De frequentie van betekenis

Relationele afstemming in de zorg voor ouderen

Een zorgethisch responsief onderzoek naar de ervaringen en perspectieven van bewoners en zorgverleners van woongroep Rozemarijn, Accolade Zorg

Accolade Zorg
met elkaar

UVH
UNIVERSITEIT
VOOR
HUMANISTIEK

De frequentie van betekenis

Relationele afstemming in de zorg voor ouderen: een zorgethisch responsief onderzoek naar de ervaringen en perspectieven van bewoners en zorgverleners van woongroep Rozemarijn, Accolade Zorg

Johanneke van der Bijl (1006835)
johannekevdbijl@gmail.com

Master Zorgethiek en Beleid
Universiteit voor Humanistiek
1e begeleider : dr. I. van Nistelrooij
2e begeleider : dr. M. Visse
Examinator: Prof. dr. C. Leget
juni 2017

Voorwoord

"Man is this plural and collective unity in which the unity of destination
and the differences of destinies are to be understood through each other."
- Ricoeur (1986, p. 138) -

Deze thesis gaat in op de betekenis van goede zorg voor bewoners en zorgverleners en het afstemmen op de ander. Mensen zijn uniek en onvergelijkelijk en verschillen daarmee in hun perspectief op een goed leven en op goede zorg. De betrokkenen in de zorgpraktijk vertegenwoordigen een eigen frequentie. Het vinden van een zelfde golflengte is gaat niet vanzelfsprekend goed. In mijn werk als zorgverlener bemerk ik hoe moeilijk het is om de verscheidenheid van waarden en betekenissen te (h)erkennen en verwoorden. Voor veel zorgverleners is dit heel herkenbaar, zij ervaren het ontrafelen van betekenissen als een complex zoekproces. Zoals het citaat van Ricoeur weergeeft, kunnen we vanuit de verbondenheid met elkaar tot begrip komen van zowel verschillen als gezamenlijke betekenissen.

Met dit onderzoek heb ik beoogd om betekenissen die besloten liggen in de verhalen van bewoners en zorgverleners inzichtelijk te maken. Ik ontdekte dat nieuwe kennis ontstaat door het gezamenlijk vertellen, interpreteren en begrijpen van deze verhalen. Dat betekent dat juist in het zoeken zelf ruimte ontstaat voor afstemming. In een zorgpraktijk die zich kenmerkt door spanningen, onzekerheid en tekorten benadrukt dit het belang, in verbondenheid met elkaar te zoeken naar de betekenis van goede zorg.

Ik bedank iedereen die mij heeft geholpen bij het onderzoek. Bewoners en zorgverleners van de Rozemarijn dank ik voor de waardevolle ontmoetingen en het vertrouwen waarmee zij hun ervaringen deelden. Merel Visse, dank ik voor haar hulp bij de methodische uitwerking en onderbouwing van mijn onderzoek. Jouw kennis en werk over responsief onderzoek hebben mij steeds weer aan het denken gezet over een dialogisch verstaan van goede zorg. Bovenal bedank ik Inge van Nistelrooij voor de fijne samenwerking en begeleiding. Jouw kennis en kritische feedback hebben zowel de inhoud van mijn thesis als mijn werkproces bevordert en verrijkt. Mijn lieve familie en vrienden bedank ik voor hun goede zorgen tijdens mijn studie en afstuderen. Fijn dat ik zowel struggles als interessante bevindingen met jullie kon delen.

Johanneke van der Bijl

Utrecht, 1 juni 2017

Samenvatting

Aanleiding: Goede verpleeghuiszorg ontstaat niet vanuit algemene en abstracte kwaliteitsrichtlijnen, maar in dialoog tussen bewoners, hun naasten en zorgverleners. Accolade Zorg stelt zich met deze visie tot doel aansluiting te zoeken bij wat voor bewoners van betekenis is voor een goed leven en voor goede zorg. Hoewel de betekenisgeving van bewoners centraal staat, doet het er ook toe wat van betekenis is voor naasten en zorgverleners. Deze verscheidenheid aan perspectieven maakt het afstemmen van zorg tot een meerduidig en spanningsvol proces. Een normatief kader gebaseerd op het principe van eigen regie omvat deze complexiteit onvoldoende. Het begrip relationele afstemming - afkomstig uit de zorgethische theorie - geeft het afstemmen weer als een relationeel, dynamisch en iteratief proces en sluit daarmee beter aan bij de ervaren zorgwerkelijkheid van de betrokkenen. Onder zorgverleners van woongroep Rozemarijn leeft de behoefte om een wederzijds begrip van relationele afstemming te vergroten, maar ontbreekt het momenteel aan een methode die hun gezamenlijk leren ondersteunt.

Doel: Met dit onderzoek is getracht zowel het inhoudelijk begrip van relationele afstemming te vergroten als een start te maken met de methode Responsieve Evaluatie ter ondersteuning van het gezamenlijke leerproces van de betrokkenen over relationele afstemming. Met behulp van Responsieve Evaluatie is inzichtelijk gemaakt wat voor de betrokken bewoners en zorgverleners van betekenis is voor het nastreven en ondersteunen van relationele afstemming.

Bevindingen en aanbevelingen: Gebaseerd op de observaties en interviews met vier bewoners en drie zorgverleners zijn vier kerndimensies van relationele afstemming gevonden: in relatie staan (1), een open zoekproces (2), dialogisch afstemmen (3) en wordingsproces (4). De dimensies geven weer dat betekenissen geen individueel begrip vormen, maar ontstaan en tot uitdrukking komen vanuit een gezamenlijke expressie binnen de zorgpraktijk. Het (h)erkennen van en aansluiten bij betekenissen vormt een interpretatief en experimenteel proces waarin zich verschillen, spanningen en conflicten voordoen. Dit onderzoek toont het belang van ruimte voor verschillen en een gezamenlijke zoeken naar wat van betekenis is voor goede zorg. Wanneer door tekorten aan tijd en rust of door onmacht en onbegrip hieraan geen ruimte wordt gegeven, blijven bewoners in hun eigenheid on(h)erkend. Het verdient daarom aanbeveling op organisatieniveau ruimte en ondersteuning te geven aan (zorg)relaties en de betekenisvolle wederkerigheid die daarbinnen wordt gesticht. Tevens is van belang dat zorgverleners zich bewust zijn van hun eigen interpreteren en van de begrensdheid van hun kennis inzake het 'goed' van bewoners. Responsieve Evaluatie is ondersteunend gebleken aan het expliciteren en gezamenlijk duiden van verschillende ervaringen en perspectieven. Daaruit zijn in dialoog met de betrokkenen nieuwe kennis, inzichten en acties ontstaan. Relationele afstemming vraagt om beraad en reflectie zodat in de hectiek van het dagelijks werk meer ruimte ontstaat om de verschillende ervaringen en perspectieven gezamenlijk te verkennen, te delen, interpreteren en begrijpen.

Begrippen

Bewoner. Degene, die door een ziekte of beperking zorg en ondersteuning ontvangt van professionele zorgverleners binnen de woonomgeving van het verpleeghuis.

Dialoog. Een gesprek dat door betrokkenen gezamenlijk vormgeven wordt door op elkaar te reageren en vragen en antwoorden op elkaar af te stemmen. Het doel is nieuwe gezichtspunten te ontdekken, samen te leren en veranderen (Abma & Widdershoven, 2006; Heijst, 2005).

Relationele afstemming. Het voortdurende streven van zorgverleners naar herkenning van en aansluitinen bij wat van betekenis is voor unieke verpleeghuisbewoners, waarbij zorgverleners ook afstemmen op zichzelf (Baart, Grypdonck, & Prins, 2015; Van Heijst, 2005).

Perspectieven en ervaringen. Het perspectief betreft de (morele) overtuigingen en uitgangspunten van waaruit iemand situaties ervaart. Het vertrekpunt van het onderzoeken en interpreteren van perspectieven betreft de ervaring. Niet alleen gedachten of gevoelens, maar de hele ervaringswereld staat centraal. Daarom wordt ook wel gesproken van geleefde ervaringen. Perspectieven en ervaringen vormen het startpunt van de dialoog om tot een beter of hernieuwd begrip van de situatie te komen (Van der Scheer, 2014).

Zorgethiek. Een interdisciplinaire benadering van de 'ethiek van het zorgen' gegrond in de *care ethics* (Vakgroep Zorgethiek, 2015). Waarbij relevante theoretische concepten en empirisch onderzoek samen een zorgethisch perspectief vormen van waaruit naar geleefde ervaringen, zorgpraktijken en ordeningen in de samenleving gekeken wordt (Visse, Abma, & Widdershoven, 2015).

Zorgverlener. Degene die professionele zorg verleent aan bewoners van de woongroep. Binnen de context van dit onderzoek zijn dat verpleegkundigen en verzorgenden.

