, ja dat jij er voor hem bent en dat geldt ook voor familie’ (14.98).* Er zijn voor de zorgvrager wordt ook benoemd als drijfveer in het werk. Een van de verpleegkundigen beschrijft het als een stukje menselijkheid, om niet als een robot het werk te doen. Er zijn schept een band met de ander, bijvoorbeeld door het samen met de zorgvrager meemaken van hoogte en diepte punten.

Beïnvloedende factoren

De verpleegkundigen geven allemaal aan dat drukte het contact met de zorgvrager negatief kan beïnvloeden. Ook wordt genoemd dat op een zaal weinig privacy is voor een persoonlijk gesprek en wordt gezegd dat het gestoord worden als vervelend wordt ervaren. Rust wordt gezien als een belangrijke factor om tot een ontmoeting op zielsniveau te komen. Ook de duur van de opname heeft invloed op de diepte van het contact. Een dagopname waarin alles snel gaat, biedt weinig ruimte voor een echt persoonlijk gesprek. Een langere opname biedt vaak meer kansen om diepgang te creëren.

Het niet mogen van iemand wordt ook genoemd als beïnvloedende factor. Een verpleegkundige verwoordt het als volgt: *‘Mensen waarvan mijn stekels inwendig eigenlijk overeind gaat staan […] Ik bedoel ik ben er wel voor de patiënt. En ik ben aardig en vriendelijk. Maar je hebt niet dat stukje diepgang’ (14.94).* Twee verpleegkundigen geven aan dat zij tegen het einde van hun dienst, niet echt zin meer hadden om een ontmoeting aan te gaan, maar dat zij toch ingingen op de hulpvraag en dat dit positief uitpakte. Ze waren blij dat ze toch de ontmoeting zijn aangegaan.

Ontmoeting op zielsniveau

Gespreksonderwerpen die worden genoemd als aanleiding of onderwerp voor een ontmoeting op zielsniveau zijn: persoonlijke problemen of zorgen, levensvragen, zingeving, stervensnood en geloofsvragen.

De verpleegkundigen geven stuk voor stuk aan dat het zien van een behoefte of een vraag om hulp, de aanleiding is voor een ontmoeting op zielsniveau. Belangrijk is om hierin naar je gevoel of intuïtie te luisteren. De ervaring van de verpleegkundigen is dat hun gevoel of intuïtie er niet vaak naast zit. Ook wordt genoemd dat het niet altijd een bewuste keuze is om een ontmoeting op zielsniveau aan te gaan. Soms gebeurt het gewoon.

Enkele verpleegkundigen verstaan onder een ontmoeting op zielsniveau het spirituele aspect van de mens. Ook op het spirituele vlak gaan zij de ontmoeting aan. Hierin kwam ook de leiding van God ter sprake. Een verpleegkundige zei hierover *‘dat het niet iets was dat door ons kwam, een samenloop van omstandigheden, dit was geleid, dit kwam door de Heere’ (13.59).*

***4.8 Resultaten ontmoeting op zielsniveau***

Bij het concept resultaten van een ontmoeting op zielsniveau kwam vooral naar voren dat zowel de verpleegkundige als de zorgvrager na zo’n ontmoeting een goed gevoel hebben. Volgens verschillende verpleegkundigen heeft een ontmoeting op zielsniveau zowel op de verpleegkundige als op de zorgvrager een positieve uitwerking. Meerdere verpleegkundigen geven aan dat zij het gevoel hebben iets voor de zorgvrager te kunnen betekenen met een ontmoeting op zielsniveau. De verpleegkundigen geven ook aan dat ze aan de zorgvragers merkten dat zij hun emoties kunnen tonen. En sommige verpleegkundige kunnen om zo’n moment zelf ook hun emoties tonen*. ‘Dat je je emoties kunt tonen’ (1.35)* en *‘Ik zelf was emotioneel, gewoon om hoe dat ging, zeg maar’ (11.37).*

Verder geven meerdere verpleegkundigen aan dat zij aan zorgvragers merkten dat zij dankbaar zijn voor een ontmoeting op zielsniveau. *‘En dat ze dan zeggen van: nou zuster, bedankt hoor’ (3.37).*

Goed gevoel en voldoening

Tijdens de interviews kwam duidelijk naar voren dat zowel de verpleegkundigen als de zorgvragers een goed gevoel hebben na een ontmoeting op zielsniveau. *‘Ja, dat geeft je wel een goed gevoel dat je dat voor elkaar hebt gekregen’ (1.29).* Het voelt voor de verpleegkundigen goed omdat ze goede zorg willen leveren en als je dan aan de zorgvrager ziet of merkt dat hij of zij de gegeven zorg goed vond, dan geeft dat de verpleegkundigen een goed en nuttig gevoel. *‘Een goed gevoel. Ik weet niet of… Ja, een nuttig gevoel’ (4.34).* Meerdere verpleegkundigen geven aan dat zij een voldaan gevoel hadden na een ontmoeting op zielsniveau. Wederom geven zij aan dat zij iets voor de zorgvrager hebben kunnen betekenen en dat het een voldaan gevoel geeft. Ook al waren het maar kleine dingen die ze hebben kunnen doen tijdens de ontmoeting. *‘Dat je dit ook eindelijk eens een keer hebt kunnen doen. Dus ja dat geeft ook een stukje voldoening’ (7.39)* en *‘Ik krijg gewoon een heel voldaan gevoel’ (14.82).*

Iets betekenen voor zorgvrager

De verpleegkundigen geven in de interviews aan dat een ontmoeting op zielsniveau veel kan betekenen voor een zorgvrager. *‘Je kan gewoon heel veel betekenen voor een patiënt dus dat vind ik gewoon heel belangrijk’ (1.53).* De meeste verpleegkundigen zeggen dat het voor de zorgvrager een hele ontlading kan zijn. Je bent er op dat moment voor de zorgvrager en kunt iets betekenen voor een zorgvrager. *‘Je merkt soms wel dat het heel veel doet voor een patiënt’ (2.38).*

***4.9 Tijdstip ontmoeting op zielsniveau***

Tijdens de interviews is gevraagd aan de verpleegkundigen wanneer een ontmoeting op zielsniveau het beste plaats kan vinden. Er kwamen verschillende antwoorden naar voren. Een van de verpleegkundigen geeft het volgende antwoord: ‘*Dat kan de hele dag’ (6.20).* Een ander verpleegkundige geeft aan: *‘Je kunt het ook op de dag hebben maar dan is er veel meer hectiek’ (7.32).*

Verder valt het op dat een groot deel van de verpleegkundigen aangeeft dat ’s avonds en ’s nachts de beste tijdstippen zijn. Dit heeft met name te maken met het feit dat het meestal ’s avonds en ’s nachts rustig is op de afdeling. In de avond is het met name nadat het bezoek weg is: *‘En ’s avonds na acht uur, bezoek weg, rust keert terug dan merk ik dat er vaak wel verhalen komen’ (10.34).*

Een van de verpleegkundigen geeft aan ’s nachts gesprekken die je overdag vaak niet hebt: *‘Met name ’s nachts heb je gesprekken die je overdag echt niet hebt’ (13.26).*

Naast ’s avonds en ’s nachts hebben de verpleegkundigen ook vaak een ontmoeting op zielsniveau tijdens een handeling of zorgmoment. Er is dan één op één contact mogelijk en specifieke aandacht voor een zorgvrager, waardoor je soms beter contact krijgt met een zorgvrager.

Naast de verschillende genoemde tijdstippen, waren er ook verpleegkundigen die aangeven dat een ontmoeting op zielsniveau ook tussendoor plaats kan vinden. ‘*Gewoon even tussendoor, het hoeft niet lang te zijn’ (2.24).*

Wanneer een verpleegkundige het druk heeft, ontstaat er meestal geen ontmoeting op zielsniveau. De zorgvrager kan dat vaak zien aan de verpleegkundige en begint er dan meestal niet over. *‘Ik denk dat als je echt super druk bent, dat de patiënt dat ook wel ziet en er dan gewoon ook niet over begint’ (8.33).*

***4.10 Tijd voor zorgvrager***

Tijdens de interviews kwam naar voren dat vooral de tijd die de verpleegkundige heeft voor de zorgvragers, een belangrijke rol speelt bij de verpleegkundigen. Drie punten komen duidelijke naar voren, namelijk: tijd investeren, tijd maken en tijd nemen.

Tijd investeren

Wanneer een verpleegkundige een ontmoeting op zielsniveau aan wil gaan met de zorgvrager is het belangrijk dat ze tijd investeert in de zorgvrager. Tijd investeren is belangrijk om vertrouwen te creëren. Een van de verpleegkundigen zegt dit als volgt: *‘Als je daar helemaal geen tijd in investeert dan is het moeilijk om dat vertrouwen te krijgen’ (1.16).* Een aantal verpleegkundigen geven aan dat het daarnaast ook belangrijk is dat je de tijd die je hebt, nuttig gebruikt. *‘Dan denk ik altijd wel, benut die tijd die je dan nog hebt’ (6.35).* Daarnaast moet je tijd investeren om de zorgvrager beter te leren kennen. *‘Je moet energie in iemand steken om te kijken wat er achter de buitenkant schuil gaat, want achter de buitenkant tref je de echte persoon’ (13.73).*

Tijd maken voor een zorgvrager

Veel van de verpleegkundigen geven aan dat je tijd moet maken voor een zorgvrager. Je kunt tijd maken door taken te delegeren en over te dragen aan collega’s. Een van de verpleegkundigen vindt tijd maken een taak en geeft het als volgt weer: *‘Ik vind dat toch wel een taak dat wij tijd maken om te investeren’ (1.28).* Om tot diepere gesprekken te komen moet je er tijd voor maken. Daarnaast is het ook een kwestie van prioriteiten stellen. ‘*Met prioriteiten stellen verliest de aandacht het heel vaak van je handelingen’ (10.50).* Soms kiezen de verpleegkundigen er juist bewust voor om wel de aandacht te geven. Je moet er voor kiezen om tijd te maken en andere zaken even te laten liggen. Een verpleegkundige zegt: ‘*Ja en soms maak ik tijd en dan laat ik anderen dingen wachten’ (12.25).*

Meerdere verpleegkundigen geven aan dat het wel lastig is om tijd te maken. Aan de ene kant wil je wel tijd maken, maar zien ze geen mogelijkheid om tijd te maken. Het merendeel van de verpleegkundigen geeft ook aan dat het vaak niet mogelijk is om tijd te maken, omdat er simpelweg geen tijd voor is. ‘*Ik trek niet alles eruit […] daar leent de tijd zich vaak niet voor’ (7.6).*

Tijdens de interviews kwam naar voren dat de verpleegkundigen vaak in een tweestrijd zitten. De meeste verpleegkundigen vinden het vervelend als ze niet de tijd en aandacht hebben kunnen geven aan een zorgvrager. *‘Het is lastig en zo hoort het niet, maar je hebt soms gewoon geen tijd voor een praatje’ (10.49).*

Meerdere verpleegkundigen geven aan dat ze zich soms bewust afsluiten voor een gesprek om zichzelf te beschermen en de zorgvrager te beschermen. Een verpleegkundige zegt: *‘Je kunt niet de belangstellend zijn en patiënt de opening bieden zich te uiten en vervolgens afhaken door te laten merken dat je geen tijd of energie hebt’ (13.15)* en een ander verpleegkundige zegt het als volgt: *‘Ik zou anders willen, maar ik wil ook niet iemand teleur stellen door af te kappen’ (10.38).*

Tijd nemen:

Veel verpleegkundigen vinden het wel belangrijk om tijd te nemen voor de zorgvrager. Wanneer de verpleegkundigen de tijd ervoor nemen of hebben, vinden ze dat ook erg fijn: *’Maar op dat moment vond ik het gewoon wel heel fijn als ik er de tijd voor had om er gewoon over te praten’ (2.18).*

Wanneer de verpleegkundigen tijd hebben voor een gesprek, dan proberen ze dit ook te gebruiken en een gesprek aan te gaan met de zorgvrager. Je moet *‘net die momenten pakken dat het rustig is of even kan’ (2.23).*

Ook wanneer ze merken dat een zorgvrager behoefte heeft aan een gesprek proberen ze de tijd te nemen om bij de zorgvrager te gaan zitten. *‘Dan kun je wel even de tijd nemen om rustig er even bij te staan of zitten, zodat mensen even kunnen praten’ (8.20).*

Het nemen van tijd is niet altijd een bewuste keuze. Een van de verpleegkundige geeft dit goed weer: *Het is niet dat ik bewust denk van ik heb nu tijd ik neem nu een moment om er over te praten*’ (8.31).