Inhoudsopgave

Voorwoord iii

Samenvatting iii

Begrippen v

Hoofdstuk 1 Inleiding **8**

1.1 Aanleiding: afstemmen in de driehoeksrelatie 8
1.2 Contextbeschrijving: waardige verpleeghuiszorg 8
1.2.1 Kwaliteitsverbetering in de verpleeghuiszorg 9
1.2.2 Streven naar waardigheid in termen van gelijkheid 9
1.2.3 Een marktgerichte zorgbenadering 10
1.2.4 Een menslievende benadering van zorg 10
1.3 Zorgethisch onderzoeksperspectief 11

Hoofdstuk 2 Probleemstelling en onderzoeksvraag **13**

2.1 Probleemstelling 13
2.2 Doelstelling 14
2.3 Onderzoeksvraag 14
2.4 Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie 15

Hoofdstuk 3 Methode: Responsieve Evaluatie **16**

3.1 Responsieve Evaluatie 16
3.2 Onderzoekseenheid 18
3.3 Data-analyse 18
3.4 Sensitizing concepts 20
3.5 Ethische overwegingen 20

Hoofdstuk 4 Theoretisch kader: conceptuele verkenning van relationele afstemming **21**

4.1 De zorgbetrekking als kader voor het afstemmen 21
4.2 Relationele afstemming: een morele en sociale praktijk 22
4.3 Bewoners erkennen als unieke mensen 22
4.4 In relatie staan 23
4.5 Dialogisch afstemmen 23
4.6 Zelfafstemming 24
4.7 Conclusie 25

Hoofdstuk 5 Bevindingen: perspectieven op relationele afstemming **26**

5.1 Inleiding: kerndimensies van relationele afstemming 26
5.2 Ervaringen en perspectieven van bewoners 27
5.2.1 Begrensd zijn 27
5.2.2 Betekenis hervinden 27
5.2.3 Van betekenis voor het afstemmen 28
5.2.4 Onbegrip en onmacht 29
5.2.5 Conclusie: de ervaringen en perspectieven van bewoners 30
5.3 Ervaringen en perspectieven van zorgverleners 31
5.3.1 Afstemmen in de zorgrelatie 31

5.3.2 Aandacht voor unieke bewoners 31
5.3.3 Afstemmen als zoekproces 32
5.3.4 Dialogisch afstemmen 33
5.3.5 Gedeelde verantwoordelijkheid en gezamenlijk leren 34
5.3.6 Conclusie: de ervaringen en perspectieven van zorgverleners 35
5.4 Gedeeld begrip en spanningen 35
5.4.1 Gedeeld begrip 35
5.4.2 Spanningsvelden 36
5.4.3 Conclusie: leren van ervaringen en perspectieven 36
5.5 Responsieve Evaluatie als leermethode 37
5.5.1 Responsieve Evaluatie en leren 37
5.5.2 Responsieve evaluatie en relationele afstemming 38

Hoofdstuk 6 Discussie en conclusie 39

6.1 Discussie : ruimte geven aan relationele afstemming 39
6.1.1 In relatie staan 39
6.1.2 Een open zoekproces 40
6.1.3 Dialogisch afstemmen 42
6.1.4 Een wordingsproces 43
6.2 Zorgethische reflectie 43
6.3 Conclusie en aanbevelingen 46

Hoofdstuk 7 Kwaliteit van het onderzoek 49

7.1 Dataverzameling 49
7.2 Betrouwbaarheid 49
7.3 Overdraagbaarheid 50
7.4 Openheid en diversiteit 51

Literatuur 52

Bijlagen 55

Hoofdstuk 1
Inleiding

1.1 Aanleiding: afstemmen in de driehoeksrelatie

Accolade zet zich in voor ouderenzorg die relationeel gericht is. Goede zorg, zo is de achterliggende visie, ontstaat in dialoog binnen de driehoeksrelatie tussen bewoner, het netwerk en de zorgverlener (Molema, 2016a). Daar wordt zorg afgestemd op wat van betekenis is voor de kwaliteit van leven van bewoners (Molema, 2016a). Het is van belang om te zien dat dit afstemmen een voortdurende wisselwerking betreft tussen de betrokkenen. Hoewel de betekenisgeving van de bewoner centraal staat, doet het er ook toe wat van betekenis is voor de naasten en zorgverleners. Daarbij komt dat het afstemmen niet ophoudt bij het uitvoeren of vastleggen van zorg, maar onophoudelijk doorloopt in de tijd. Om dit proces goed weer te geven en centraal te stellen binnen dit onderzoek spreek ik van relationele afstemming: “Het voortdurende streven van zorgverleners naar herkenning van en aansluiten bij wat van betekenis is voor unieke verpleeghuisbewoners, waarbij zorgverleners ook afstemmen op zichzelf ” (Baart et al., 2015; Van Heijst, 2005). Om aan het afstemmen van zorg verdieping en uitwerking te geven, startte Accolade in 2015 het leer- en verbeterproject ‘Cliënt in regie & netwerkparticipatie’. Hoewel de focus daarin ligt op veranderingen in het primaire zorgproces, is een leerproces tot doel gesteld tussen alle betrokkenen: van bewoners tot bestuurders (Molema, 2016b). In dit onderzoek wordt met behulp van Responsieve Evaluatie gezocht naar een methode om het leren van de betrokkenen over relationele afstemming te ondersteunen. Daarvoor wordt specifiek aansluiting gezocht bij de perspectieven en ervaringen van bewoners en zorgverleners van woongroep Rozemarijn.

1.2 Contextbeschrijving: waardige verpleeghuiszorg

Relationele afstemming beperkt zich niet tot de wisselwerking binnen de driehoeksrelatie, maar staat in een bredere sociale, politieke en maatschappelijke context van zorg. In dit hoofdstuk verken ik enkele centrale denkbeelden uit het kwaliteitsdiscours van de verpleeghuiszorg en verbind deze met een zorgethisch perspectief op goede zorg. Daarmee ontstaat meer inzicht in de wijze waarop relationele afstemming binnen de huidige verpleeghuiszorg betekenis en vorm krijgt.

1.2.1 Kwaliteitsverbetering in de verpleeghuiszorg

De afgelopen decennia volgde een reeks kwaliteitsbenaderingen elkaar op waaronder de belevingsgerichte, vraag-gestuurde en cliëntgerichte zorg (Goossensen & Baart, 2011). Deze benaderingen hebben met elkaar gemeen dat zij de zorgrelatie willen omvormen tot een gelijkwaardige verhouding tussen verpleeghuisbewoners en zorgverleners (Van Heijst, 2005; Schumacher & Smittenberg, 2014). Lange tijd werd zorg verleend naar goeddunken van de zorgprofessionals en gestuurd door systemen van zorginstituties. Zorgverleners waren niet verplicht om verpleeghuisbewoners en hun naasten te informeren en betrekken in het zorgproces (Schumacher & Smittenberg, 2014). Deze zorghouding brengt onnodige en vernederende afhankelijkheid teweeg en leidt tot gevoelens van onmacht bij zorgontvangers en hun naasten (Van Heijst, 2005). Aan die ongelijkwaardigheid moet tegenwicht geboden worden. Het landelijke kwaliteitsplan voor de verpleeghuiszorg 'Waardigheid en trots' stelt verpleeghuizen dan ook de eis, kwaliteit van leven meer centraal te stellen en meer ruimte vrij te maken voor de individuele wensen en mogelijkheden van bewoners (TK, 2015). Een van de managers beschrijft de denkomslag die daarvoor binnen Accolade gemaakt is als volgt:

> "Mensen komen hier de draaideur door, dan komen de systeemwereld en iemands leefwereld samen. Wij legden de systeemwereld op aan de leefwereld, want: 'Dat is goed voor u, u bent erg ziek en heeft allemaal problemen, daar gaan wij bij helpen.' Nu zeggen we: 'U leeft uw leven als burger, u komt hier binnen en u bent nog steeds burger. U mag doen wat u voor die tijd ook deed. In plaats van onze systeemwereld op te leggen aan cliënten en hun leefwereld te veranderen, vergt dat verandering van onze systeemwereld." (manager Accolade)

Door bewoners en hun naasten meer regie en zeggenschap te geven over het zorgproces beoogt Accolade ruimte te maken voor individuele keuzevrijheid en zeggenschap van bewoners (Molema, 2016a; 2016b). Begrippen die zowel in de literatuur als praktijk veelvuldig aan deze kwaliteitsopvatting gekoppeld worden, zijn: autonomie, zelfstandigheid, zelfredzaamheid en zelfbeschikking (Heck & Stoop, 2009). Het gaat om een persoonsgerichte en geïndividualiseerde benadering van zorg, waarbij de eigen wil en vermogens van bewoners centraal staan. Deze zorgbenadering hangt nauw samen met veranderende maatschappelijke denkbeelden over ziekte en gezondheid (Schumacher & Smittenberg, 2014; Sprundel, 2011).

1.2.2 Streven naar waardigheid in termen van gelijkheid

In de huidige definitie wordt gezondheid niet langer beschouwd als de afwezigheid van ziekte en beperkingen, maar als het vermogen van mensen om zich aan te passen en eigen regie te voeren te midden van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven (Huber et al., 2014). Goede zorg behoort vanuit dit perspectief erop gericht te zijn de zelfregie en zelfredzaamheid van verpleeghuisbewoners te bevorderen (Schumacher & Smittenberg, 2014). Het centraal stellen en waarborgen van de individuele (keuze)vrijheid leidde tot emancipatie van mensen die zorgafhankelijk zijn (Van Heijst, 2005, p. 234). Toch kent dit streven ook een keerzijde: binnen het huidige kwaliteitsdiscours is de nadruk eenzijdig komen te liggen op waardigheid in termen van 'gelijkheid' (Van Heijst, 2005).

Het gelijkheidsdenken is onder meer terug te zien in het beeld van verpleeghuisbewoners als 'gewone burgers' die recht hebben op autonomie en de plicht om zo zelfstandig mogelijk te leven (Huber et al., 2014). Vanuit dit perspectief bezien, betekent een goed en gelukt leven: gelijk mensen zonder gezondheidsproblemen over je eigen leven kunnen beschikken (Huber et al., 2014; Schumacher & Smittenberg, 2014). Daarmee wordt aan goede zorg eenzijdig betekenis gegeven vanuit de waarden zelfbeschikking en autonomie en dreigt de bestaande ongelijke afhankelijkheid en kwetsbaarheid tussen mensen buiten beeld te raken (Van Heijst, 2005) .

1.2.3 Een marktgerichte zorgbenadering

Een marktgerichte zorgbenadering onderstreep eveneens het gelijkheidsideaal. Zorg wordt binnen dit paradigma opgevat als een product, de zorgrelatie als een contractuele overeenkomst tussen twee gelijke partijen: van zorgvrager en aanbieder (Van Heijst, 2000; Mol, 2006). Het stijgen van de zorgkosten vraagt om verantwoord gebruik van schaarse middelen en procesbeheersing (Van Schumacher & Smittenberg, 2014; TK, 2015). De keerzijde hiervan is dat zorg eenzijdig betekenis krijgt in termen van effectiviteit en efficiëntie. De zorgethica Van Heijst (2005) stelt dat dit binnen het huidige kwaliteitsdenken heeft geleid tot een overwaardering van de uitkomsten en effecten en onderwaardering van zorg als betekenisvolle activiteit in zichzelf. Waar iets op te lossen of te verbeteren valt betreft een doelgerichte interventie de goede aanpak, maar zorgverleners weten zich ook geconfronteerd met veel 'onverhelpbaar' leed. Vanuit zorgethisch perspectief is zorgen daarom in de eerste plaats 'present' zijn: de ander in diens nood bijstaan en niet alleen laten (Baart, 2004; Van Heijst, 2005).

1.2.4 Een menslievende benadering van zorg

Een marktgerichte benadering maakt zorgverrichtingen teveel los van de zorgbetrekking of vat deze overwegend instrumenteel op (Van Heijst, 2005). Daarnaast stelt Van Heijst (2005, p. 235) dat het gelijkheidsideaal de reële ongelijke afhankelijkheid tussen bewoners en zorgverleners verhult en daarmee slechts valse gelijkheid schept. Er is daarom behoefte aan een perspectief op zorg waarbij ongelijke behoeftigheid en afhankelijkheid mogen bestaan zonder dat dit leidt tot verlies van de (even)waardigheid van zorgontvangers (Van Heijst, 2005). Dit perspectief werkt Van Heijst uit in haar centrale werk 'Menslievende zorg '[1]. Zij pleit daarin voor het herstel van de zorgrelatie als een medemenselijke verbintenis: door als zorgverlener een medemens te zijn kan de bewoner ook medemens worden. Wat telt is de verbondenheid zelf en niet wat die effectief oplevert. Van Heijst (2005, p. 66) stelt dan ook de betrekking centraal in haar omschrijving van zorg als: "Een manier van doen in op unieke mensen afgestemde betrekkingen, waarbij de zorgdrager ook afstemt op zichzelf."

[1] Met de term menslievendheid verwijst Van Heijst (2005, p. 9) naar professionele zorg die zich baseert op de beweegredenen die veel zorgverleners hebben om in de zorg te werken: Zij 'houden van' mensen en willen graag iets voor hen betekenen. Tevens verwijst zij daarmee naar de wortel van de Westerse zorgtraditie, namelijk zorg die ontstaat uit naastenliefde.

Wie zorgt, past niet enkel op deskundige wijze zorghandelingen toe, maar draagt tevens de morele verantwoordelijkheid dit handelen af te stemmen op wat de unieke bewoner nodig heeft en goed doet (Van Heijst, 2005). Zorgverleners werken in een systeem dat aanstuurt op snel en efficiënt werken. Daarmee kunnen zij te snel een eigen invulling gegeven aan wat goed is. Alleen binnen de zorgrelatie en door bestaande relaties te respecteren, komen zorgverleners op het spoor van wat betekenisvol is en goed doet en kunnen zij bewoners in hun uniciteit (er)kennen (Van Heijst, 2008). Die verhouding groeit vaak uit tot iets wederkerigs, waarin bewoners en zorgverleners over en weer elkaars waardigheid bevestigen. In lijn met Van Heijst (2005; 2008) beschouw ik relationele afstemming daarom als betekenisvol in zichzelf en niet als middel om de zelfredzaamheid van bewoners of de efficiëntie van de zorg te vergroten. Daarmee sluit ik mij aan bij de normatieve invulling die Van Heijst (2005, p. 14) geeft aan goede zorg vanuit de waarden menswaardigheid en medemenselijkheid:

> "Zorg geven behoort gericht te zijn op het behoeden van de waardigheid van bezeerde en lijdende mensen en dient te bevorderen dat zij het besef en gevoel hebben dat zij er toe doen en beminnenswaard zijn (…) want die zorg blijkt in de praktijk mensen goed te doen."

In de volgende paragraaf vul ik de benadering van Menslievende zorg verder aan met enkele centrale kenmerken van een zorgethisch onderzoeksperspectief.

1.3 Zorgethisch onderzoeksperspectief

Waar zorg in het verleden werd beschouwd als een natuurlijke, genderspecifieke houding beschouwt de zorgethiek zorg als een politiek en cultureel bemiddelde en een institutioneel en professioneel vormgegeven praktijk (Barnes, 2012; Hankivsky, 2004; Tronto, 1993). Dit betekent dat zorg niet enkel een houding of verrichting vormt, maar ook een gezamenlijke en politieke praktijk die bijdraagt aan de opbouw van de samenleving (Van Nistelrooij, 2014). Vanuit deze gezamenlijkheid ontstaan binnen de professionele zorgsetting doelen die richtinggevend zijn aan het handelen van de betrokkenen (Van Heijst, 2005; Tronto, 1993). Zij belichamen daarin het morele (Pols, 2013; Walker, 2007). Wat goede zorg is, laat zich daarom niet op afstand van de zorgpraktijk kennen aan de hand van algemene en abstracte theorieën en principes. Tegenover een klassieke theoretisch-juridische benadering plaatste de ethica Walker (2007) een expressief collaboratieve benadering van ethiek. Tot morele kennis komt men vanuit een gemeenschappelijke expressie van waarden en de dialoog daarover in de zorgpraktijk (Tronto, 2013; Walker, 2007). Daaruit blijkt wat voor de betrokkenen van betekenis is voor goede zorg, gestuurd en ontstaan vanuit eigen overtuigingen, ervaringen en normatieve verwachtingen (Visse et al., 2015). Zorgethiek beschouwt morele kennis als een relationele en interpretatieve praktijk: mensen zijn onderling van elkaar afhankelijk en hebben elkaar nodig om te begrijpen wie zij zijn en om uitdrukking te geven aan betekenissen (Visse et al., 2015, p. 6). Zorgethisch onderzoek neemt daartoe het geleefde en concrete bestaan van mensen tot uitgangspunt in het denken over goede zorg.

Door vanuit een reflectieve betrokkenheid en op empirische wijze in de zorgpraktijk te zoeken naar wat de betrokkenen daar voor 'goede zorg' houden. Hoewel zij deze praktijk samen vormen, vertegenwoordigen zij tegelijk verschillende posities en perspectieven (Van Heijst, 2005; Walker, 2007). Onderlinge machtsverhoudingen beïnvloeden daarbij zowel het verloop als de uitkomsten van het interpretatieve proces. Zo komen bepaalde betekenissen centraal te staan en verdwijnen andere naar de achtergrond (Visse et al., 2015). Een responsieve onderzoeksbenadering sluit hierbij aan en neemt de verscheidenheid aan ervaringen, perspectieven en posities tot uitgangspunt voor een gezamenlijk dialogisch leerproces. Daaruit kan een groter wederzijds begrip ontstaan over wat van betekenis is voor goede zorg. In het bijzonder gaat daarbij aandacht uit naar asymmetrische machtsrelaties en de invloed hiervan op het interpretatieve proces (Abma, 2006; Abma, Molewijk, & Widdershoven, 2009; Visse, Widdershoven, & Abma, 2012). Dit onderzoek maakt met behulp van Responsieve Evaluatie inzichtelijk wat voor bewoners en zorgverleners van de Rozemarijn van betekenis is voor het nastreven en ondersteunen van goede zorg. Tevens is aansluiting gezocht bij bestaande zorgethische theorieën (hst. 4) om relationele afstemming in de praktijk beter te kunnen ontdekken, duiden en verwoorden.

Hoofdstuk 2
Probleemstelling en onderzoeksvraag

In dit hoofdstuk beschrijf ik de probleemstelling (§2.1). Vervolgens presenteer ik de onderzoeksvraag, deelvragen en doelstelling (§2.2,§2.3). Tot slot volgt de maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie van het onderzoek (§2.4).

2.1 Probleemstelling

Accolade stelt zich tot doel de primaire zorg beter te doen aansluiten bij wat voor de unieke bewoner van betekenis is voor kwaliteit van leven. Goossensen en Baart (2011) concluderen in de publicatie 'kwaliteit 2.0' dat dit afstemmen voor zorgverleners niet eenvoudig is. Het veronderstelt responsiviteit en nauwkeurige waarneming van de bewoner en daarop aansluiten in het zorgend handelen. Bewoners verschillen onderling in hun behoeften en perspectief op een goed leven. Zij drukken zich hier op verschillende manieren over uit en reageren verschillend op de verleende zorg (Van Heijst, 2005). Van Heijst (2008) stelt dat er daarmee sprake is van een kennistekort inzake het 'goed' van de ander. Tegelijk hebben zorgverleners dagelijks te maken met de subtiele grens tussen hulp moeten bieden omdat bewoners het alleen niet redden en het risico te bepalend te worden (Van Heijst, 2005). Dat plaatst hen voor moeilijke afwegingen over wat veilig, verantwoord en goed is om te doen. Uit een eerste inventarisatie onder zorgverleners van de woongroep blijkt dan ook dat zij het afstemmen van de zorg als een meerduidig en spanningsvol proces ervaren (Teamoverleg, 2016[2]). Het principe van 'cliënt in regie' en bestaande kwaliteitsrichtlijnen geven hen onvoldoende steun en houvast in dit complexe afstemmingsproces. Verschillende studies bevestigen dat een normatief kader gebaseerd op zelfredzaamheid en autonomie ontoereikend is om relationele afstemming in de praktijk inzichtelijk te maken, verbeteren en ondersteunen (Van Heijst, 2000; 2005; Kampen & Duyvendak, 2016; Vorstenbosch, 2016). Zorgverleners van de woongroep hebben behoefte aan meer inzicht in wat relationele afstemming precies omvat (Teamoverleg, 2016). In de hectiek van het dagelijks werk ontbreekt het echter aan een vaste structuur die het leren van de betrokkenen van relationele afstemming ondersteunt. Met behulp van de methode Responsieve Evaluatie wordt met dit onderzoek beoogt zowel het wederzijds begrip van relationele afstemming te vergroten als een gezamenlijk leerproces binnen de woongroep te ondersteunen.