***4.11 Vertrouwen***

Bij het concept vertrouwen kwam er vanuit de interviews naar voren dat veilig en vertrouwd voelen erg belangrijk zijn voor een ontmoeting op zielsniveau. Om een ontmoeting op zielsniveau te krijgen is het erg belangrijk dat er wederzijds vertrouwen is. Er kwam tijdens de interviews naar voren dat als dit er niet is er bijna geen ontmoeting op zielsniveau kan plaatsvinden. Het vertrouwen is een essentieel onderdeel in een ontmoeting op zielsniveau. Meerdere verpleegkundigen geven aan dat als je openstaat voor de mening van de zorgvragers, met hun gewoontes en emoties, en een zorgvrager zich veilig en vertrouwd voelt, dat je verbondenheid met die zorgvrager kan ervaren. ‘*Verbondenheid, eh, ja dat is voor mij dat ze zich veilig voelen dat ze zich vertrouwd voelen bij je. Dat jij openstaat voor hun mening, hun religie, hun rare gewoontes, hun emoties’ (1.55).*

Om een zorgvrager zich veilig en vertrouwd te laten voelen is het contact met de zorgvrager van essentieel belang. ‘*En het contact, het contact om wat voor elkaar te krijgen bij mensen, dat ze zich veilig en vertrouwt voelen en zo’ (1.54).*

Verschillende verpleegkundigen geven aan dat zorgvragers dingen in vertrouwen vertellen en dat je dus door de zorgvrager in vertrouwen genomen wordt. ‘*De patiënt zich aan jou toevertrouwt met vragen’ (12.41)* en *’er zijn ook heel veel dingen die in vertrouwen worden verteld’ (12.43).*

Om het vertrouwen van de zorgvragers te krijgen, is het belangrijk dat je tijd investeert in de zorgvrager en dat je laat zien dat je interesse hebt in de zorgvrager. ‘*Maar als je daar helemaal geen tijd in investeert dan is het moeilijk om dat vertrouwen te krijgen’ (1.16).* Verder is het belangrijk dat je eerlijk bent naar de zorgvragers. Een zorgvrager moet jou als verpleegkundige kunnen vertrouwen en erop kunnen vertrouwen dat jij het goede zegt. ‘*De patiënt moet er op kunnen vertrouwen dat jij het goede zegt’ (4.55).*

Om tot een ontmoeting op zielsniveau te komen geven meerdere verpleegkundigen in de interviews aan dat er wel een vertrouwensrelatie nodig is. Als er geen vertrouwensrelatie is dan is het moeilijker om tot een ontmoeting op zielsniveau te komen. ‘J*e hebt een bepaalde vertrouwensrelatie nodig om zo ver te komen’ (13.69).*

***4.12 Werkhouding***

Een ander concept wat uit de interviews naar voren is gekomen, is de werkhouding van de verpleegkundigen. Het punt motivatie komt hierbij sterk naar voren. Daarnaast komt naar voren dat de verpleegkundigen zorgvragergericht werken. Ook worden er verschillende kenmerken van verpleegkundigen genoemd.

Motivatie

De verpleegkundigen geven aan dat ze hun motivatie uit hun werk halen. Door de gebeurtenissen die ze meemaken, raken ze gemotiveerd. Ze halen hun energie uit hun werk en hebben er plezier in. Daarnaast vinden de meeste verpleegkundigen het contact met de zorgvragers erg leuk en halen daar hun voldoening uit. Ook krijgen ze van de zorgvragers voldoening. *‘De voldoening die je krijgt van patiënten, vind ik ontzettend leuk’ (11.76).* Daarnaast is het werk uitdagend en afwisselend.

Zorgvragergericht

De meeste verpleegkundigen werken zorgvragergericht en nemen de zorgvrager als uitgangspunt. ‘*De patiënt als uitgangspunten nemen bij je beslissingen’ (13.68).* Ook vinden ze het belangrijk dat ze goede zorg leveren en halen daar hun voldoening uit. *‘Als ik merk dat ik goeie zorg geleverd heb […] dan heb ik meer voldoening in mijn werk’ (11.51).*

Kenmerken

Uit alle interviews komen verschillende kenmerken van de verpleegkundigen naar voren. De kenmerken die naar voren komen, zijn: een open houding hebben, kwetsbaar op durven stellen, zichzelf zijn, eerlijk zijn, een rustige uitstraling hebben en gestructureerd zijn. Daarnaast ook perfectionistisch, gevoelig, betrokken en creatief zijn. Verschillende sterke punten van de verpleegkundigen zijn: aandacht hebben voor de zorgvrager, overzicht hebben, verantwoordelijkheid nemen, situatie goed inschatten, kritisch zijn, deskundig/vakkundig zijn, dat ze doen waar ze voor staan en de zorgvrager vertrouwen geven. Daarnaast speelt de ervaring mee, moet je andere disciplines in kunnen schakelen en is het belangrijk dat je een team om je heen hebt. Je hebt je collega’s nodig.

H5 **Conclusie**

***5.1 Inleiding***

Na analyse van de resultaten wordt een conclusie getrokken. Door middel van de conclusie wordt antwoord gegeven op de hoofdvraag: op welke wijze draagt een ontmoeting op zielsniveau tussen de verpleegkundige en de zorgvrager bij aan excellente verpleegkundige zorg?

***5.2 De ontmoeting op zielsniveau***

Onder een ontmoeting op zielsniveau wordt verstaan: contact maken met de unieke persoonlijkheid van een mens. De persoonlijkheid is niet in zijn geheel direct zichtbaar. Tijdens een ontmoeting op zielsniveau kijkt de zorgverlener verder dan de omstandigheden en gedrag van de zorgvrager.

Uit de interviews blijkt dat een ontmoeting op zielsniveau in het teken staat van een bepaalde behoefte. Het gaat dan om het uiten en delen van persoonlijke problemen of zorgen, het praten over levensvragen, zingeving, geloofsvragen en stervensnood. Dit wordt dan ook gezien als de aanleiding voor een ontmoeting op zielsniveau.

De zorgvisies spreken niet duidelijk over de term ontmoeting op zielsniveau. Omschrijvingen die worden gebruikt zijn het zich aandachtig en toegewijd op iemand betrekken, er onvoorwaardelijk voor een zorgvrager zijn en het houden van en inleven in de zorgvrager. Daarnaast wordt het verantwoordelijk zijn tot het beantwoorden van een appèl en het bewogen en raakbaar zijn genoemd, net als openstaan voor de zorgvrager. Een ontmoeting op zielsniveau betekent dan ook dat de verpleegkundige de mens ontmoet in zijn ware aard.

***5.3 Wat nodig is om een ontmoeting op zielsniveau tot stand te laten komen***

Uit de interviews zijn meerdere punten naar voren gekomen over datgene wat de verpleegkundigen aangeven nodig te hebben om een ontmoeting op zielsniveau tot stand te laten komen.

Voor een ontmoeting op zielsniveau is de wijze van bejegening van de zorgvrager belangrijk. Dit wordt ondersteund door de presentietheorie en menslievende zorg waarin open staan voor de zorgvrager een belangrijke plek inneemt. In de interviews geven de verpleegkundigen aan het belangrijk te vinden uit te gaan van het principe dat iedere zorgvrager anders is en dus ook een andere benadering nodig heeft. Gesprekstechnieken vormen de basis van het handelen van de verpleegkundigen op het gebied van communicatie. Binnen excellent zorgen is een luisterende houding belangrijk. Observeren wordt als belangrijke vaardigheid beschouwd in de interviews. Dit hangt samen met excellent zorgen waarin observeren wordt omschreven als: het op kunnen vangen van signalen die een zorgvrager uitzendt. Ook het aansluiten bij de zorgvrager, interesse tonen en uitleg geven worden als onmisbare vaardigheden beschouwd binnen de communicatie, blijkt uit de interviews. Het geïnteresseerd zijn in mensen is tevens een uitgangspunt binnen de theorie van de menslievende zorg.

Wat opvalt binnen het concept empathie is dat veel verpleegkundigen aangeven dat zij het aanvoelen van de zorgvrager erg belangrijk vinden in het geven van goede zorg. Verder komt het inleven in de zorgvrager en zijn behoefte ook meerdere malen naar voren. Binnen de presentietheorie en de menslievende zorg neemt het inleven in de zorgvrager een belangrijk plek in.

De mensvisie binnen de ontmoeting op zielsniveau biedt een basis, omdat de visie op de mens het hele handelen bepaald. Hierbij kwam duidelijk naar voren dat de zorgvrager als uniek mens moet worden gezien en de zorgvrager centraal moet worden gesteld in het verpleegkundig handelen. Dit wordt ondersteund vanuit de verschillende zorgvisies. De zorgvisies stellen de zorgvrager centraal en kijken naar de behoefte van de zorgvrager. Daarnaast wordt in de interviews aangegeven dat de mens uit vele facetten bestaat die met elkaar verweven zijn. Dit wordt ondersteund vanuit barmhartige zorg.

Een ontmoeting op zielsniveau wordt beïnvloed door allerlei factoren. Aandacht is dan ook onmisbaar in het aangaan van contact. Dit wordt dan ook ondersteund door de zorgvisies. Binnen excellent zorgen is aandacht een van de kernelementen, maar ook binnen de presentietheorie is het een van de basispunten.

Een ontmoeting op zielsniveau kan ontstaan op alle momenten. Wat door verpleegkundigen veelal wordt aangeven is dat er relatief weinig tijd is om een ontmoeting op zielsniveau met een zorgvrager aan te gaan. Aangegeven wordt dat de verpleegkundigen bewust tijd maken of de tijd nemen.

Kenmerken van verpleegkundigen die van invloed zijn bij het tot stand komen van een ontmoeting op zielsniveau zijn: open, eerlijk, betrokken en gevoelig zijn, zich kwetsbaar op durven stellen, rustige uitstraling hebben en gestructureerd zijn.

***5.4 Het ervaren van verbondenheid met de zorgvrager***

Onder verbondenheid verstaan de verpleegkundigen het ervaren van een klik en het er kunnen zijn voor iemand. Binnen excellent zorgen en verbondenheid wordt gesproken over het er zijn, dit in relatie tot de verantwoordelijkheid van de zorgverlener.

De invloed van de opname maakt deel uit van het krijgen van een ontmoeting op zielsniveau. Het uit de vertrouwde omgeving weg zijn en het verkeren in een afhankelijke positie, maakt dat het een taak is van de verpleegkundige om de zorgvrager in zijn gevoelens te begeleiden, zodat de zorgvrager zijn gevoelens kan uiten. Het uiten van zorgen en gevoelens schept een onderlinge verbondenheid. Voor deze verbondenheid is vertrouwen erg belangrijk. Het veilig voelen speelt hierin een grote rol. Ook geven meerdere verpleegkundigen aan dat een overeenstemming in visie en levensbeschouwing een verbondenheid schept.

Een beïnvloedende factor voor het ervaren van verbondenheid is de factor tijd. De geïnterviewden verpleegkundigen geven aan dat verbondenheid niet iets is wat zomaar ontstaat; er moet tijd in geïnvesteerd worden. Dit wordt niet onderbouwd door de zorgvisie verbondenheid.

***5.5 Conclusie***

Excellente verpleegkundige zorg begint bij het jezelf afvragen wat de ander nodig heeft om tot de hoogst mogelijke kwaliteit van leven te komen. Vanuit de theorie van verbondenheid en barmhartige zorg wordt dit onderstreept door te zeggen dat de zorgvrager een eigen definitie van kwaliteit van leven heeft en dat het de taak is van de verpleegkundige om daarbij aan het sluiten. Menslievende zorg verwoordt dit door te stellen dat een zorgverlener zich inleeft in de zorgvrager en zich probeert te verplaatsen in diens beleving.

Binnen de excellente zorg vervullen aandacht, verantwoordelijkheid, luisteren, opmerkzaam, interesse en open staan voor de reactie van de zorgvrager een belangrijke rol. Het draait bij het excellent zorgen niet geheel om technisch beheersbare handelingen. Het gaat er juist om dat de zorgpraktijk geïnspireerd wordt door de menselijke bekommering om het welzijn van de zorgvrager. Een ontmoeting op zielsniveau kan gezien worden als een uiting van deze menselijke bekommering. Ook is de verpleegkundige zorg een ontmoeting tussen de zorgvrager en de verpleegkundige, in een menselijke ik-jij relatie en niet in een ik-het relatie. Vanuit de interviews komt naar voren dat juist de menselijke ik-jij relatie het werk leuk en uitdagend houdt. Tot slot is zorgen voor de zorgvrager het fundament van de verpleegkundige realiteit.

H6 **Aanbevelingen**

Aan de hand van de resultaten en conclusies worden er een aantal aanbevelingen genoemd. Deze staan in dit hoofdstuk beschreven.

1 Verder onderzoek naar het ontstaan van een ontmoeting op zielsniveau

Het onderzoek kan binnen diverse zorgsettingen plaatsvinden. Dit onderzoek is toegespitst op een algemeen ziekenhuis in het midden van Nederland. De vraag rees dan ook of de resultaten anders zullen zijn als het onderzoek binnen een andere zorgsetting plaatsvindt. Daarom wordt er een aanbeveling gedaan om het onderzoek verder door te zetten en dan ook te kijken naar andere zorgsettingen. Deze gegevens kunnen dan samengevoegd worden. Hierdoor kan er een breder beeld gecreëerd worden van de onderzoeksgegevens.

2 Aandacht voor het menselijke aspect in de zorg waarborgen

Bij de resultaten komt er naar voren dat de verpleegkundigen het menselijke aspect in de zorg erg belangrijk vinden. Wel wordt hierbij opgemerkt dat er steeds meer druk komt te staan op de tijd die er voor een handeling is in de zorg. De overheid legt steeds meer de nadruk op de hoeveelheid tijd die je aan een handeling mag besteden in de zorg. Helaas is er hierdoor steeds minder tijd, dus aandacht, voor de zorgvrager.

Daarom wordt aanbevolen dat de overheid het menselijke aspect in de zorg honoreert. Dit zodat verpleegkundigen een handeling en tijd/aandacht voor de zorgvrager kunnen blijven combineren.

3 Meer aandacht voor de zorgvisies binnen de opleiding

Bij de interviews komt naar voren dat de geïnterviewde verpleegkundigen de vragen erg lastig vonden. Vooral de term een ontmoeting op zielsniveau is bij de geïnterviewde verpleegkundigen een onbekende term. Ook gaven de geïnterviewde verpleegkundigen aan dat zij geen kennis hebben van de genoemde zorgvisies. De naam van de zorgvisies kennen zij grotendeels wel, maar konden geen woorden geven aan de inhoud van de zorgvisies. Daarom wordt de aanbeveling gedaan dat binnen de opleiding Verpleegkunde meer aandacht komt voor deze zorgvisies. Deze zorgvisies kunnen een bijdrage leveren aan de excellent verpleegkundige zorg. De toekomstige verpleegkundigen kunnen hierdoor beter een eigen visie op goede zorg ontwikkelen en onderbouwen.

# H7 **Discussie**

Samen is gekeken naar een aantal discussiepunten wat betreft de methodiek. De belangrijkste punten zijn: het aantal interviews, over de geïnterviewden, de interviewvaardigheden en de duidelijkheid omtrent het onderwerp van het onderzoek.

*Sterke kant van het onderzoek*

Een sterke kant van het onderzoek is dat er niet of nauwelijks onderzoek is gedaan naar het onderwerp een ontmoeting op zielsniveau. Er zijn goede en bruikbare resultaten uit dit onderzoek naar voren gekomen.

*Het aantal interviews*

Tijdens het onderzoek zijn er in totaal veertien interviews afgenomen. Aan het begin van het onderzoek is uitgegaan van het afnemen van vijftien interviews. In verband met ziekte van een verpleegkundige is er een interview niet doorgegaan. Dit betekent dat er in totaal veertien interviews gehouden zijn in plaats van vijftien. Aangenomen en verwacht wordt dat het missen van één interview geen onderscheidende invloed heeft op de beschreven resultaten. Dit doordat er in het laatst gehouden interview nauwelijks nieuwe gegevens naar voren zijn gekomen.

*Over de geïnterviewden*

Tijdens het onderzoek zijn er veertien verpleegkundigen geïnterviewd op verschillende tijdstippen. Een van de interviews vond plaats nadat een verpleegkundige uit de nachtdienst kwam. Tijdens het interviewen werd opgemerkt dat de geïnterviewde minder alert reageerde en moeilijker antwoord kon geven op de vragen. De verpleegkundige vond het lastig om woorden te geven aan wat ze wilde zeggen. Hiervan is geleerd dat het niet handig is om een verpleegkundige te interviewen na een nachtdienst en hebben dit bij de verdere interviews niet meer gedaan.

Verder werd opgemerkt dat veel verpleegkundigen de vragen lastig vonden en hierdoor soms niet concreet antwoord konden geven op de vragen. Ook niet na eventueel doorvragen. Hierdoor kan het zijn dat de resultaten beïnvloed zijn door het mogelijk niet begrijpen van de interviewvragen.

Daarnaast waren alle geïnterviewde verpleegkundigen vrouwen. Het is mogelijk dat als er mannelijke verpleegkundigen meegewerkt hadden aan het onderzoek dit de resultaten hadden kunnen beïnvloeden. Dit omdat mannen en vrouwen nu eenmaal verschillend zijn en soms ook een ander denkwijze kunnen hebben. De mogelijkheid bestaat dat mannen anders kijken naar een ontmoeting op zielsniveau.

Ook hadden alle geïnterviewde verpleegkundigen een christelijke achtergrond. Het is niet duidelijk of de resultaten beïnvloedt worden wanneer er niet-christelijke verpleegkundigen meewerken.

*De interviewvaardigheden*

Wat ook opgemerkt moet worden is dat de studenten geen volleerde interviewers zijn. Omdat zij relatief weinig ervaring hebben met het houden van interviews, kan het zijn dat er tijdens het houden van de interviews niet op belangrijke punten is ingegaan. Hierdoor kan het zijn dat er belangrijk informatie is gemist. Daarnaast heeft iedereen een andere stijl van interviewen. Dit kan leiden tot verschillen in de sturing van de interviews. Er is geprobeerd dit zo veel mogelijk op te vangen door met zijn tweeën naar een interview te gaan en elkaar aan te vullen daar waar nodig was en elkaar feedback te geven.

*Duidelijkheid omtrent het onderwerp van het onderzoek*

Het heeft enige tijd in beslag genomen voordat de vraag en probleemstelling van het onderwerp van het onderzoek duidelijk was. Steeds werd gedacht dat het onderwerp duidelijk was, maar het bleek nog niet zo te zijn. Doordat het geruime tijd heeft geduurd voordat het onderwerp duidelijk was, is het proces van het onderzoek wat moeizaam op gang gekomen. Het gevolg was dat er minder tijd was voor de verwerking van de data.

*Het vinden van juiste literatuur*

Bij het zoeken van de literatuur voor de literatuurstudie zijn er verschillende termen gebruikt voor het zoeken. Het zoeken naar literatuur was een grote klus, omdat de verschillende theorieën niet letterlijk spreken over een ontmoeting op zielsniveau. Hierdoor stagneerde het zoeken naar literatuur. Dit kwam omdat de term ontmoeting op zielsniveau niet duidelijk werd. Op dat moment zijn andere zoektermen verkregen van de begeleidende docent en medestudenten. Door deze zoektermen kon weer verder gezocht worden naar literatuur.

# **Literatuurlijst**

***Verwijzingen***

1. Takemura Y. How Japanese nurses provide care: a pratice based on continuously knowing the patient. Blackwell Publishing LtD: 2003: p. 252-259.
2. Watchman Nee. De geestelijke mens. Geest, ziel en lichaam. 2004. Beschikbaar via:

<http://www.watchmannee.nl/boeken/GeestelijkeMens_hoofdstuk01.html>   
geraadpleegd op: 10-03-2010

1. Have M. Het ijsbergmodel van McClelland. 2010. Beschikbaar via: <http://www.seaoftalent.nl/?pagina=IJsberg_theorie> geraadpleegd op: 10-03-2010
2. Van Nistelrooy I. Basisboek zorg ethiek. Heeswijk: uitgeverij Abdij van Berne; 2008. P. 56, 65.
3. Baart A, Grypdonck M. Verpleegkunde en presentie. Den Haag: uitgeverij LEMMA; 2008. p. 22.
4. Van der Velden D. Presentie in een academisch ziekenhuis. TvZ 2009: nr. 4: p. 44-46
5. Van de Pasch T, Adriaansen M. Menslievende professionaliteit doet aan perspectiefwisseling. TvZ 2009: nr. 2: p. 20-22.
6. Van Heijst. Menslievende zorg: een ethische kijk op professionaliteit. Kampen: uitgeverij Klement; 2006.
7. Van de Brink-Tjebbes J.A., Keij J.A. Verplegen in verbondenheid. Utrecht: Uitgeverij De tijdstroom BV; 1997.
8. Verhoeven N. Wat is onderzoek? Amsterdam: Boom Onderwijs; 2e herziene druk 2007. p. 313.
9. Baarda D.B., De Goede M.P.M., Teunnissen J. Basisboek Kwalitatief onderzoek. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff; 2005. p. 194.

***Overige gebruikte boeken***

* Baart A. Een theorie van de presentie. Utrecht: Uitgeverij LEMMA; 2001
* ’t Hart H, Boeije H, Hox J. Onderzoeksmethoden. Amsterdam: Boom Onderwijs; 7e herziene druk 2005.
* Gastmans C, Dierckx de Casterlé. Verpleegkundige excellentie. Maarsen: Elsevier gezondheidszorg; 2000.
* Stoll R. I. e.a. Concepts in Nursing – a Christian perspective. Madison: InterVarsity Chirstian Fellowship of the USA; 1990.
* Nederlands Bijbelgenootschap. De Nieuwe Bijbelvertaling. Heerenveen: Uitgeverij NBG; 2e druk 2005

***Gebruikte websites***

* http://ppw.kuleuven.be/FL/validiteit.htm#betrouwbaarheid, 15-04-2010
* <http://www.vilans.nl/smartsite.dws?ch=def&id=103385>, 22-04-2010

# **Bijlage 1** Verzonden brieven

* 1. ***Brief aan de seniorverpleegkundigen***

Hallo seniorverpleegkundigen,

Wij zijn 3 vierdejaars Verpleegkundestudenten van de Christelijke Hogeschool Ede. Wij zijn bezig met onze afstudeeropdracht over goede zorg, in opdracht van het lectoraat verpleegkundige beroepsethiek (CHE). Het lectoraat Verpleegkundige Beroepsethiek werkt samen met het ZGV en vanuit deze samenwerking hebben wij toestemming gekregen om binnen het ZGV en onder werktijd interviews te houden met verschillende verpleegkundigen.

Het lectoraat houdt zich bezig met actuele ontwikkelingen vanuit de maatschappij gerelateerd aan de verpleegkundige beroepsethiek. Vragen die momenteel bij zowel het lectoraat als in de maatschappij spelen, zijn: hoe ziet die goede zorg er eigenlijk uit, wanneer is de verpleegkundige in staat om goede zorg te verlenen, wanneer is goede zorg goed en wie bepaalt wanneer goed ook echt goed is? In ons onderzoek wordt uitgegaan van de vraag: op welke wijze kan een verpleegkundige ‘er zijn’ voor de zorgvrager en komt dit de goede zorg ten goede?

Uit literatuurstudie blijkt dat kennis en verbondenheid hierbij belangrijke concepten zijn voor het werk van de verpleegkundige. Kennis is onder te brengen in persoonlijke, professionele en ervaringskennis. Synoniemen voor verbondenheid in de zorg zijn Presentie (Baart & Grypdonck, 2008), Liefdevolle zorg (Van Heijst, 2006), Skilled companionship (Titchen) en Barmhartigheid (Bijbel). Als er sprake is van verbondenheid, lijkt er ook vaak sprake van goede zorg; heeft dit een relatie?

In het kader van ons afstudeeronderzoek willen wij interviews houden met 15 verpleegkundigen. Deze interviews duren ongeveer een half uur. Met behulp van deze interviews willen we duidelijk krijgen wat de kenmerken zijn van een verpleegkundige die ‘er is’ voor de zorgvrager. Aan het eind van het onderzoek krijgt elke respondent een e-mail met daarin een samenvatting van ons onderzoek.

Concreet is onze vraag aan u: welke 2 verpleegkundigen van uw afdeling beveelt u aan, waarvan u en/of uw collega’s zeggen: ‘dat is een verpleegkundige waaraan ik een dierbare zou toevertrouwen’? Dit kunnen verpleegkundigen zijn van zowel niveau 4 als 5.

Is het mogelijk dat wij van u de e-mailadressen krijgen van de verpleegkundigen die u aanbeveelt, zodat wij contact met hen op kunnen nemen? Ook zouden we alvast willen weten wat de naam is van deze verpleegkundige, de functie, het opleidingsniveau en het aantal ervaringsjaren.

Graag zien wij uw reactie tegemoet op het volgende e-mailadres:

dmbijnagte@student.che.nl of 06-45384543. Bij voorkeur per e-mail.

Met vriendelijk groet,

Deborah Bijnagte

Ilse Koopmans

Gerriëlle Meijer

* 1. ***Brief aan de verpleegkundigen***

Hallo verpleegkundige,

Wij zijn 3 vierdejaars Verpleegkundestudenten van de Christelijke Hogeschool Ede. Wij zijn bezig met onze afstudeeropdracht over de manier waarop een ontmoeting op zielsniveau tussen een verpleegkundige en de zorgvrager bijdraagt aan excellente verpleegkundige zorg.

In het kader van ons afstudeeronderzoek willen wij interviews houden met 15 verpleegkundigen. U bent door een seniorverpleegkundige van de afdeling aangewezen als een verpleegkundige die excellente zorg verleent en als de persoon waar hij of zij zijn dierbare aan zou toevertrouwen. Het interview duurt ongeveer een half uur en mag onder werktijd plaats vinden.

Aan het eind van het onderzoek krijgt u als respondent een e-mail met daarin een samenvatting van ons onderzoek.

Graag zouden we van u willen weten of u aan ons onderzoek wilt meewerken. Als u wilt meewerken zouden we graag het volgende van u willen weten:

* Wanneer bent u beschikbaar? (voorkeur gaat uit naar een dag in de periode van 6 april tot 23 april)
* Welk tijdstip komt u het beste uit?

Graag zien wij uw reactie tegemoet op het volgende e-mailadres:

dmbijnagte@student.che.nl of 06-45384543. Bij voorkeur per e-mail.

Met vriendelijk groet,

Deborah Bijnagte

Ilse Koopmans

Gerriëlle Meijer

**Bijlage 2** Topiclijst

|  |  |
| --- | --- |
| Leeftijd |  |
| Man / Vrouw |  |
| Opleiding |  |
| Achtergrond Religieus/humanistisch/antroposofisch |  |
| Hoeveel jaar werkzaam in de zorg |  |

**Lijst van Topics**

1. Probeer eens te beschrijven over welke professionele kennis de verpleegkundige moet beschikken om contact met de zorgvrager te maken? Wanneer krijg je echt contact op zielsniveau, wat doe je daarvoor?