[2] Bij aanvang van het onderzoek is in het team geïnventariseerd welke inspiraties, moeilijkheden en vragen zorgverleners ervaren ten aanzien van relationele afstemming (zie bijlage 1).

2.2 Doelstelling

Dit onderzoek kent een meervoudige doelstelling:

Inhoudelijk uitkomstdoel
Het verkrijgen van inzicht in de wijze waarop bewoners en zorgverleners van de woongroep relationele afstemming ervaren. Wat doet er volgens hen toe in het afstemmen van zorg en welke spanningen en tegenstrijdigheden ervaren zij daarbij? Welke concrete voorbeelden geven zij in hun verhalen van relationele afstemming? Dit onderzoek draagt daarmee bij aan kennisontwikkeling en praktische inzichten over relationele afstemming binnen de woongroep.

Procesdoel
Na afronding van dit onderzoek is een start gemaakt met de eerste twee stappen van Responsieve Evaluatie. Dat betekent dat de perspectieven en ervaringen van bewoners en zorgverleners van de woongroep inzichtelijk zijn gemaakt. In een later stadium kunnen zowel het aantal betrokkenen als de stappen van Responsieve Evaluatie verder worden uitgebreid. In het bijzonder dient daarbij aandacht uit te gaan naar het betrekken van de naasten van bewoners. Zo ontwikkelt zich een leerproces waarin de perspectieven van alle betrokkenen vertegenwoordigd zijn.

2.3 Onderzoeksvraag

Uit de bovenstaande beschrijving van de probleemstelling en doelstelling volgt als centrale onderzoeksvraag:

Wat zijn de perspectieven en ervaringen van bewoners en zorgverleners van woongroep Rozemarijn ten aanzien van relationele afstemming, en hoe draagt Responsieve Evaluatie bij aan het ondersteunen van een gezamenlijk leerproces over relationele afstemming binnen de woongroep?

De onderzoeksvraag beantwoord ik aan de hand van de deelvragen:

1. Wat behelst relationele afstemming volgens de theorie van menslievende zorg en de presentietheorie?
2. Wat zijn de perspectieven en ervaringen van bewoners aangaande wat voor hen van betekenis is in het afstemmen van zorg?
3. Wat zijn de perspectieven en ervaringen van zorgverleners aangaande het herkennen van en aansluiten bij wat van betekenis is voor bewoners?
4. Welk gedeeld begrip en welke spanningen komen naar voren vanuit de perspectieven en ervaringen, en wat leren zij de betrokkenen over relationele afstemming?
5. Kan Responsieve Evaluatie de betrokkenen van de woongroep ondersteunen bij het leren over relationele afstemming en zo ja, hoe?

2.4 Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie

Relationele afstemming omvat voor zorgverleners een complexe sociale en morele praktijk van zorgdragen. Abstracte en algemene richtlijnen en een normatief kader gebaseerd op het principe van 'eigen regie' omvatten deze complexiteit onvoldoende. Het ontbreekt zorgverleners in hun dagelijks werk hiermee aan houvast en steun. De betekenissen, verwachtingen en verantwoordelijkheden zoals deze door de betrokkenen geleefd worden binnen zorgsituaties omvatten deze ervaren complexiteit beter. Toch wordt binnen het huidige kwaliteitsdenken nog veel waarde toegekend aan objectieve en meetbare resultaten (Van Heijst, 2005; Vorstenbosch, 2016). De ervaringskennis en praktische wijsheid afkomstig van de betrokkenen in de zorgpraktijk verliest daarmee aan betekenis (Goossensen & Baart, 2011; Van Heijst, 2005). Responsieve Evaluatie biedt methodische handvatten om deze geleefde ervaringen inzichtelijk te maken en te duiden in hun betekenis voor goede zorg. Responsieve Evaluatie biedt ruimte aan een inclusieve zorgopvatting waarin verschillende perspectieven op het goede naast elkaar kunnen bestaan. Responsieve Evaluatie vormt daarmee als het ware een operationalisatie van zorgethiek als politieke ethiek (Visse et al., 2015). De methode faciliteert daarmee de ontwikkeling van een groter wederzijds begrip van goede zorg, opgebouwd vanuit de perspectieven van degenen (in deze studie beperkt tot bewoners en zorgverleners) die samen de zorgpraktijk vormen.

Hoofdstuk 3
Methode: Responsieve Evaluatie

Dit hoofdstuk beschrijft de onderzoeksbenadering en methode van Responsieve Evaluatie (§3.1). Daarop volgt de beschrijving van de onderzoekseenheid (§3.2) en data-analyse (§3.3), de begrippen die daarin richtinggevend zijn (§3.4) en ethische overwegingen (§3.5).

3.1 Responsieve Evaluatie

Responsieve Evaluatie (Abma & Widdershoven, 2006) is gegrond in een responsieve onderzoeksbenadering (Stake, 1975) en hermeneutische fenomenologische ontologie met als belangrijke vertegenwoordigers Heidegger, Gadamer en Ricoeur (Van Manen, 2005). Dit betekent dat gebeurtenissen geen vaststaande en objectieve, maar een veranderlijke en meervoudige betekenis hebben. Mensen zijn actieve betekenisgevers, zij interpreteren de werkelijkheid vanuit een eigen context en historie (Gadamer, 1975). Begrip ontwikkelt zich vanuit bestaande en nieuwe ervaringen die men opdoet in relatie met anderen. Deze ervaringen, ordeningen en interpretaties komen tot uitdrukking in (het vertellen van) verhalen. Responsieve Evaluatie stelt zich daarom tot doel de geleefde ervaringen, waarden en interpretatiekaders van de betrokkenen inzichtelijk te maken (Abma, 2006; Stake, 2004). Deze kennis is niet objectief, maar relationeel, praktijkgebonden en waardengeladen (Visse et al., 2012).

De Responsieve onderzoeksbenadering van Stake (1975) is op heel diverse wijze geconceptualiseerd. De benaderingen verschillen onderling van elkaar van weinig tot zeer interactief (Visse et al., 2015). Guba en Lincoln (1989) ontwikkelden de responsieve benadering van Stake (1975; 2004) dóór in vierde generatie evaluatieonderzoek. Deze vorm van evaluatieonderzoek richt zich niet enkel op het beoordelen, meten of inzichtelijk maken van praktijken, maar biedt expliciet ruimte aan de verscheidenheid van perspectieven en de sociale en politieke context waarbinnen zij bestaan. Aan het begrip responsief geven Guba & Lincoln (1989) invulling door praktijkverbeteringen te onderzoeken in samenspraak en onderhandeling met zoveel mogelijk verschillende betrokkenen. Abma en Widdershoven (2006) baseren zich in hun benadering van Responsieve Evaluatie zowel op Stake (1975) als op Guba en Lincoln (1989). Waar bij Guba en Lincoln (1989) de focus ligt op de cognitieve ervaringsaspecten (*claims, concerns en issues*) denken Abma en Widdershoven (2006) meer in lijn met een narratieve en dialogische benadering (Visse, 2015). Zij stellen dat onderhandeling leidt tot een rationele en argumentatieve uitwisseling en het streven naar consensus (Abma, 1996). De morele en sociale dimensie van zorg betreft echter juist onuitgesproken betekenissen die verscholen liggen in het handelen, de taal en gevoelens van de betrokkenen (Visse et al., 2012). Zij verleggen daarom het accent van onderhandeling naar responsief onderzoek als een dialogisch en narratief leren. In iedere zorgpraktijk leven dominante en meer stille, niet gehoorde verhalen. De methode van Abma en Widdershoven (2006) faciliteert het verzamelen van een grote diversiteit aan ervaringen en verhalen (zowel van onvrede en conflict als van verlangens en inspiraties). Kennis ontwikkelt zich vanuit de samenwerking tussen de onderzoeker en de betrokkenen in de zorgpraktijk.

Rol van de onderzoeker

De onderzoeker nodigt de betrokkenen uit om hun ervaringen en verhalen te delen. De onderzoeker stelt zich tot doel ruimte te geven aan verschillen om van daaruit samen met te betrokkenen te zoeken naar een groter wederzijds begrip (Abma, 2006; Visse et al., 2012). Het onderzoeksproces zelf draagt daarmee bij aan relationeel empowerment van de betrokkenen (Abma & Baur, 2010; Abma, Nierse, & Widdershoven, 2009). De evaluatie mondt uit in verhalen die lezers een plaatsvervangende ervaring geven van wat zich in de zorgpraktijk afspeelt. In lijn met Stake (1975; 2004) draagt de onderzoeker de opgedane ervaringen en bevindingen vervolgens over aan de betrokkenen in de praktijk.

Onderzoeksopzet en stappen

Over het algemeen bestaat Responsieve Evaluatie uit vier stappen: het creëren van sociale condities (1), het verzamelen van individuele verhalen (2), een dialoog voeren tussen betrokkenen met gelijkgerichte belangen (3) en een dialoog voeren tussen betrokkenen met uiteenlopende belangen (4). Dit onderzoek vormt een eerste verkenning naar de betekenis van Responsieve Evaluatie als methodiek voor gezamenlijk leren over relationele afstemming. Door tijdgebrek was het doorlopen van alle stappen en raadplegen van alle betrokkenen niet mogelijk. Dit onderzoek beperkt zich daarom tot de eerste twee stappen van Responsieve Evaluatie en twee belangrijke betrokkenen uit de zorgdriehoek: de bewoners en zorgverleners.