*Wat (informatie), Hoe (skills), Wanneer (regels), Waarom( codes, morele kant), Wie (door wie, grenzen eigen domein)? (Gorman, 2002)*

*Impliciete kennis?*

1. Op welk tijdstip begint de ontmoeting met de zorgvrager voor jou? Beschrijf eens een voorbeeld? Wat betekent ‘verbondenheid ‘ voor jou?

*Wat deed je?*

*Wat dacht je?*

*Welke intentie had je?*

*Welk gevoel had je?*

*Knowing the patient*

1. Wat is jouw mening over wat verbondenheid / presentie voor de zorgvrager kan betekenen?

*Individuele zorg*

*Knowing the patient*

*Meeting the patient*

*Andere termen: mindfullness, verbondenheid, er-zijn, barmhartigheid.*

1. De zorgvrager is –bewust of onbewust – doel van het verpleegkundig handelen. Heb je ooit overwogen dat de zorgvrager wel eens problemen zou kunnen hebben met deze rol? Vertel eens iets over jouw manier van beslissingen nemen in de dagelijkse zorg?

*Klinische besluitvorming*

1. We begonnen het gesprek met professionele kennis: aan welke kennis zou het contact maken met de zorgvrager gebonden zijn?

**Bijlage 3** Volledige versie literatuurstudie

***3.1 Presentie***

Presentiebeoefening is ‘een manier van doen’ die je als volgt kunt beschrijven:

*Een praktijk waarbij de zorgvrager zich aandachtig en toegewijd op de ander betrekt en met hem interageert, zo leert zien wat er bij de ander op het spel staat - van verlangens tot angst – en die in aansluiting daarbij gaat begrijpen wat er in de desbetreffende situatie gedaan zou kunnen worden en wie hij/zij daarbij voor de ander kan zijn. Wat gedaan kan worden, wordt dan ook gedaan. Dat is een manier van doen, die slechts verwezenlijkt kan worden met gevoel voor subtiliteit, vakmanschap, met praktische wijsheid en liefdevolle trouw. [[1]](#footnote-1)*

Kenmerken van de presentiebenadering:

Eerste groep kenmerken: Vrij zijn voor

De presentiebeoefenaar moet niets van de zorgvrager. Je hebt een geconcentreerde aandacht, deze is niet van te voren gericht op het ontdekken van een type probleem. De probleemoriëntatie ontbreekt bij de presentiebeoefenaar. Met de probleemoriëntatie wordt de fase bedoeld waarin je je oriënteert op het probleem van de zorgvrager. Je bent als presentiebeoefenaar betrokken bij het leven van de zorgvrager, zowel in vreugde als verdriet, in urgentie of in minder urgente dingen, in het alledaagse en het bijzondere. Er staat niet bij voorbaat vast wat van waarde is en wat niet. De agenda wordt bepaalde door de zorgvrager en niet door de presentiebeoefenaar.

Tweede groep kenmerken: Openstaan voor

Het begint met je aanbieden en belangstelling tonen. Je toont interesse in de zorgvrager. De presentiebeoefenaar gaat verder, je opent je ten overstaan van de zorgvrager. Je toont behalve belangstelling ook emoties en vooral medeleven. Echtheid heeft hierin een belangrijke waarde.

Derde groep kenmerken: Een aandachtige betrekking aangaan

Het gaat hier om alledaagse werkvormen, even een praatje maken, een kopje koffie drinken, met de zorgvrager meelopen enz. Het is belangrijk om door de alledaagse dingen heen de concentratie te hebben om te kunnen horen, zien of voelen hoe het werkelijk met de zorgvrager gaat en wat er in de zorgvrager omgaat, ook wanneer de zorgvrager dit niet kan verwoorden. Je concentreert je op de zorgvrager.

Vierde groep kenmerken: Aansluiten bij het bestaande

Zoals al eerder beschreven, wordt de agenda bepaald door wat de zorgvrager aan de orde stelt. Dat gebeurt ook in de volgorde zoals de zorgvrager de zaken aan de orde stelt. Je hebt als presentiebeoefenaar niet alleen een open houding, maar ook een analytische houding. Je sluit je als presentiebeoefenaar aan bij het verhaal van de zorgvrager; je vormt je hier geen oordeel over.

Vijfde groep kenmerken: Perspectiefwisseling

Door zo intensief bezig te zijn met de zorgvrager en deel te hebben aan de wereld van de zorgvrager, leer je als presentiebeoefenaar iets heel belangrijks: je leert de wereld waar te nemen vanuit het perspectief van de zorgvrager. Je maakt intensief kennis met de leefwereld van de zorgvrager.

Zesde groep kenmerken: Zich aanbieden

Als presentiebeoefenaar kan je je eigen mogelijkheden aanbieden in het netwerk van de zorgvrager. Het kan hier gaan om kleine dingen, zoals het opzoeken van de weg, formulieren invullen, enzovoort. Je nestelt je in het sociale netwerk van de zorgvrager en vult daar ook gaten in.

Zevende groep kenmerken: Geduld en tijd

In de presentiebenadering wordt er heel anders met de tijd omgegaan. Dit is een bijzonder gegeven. De presentiebeoefenaar is ongehaast, neemt zelf de tijd en gunt de zorgvrager de tijd. De tijd heeft in de presentiebenadering ook nog een ander kenmerk; het wordt niet gestructureerd door een bepaald plan, maar door trouw. De aanwezigheid wordt weinig begrensd in tijd.

Achtste groep kenmerken: De trouwe toeleg

De trouwe betrokkenheid is bij de presentiebenadering erg belangrijk. De trouwe presentiebeoefenaar is er belangeloos en onvoorwaardelijk.

Methodische kenmerken van presentie:

|  |  |
| --- | --- |
| **Methodische kenmerken** | |
| **Kenmerken betreffen** | **Strekking** |
| 1. Beweging, plaats en tijd | De presentiebeoefenaar past zich aan aan de zorgvrager. Je volgt de zorgvrager en past je daarop aan. |
| 2. Ruimte en begrenzing | Trefwoorden die bij de presentiebeoefenaar horen zijn:  Openheid, domeinoverschrijding, brede inzetbaarheid, doen wat je moet doen. |
| 3. Aansluiting | Je sluit je aan bij de leefwereld van de zorgvrager. Je deelt in het leven van de zorgvrager. |
| 4. Afstemming en openheid | Je spreekt een doelrichting af, de doelen liggen niet vast. Je hebt als presentiebeoefenaar een open houding en dus een open agenda. Je stelt de zorgvrager centraal. |
| 5. Betekenis | Je zoekt contact met moeilijk bereikbare mensen. Je stelt de betekenis van de zorgvrager centraal. |

De presentiebeoefenaar kan niet op slechts één manier betrokken zijn bij de zorgvrager. De betrokkenheid met de zorgvrager kan dan ook in verschillende kaders geplaatst worden en krijgt dan ook een ander profiel. Aandachtig, open en vooral trouw aangaan van een betrekking waarin de presentiebeoefenaar zorg heeft voor een zorgvrager, vormt de basis voor de presentiebenadering.

In de zorg wordt interventie gezien als ‘handelend optreden’. Dit staat op gelijke voet met de presentiebeoefening. De presentiebeoefening kenmerkt zich doordat men doet wat men denkt te moeten doen. Niet altijd gaat de presentiebeoefening en interventie samen. De zorgvrager moet wel openstaan voor de presentiebenadering. Present zijn betekent meer dan ‘er zijn’ voor iemand.

Met de presentiebenadering sta je in lijn met de zorgethiek. Ethiek wordt hier opgevat als normatieve theorie van het menselijk handelen en samenleven. Presentie is voor een groot deel gericht op dezelfde uitkomsten als de zorgethiek: je reageert vanuit een situatie op de zorg die een mens nodig heeft, vanuit de behoefte die de zorgvrager heeft. Dit doe je met de gedachte dat als je de zorgvrager tot zijn recht kan laten komen, de zorgvrager kan worden wie hij zou kunnen zijn.

Vanuit het bovenstaande kan geconcludeerd worden dat presentie verder gaat dan het ‘er zijn’ voor een zorgvrager. Je gaat een laag dieper. Je stelt de zorgvrager centraal en kijkt naar de behoefte van de zorgvrager. De basis van de presentiebenadering wordt gevormd door het aandachtig, open en vooral trouw aangaan met de zorgvrager waarin de presentiebeoefenaar zorg heeft voor de zorgvrager.

***3.2 Menslievende zorg***

Annelies van Heijst heeft in haar boek *Menslievende Zorg* (2006) een concept van menslievende zorg ontwikkeld vanuit het cliëntenperspectief. Van Heijst besteed veel aandacht aan de zorgbetrekking of zorgrelatie, die ook centraal staat in de presentietheorie van Andries Baart.

Menslievende zorg gaat uit van het principe dat professionals in de zorg houden van mensen. Met het houden van mensen worden verschillende dingen bedoeld die elkaar grijpen, namelijk: dat ze zich voor mensen interesseren, zich door hen geraakt voelen en iets willen betekenen voor mensen die ziek of oud zijn en het alleen niet redden. Dit zijn de kenmerken van menslievende zorg. Bij menslievende zorg is het geen eenrichtingsverkeer is, maar komt de liefde van twee kanten. Vooral door de respons van zorgvragers houden zorgverleners het vol: *‘Je krijgt er veel voor terug’[[2]](#footnote-2)*.

Vanuit de visie menslievende zorg is de essentie van de zorg dat een zorgverlener een zorgvrager bijstaat in diens nood en niet: iemand beter maken. Bij menslievende zorg wordt er vanuit gegaan dat de zorg die gegeven wordt is gericht op het behouden van de waardigheid van de zorgvrager. Het geven van de zorg dient te bevorderen dat de zorgvrager het besef en het gevoel heeft dat hij/zij er toe doet en het waard is. Vanuit de praktijk blijkt dat deze manier van zorg verlenen de zorgvragers goed doet.

Vanuit het idee dat het huidige zorgsysteem, dat in Nederland wordt gebruikt, een bijdrage levert aan een menswaardige samenleving, maar daar vanwege een bedrijfsmatige en beheersbenadering daar leed aan toevoegt, is menslievende zorg ontwikkeld. Het plegen van interventies is in de huidige zorg een systeem geworden, waarbij het bijna niet uitmaakt wie de interventie pleeg. Doordat het bijna niet uitmaakt kan er geen zorgrelatie ontstaan. Aan zorgverleners wordt geleerd dat wanneer iets geen interventie is, dat het ook niet als werk wordt beschouwd.

Vanuit de menslievende zorg is de zorgverlener iemand die een relatie aangaat met de zorgvrager. Dit gebeurt ook in de presentiebenadering. De zorg kan zorgzaam worden gegeven. Hierbij is aandacht voor de zorgrelatie een voorwaarde. De relatie die een zorgverlener en een zorgvrager aangaan is al een interventie. Dit komt voort uit de presentiebenadering, waarbij de relatie al een doel op zich is.

***3.3 Verbondenheid***

Allereerst spreekt de theorie verbondenheid niet over een ontmoeting op zielsniveau maar over het helpen van en zorgen voor de ander en het je daarbij belangeloos en onbaatzuchtig toewenden naar de ander. In dat onbaatzuchtige en belangeloze helpen van en zorgen voor de ander vind je je verbonden met die ander.

De theorie van de verbondenheid gaat uit van het volgende mensbeeld:

Verbondenheid ontspringt aan het begrip verantwoordelijkheid. Verantwoordelijkheid betekent met betrekking tot de relatie van jezelf als persoon met de ander: bezorgdheid om het welzijn van de ander en vanuit die bezorgdheid de bereidheid om te handelen. Verantwoordelijkheid, als uiteindelijk een rechtvaardig handelen ter wille van anderen, is dus in de kern geen zakelijke calculatie. Het is juist een kwestie van de bereidheid tot belangeloos en onbaatzuchtig handelen.

Mogelijkheidsvoorwaarden voor verantwoordelijk handelen vormen samen het mensbeeld volgens de theorie de verbondenheid:

|  |  |
| --- | --- |
| **Mogelijkheidsvoorwaarden:** | **Uit zich in:** |
| 1. Onafhankelijkheid | Genieten, egoïsme |
| 2. Afhankelijkheid | Kwetsbaarheid, lijden |
| 3. Ethische raakbaarheid | Door het appèl, de oproep van de ander |
| 4. Denken | Vermogen om rechtvaardig te handelen |

Hieruit kan worden geconcludeerd dat de mens is een op zichzelf gericht, genietend (1), kwetsbaar (2), en ethisch raakbaar (3) wezen, dat op grond daarvan met behulp van het denken (4) tot verantwoordelijk handelen kan komen.

Het helpen van de medemens vindt zijn oorsprong in het appèl. Dat appèl kan je raken (erbarmen). Het horen van een appèl of het ervaren van een appèl kan pas worden begrepen als jij je bestaan als kwetsbaar ervaart. Deze kennis over jezelf kun je gebruiken in het horen en beantwoorden van het appèl van de ander. Het opmerken van het appèl geeft je de opdracht tot verantwoordelijkheid.