Stap 1 : Het creëren van sociale condities voor een gezamenlijk leerproces

Voor aanvang van het onderzoek zijn zes teamleiders van verschillende woongroepen van het verpleeghuis benaderd. Het team van de Rozemarijn toonde interesse en wilde ingaan op het onderzoeksvoorstel. Tijdens een teamoverleg is het onderzoek gepresenteerd en zijn zorgverleners uitgenodigd om hun ervaringen te delen. Tevens hebben we gezamenlijk inspiraties, moeilijkheden, vragen en discussiepunten verkend ten aanzien van relationele afstemming. Om veiligheid en vertrouwen te creëren ondernam ik met bewoners verschillende activiteiten en verrichte ik hand-en-spandiensten binnen de woongroep (bijlage 2).

Stap 2 : Verzamelen van individuele verhalen

De verhalen van bewoners en zorgverleners zijn geïnventariseerd middels observaties en interviews. Gedurende het onderzoeksproces zijn deze verhalen door de onderzoeker in interactie met elkaar gebracht om zo een dialogisch leerproces te faciliteren.

Bevindingen en conclusie

De bevindingen (hst. 5) en conclusie (hst. 6) vormen een voorlopige uitkomst van een voortgaand proces van leren over relationele afstemming.

3.2 Onderzoekseenheid

De onderzoekseenheid betreft alle bewoners en zorgverleners van woongroep Rozemarijn, verpleeghuis de Wijngaard. De dataverzameling bestaat uit:

Participerende observaties
Over een periode van vijf weken is gedurende zeven dagdelen geobserveerd op de woongroep. Als onderzoeker was ik aanwezig bij een teamoverleg en in de woonkamer en participeerde ik in het uitvoeren van ondersteunende werkzaamheden, zoals: hulp bij maaltijden, wandelen en tuinieren met bewoners. Al observerend beoogde ik kennis te maken en vertrouwen op te bouwen met verschillende bewoners en zorgverleners als basis voor het verzamelen van verhalen. Tevens heb ik deze observaties gebruikt om zicht te krijgen op de urgente thema's die leven onder de respondenten. De observaties gaven het onderzoeksdesign daarmee gaandeweg verder vorm en inhoud.

Interviews
Er zijn zeven interviews gehouden met een duur van 30-60 minuten, waarvan vier met bewoners en drie met zorgverleners. De interviews waren open en informeel van karakter. Voor de gesprekken met bewoners is gebruik gemaakt van een uitnodigende openingsvraag en bij zorgverleners van een semi-gestructureerde vragenlijst. De deelnemende bewoners zijn vier vrouwen in de leeftijd tussen 78 en 97 jaar. De zorgverleners betreffen twee vrouwen van 26 en 43 jaar en een man van 56 jaar. Door *purposeful* en *emergent sampling* beoogde ik een grote diversiteit aan perspectieven te verzamelen (Patton, 2002). Bewoners en zorgverleners zijn naar aanleiding van ontmoetingen tijdens de observaties gericht benaderd voor een interview.

Situering van de individuele verhalen
Om de ervaringen en perspectieven van de respondenten te plaatsen binnen de context van het verpleeghuis zijn inzichten afkomstig uit twee interviews met zorgmanagers en tien blogberichten van de bestuurder geanalyseerd. Deze inzichten zijn niet opgenomen als eigen perspectief in de bevindingen, maar vormen enkel een contextueel interpretatiekader en zijn verwerkt in memo's (bijlage 2).

3.3 Data-analyse

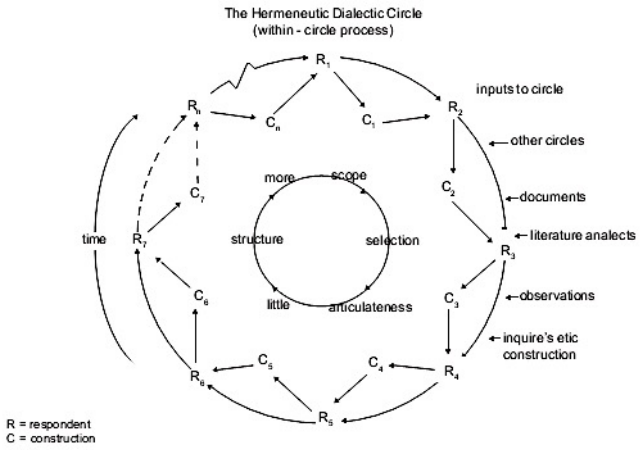
Beschrijven
De observaties resulteerden in negentien notities (O;1-19) die weergeven hoe bewoners en zorgverleners de dagelijkse zorgverlening ervaren en vormgeven. Daarin zijn ook transcripties van informele gesprekken met bewoners en zorgverleners opgenomen. Om een zorgvuldige en gedetailleerde weergave van de observaties te waarborgen zijn alle observaties op de dag zelf uitgewerkt. Vervolgens zijn tijdens de interviews enkele rijke fragmenten ter verdieping aan de betrokkenen voorgelegd. Van het teamoverleg is een gespreksverslag (O;20) gemaakt waarin concreet staat welke zorgen, issues en inspiraties zorgverleners ervaren. Vervolgens zijn de analyses van de interviews voorgelegd aan de betrokkenen voor een *member check* en op basis van hun reacties aangepast.

Positioneren

De data zijn geanalyseerd conform een hermeneutische en narratieve benadering (Abma & Widdershoven, 2006; Creswell, 2013; Visse, 2014). De eerste stap betreft het lezen en actief luisteren naar de teksten om bekend te raken met de afzonderlijke perspectieven en de data als geheel. Dat betekent dat is nagegaan wat de respondenten zeggen (inhoud), hoe zij dit zeggen (vorm en discours) en wanneer en waar (tijd en plaats). Daarop volgde het identificeren van betekeniseenheden op inductieve wijze en zijn codes toegekend volgens de taal, zegswijzen en betekenis van de respondenten. Daarbij is specifiek gelet op vormaspecten: tegenstellingen, herhalingen, metaforen, details, aarzelingen, stiltes en verschillen tussen handelen, beleven, vinden en waarnemen (Abma & Widdershoven, 2006; Visse, 2014). De codes zijn op basis van hun onderlinge samenhang, overeenkomsten en verschillen samengebracht tot in totaal negen thema's (bijlage 2). Deze thema's omvatten samen de vier kerndimensies van relationele afstemming zoals beschreven in hoofdstuk vijf: de bevindingen.

Interpreteren

Het identificeren en positioneren van de codes en clusters betreft een voortgaand interpretatief proces. De hermeneutische dialectische cirkels verwijzen naar het verloop van dit proces (Guba & Lincoln, 1989):



Figuur 1: Hermeneutische dialectische cirkels.

Dit betekent dat ik als onderzoeker een gesprek had met een respondent (R1) en de analyse hiervan terugkoppelde voor een *member check* (C1). Op deze analyse (C1) bouwde ik voort door een nieuwe respondent te bevragen (R2) en daarbij analyses uit het eerste gesprek in te brengen, en zo verder. Zo zijn de verschillende perspectieven met elkaar in contact gebracht binnen het onderzoek. Daarmee beoogde ik zowel vertrouwen en betrokkenheid te creëren, als het gesprek nieuwe inhoud te geven vanuit de verhalen van de respondenten. Niet alleen in verhalen, maar ook in de (fysieke) interactie werden betekenissen tot uitdrukking gebracht. Deze zijn geïnterpreteerd aan de hand van de observatienotities in wisselwerking met wat de respondenten vertelden. Op deze wijze is een heen en weergaande interpretatieve beweging gemaakt tussen de verhalen van de betrokkenen, de input uit de observaties, zorgethische theorie, beleidsdocumenten en eigen (voor)kennis. Om deze input zoveel mogelijk transparant en expliciet te maken zijn memo's opgesteld. Deze memo's geven een inkijk in de voortgaande ideeën en inzichten van de onderzoeker gedurende het onderzoeks- en analyseproces (bijlage 2).

3.4 Sensitizing concepts

De onderstaande sleutelbegrippen hebben mij als onderzoeker in het interpretatieproces gevoelig gemaakt voor wat besloten ligt in de data. Deze concepten zijn gedurende het onderzoek aangevuld en ontleend aan de responsieve onderzoeksmethode van Abma en Widdershoven (2006), de verhalen van de respondenten en een zorgethisch perspectief op zorg en relaties (Baart, 2004; Baart & Grypdonck, 2008; Heijst, 2005).

Aansluiten	Onmacht
Betekenis en zin	Onbegrip
Begrensd zijn	Posities
Dialoog	Proces
Eigenheid	Ruimte nemen, geven en krijgen
Erkenning	Spanningen, tegenstrijdigheden
Gedeeld begrip	Uitdrukking geven aan
Geleefde ervaringen	Uitwisseling
Gelijkwaardigheid	Tekorten aan rust en ruimte
Gevoelig waarnemen	Verhalen
Gesloten weten	Verantwoordelijkheden
Herkennen en opmerken	Wordingsproces
Interpreteren	Zoekproces
Lichamelijkheid	Zorgbetrekking
Multiperspectiviteit	Zorgrelatie

Tabel 1: richtinggevende begrippen

3.5 Ethische overwegingen

Binnen het onderzoek is getracht zo zorgvuldig mogelijk om te gaan met de verhalen van de respondenten. Voorafgaand aan de observaties en interviews is om toestemming gevraagd voor deelname en opname. Alle opnames zijn na transcriptie gewist. Er is rekening gehouden met de fysieke, emotionele- en tijdsbelasting van de interviews. Op aanwijzingen of signalen van bijvoorbeeld vermoeidheid of weerstand zijn gesprekken beëindigd. In de bevindingen is beoogd deze niet persoonlijk herleidbaar te laten zijn naar de respondenten. Het verslag van de bevindingen is ter goedkeuring voorgelegd aan de teamleider en twee zorgverleners van de woongroep. Door aanwezig te zijn en mee te helpen op de woongroep en door respondenten voortdurend te informeren over het doel en verloop van het onderzoek heb ik getracht bij te dragen aan een veilige, vertrouwde en open gesprekssfeer.