Op grond hiervan kies je of jij je zult afwenden of dat je je verantwoordelijkheid opneemt en bereid bent je belangeloos toe te wenden. Als je besluit gehoor te geven aan het appèl moet je bekijken of jij degene bent die het kan beantwoorden. Ben je bevoegd en bekwaam om te helpen en wordt je niet overvraagd, wordt jouw recht als mens erkend en gerespecteerd? Zo ja, dien je de hulpvraag in de context van de menselijke gemeenschap te beschouwen. Je overdenkt dus of het ten opzichte van anderen rechtvaardig is om juist deze hulpvrager in radicale onbaatzuchtigheid te helpen.

Bovenstaande laat zien dat het denken ter wille van rechtvaardigheid (4) ontspringt aan het erbarmen (raakbaarheid) dat wordt opgewekt in het appèl (3). Als dat rechtvaardig handelen voortkomt uit het appèl, dan is het erop gericht het lijden (2) te verminderen en zo te genieten (1) van het de ander nieuwe mogelijkheden geven.

Helpen en zorgen, twee vormen van ethisch handelen

* Helpen is een vorm van handelen op grond van een hulpvraag
* Zorgen begint bij het constateren van een zorgbehoefte door de zorgende, zonder dat de zorgontvanger die zorgbehoefte heeft aangegeven.

Helpen en zorgen in het licht van het mensbeeld van verbondenheid:

* Mensen zijn in hun bestaan kwetsbaar en kunnen dus beschadigd worden (2)
* Mensen zijn ten opzichte van hun bestaan niet onverschillig, maar ervaren het juist, normaal gesproken, als van onschatbare waarden (1).
* Helpen en zorgen worden als ethisch handelen mogelijk (4) omdat, mensen in het appèl opgeroepen kunnen worden tot verantwoordelijkheid (3).
* Helpen en zorgen zijn universeel, want iedereen kan word geraakt door een appèl, en iedereen is onontkoombaar kwetsbaar en heeft dus soms hulp nodig.
* Helpen en zorgen zijn individueel, want iedereen helpt en zorgt op zijn manier, zoals ook iedereen geholpen en verzorgd wil worden op een bij hem passende wijze. En iedereen is voor zijn helpen en zorgen verantwoordelijk.

Zorgen

Bij zorgen is er geen appèl, omdat de zorgende af wijkt van wat hem wordt gevraagd. Zorgen is gevaarlijker dan helpen, omdat de hulpvraag niet het uitgangspunt is. Het gevaar bestaat dat de zorgontvanger wordt vergeten, omdat hij er als het ware minder bij is en zo kan hij gereduceerd worden tot een zorgobject. Deze objectivering beïnvloedt op haar beurt het ‘horen’ van een eventueel bij het zorgen ontstane hulpvraag in negatieve zin.

In het ontstaan een aangaan van de ontmoeting op zielsniveau is er aandacht voor de mens zelf met zijn behoefte. Een goed moment om te zien of je in je zorgen voor de zorgvrager de persoon zelf niet uit het oog bent verloren.

Verbondenheid

Helpen, als een vorm van recht doen gebeurt tussen mensen, helpen is daarom rationeel handelen. De relatie waarin geholpen wordt omschrijven we als verbondenheid tussen hulpvrager en degene die helpt, waardoor het helpen mogelijk wordt. Verbondenheid is dus het draagvlak en het voertuig van het helpen.

Verbonden in de hulpverlenerrelatie kan een ontmoeting op zielsniveau ontstaan vanuit het helpen, waarin de ander aandacht vraagt voor zijn problemen en de hulpverlener zijn appèl hoort en beantwoord. Ook vanuit het zorgen kan een ontmoeting op zielsniveau ontstaan, doordat de ander die iets uitstraalt of doordat de hulpverlener een zorgbehoefte constateert en deze aan de orde stelt.

Verbondenheid bevat vijf facetten:

1. Verbondenheid betekent een relatie, niet een identificatie.
2. Verbondenheid wordt concreet in daden van verbondenheid.
3. De grens van verbondenheid kan niet van tevoren worden bepaald.
4. De verbondenheid tussen twee mensen, draagt twee grondelementen in zich: erbarmen en recht.
5. De verbondenheid betekent in wederkerigheid op elkaar (of elkaars vermogen) aangewezen zijn.

Binnen de relatie van verbondenheid is het van belang dat de verpleegkundige zich zo toerust tot het verplegen dat zij de eigen tijd zodanig indeelt en zo gebruikt dat zij voor de zorgvrager op het juiste moment beschikbaar is. Daarnaast dat zij haar eigen taalgebruik afstemt op de taal van de zorgvrager om de openheid in de omgang te bevorderen en dat zij haar eigenheid in bescheidenheid tot uitdrukking brengt om zo de zorgvrager in diens eigenheid te bevestigen.

Daarnaast richt de verpleegkundige zich tot de zorgvrager door middel van een gesprek waarbij zij de levenssituatie van de zorgvrager is nagegaan. Verder dat zij de reeds aanwezige beschadigingen bij de zorgvrager waarneemt, nagaat wat de te verwachten beschadigende invloeden zijn en nagaat wat de gevolgen van beide zijn voor de bestaanszorg. Ten slotte dat zij met de zorgvrager en/of diens naaste(n) de verplegingsverwachtingen bespreekt, die voortkomen uit de kenmerken van de bestaanszorg. Dit zijn: continuïteit, kenbaarheid, eigenheid en urgentie.

Samengevat is het verplegen in verbondenheid de bereidheid tot belangeloze toewending tot de zorgvrager. De bereidheid is tot radicale onbaatzuchtigheid in de verpleegsituatie. De bereidheid samen met de zorgvrager vanuit diens verplegingsbehoefte op weg te zijn. Daarnaast de bereidheid creatief om te gaan met de beginselen van de verpleegkundige professie, om zo de bestaanszorg van de zorgvrager te ondersteunen. En de bereidheid om zich niet onkritisch te schikken naar de regels van de verpleegkundige professie, om zo de heelheid van de zorgvrager als ‘mens in zijn wereld’ te beschermen.

Binnen de relatie van verbondenheid tussen zorgverlener en zorgvrager is er sprake van excellente zorg. Het verlenen van excellente zorg omvat enerzijds een kritisch houding ten opzichte van het werken volgens de regels en beginselen van de verpleegkundige professie en anderzijds de individualiteit van de zorgvrager en de rol om zo zorg te verlenen die aansluit bij de definitie van kwaliteit van leven van de zorgvrager.

***3.4 Barmhartige zorg***

*Het Bijbelse mensbeeld in relatie tot barmhartigheid*

De Bijbelse veronderstelling dat de zorgvrager een uniek persoon is die gewaardeerd en gerespecteerd moet worden, is een basis concept voor zorgverlening. Door de tijd heen is dit mensbeeld en vele anderen ter discussie gesteld door de maatschappij en de gezondheidszorg. Daarom is het van belang dat verpleegkundigen een helder beeld hebben voor wie ze zorgen en wat de zorgvrager waarde geeft.

In de Bijbel zijn vier elementen terug te vinden die verband houden met zorgverlenen.

1. Het beeld van God.

In Genesis 1:27 staat: *‘God schiep de mens als zijn evenbeeld, als evenbeeld van God schiep hij hem, mannelijk en vrouwelijk schiep hij de mensen’.*

God is persoonlijk, mensen zijn personen. Geschapen zijn naar het beeld van God houdt in dat de mensheid is gemaakt om Gods karakter te reflecteren, evenals sommige van Gods capaciteiten. Deze karakter eigenschappen zijn liefde, vreugde, vrede, geduld, vriendelijkheid, goedheid, geloof, zachtmoedigheid, zelfbeheersing. (Galaten 5:22) Evenals rechtvaardigheid, barmhartigheid, zuiverheid en vele anderen. De menselijk capaciteiten zijn doelgerichtheid, waarderend, rationeel, moreel, verantwoordelijk, sociaal, gedreven en creatief. Naast deze kenmerken, is er binnen het Bijbels mensbeeld ook het streven naar schoonheid/perfectie, het gebruik van taal en geestelijke waarneming.

2) Schepping

De menselijke creatie in het beeld van God betekent niet dat de mens gelijk is aan God. God is de Schepper; de mens is een schepsel. Geschapen zijn betekent dat een mens zijn bestaan komt vanuit een andere bron dan zichzelf. In de Bijbelse visie, zijn de mensen geschapen om God te eren met hun leven en in een afhankelijke, gehoorzame relatie met God te leven (Psalm 100:3-5 / Deut. 4:39-40). De titel, een schepsel te zijn, is er een van waardigheid en van gevolgen want het is een term die een relatie met de persoonlijke God inhoud. Het betekent dat het individu zijn bestaan niet vindt in een ongeluk, maar in een handeling van God. Zoals Psalm 139:13-16 prachtig wordt verwoord:

*U was het die mij weefde in de buik van mijn moeder. Ik loof U voor het ontzaglijke wonder van mijn bestaan. (…) Toen ik in het verborgene gemaakt werd, kunstig geweven in de schoot van de aarde, was mijn wezen voor u geen geheim. Uw ogen zagen mijn vormeloos begin, alles werd in uw boekrol opgetekend*, *aan de dagen van mijn bestaan ontbrak er niet één.*

De mens staat niet alleen in relatie tot God. God schiep de mensen in relaties met zichzelf en anderen. Een ieders eigenheid is gemaakt om te voltooien degene met wie hij omgaat. De man en de vrouw zijn verschillend, elk gecreëerd om de ander compleet te maken. Ieder mens geschapen door God is uniek in zijn sterktes, beperkingen, gaven en talenten en een ieder is nodig en moet gewaardeerd worden als de persoon die hij is.

De persoon als schepsel wordt gezien als een eenheid in de Schrift. Hoewel het vaak nuttig is om te kijken naar verschillende aspecten van de persoon: biologisch, psychosociaal, spiritueel, is de persoon een geïntegreerd geheel, waarbij alle aspecten aan elkaar verbonden zijn zodat het moeilijk is om ze te scheiden. Net als in Bijbels opzicht, waar de termen lichaam, ziel, geest, hart en hoofd refereren aan de verschillende manieren van kijken naar een persoon.

God gaf de mens het schepsel werk te doen. In Genesis 1:28 geeft God man en vrouw het voorrecht en de verantwoordelijkheid van de zorg voor de rest van de schepping als zijn vertegenwoordigers, als zijn beheerders. Ze ware geroepen om samen met God, Gods doel te bereiken. Als schepsel van God, maar in een unieke relatie met God en anderen, om Gods vertegenwoordiger op aarde te zijn is een positie van eer en groot belang. Genesis 1:31 stelt dat nadat God man en vrouw gemaakt had, God zag dat het zeer goed was. God gaf de man en vrouw, als zijn schepselen waarde, door te verklaren dat ze ‘goed’ zijn.

3) Zondig

Mensen zijn gemaakt om te leven in een afhankelijke, gehoorzame relatie met God. God’s beeld weerspiegelend door hun karakter en acties. Maar ze zijn ook gemaakt met een capaciteit om ongehoorzaam te zijn, indien zij daarvoor kiezen, omdat ze niet geschapen zijn als marionetten. Van de eerste geschapen persoon tot de laatste, ze hebben er allemaal voor gekozen om ongehoorzaam te zijn, om buiten de afhankelijke, gehoorzame relatie met God te leven. De Bijbel noemt deze rebellie 'zonde' en die heeft rampzalige gevolgen voor de mens, evenals voor de rest van de schepping. Zonde leidt tot vervreemding van God en op geen enkele manier kan de mens op zijn eigen kunnen terug keren naar de heilige God. Zonde leidt ook tot vervreemding van anderen en tot een ontsierend beeld van God in de zondaar en het leidt uiteindelijk tot de dood. Wat God als goed zijnde had verklaard, verloor haar zuivere goedheid door de keuzes die het maakte. Elke individuele persoon is verantwoordelijk voor zijn eigen handelen en moet verantwoording afleggen aan God, wiens norm is gerechtigheid. Het effect van de zonde die in de wereld kwam is te zien in de ellende die er is in de wereld. Gods grote doel met de mensheid is op vele manieren verspild door de zonde, maar overblijfselen van het prachtige beeld van God zijn er nog steeds.

4) Geliefd en gewaardeerd door God.

In het verklaren dat elke menselijk schepsel goed is en verantwoordelijkheid is gegeven om te zorgen voor de schepping, laat God zien dat de mens waardevol is in zijn ogen. Deze waarde wordt toegekend door God, het is niet te verdienen door inspanningen. Hoewel de zonde vervreemding van God veroorzaakt, heeft God de mensheid niet verlaten. Vanwege Zijn grote liefde heeft God een weg voor verzoening voor de mens gemaakt, door het sturen van Zijn Zoon, Jezus Christus, om te sterven en zo de straf te betalen voor de zonde. Jezus dood aan het kruis is het middel van vergeving en herstel voor iedereen die toegeeft dat hun rebellie tegen God dwaasheid is en hun geloof in Jezus Christus stellen.

God kiest ervoor mensen te waarderen, zelfs wanneer ze de dood verdienen en niet het leven. Het ontsierde beeld van God in de mens als gevolg van de zonde wordt geleidelijk hersteld en de persoon die vertrouwd op God door Jezus wordt langzaam hersteld om de persoon te worden zoals hij geschapen is te zijn, meer en meer het karakter en handelen van God weerspiegelen. Dit is een groeiproces, de voltooiing komt als de christen Jezus Christus zal zien in de hemel.

God wil dat mensen "alles worden wat ze kunnen worden". Dat betekent dat de mens door middel van een herstelde relatie met God door Jezus Christus, weer kan leven in de dagelijkse gehoorzaamheid aan en in afhankelijkheid van God. De mens verliest daarin niet zijn identiteit of behaald daardoor succes en geluk wat de gevolgen voor anderen en de wereld dan ook zijn. God’s doel met de mens is dat hij is als een dienaar van de levende God, God en zijn naaste dienend met behulp van de door God gegeven unieke gaven en talenten. Door de genade Gods, is ieder individu waardevol, zo waardevol dat Zijn Zoon Jezus Christus stierf voor hem en voor iedereen die het wil geloven. Hernieuwd mens in de genade van God is er de verantwoordelijkheid om te zorgen voor Zijn schepping en om hem te vertegenwoordigen in de wereld.

Is de mens waardevol? De Bijbel antwoord met een volmondig Ja! En laat de waarde ervan niet afhangen van wat de persoon kan doen of heeft gedaan. Het komt uit een onveranderlijke bron, de genadige keuze van de onveranderlijke, liefhebbende God.

De mens is geschapen naar Gods beeld. De houding en benadering van verpleegkundigen die consistent is met de Bijbelse visie op de mens, behoort dan ook de waarden en kenmerken te weerspiegelen die door God zijn toegekend aan de mens.

De mens is een uniek individu met het voor hem unieke karakter, met zijn sterktes, beperkingen en mogelijkheden. Vanuit de Bijbelse zorgvisie, die draait om barmhartigheid, is het dan ook van belang dat de manier van zorgverlenen worden geïndividualiseerd. Van daaruit is het belangrijk om binnen die individuele zorgverlening de mogelijkheden van de zorgvrager te koesteren, zodat de zorgvrager de mogelijkheid blijft behouden meer de persoon te worden zoals God hem heeft bedoeld. De Bijbelse zorgvisie gaat ervan uit dat wij als mens onder andere als doel hebben om elkaar als mensen te ondersteunen en aan te vullen. Dit houdt in dat de zorgvrager gerespecteerd behoord te worden als de persoon die de zorgvrager is en de zorgvrager helpen zijn verantwoordelijkheid te nemen voor zijn eigen gezondheid. Dit zorgen betekent ook het zien van de persoon als geheel persoon en het beeld niet beperken tot de ziekte die wordt behandeld.

Verpleegkundigen die geloven geschapen te zijn naar het beeld van God, zijn geroepen om zo te leven dat zij het karakter en het handelen van God weerspiegelen. Zo ook voor hun zorgvragers in de verpleegkundige zorg. Deze zorg kan ook een mondelinge getuigenis zijn over wie God voor de verpleegkundige is en dat God verzoening wil voor ieder mens.

De waarde van de persoon, zoals zichtbaar in de Bijbelse visie op de persoon, voorziet ook in een kader voor de verpleegkundige als ze aan loopt tegen een verscheidenheid aan ethische vraagstukken.

God kent de mens al voor zijn bestaan zoals zo mooi wordt vertolkt in Psalm 139:

*U was het die mij weefde in de buik van mijn moeder. Ik loof U voor het ontzaglijke wonder van mijn bestaan. (…) Toen ik in het verborgene gemaakt werd, kunstig geweven in de schoot van de aarde, was mijn wezen voor U geen geheim. Uw ogen zagen mijn vormeloos begin, alles werd in Uw boekrol opgetekend*, *aan de dagen van mijn bestaan ontbrak er niet één.*

Zelfs voordat een mens geboren wordt heeft God al een doel voor hem, namelijk het beheren van Zijn schepping. Ook stelt God in Genesis 1:31 dat, nadat Hij man en vrouw gemaakt had, Hij zag dat het zeer goed was. God gaf de man en vrouw als zijn schepselen waarde door te verklaren dat ze ‘goed’ zijn. Als dit is waar je als verpleegkundige vanuit gaat, draait het om het waarderen van mensen die in andermans ogen niet de status van 'persoon' hebben. Want iedereen verdient stuk voor stuk de zorg en bescherming van iemand die is geschapen naar Gods beeld en wordt gewaardeerd door God, ondanks alles wat hij kan of niet kan.

Iedere zorgvrager verdient respect en zorg en het maakt daarbij niet uit hoe bedorven het beeld van God in die mens kan lijken te zijn. De effecten van de slechte keuzes in de zorg voor zichzelf, kunnen ontmoedigd werken voor degenen die werken in de gezondheidszorg. Verpleegkundigen kunnen ontmoedigd worden om minder te geven dan het best van hun kunnen, omdat de verpleegkundigen onbewust of bewust redenen hebben om te denken dat deze zorgvrager niet het beste verdiend. Het gevoel van ontmoediging kan overwonnen worden door het geven van de beste professionele zorg die je als verpleegkundige kunt geven. Namelijk dat de verpleegkundige naar haar beste kunnen voldoet aan de behoefte van de zorgvrager zoals de zorgvrager ze ervaart. Daarnaast dat zij de zorgvrager aanmoedigt om keuzes te maken die gezond zijn voor hem, maar daarin wel begrijpend zijn, bijvoorbeeld over hoe moeilijk het is te breken met lange termijn verslaving aan sigaretten. De sleutel is de zorgvrager verantwoordelijk laten zijn voor de keuzes die hij maakt en in geen geval mag de verpleegkundige de zorgvrager opgeven. God geeft geen mens op, evenmin mag de (christelijke) verpleegkundige dit doen.

*Zowel de verpleegkundige als de zorgvrager zijn unieke individuen met hun sterke kanten, beperkingen en mogelijkheden. Elke verpleegkundige heeft unieke eigenschappen en talenten in te brengen in haar beroep van verpleegkundige. Elke verpleegkundige moet een plekje in de verpleging vinden die past bij de persoon die ze is en zo haar gaven gebruiken als een verzorger van Gods creaties.*

Als mens hebben we de opdracht om elkaar aan te vullen. De sterkte van een team verpleegkundigen ligt dan ook in het feit dat er een diversiteit aan eigenschappen en talenten is binnen het team en dat zij elkaar kunnen aanmoedigen om de ander de gaten op te laten vullen waar iemands eigen kracht niet ligt. Verpleegkundigen moeten als team samen te werk gaan in de soms moeilijke maar belonende wereld van de zorg. Een ieder, en dus ook dus ook de verpleegkundige, moet vanuit Gods kracht en liefde voor mensen zorgen en hen waarderen op de manier waarop God dat doet.

*De Bijbel en barmhartigheid*

In de Bijbel wordt diverse malen gesproken over barmhartigheid. Enkele voorbeelden daarvan zijn:

*Zalig zijn de barmhartigen, want zij zullen barmhartigheid ondervinden.* Matteüs 5:7

*Wie barmhartig is voor een arme, die zal de HEER zijn weldaad vergoeden.*

Spreuken 19:17

*Wees barmhartig zoals jullie Vader barmhartig is.* Lucas 6:36

*Wie de gave heeft te troosten, moet troosten. Wie iets weggeeft, moet dat zonder bijbedoeling doen. Wie leiding geeft, moet dat doen met volle inzet. Wie barmhartig voor een ander is, moet daarin blijmoedig zijn.* Romeinen 12:8

*Tot slot vraag ik u: Wees allen eensgezind, leef met elkaar mee, heb elkaar lief als broeders en zusters, wees barmhartig en bereid de minste te zijn.* 1 Petrus 3:8

Meer dan eens roept de Bijbel de mens op om naar zijn naaste om te kijken en voor hem te zorgen. Deze opdracht wordt gezien als een van de twee belangrijkste geboden in de Bijbel. Zoals beschreven in Matteüs 22: 36-40

*Meester, wat is het grootste gebod in de wet?’ Hij antwoordde: ‘Heb de Heer, uw God, lief met heel uw hart en met heel uw ziel en met heel uw verstand. Dat is het grootste en eerste gebod. Het tweede is daaraan gelijk: heb uw naaste lief als uzelf. Deze twee geboden zijn de grondslag van alles wat er in de Wet en de Profeten staat.’*

Hèt voorbeeld van barmhartigheid in de Bijbel is het Bijbelgedeelte dat verhaald over de Barmhartige Samaritaan (Lucas 10:25-37). Ieder mens kan hier een voorbeeld aan nemen. Toegespitst op de verpleegkundige: net als de Barmhartige Samaritaan de nood van een ander opmerken, je verantwoordelijkheid op je nemen en helpen. Alles inzetten wat je hebt, kennis, vaardigheden, connecties enzovoorts.