Hoofdstuk 4
Theoretisch kader: conceptuele verkenning van relationele afstemming

In dit hoofdstuk volgt een verkenning van het begrip relationele afstemming in de theorie van menslievende zorg (Van Heijst, 2005) en de presentietheorie (Baart, 2004). Beide auteurs doordenken zorg heel precies als een relationele praktijk van afstemming. Baart (2004) baseert zich daarbij ook op empirisch werk en vertaalde de presentietheorie specifiek naar de verpleegkundige zorgpraktijk (Baart & Grypdonck, 2008). Eveneens gebruik ik het werk van Timmermann (2010) die empirisch onderzoek deed naar relationele afstemming in de dementiezorg. Zij omschrijft het afstemmen als een verwevenheid van zowel in relatie 'zijn' als praktisch 'doen'. Daarmee verduidelijkt zij hoe zorgverleners juist in de alledaagse zorgverlening kunnen aansluiten bij wat van betekenis is voor bewoners. Dit maakt deze theorieën behulpzaam om te ontdekken, duiden en verwoorden wat zich ten aanzien van relationele afstemming voordoet en besloten ligt in de verhalen van bewoners en zorgverleners.

Het vertrekpunt vormt de omschrijving van relationele afstemming als: het voortdurende streven van zorgverleners naar herkenning van en aansluiting bij wat van betekenis is voor unieke verpleeghuisbewoners, waarbij zorgverleners ook afstemmen op zichzelf (Baart et al., 2015; Van Heijst, 2005). Ten eerste zoom ik in op de zorgbetrekking, het kader waarbinnen volgens Van Heijst (2005) het streven naar afstemming ontstaat. Het herkennen van en aansluiten bij wat van betekenis is voor bewoners vormt voor zorgverleners een meerduidig en complex proces waarin zij bewust of onbewust steeds weer morele afwegingen maken. Van Heijst (2008) en Baart (2004) duiden relationele afstemming daarom als ontsleutelingswerk. Niet alleen de betekenissen van bewoners doen ertoe, ook de zorgverleners zijn betrokken in het afstemmingsproces. Relationele afstemming betekent daarmee niet slechts eenzijdig aansluiten bij bewoners, maar ook afstemmen op jezelf als zorgverlener (Van Heijst, 2005). Tenslotte ga ik daarom in op het belang van zelfafstemming door zorgverleners.

4.1 De zorgbetrekking als kader voor het afstemmen

De zorgbetrekking tussen mensen die zich om elkaar bekommeren vormt volgens Van Heijst (2005) het kader waarbinnen zorg tot stand komt. Daarbij gebruikt zij bewust de neutrale term 'betrekking', die ontstaat zodra mensen binnen zorgsituaties met elkaar te maken krijgen. Het woord relatie kent zij exclusief toe aan een zorgbetrekking die uitgroeit tot duurzame relatie. Bewoner en zorgverlener vervullen dan een evenwaardige rol in het ontwikkelen van een relatie die wederzijds van betekenis is (Van Heijst, 2005). De zorgbetrekking kenmerkt zich door een dubbelstructuur van behoeftigheid. In de eerste plaats betreft deze een ongelijke behoeftigheid en afhankelijkheid: bewoners zijn daadwerkelijk beperkt, ziek of oud en zorgverleners zijn dat niet. Deze maakt hen afhankelijk van zorgverleners en begrenst hen op fysiek, mentaal of spiritueel gebied (Van Heijst, 2005). Daar achter gaat een 'gelijke' behoeftigheid schuil.

Zorgverleners en bewoners hebben elkaar nodig voor een zinvol samenleven en hebben elkaar iets te geven. Het afstemmen van zorg binnen de betrekking kenmerkt zich daarmee door de dynamiek van zowel asymmetrische afhankelijkheid als wederzijdse aanhankelijkheid. Van daar uit ontstaat een voortdurend streven: bewoners doen een (in)dringend appèl op zorgverleners, zij wenden daarop steeds weer hun beste vermogens aan om bewoners de benodigde zorg te geven (Van Heijst, 2005).

4.2 Relationele afstemming: een morele en sociale praktijk

Het verlenen van de (lichamelijke)zorg brengt zorgverleners heel dicht bij bewoners in hun lijden. Dit doet een beroep op de morele zorgverantwoordelijkheid. Zorgverleners weten en voelen zich verantwoordelijk voor een zorgvuldige omgang met wie zich noodzakelijkerwijze aan hen toevertrouwt (VanHeijst, 2005, p. 309). Dat betekent niet alleen zorg kwalitatief goed verrichten, maar ook zorgen met aandacht en aansluiten bij de unieke bewoner (Baart & Vosman, 2008). Daarbij gaat er van alles in zorgverleners om aan morele cognities, intuïties en gevoelens, maar zij kunnen er moeilijk woorden aan geven zo signaleerde Van Heijst (2005, p. 264). Ook bewoners uiten regelmatig hun boosheid, teleurstelling of beschuldigingen naar zorgverleners. Gevoelens en emoties spelen daarmee een belangrijke rol in het afstemmen van de zorg. Ze verhullen en onthullen betekenissen, morele vooroordelen en normatieve verwachtingen (Van Heijst, 2005; Walker, 2007). Zorgverleners zoeken in de omgang met deze complexe morele en sociale dimensie van zorg voornamelijk houvast in het principe van autonomie en in professionele richtlijnen (Heijst, 2005, p. 108). Wat zorgvuldig afgestemde zorg is laat zich echter niet beschrijven en vastleggen in algemene principes, richtlijnen of zorgplannen. Van Heijst (2005) beschrijft zorg dan ook als een open en ongewisse praktijk. Zij baseert zich daarbij op de handelingstheorie van Arendt (1958). Binnen dit theoretisch kader is onvoldoende ruimte om deze theorie goed uit te werken. Ik ga daarom alleen kort in op het denken van Arendt over uniciteit en de ongewisheid van het (zorgend)handelen om meer zicht te krijgen op de betekenis van het afstemmen op unieke bewoners.

4.3 Bewoners erkennen als unieke mensen

Volgens Arendt (1958)zijn mensen geen substantieel ‘wat’ in de wereld die hun eigen uniciteit alleen maar hoeven te ontvouwen, maar maken gebeurtenissen die in elkaar grijpen mensen samen tot ‘wie’ zij zijn. Uniciteit krijgt daarmee een open en veranderlijk karakter: “Mensen zijn unieke centra van waaruit altijd weer iets nieuws kan beginnen” (Van Heijst, 2005). Zorghandelingen behoren ook tot de gebeurtenissen die dag in dag uit kleine transformaties bewerken in het leven van bewoners, zowel van herstel en groei, maar die ook het lijden kunnen vergroten of bestendigen.

Hoe zorgvuldig zorg ook wordt georganiseerd en vormgegeven, de uitwerking is niet volledig te overzien. Het uithouden van deze onzekerheid is spanningsvol: zorgverleners dragen immers de morele verantwoordelijkheid om zorgvuldig om te gaan met zorgafhankelijke bewoners. In hun handelen houden zij daarom liever grip op wat er gebeurt en bannen uit wat onvoorzien mis kan gaan (Van Heijst, 2005).

Zorgvuldig afstemmen betekent echter het ongewisse juist erkennen en uithouden, door als zorgverlener je denken en handelen steeds weer te laten onderbreken door de respons van bewoners, collega's of veranderingen in de omgeving (Baart & Grypdonck, 2008). Dit roept de vraag op hoe zorgverleners verstoorbaar kunnen blijven in een zorgomgeving die aanstuurt op beheersbare en controleerbare processen. De presentietheorie draagt hiervoor twee belangrijke elementen aan, namelijk: in relatie staan (§4.4.) en afstemmen als ontsleutelingswerk (§4.5.)

4.4 In relatie staan

In paragraaf 4.1. werd duidelijk hoe een wederkerige zorgrelatie geen statisch gegeven is, maar een dynamisch wordingsproces (Van Heijst, 2005). Zorgverleners kunnen bewoners daartoe actief uitnodigen door te erkennen dat zij voluit tellen. Baart (2004) omschrijft erkenning als een alledaagse manier van 'in relatie staan' door daar te zijn waar bewoners zijn: samen koffie drinken, een eindje mee op lopen, of iemand volgen in zijn beweegredenen. Dat betekent ook bewoners opmerken in hun verveling, gevoel van overbodig zijn, fysieke ongemak, maar ook in hun plezier en humor. Waar zorgverleners in relatie staan openen zij een relationele ruimte waar bewoners in hun eigenheid kunnen verschijnen (Van Heijst, 2005). Erkennen betekent ook uitingen en responsen voluit laten tellen (Timmermann, 2010). In tegenstelling tot de heldere en krachtige manier waarop zeggenschap in het huidige zorgdiscours wordt opgevat, kunnen bewoners zich echter lang niet altijd duidelijk verstaanbaar en kenbaar maken. Door fysieke of cognitieve beperkingen, maar ook omdat zij niet direct een verhaal kunnen maken van wat hen overkomt en hoe het verder moet (Van Heijst, 2008). Baart, Olthuis, Prins, en Smits (2011) pleiten daarom voor een verruiming van de professionele opmerkzaamheid. Zij ontdekten dat mensen niet alleen lijden aan een kwaal, maar dat die hen ook aanzet tot werken en worstelen. Zij duiden dit moeilijke persoonlijke en onontkoombare werk aan als 'opgaven'. Voorbeelden zijn: om hulp moeten vragen of alleen de dag door zien te komen. Zorgverleners kunnen opgaven opmerken in gedrag of uitingen, maar vaker houden de bewoners zich sterk of schamen zich. Stille en onbeduidende uitingen mogen daarom niet als irrelevant terzijde geschoven worden, ze vertellen zorgverleners iets over de wil en het verlangen van de bewoner (Baart et al., 2015; Baart et al., 2011). Het is aan zorgverleners om uitingen en gedragingen te ontsleutelen door goed te kijken en alternatieven uit te proberen (Baart & Grypdonck, 2008; Van Heijst, 2008). Relationele afstemming omvat daarmee een inspannend zoeken naar de betekenissen die besloten liggen in de uitingen van bewoners.

4.5 Dialogisch afstemmen

In het ontsleutelingswerk zijn zorgverleners zelf als persoon betrokken. Wat zij opmerken en hoe zij zich afstemmen is onderhevig aan de manier waarop zij de uitingen en responsen van bewoners verstaan (Baart & Grypdonck, 2008; Timmermann, 2010). Dat betekent niet alleen waarnemen, maar ook interpreteren en begrijpen (Leezenberg & de Vries, 2010). Daarbij hoeven zorgkundig verantwoorde opvattingen niet in overeenstemming te zijn met wat bewoners goed doet, of met wat bewoners zelf als 'goed' aangeven. Zorgvuldig afstemmen vraagt daarom om een dialogisch verstaan van betekenis (Gadamer, 1975; Leezenberg & de Vries, 2010; Widdershoven, 2001).

Dat betekent dat zorgverleners luisteren en interacteren vanuit de overtuiging dat de bewoner hen iets te zeggen heeft. Het eigen zorgkundige perspectief vormt daarbij zowel de voorwaarde als de grens voor het begrijpen (Gadamer, 1975; Grondin, 2002). Zorgverleners hoeven hun eigen perspectief daarom niet zonder meer op te geven, maar waar dit het begrijpen van de bewoner in de weg staat wel expliciet te interpreteren. Door verschillen en tegenstrijdigheden te expliciteren en gezamenlijk te onderzoeken kan een nieuw gezichtspunt en groter gedeeld begrip ontstaan over wat van betekenis is en goed doet. Timmermann (2010) benadrukt in haar studie dan ook het belang van het kritisch bevragen van vanzelfsprekendheden, routines en gewoonten voor relationele afstemming. Zorgverleners voelen zich verantwoordelijk voor een goede gezondheid en veiligheid van zorgafhankelijke bewoners. Toch moeten zij hun doelen steeds weer relateren aan concrete situaties en de specifieke context van bewoners. Zoals duidelijk werd in paragraaf 4.2. lukt het zowel bewoners als zorgverleners lang niet altijd om te verwoorden wat voor hen van betekenis is en op het spel staat (Van Heijst, 2005).

Timmermann (2010) ondervond in haar onderzoek dat ook alledaagse zorgverrichtingen zelf een weg kunnen vormen waarlangs zorgverleners zich dialogisch afstemmen. Zij beschrijft hoe aan een bewoner die zich onveilig voelt door de zorgverlener met de handeling van het wassen uitdrukking gegeven wordt aan geborgenheid en veiligheid (Timmermann, 2010, p. 178). Zo kan relationele afstemming ontstaan en uitdrukking krijgen in en door de dagelijkse zorghandelingen heen. Hierbij aansluitend spreekt Van Heijst (2005) over zorg als 'uitdrukkingshandeling'. Zorgverleners brengen in hun zorgend handelen waarden tot uitdrukking. Deze expressie van waarden omvat geen gemakkelijk te leren bejegening of communicatiestrategie: "In de uitdrukkingshandeling stellen zorgverleners zichzelf op een bepaalde manier tegenwoordig bij de ander, op een manier die in woorden niet goed uitgedrukt kan worden" (Van Heijst, 2005, p. 81). Afstemmen betekent daarmee zowel met een verbale als praktische respons naar aansluiting te zoeken bij wat van waarde is voor bewoners (Timmermann, 2010).

4.6 Zelfafstemming

In de vorige paragraaf werd duidelijk dat zorgverleners zelf ook als professional en persoon betrokken zijn in het afstemmen. Dit vraagt van zorgverleners zich enerzijds af te stemmen op eigen emoties, gedachten en opvattingen en anderzijds op wat voor de bewoner van betekenis is. Het is daarom noodzakelijk ruimte te creëren voor zelfafstemming. Alleen dan kunnen zorgverleners zonder hun eigen begrensde zorgvermogen uit het oog te verliezen, voortdurend blijven zoeken naar wat voor unieke bewoners van betekenis is en hun goed doet (Van Heijst, 2005, p. 392).

4.7 Conclusie

In deze paragraaf volgt de beantwoording van deelvraag 1: 'Wat behelst relationele afstemming volgens de theorie van menslievende zorg en presentie ?' Uit de theorie van menslievende zorg en presentie blijkt dat het voortdurende streven naar afstemming ontstaat vanuit een asymmetrische afhankelijkheid en symmetrische aanhankelijkheid tussen bewoners en zorgverleners. Daar gaat verantwoordelijkheid vanuit naar zorgverleners om zich zorgvuldig af te stemmen, wat betekent met aandacht en toewijding en aansluitend bij wat voor de unieke bewoner van betekenis is. Relationele afstemming ontstaat echter niet vanzelf. Betekenissen liggen vaak verscholen in emoties en gevoelens, onuitgesproken verwachtingen of onbeduidende uitingen. Alleen door op een alledaagse manier in relatie te staan en binnen die concrete relationele context uitingen en responsen te ontsleutelen, kunnen zorgverleners betekenissen op het spoor komen. Zorgverleners zijn daarbij zelf ook als persoon betrokken. Dat vraagt om ruimte voor zelfafstemming, zodat zij hun eigen positie leren kennen en standpunten kunnen herzien. Ontsleutelen betekent daarmee ook verschillen en tegenstrijdigheden expliciteren en gezamenlijk onderzoeken zodat een nieuw gezichtspunt en groter gedeeld begrip kan ontstaan. Dit ontsleutelingswerk voltrekt zich niet in de verbale dialoog alleen, maar ook vanuit de expressie van betekenissen in en door het handelen. Dit vormt een belangrijk inzicht voor het denken over een methodiek die het leren van de betrokkenen over relationele afstemming ondersteunt. Naast de verbale dialoog dient zich daarmee ook dit praktische en impliciete kennen aan als bron waaraan zorgverleners mogelijk houvast kunnen ontlenen. Gaandeweg ontstond bij mij als onderzoeker daarmee het inzicht dat het relationele afstemmen zelf mogelijk ook een weg kan vormen waarlangs zorgverleners leren over goede zorg. In paragraaf 5.5. breng ik dit praktische en impliciete kennen verder in verband met de methode van Responsieve Evaluatie, om zicht te krijgen op een methodiek die ondersteunend is aan het leren over relationele afstemming.

Hoofdstuk 5
Bevindingen: perspectieven op relationele afstemming

5.1 Inleiding: kerndimensies van relationele afstemming

Aan de perspectieven en ervaringen van bewoners en zorgverleners zijn in het analyse- en interpretatieproces vier kerndimensies van relationele afstemming ontleend:

Figuur 2: Kerndimensies relationele afstemming.

Relationele afstemming vormt een iteratief en dynamisch proces: er wordt door de betrokkenen terug gegrepen op voorgaande gebeurtenissen en ervaringen of juist geanticipeerd op wat zich in de toekomst voordoet. Het afstemmen vindt plaats in de relatie tussen bewoner en zorgverlener, maar is tevens ingebed in het bredere web van zorgrelaties binnen de zorgpraktijk. Wat voor bewoners van betekenis is en hen goed doet vormt geen helder en eenduidig gegeven. Betekenissen liggen verscholen en bewoners en zorgverleners verschillen onderling van elkaar in perspectief. Op dialogische wijze kan een groter wederzijds begrip ontstaan over wat van betekenis is en goed doet. Door het delen en gezamenlijk duiden van ervaringen en verhalen ontstaan nieuwe inzichten, kennis en acties. In en door het afstemmen ontstaat ruimte voor bewoners om zich in hun eigenheid te laten kennen en iemand te worden. De vier dimensies verduidelijk ik verder aan de hand van de verhalen van bewoners (§5.2.) en zorgverleners (§5.3.). Zo ontstaat zicht op het gedeelde begrip en de spanningen die er leven ten aanzien van relationele afstemming (§5.4). Vervolgens reflecteer ik op de ondernomen stappen van Responsieve Evaluatie in relatie tot het ondersteunen van een gezamenlijk leerproces (§5.5.). In de tekst zijn verwijzingen opgenomen naar de transcripties van interviews met respondenten (R) en naar de observaties (O), waaruit de citaten en inzichten afkomstig zijn.

5.2 Ervaringen en perspectieven van bewoners

In deze paragraaf staat de deelvraag centraal: Wat zijn de perspectieven en ervaringen van bewoners aangaande wat voor hen van betekenis is voor het afstemmen van zorg? De uitwerking volgt aan de hand van de thema's: begrensd zijn (§5.2.1.), betekenis hervinden (§5.2.2.), van betekenis voor het afstemmen (§5.2.3.) en onbegrip en onmacht (§5.2.4.).