*Conclusie*  
Er is een verscheidenheid aan levensbeschouwelijke en ethische richtsnoeren in de verpleging die leiden tot uiteenlopende veronderstellingen over wie of wat de persoon is en wat de persoon waarde geeft. Werken vanuit de Bijbelse visie over verzorging en waarde van de persoon voorziet de verpleegkundige van een solide basis waarop de verpleegkundige beslissingen kan maken. Dit op het gebied van haar zorgverlening, haar verpleegkundige benaderingen en in onderzoek en bij het maken van keuzes wanneer zij geconfronteerd word met ethische kwesties. Zorgverlenen op Bijbelse basis, gecentreerd rondom Christus, is een verpleging die de waarde weerspiegelt die God toeschrijft aan de persoon, koesterend de potentie van die persoon, om zo te proberen alles te zijn waarvoor God hem geschapen heeft.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nummer**  *Afstudeeronderzoek HBO-Verpleegkunde 2010* Pagina 57 van 69 | **Label** | **Interview + labelnummer** | **Concept**  **Bijlage 4** Codering interviews |
|  | Beeld zorgvrager | 5.37 6.19 6.25 | Bejegening |
|  | Benadering zorgvrager | 1.56 3.68 4.40 6.6 6.16 6.52 7.24 8.43 9.37 10.1 10.30 11.53 12.8 12.9 12.23 13.18 14.43 14.73 14.74 14.95 | Bejegening |
|  | Echt interesse | 1.18 1.20 1.21 | Bejegening |
|  | Eigenheid in communiceren | 5.71 5.72 | Bejegening |
|  | Klik: met de een meer als met de ander | 4.36 | Bejegening |
|  | Laten merken dat je bezig bent | 10.93 | Bejegening |
|  | Mens-mens contact niet willekeurig maar een taak | 13.34 | Bejegening |
|  | Omgang is niet te leren uit een boek | 8.5 | Bejegening |
|  | Openstaan | 1.10 3.28 4.42 5.2 6.33 6.42 8.34 | Bejegening |
|  | Zorgvrager betrekken bij handeling | 2.47 4.46 10.45 | Bejegening |
|  | Zorgvrager respecteren | 2.8 6.7 6.52 12.37 12.38 13.67 | Bejegening |
|  | Zorgvrager ruimte geven | 1.41 1.49 2.8 9.12 | Bejegening |
|  | Zorgvrager uit de tent lokken | 1.26 14.31 | Bejegening |
|  | Per situatie verschillend | 3.13 6.18 | Bejegening |
|  | Privé en werk gescheiden houden | 2.56 8.39 | Bejegening |
|  | Professionele relatie | 4.54 4.55 12.30 12.46 13.65 14.87 | Bejegening |
|  | Uitgaan van zorgvrager; keuze respecteren | 4.30 4.48 11.29 14.72 14.73 14.74 | Bejegening |
|  | Verbondenheid | 8.24 8.27 14.69 | Bejegening |
|  | Aangeven | 11.58 11.59 | Communicatie |
|  | Aansluiten | 3.5 7.46 11.13 11.39 11.50 | Communicatie |
|  | Benoemen | 1.48 1.50 3.67 14.28 14.36 14.45 14.50 14.61 | Communicatie |
|  | Bespreekbaar maken | 3.44 3.45 9.18 9.20 9.50 9.57 10.62 | Communicatie |
|  | Bewust van manier contact leggen | 13.30 13.51 13.54 13.82 | Communicatie |
|  | Contact maken | 1.6 2.3 7.3 8.21 8.41 9.1 9.5 9.22 9.23 11.45 13.50 13.56 14.109 | Communicatie |
| *Verplegen met je hart en met je hoofd: duel of duet?* Pagina 58 van 69 | Creatief zijn in vragenstellen | 7.20 | Communicatie |
|  | Delen waar je mee zit | 10.62 12.20 | Communicatie |
|  | Doorvragen | 2.8 2.14 2.27 2.59 7.8 7.10 7.16 7.19 10.25 10.26 10.27 10.28 10.29 10.31 10.65 10.68 14.63 | Communicatie |
|  | Eerste indruk | 1.14 1.15 | Communicatie |
|  | Elkaar ontdekken | 9.34 | Communicatie |
|  | Gedrag opmerken/interpreteren | 3.15 5.2 5.27 | Communicatie |
|  | Gesprek niet sturen | 11.28 | Communicatie |
|  | Gesprekstechnieken/SRV-vaardigheden | 1.3 2.7 7.7 7.14 8.12 8.15 11.11 | Communicatie |
|  | In gesprek gaan | 1.34 3.8 7.1 7.22 8.10 9.30 9.46 11.25 11.65 11.66 12.50 13.6 | Communicatie |
|  | Initiatief vanuit zorgvrager | 3.42 7.5 | Communicatie |
|  | Inschatten | 11.53 10.10 | Communicatie |
|  | Inspelen op… | 3.30 3.38 5.1 5.17 9.19 9.39 9.40 | Communicatie |
|  | Interesse tonen/verdiepen in zorgvrager | 2.59 10.61 12.2 12.7 12.62 12.75 12.76 13.9 13.31 13.38 | Communicatie |
|  | Luisteren | 2.14 3.12 5.28 6.38 8.23 8.30 10.31 12.5 | Communicatie |
|  | Mens tot mens contact | 13.1 13.11 13.58 13.62 14.1 14.100 | Communicatie |
|  | Observeren | 4.9 6.5 6.13 10.4 14.47 14.51 14.71 | Communicatie |
|  | Onderliggende problematiek/beweegreden opsporen | 4.51 4.52 12.60 14.54 | Communicatie |
|  | Op gedrag aanspreken | 5.22 | Communicatie |
|  | Open en eerlijk gesprek | 3.7 | Communicatie |
|  | Open vragen stellen | 7.9 | Communicatie |
|  | Openstaan | 2.6 14.30 | Communicatie |
|  | Overleggen | 8.42 9.66 10.85 | Communicatie |
|  | Praten | 1.12 4.13 10.4 10.64 10.74 12.19 | Communicatie |
|  | Samen plannen | 10.44 | Communicatie |
|  | Toestemming vragen | 1.37 4.45 6.46 | Communicatie |
|  | Uitleg geven/informeren | 1.38 1.39 2.40 2.44 2.61 4.47 4.49 4.50 5.34 6.43 6.44 6.45 9.47 9.48 9.49 10.90 10.92 12.49 12.54 14.102 14.104  *Afstudeeronderzoek HBO-Verpleegkunde 2010* Pagina 59 van 69 | Communicatie |
|  | Uitproberen een aanpassen | 3.64 8.14 9.13 9.26 9.32 | Communicatie |
|  | Voorstellen | 2.45 9.21 9.24 10.42 10.43 | Communicatie |
|  | Vraag achter vraag | 14.62 | Communicatie |
|  | Vragen stellen | 1.47 4.6 4.20 4.25 4.28 4.29 5.3 10.60 | Communicatie |
|  | (behoefte) Opmerken | 2.26 2.28 2.29 2.30 8.29 9.25 10.86 10.87 10.91 11.34 11.63 12.60 13.13 14.44 14.55 | Empathie |
|  | Aanvoelen | 1.4 1.5 1.46 2.37 3.14 3.21 4.3 4.4 5.69 6.31 9.2 9.10 9.11 9.70 11.9 11.13 11.32 11.33 11.36 11.57 12.48 14.38 14.46 14.55 14.71 14.75 | Empathie |
|  | Begrip tonen | 2.14 10.82 11.3 11.6 11.8 11.30 11.57 12.39 13.53 | Empathie |
|  | Empathie | 1.4 3.2 4.40 4.42 5.29 7.56 8.4 8.6 11.7 | Empathie |
|  | Inleven | 4.24 4.41 4.53 5.8 5.10 5.15 5.30 5.31 6.3 6.12 6.14 7.2 7.40 7.41 7.50 8.3 8.7 10.19 10.20 11.32 12.1 13.7 14.11 | Empathie |
|  | Inleven als onderdeel van beroepshouding | 5.11 | Empathie |
|  | Inleven geeft betere zorg | 4.43 | Empathie |
|  | Intuïtie | 4.5 13.80 | Empathie |
|  | Invoelen | 11.40 11.53 11.62 | Empathie |
|  | Leeftijd speelt een rol | 3.56 6.9 6.10 6.32 12.72 | Kennis – persoonlijk |
|  | Levenservaring | 1.7 1.8 3.55 3.59 3.60 3.61 3.74 5.59 5.60 5.61 6.11 8.2 11.68 11.70 12.4 12.73 4.17 14.18 14.19 | Kennis – persoonlijk |
|  | Mensenkennis/wereldkennis | 7.11 7.12 9.7 10.7 10.8 10.9 12.3 12.6 13.40 | Kennis – persoonlijk |
|  | Zelfkennis en zelfbewustzijn | 10.98 13.89 | Kennis – persoonlijk |
|  | Beslissen vanuit intuïtie | 3.69 | Kennis – professioneel  Kennis – persoonlijk  *Verplegen met je hart en met je hoofd: duel of duet?* Pagina 60 van 69 |
|  | Beslissen vanuit professie | 10.89 | Kennis – professioneel |
|  | Functioneren naar de kennis die je hebt | 8.50 | Kennis – professioneel |
|  | Geleerde zaken gaan vanzelf | 3.41 | Kennis – professioneel |
|  | Groeien in je werk | 2.10 3.62 3.63 4.10 5.66 7.13 7.15 9.6 9.9 10.99 13.53 | Kennis – professioneel |
|  | Kennis delen en leren van elkaar | 3.75 3.76 9.52 | Kennis – professioneel |
|  | Kennis door ervaring | 2.9 2.10 2.11 3.58 3.73 4.7 5.58 6.50 6.51 7.53 8.1 8.49 9.4 9.8 10.99 11.14 11.53 11.69 11.73 12.78 13.39 13.41 14.13 14.14 14.16 | Kennis – professioneel |
|  | Kennis van de afdeling/specialisme | 6.4 7.53 8.44 | Kennis – professioneel |
|  | Kennis van emoties | 1.45 3.3 | Kennis – professioneel |
|  | Leren door rollenspellen/oefenen | 5.19 5.20 5.21 5.23 11.12 | Kennis – professioneel |
|  | Levenslange leerhouding | 9.55 11.15 11.16 12.33 13.36 | Kennis – professioneel |
|  | Meer durf door ervaring | 3.57 6.49 | Kennis – professioneel |
|  | Vakinhoudelijke kennis | 1.1 1.43 3.6 3.69 3.72 4.8 4.11 5.13 5.14 5.18 6.53 7.55 8.44 8.46 8.47 8.48 9.53 9.54 9.67 10.94 10.95 10.96 10.97 11.4 11.5 11.10 13.32 13.33 13.52 14.21 14.106 14.107 | Kennis – professioneel |
|  | Bewust van verschillen in normen en waarden | 4.54 | Mensvisie |
|  | Holistisch mensbeeld | 2.58 10.22 14.10 14.20 14.97 | Mensvisie |
|  | Ieder mens heeft recht op zorg | 10.41 | Mensvisie |
|  | Iedere persoon is verschillend | 1.5 6.15 9.17 9.39 9.40 14.4 | Mensvisie |
|  | Laten zien wie jij bent als mens | 5.67 13.88 | Mensvisie |
|  | Mensheid is interessant | 4.57 | Mensvisie |
|  | Naar het individu kijken | 1.36 9.38 9.59 10.2 | Mensvisie |
|  | Opvoeding bepaald hoe je als mens bent en in contacten staat | 13.55 | Mensvisie |
|  | Zorgvrager centraal | 2.46 5.45 5.74 5.75 11.64 11.67 | Mensvisie |
|  | Zorgvrager heeft meer nodig dan alleen lichamelijke zorg | 7.58 10.3 10.6 | Mensvisie |
|  | Zorgvrager zien als mens | 10.46 10.79 11.49 | Mensvisie |
| *Afstudeeronderzoek HBO-Verpleegkunde 2010* Pagina 61 van 69 | Persoon mag zijn wie hij is | 10.80 13.66 | Mensvisie |
|  | Psyche en geloof zijn verweven met elkaar | 10.21 | Mensvisie |
|  | Totale mens/totaal plaatje zien | 4.16 7.42 7.60 14.9 | Mensvisie |
|  | Unieke mens | 2.57 13.3 13.5 13.77 | Mensvisie |
|  | Weten wie de zorgvrager is, achtergrond kennen | 11.2 11.48 14.58 | Mensvisie |
|  | Aandacht | 2.4 2.33 2.35 2.36 2.42 4.18 4.26 5.54 5.55 7.64 8.9 9.29 10.24 10.32 10.33 10.80 10.81 12.5 12.71 13.19 13.76 14.6 14.8 14.12 14.65 | Omstandigheden voor een ontmoeting op zielsniveau |
|  | Aanraken zorgvrager | 3.23 3.82 11.31 12.12 12.59 | Omstandigheden voor een ontmoeting op zielsniveau |
|  | Afhankelijkheid | 3.54 3.66 4.39 5.32 5.35 5.56 9.15 11.60 | Omstandigheden voor een ontmoeting op zielsniveau |
|  | Band met familie hebben | 6.26 6.28 | Omstandigheden voor een ontmoeting op zielsniveau |
|  | Band met zorgvrager hebben | 2.56 8.37 8.40 9.42 9.43 10.54 11.23 12.17 14.33 | Omstandigheden voor een ontmoeting op zielsniveau |
|  | Begeleiden | 11.61 | Omstandigheden voor een ontmoeting op zielsniveau |
|  | Beide partijen vertellen wat over zichzelf | 4.1 | Omstandigheden voor een ontmoeting op zielsniveau |
|  | Dichtbij zorgvrager staan | 6.1 6.24 14.37 | Omstandigheden voor een ontmoeting op zielsniveau |
|  | Dieper contact | 2.4 10.5 13.4 13.10 13.35 14.94 | Omstandigheden voor een ontmoeting op zielsniveau |
|  | Door begrip opener | 4.44 | Omstandigheden voor een ontmoeting op zielsniveau |
|  | Door korte opname minder snel ontmoeting | 5.4 9.44 | Omstandigheden voor een ontmoeting op zielsniveau |
|  | Durf nodig voor ontmoeting | 13.14 | Omstandigheden voor een ontmoeting op zielsniveau |
|  | Er zijn | 2.12 2.13 2.14 2.55 3.10 3.46 4.2 4.12 5.5 5.50 5.52 10.83 12.27 12.45 14.64 14.83 14.88 13.29 13.37 13.61 14.98 14.99 | Omstandigheden voor een ontmoeting op zielsniveau |
| *Verplegen met je hart en met je hoofd: duel of duet?* Pagina 62 van 69 | Geen trucje | 3.9 5.53 | Omstandigheden voor een ontmoeting op zielsniveau |
|  | Geen zin hebben | 1.30 12.51 | Omstandigheden voor een ontmoeting op zielsniveau |
|  | Geleid door God | 5.47 13.59 | Omstandigheden voor een ontmoeting op zielsniveau |
|  | Geloofsovertuiging | 2.1 7.45 10.13 10.14 13.60 13.63 | Omstandigheden voor een ontmoeting op zielsniveau |
|  | Gezamenlijk doel | 4.35 4.37 10.53 13.64 | Omstandigheden voor een ontmoeting op zielsniveau |
|  | Goed contact hebben | 3.36 | Omstandigheden voor een ontmoeting op zielsniveau |
|  | Handeling en gesprek combineren | 2.22 2.39 8.22 10.75 11.46 | Omstandigheden voor een ontmoeting op zielsniveau |
|  | Humor | 1.6 7.21 9.27 9.31 | Omstandigheden voor een ontmoeting op zielsniveau |
|  | Interesse in persoon en niet alleen in handeling | 1.19 2.2 2.12 9.3 11.55 14.3 14.7 | Omstandigheden voor een ontmoeting op zielsniveau |
|  | Investeren in de ander | 1.13 1.24 11.17 13.73 14.93 | Omstandigheden voor een ontmoeting op zielsniveau |
|  | Investeren in emotionele kant | 1.28 | Omstandigheden voor een ontmoeting op zielsniveau |
|  | Kleine dingen doen | 2.19 3.19 12.61 12.63 12.64 | Omstandigheden voor een ontmoeting op zielsniveau |
|  | Klik | 1.22 3.22 3.24 3.83 4.38 5.36 7.40 7.47 12.35 12.36 12.40 12.44 13.45 13.46 13.48 13.49 13.79 14.85 14.89 14.90 | Omstandigheden voor een ontmoeting op zielsniveau |
|  | Levensvragen | 5.46 | Omstandigheden voor een ontmoeting op zielsniveau |
|  | Lotgenotencontact | 8.8 | Omstandigheden voor een ontmoeting op zielsniveau |
|  | Luisterend oor | 3.11 4.2 8.36 | Omstandigheden voor een ontmoeting op zielsniveau |
|  | Naar gevoel luisteren | 3.70 3.71 | Omstandigheden voor een ontmoeting op zielsniveau |
| *Afstudeeronderzoek HBO-Verpleegkunde 2010* Pagina 63 van 69 | Niet op drukke zaal | 3.16 | Omstandigheden voor een ontmoeting op zielsniveau |
|  | Omgang met elkaar | 13.2 | Omstandigheden voor een ontmoeting op zielsniveau |
|  | Ontmoeting aangaan geen bewuste keuze | 5.49 | Omstandigheden voor een ontmoeting op zielsniveau |
|  | Oog contact | 3.20 13.22 | Omstandigheden voor een ontmoeting op zielsniveau |
|  | Op gemak voelen | 9.16 12.77 | Omstandigheden voor een ontmoeting op zielsniveau |
|  | Zorgvrager begint zelf of niet | 2.28 2.30 6.21 | Omstandigheden voor een ontmoeting op zielsniveau |
|  | Zorgvrager geeft grenzen aan | 5.51 12.28 12.29 | Omstandigheden voor een ontmoeting op zielsniveau |
|  | Zorgvrager in andere rol | 5.85 | Omstandigheden voor een ontmoeting op zielsniveau |
|  | Zorgvrager mondiger | 5.35 | Omstandigheden voor een ontmoeting op zielsniveau |
|  | Persoonlijk | 2.1 5.48 | Omstandigheden voor een ontmoeting op zielsniveau |
|  | Privacy | 7.4 7.33 | Omstandigheden voor een ontmoeting op zielsniveau |
|  | Privé zorgvrager in beeld krijgen | 3.4 4.14 4.15 5.16 11.26 11.27 11.47 | Omstandigheden voor een ontmoeting op zielsniveau |
|  | Proactief handelen | 11.71 | Omstandigheden voor een ontmoeting op zielsniveau |
|  | Psychische welbevinden | 10.15 10.18 | Omstandigheden voor een ontmoeting op zielsniveau |
|  | Stress niet bevorderlijk | 3.17 3.53 4.27 13.24 14.77 | Omstandigheden voor een ontmoeting op zielsniveau |
|  | Tijdens werk verbonden | 8.25 8.26 8.28 | Omstandigheden voor een ontmoeting op zielsniveau |
|  | Uit vertrouwde omgeving weg | 5.6 5.7 5.56 9.14 | Omstandigheden voor een ontmoeting op zielsniveau |
|  | Weten wat ze aan je hebben | 9.41 | Omstandigheden voor een ontmoeting op zielsniveau |
| *Verplegen met je hart en met je hoofd: duel of duet?* Pagina 64 van 69 | Zich uiten | 7.49 | Omstandigheden voor een ontmoeting op zielsniveau |
|  | Zitten | 4.17 4.19 4.20 4.23 5.56 11.41 12.10 12.11 12.65 13.22 14.45 14.52 14.61 14.64 | Omstandigheden voor een ontmoeting op zielsniveau |
|  | Afleiden | 1.25 | Resultaten ontmoeting op zielsniveau |
|  | Band creëren | 3.35 | Resultaten ontmoeting op zielsniveau |
|  | Blij gevoel | 1.30 | Resultaten ontmoeting op zielsniveau |
|  | Dankbaarheid | 2.16 3.37 7.25 11.35 | Resultaten ontmoeting op zielsniveau |
|  | Duidelijkheid | 2.62 | Resultaten ontmoeting op zielsniveau |
|  | Emoties kunnen tonen | 1.35 2.30 7.23 8.13 11.37 | Resultaten ontmoeting op zielsniveau |
|  | Erkenning | 13.44 | Resultaten ontmoeting op zielsniveau |
|  | Geeft ontspanning | 9.33 | Resultaten ontmoeting op zielsniveau |
|  | Gevoel kwijt kunnen | 10.12 | Resultaten ontmoeting op zielsniveau |
|  | Goed gevoel | 1.29 2.41 3.52 4.31 4.34 5.42 11.38 13.75 14.2 14.15 | Resultaten ontmoeting op zielsniveau |
|  | Heeft meerwaarde | 7.57 7.61 | Resultaten ontmoeting op zielsniveau |
|  | Iets betekenen voor zorgvrager | 1.53 2.34 2.38 13.68 14.79 14.96 | Resultaten ontmoeting op zielsniveau |
|  | Iets losmaken | 14.60 | Resultaten ontmoeting op zielsniveau |
|  | Zorgvrager laten lachen | 1.23 | Resultaten ontmoeting op zielsniveau |
|  | Zorgvrager ontlasten | 4.32 | Resultaten ontmoeting op zielsniveau |
|  | Positieve reactie | 5.43 | Resultaten ontmoeting op zielsniveau  *Afstudeeronderzoek HBO-Verpleegkunde 2010* Pagina 65 van 69 |
|  | Prettig gevoel | 10.72 12.57 | Resultaten ontmoeting op zielsniveau |
|  | Tevredenheid | 2.60 | Resultaten ontmoeting op zielsniveau |
|  | Troost bieden | 3.34 | Resultaten ontmoeting op zielsniveau |
|  | Van hart tot hart | 3.1 | Resultaten ontmoeting op zielsniveau |
|  | Verbonden uit eerder contact | 3.47 10.63 14.80 | Resultaten ontmoeting op zielsniveau |
|  | Voldoening | 2.15 7.39 14.82 | Resultaten ontmoeting op zielsniveau |
|  | Tijd investeren | 1.11 1.16 6.35 7.30 | Tijd investeren in zorgvrager |
|  | Delegeren | 12.66 12.69 | Tijd maken voor zorgvrager |
|  | Geen tijd/weinig tijd | 2.31 2.43 2.52 2.53 3.27 7.6 7.27 7.28 9.28 10.37 10.38 10.39 10.49 10.50 11.43 12.22 13.15 14.26 14.49 | Tijd maken voor zorgvrager |
|  | Tijd maken | 1.28 2.6 2.59 3.33 6.30 10.40 10.48 12.24 12.25 12.67 12.68 14.42 | Tijd maken voor zorgvrager |
|  | Tijd | 2.5 2.18 13.17 | Tijd nemen voor zorgvrager |
|  | Tijd hebben | 1.27 2.23 3.28 6.34 7.26 12.21 13.21 14.29 14.40 14.64 | Tijd nemen voor zorgvrager |
|  | Tijd nemen | 2.24 2.48 2.50 2.54 2.61 4.22 7.29 7.38 7.62 7.63 8.20 8.31 8.32 10.66 10.73 11.18 11.20 11.22 11.24 11.42 11.57 11.74 11.75 13.20 13.72 14.43 | Tijd nemen voor zorgvrager |
|  | ’s avonds | 7.32 7.34 10.34 10.35 12.105 | Tijdstip ontmoeting op zielsniveau |
|  | ’s nachts | 3.32 6.22 6.27 7.35 7.36 10.36 12.14 13.23 13.26 13.27 13.28 14.24 14.25 14.27 14.57 | Tijdstip ontmoeting op zielsniveau |
|  | Begin van dienst | 11.44 | Tijdstip ontmoeting op zielsniveau  *Verplegen met je hart en met je hoofd: duel of duet?* Pagina 66 van 69 |
|  | Bij drukte niet | 6.27 7.32 8.33 | Tijdstip ontmoeting op zielsniveau |
|  | Kan hele dag | 6.20 | Tijdstip ontmoeting op zielsniveau |
|  | Meerdere momenten | 2.20 2.21 2.32 12.13 12.16 14.22 3.26 | Tijdstip ontmoeting op zielsniveau |
|  | Tijdens zorg | 1.17 2.17 2.28 3.18 3.29 6.23 8.16 8.17 8.19 10.67 11.21 14.23 | Tijdstip ontmoeting op zielsniveau |
|  | Tussendoor | 2.51 3.29 8.18 10.23 10.59 10.69 12.70 13.8 13.16 | Tijdstip ontmoeting op zielsniveau |
|  | Echtheid | 5.65 | Vertrouwen |
|  | Geborgenheid | 9.36 | Vertrouwen |
|  | Opname verzachten | 1.31 | Vertrouwen |
|  | Toevertrouwen, in vertrouwen nemen | 1.9 12.41 12.43 | Vertrouwen |
|  | Veilig (en vertrouwd) voelen | 1.33 1.54 1.55 3.49 3.50 5.33 10.16 10.70 10.77 10.78 | Vertrouwen |
|  | Veilig gevoel geven | 7.43 | Vertrouwen |
|  | Vertrouwd voelen | 1.55 | Vertrouwen |
|  | Vertrouwelijk | 14.39 14.81 | Vertrouwen |
|  | Vertrouwen | 5.38 5.62 10.57 10.58 14034 | Vertrouwen |
|  | Vertrouwen krijgen/hebben | 1.16 1.32 2.63 3.51 4.55 9.35 10.11 10.17 10.47 10.52 13.70 | Vertrouwen |
|  | Vertrouwen uitstralen | 1.2 5.41 5.68 7.44 9.37 13.71 | Vertrouwen |
|  | Vertrouwen waarmaken | 5.63 5.68 5.70 | Vertrouwen |
|  | Vertrouwensband | 9.45 9.56 13.69 14.92 12.18 10.51 | Vertrouwen |
|  | Vertrouwensbasis | 1.57 3.48 12.42 | Vertrouwen |
|  | Wederzijds respect | 12.47 | Vertrouwen |
|  | Aandacht voor zorgvrager | 8.52 | Werkhouding |
|  | Afwisseling van werk | 7.54 | Werkhouding |
|  | Andere disciplines inschakelen | 5.79 14.65 14.78 | Werkhouding |
|  | Bereidt fouten te erkennen | 5.81 | Werkhouding |
|  | Betrokken | 6.1 14.66 | Werkhouding |
|  | Creatief zijn | 6.29 | Werkhouding |
| *Afstudeeronderzoek HBO-Verpleegkunde 2010* Pagina 67 van 69 | Deskundig/vakkundig | 7.51 | Werkhouding |
|  | Doen waar je voor staat | 5.64 5.83 | Werkhouding |
|  | Eerlijk | 5.80 9.61 10.71 | Werkhouding |
|  | Ervaren | 7.51 12.56 | Werkhouding |
|  | Gemotiveerd zijn/motivatie | 1.51 1.52 3.77 3.78 3.79 3.80 3.81 4.58 5.9 5.12 5.39 6.47 9.60 9.69 9.71 11.76 11.77 11.79 11.80 11.81 11.82 11.83 12.26 | Werkhouding |
|  | Gestructureerd | 8.51 8.52 8.54 | Werkhouding |
|  | Gevoelig | 3.39 7.52 7.37 | Werkhouding |
|  | Goede zorg leveren | 9.58 9.64 10.102 11.51 11.52 11.56 11.78 11.84 14.101 | Werkhouding |
|  | Jezelf zijn | 9.51 9.61 | Werkhouding |
|  | Kritisch zijn | 9.63 9.65 11.82 | Werkhouding |
|  | Kwetsbaar op durven stellen | 3.65 10.101 | Werkhouding |
|  | Observeren | 6.39 | Werkhouding |
|  | Open houding | 6.36 10.71 11.82 12.34 14.35 | Werkhouding |
|  | Overzicht hebben | 5.78 8.56 | Werkhouding |
|  | Zorgvrager gericht | 10.88 11.1 11.72 11.85 12.52 12.53 12.55 13.85 13.86 13.87 | Werkhouding |
|  | Perfectionistisch | 5.76 | Werkhouding |
|  | Rust uitstralen | 5.82 5.84 | Werkhouding |
|  | Serieuze kant en niet-serieuze kant | 9.65 9.68 | Werkhouding |
|  | Situatie inschatten | 6.37 8.53 8.55 10.84 | Werkhouding |
|  | Team om je heen | 5.44 6.54 6.55 13.81 | Werkhouding |
|  | Uitdagend | 5.26 6.48 | Werkhouding |
|  | Verantwoordelijkheid nemen | 13.83 | Werkhouding |
|  | Vertrouwen geven | 5.77 7.51 | Werkhouding |

**Bijlage 5** Overzicht Respondenten

***5.1 Overzicht achtergrond respondenten***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Opleiding** | VIG (n3) en MBO-V (BBL) | MBO-V (BBL) | Inservice opleiding en HBO-V | MBO-V en HBO-V | Inservice opleiding | Inservice opleiding | HBO-V | MBO-V (BOL) | HBO-V | Inservice opleiding | HBO-V | Inservice opleiding | HBO-V en post-HBO specialisatie oncologie | MBO-V en HBO-V |
| **Afdeling** | Niet-chirurgisch | Chirurgisch | Niet-chirurgisch | Niet-chirurgisch | Niet-chirurgisch | Niet-chirurgisch | Niet-chirurgisch | Chirurgisch | Niet-chirurgisch | Chirurgisch | Niet-chirurgisch | Niet-chirurgisch | Chirurgisch | Niet-chirurgisch |
| **Levensovertuiging** | Christen, Evangelische gemeente | Christen, PKN | Christen, Oecumenische gemeente | Christen, Baptisten gemeente | Christen, PKN | Christen, PKN | Christen, Nederlands Gereformeerd | Christen, Hersteld Hervormde Kerk | Christen, Vrijgemaakt Gereformeerd | Christen, PKN | Christen, Gereformeerd gemeente | Christen, Nederlands Hervormd | Christen, Hersteld Hervormde Kerk | Christen, Gereformeerde gemeente |
| **Geslacht** | Vrouw | Vrouw | Vrouw | Vrouw | Vrouw | Vrouw | Vrouw | Vrouw | Vrouw | Vrouw | Vrouw | Vrouw | Vrouw | Vrouw |
| **Leeftijd** | 20-25 | 20-25 | 41-45 | 26-30 | 46-50 | 51-< | 31-35 | 20-25 | 20-25 | 31-35 | 20-25 | 51-< | 26-30 | 41-45 |
| **Interview** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |

***5.2 Achtergrond respondenten in diagram***

Hieronder staan een viertal diagrammen die schematisch de achtergrond van de geïnterviewde verpleegkundigen weergeven. Er zijn in totaal veertien interviews gehouden. Alle verpleegkundigen zijn vrouw en hebben een christelijke levensovertuiging. Daarom zijn deze twee punten niet weergegeven in een diagram.

1. Baart, A., Grypdonck, M. (2008), *Verpleegkunde en presentie,* Den Haag: uitgeverij LEMMA, blz. 22 [↑](#footnote-ref-1)
2. Van Heijst (2006) *Menslievende zorg*, Kampen: uitgeverij Klement [↑](#footnote-ref-2)