5.2.1 Begrensd zijn

Het leven van de meeste bewoners kenmerkt zich door een steeds terugkerende confrontatie met de beperkingen van hun eigen lichaam (R1-R4). Die beperkingen betreffen niet het lichamelijke alleen, ze verkleinen eveneens de ruimte om te handelen in overeenstemming met wat bij de bewoner past als persoon (R1-R4, O;8). Dat betekent dat zij zichzelf niet goed 'kwijt' kunnen in handelingen die plezier en voldoening geven en zich begrensd voelen in het tot uitdrukking brengen van wie zij zijn en wat zij belangrijk vinden. Bewoners ervaren dat hun leven in beperkte mate maakbaar is: *"Je wordt er niet goed van als je de hele dag maar moet gaan zitten. Maar je hebt het niet voor het zeggen, hè? Als je 97 bent dan heb je niet meer zoveel te zeggen en te wensen, maar je zou meer zelf willen doen."* (R2). De begrensdheid van het lichaam en de uitdrukkingsmogelijkheden leiden tot gevoelens van verlies aan houvast, grip, zin en betekenis (R1,R3,R4,O;18). Sommige bewoners stemt dat somber. Anderen ervaren onrust, boosheid en frustratie en zoeken naar grip door zorgverleners heel precies voor te schrijven hoe zij moeten handelen (R4; O;1,3,6,16,18).

> "Zie je wel, nu wil ik gewoon opstaan. Dat heb ik nog heel vaak, dat ik gewoon ergens heen wil lopen of even wat wil pakken, maar dat kan dan helemaal niet." (R1)
>
> "Ik hoor heel slecht (…) dat is zo storend. Het is net alsof ik geen aandacht kan geven aan wat anderen mij vertellen." (R2)

5.2.2 Betekenis hervinden

Verschillende bewoners geven aan dat zij in de periode kort na het krijgen van hun ziekte of aandoening het gevoel hadden "helemaal niets meer te kunnen" (R1, R2). Gaandeweg banen zij zich nieuwe wegen om toch uitdrukking te kunnen geven aan zichzelf als persoon Voor de meeste bewoners houdt dit hervinden geen zekere en blijvende situatie in: "Steeds meer van je gezondheid inleveren" (R3) of het "langdurig moeten afwachten van herstel" maken dit tot een blijvende zoektocht (R1, R4). Bewoners vinden uitdrukkingsmogelijkheden in het creëren van nieuwe dingen, zoals handwerken en schilderen (O;11,12). Anderen leveren een bijdrage aan huishoudelijk werk, verzorgen de bloemen en planten of dragen zorg voor de kippen (R1, R3, O;7,8). Daaruit blijkt dat niet het grote, maar juist het kleine, gewone en alledaagse voor bewoners betekenis heeft. Ook in de omgang met anderen kunnen zij hun eigenheid 'kwijt'.

> "Want ik ben hier naartoe gebracht toen ik helemaal niks meer wist. Dan ben je alleen maar dankbaar voor de buitengewoon goede verzorging hier. Dat je nog weer een beetje geworden bent, wat je bent." (R2)

Bijvoorbeeld door complimenten te geven aan medebewoners en van elkaars aanwezigheid en inbreng te genieten (O;7,13, R2, R3). Voor bewoners draagt de betrokkenheid en hulp van zorgverleners in belangrijke mate bij aan het hervinden van nieuwe uitdrukkingsmogelijkheden. Ondanks dat hun beperkingen en moeiten niet of maar ten dele verholpen kunnen worden, ervaren bewoners en zorgverleners 'klein' herstel en plezier in wat zij samen beleven en voor elkaar betekenen (R1, R2, O;9,13,19)

5.2.3 Van betekenis voor het afstemmen

Wanneer bewoners terugkijken op de achterliggende periode in het verpleeghuis, ervaren zij de aan hen geschonken zorg en aandacht over het algemeen als heel goed (R1-R4, O;9,13): "*Het steekt hier boven de meeste uit"* (R3). Goed heeft niet alleen betrekking op lichamelijke en medische verzorging, maar in het bijzonder op de omgang met zorgverleners (R1- R3). Er zijn in hun verhalen drie aspecten te herkennen die voor bewoners van betekenis zijn voor het afstemmen van de zorg:

1. **Veiligheid en vertrouwen**
   Door hun benaderingswijze dragen zorgverleners bij aan een veilige en vertrouwde sfeer: "*Ze zijn hier behulpzaam en vriendelijk. Iedere keer zeggen ze: 'Als het niet lukt, zeggen hoor, dan helpen we je!' Dat vind ik fijn, anders durf je niets te vragen* (R3)." Een andere bewoner voelt zich gerustgesteld doordat ze weet op wie ze terug kan vallen: "*Als ik iets in mijn lichaam voel, raak ik snel in paniek. Ik heb ervaren dat je zo iets kunt hebben! Dan zeggen ze het is dat, of dat, niets ernstigs! Dat geeft mij het gevoel dat we het allemaal onder controle hebben* (R1)." De complimenten en waardering die zorgverleners uitspreken naar bewoners bevestigen hen in de wijze waarop zij van betekenis zijn voor medebewoners en zorgverleners en nodigen hen uit zichzelf in hun eigenheid te tonen (O; 4,5,7,12,19)

2. **Gezien worden**
   Bewoners vinden het fijn als zorgverleners opmerken hoe zij zich voelen en zien of expliciet vragen wat zij nodig hebben. Soms lukt het hen niet om daar woorden aan te geven. Frustratie, gebrek aan overzicht en inzicht maken dat zij dan boos of geïrriteerd reageren naar zorgverleners (R2, O;5,18). Wanneer zorgverleners opmerken wat hen moeite kost en hen daarin verder op weg helpen, ervaren bewoners weer wat meer lucht en uitzicht.
   Zij putten daaruit nieuwe kracht (R3, O;5).

Voorlezen

" Één van de zorgverleners merkte dat ik mij verveelde. Zij kwam op het idee dat ik voor zou kunnen lezen aan bewoners van een andere woongroep. Iedere week ga ik daar heen, dan zitten we in een grote kring. Het betekent veel voor mij, als ik de mensen zie genieten." (R3)

Bewoners hebben verlangens die bij hen horen en hen kenmerken als persoon. Wanneer deze verlangens worden opgemerkt en hierop een respons volgt, geeft dit bewoners het gevoel dat zij gezien en erkend worden in hun eigenheid. Zij ontvangen daarin meer dan zij kunnen en weten te vragen, dat stemt hen blij en dankbaar (R3, O;5).

"Ik zou nog graag een keer naar Noorwegen gaan om lekker te vissen en het noorderlicht te bekijken. Ik had vroeger een camper en dan, hup alles erin en gaan!" (O;8) Spontaan eropuit gaan, zoals deze bewoner daarvan droomt is niet zomaar te realiseren. Toch werd er door een van de zorgverleners aandacht besteed aan dit persoonlijke verlangen. De bewoner vertelt: "één van de zorgverleners kwam toen op het idee om samen vissen te gaan kijken bij de dierenwinkel in de buurt." (O;8,12, R5)

3. **Ruimte voor het delen van ervaringen en verhalen**
   Bewoners voelen de ruimte om zich uit te spreken over hun ervaringen en hun verhalen te delen wanneer zorgverleners rust en tijd maken voor een gesprekje (R1-R3). Het stellen van open vragen over de beleving van de zorg, helpt bewoners tevens hun eigen ervaringen te duiden en verwoorden (O;3).

5.2.4 Onbegrip en onmacht

Bewoners benoemen niet expliciet wat ze missen of wat beter kan. Uit hun verhalen blijkt wel wat zij als lastig ervaren. Een steeds terugkerend thema is het moeten delen van de aandacht van zorgverleners met andere bewoners. Zij vinden het prettig in rust hun verhaal te vertellen, maar "daar moet wel tijd voor zijn." (R2) Zij zien zorgverleners heel hard werken om alles voor elkaar te krijgen en hebben begrip dat er dan niet altijd voor hen persoonlijk tijd is. Toch ervaren zij het moeten wachten op hulp als heel moeilijk (R2, R3, O;2). De wachttijd voelt voor hen veel langer dan daadwerkelijk zo blijkt te zijn, zo horen zij dan van zorgverleners (O;14). Ook ervaren bewoners de wijze waarop zorgverleners grenzen stellen en handelen soms als onnavolgbaar, onbegrijpelijk of storend (O;1,2,3,8,9,14,15,16,18). Bewoners uiten hun onbegrip of ongenoegen meestal in de vorm van een (aan)klacht. Verlangens en verwachtingen die voor hen daaraan onderliggend zijn, blijven daarbij in veel situaties onbesproken (O;7,15,16,18).

"Ik heb gisteren de hele middag en avond op bed gelegen" zegt een bewoner tegen een zorgverlener: "Dat is vervelend, maar het was uw eigen keuze!". De bewoner mompelt wat en rijdt in zijn rolstoel de woonkamer uit. De zorgverlener vertelt mij dat de bewoner haar om drinken vroeg terwijl hij op bed lag: "Dat kan ik niet geven omdat hij zich dan kan verslikken. Hij werd boos en begon met zijn armen om zich heen te slaan. Ik heb hem de keuze gegeven om uit bed komen en te drinken of op bed te blijven. Hij wilde op bed blijven liggen. Je moet grenzen duidelijk aangeven, anders blijft hij proberen. Ik vond het wel lastig, ik ging natuurlijk niet met zo'n lekker gevoel naar huis." (O;18)

5.2.5 Conclusie: de ervaringen en perspectieven van bewoners

De ervaringen van bewoners kenmerken zich in hun onderlinge verschil door een gedeelde ervaring van de begrensdheid van het lichaam en daarmee van de eigen uitdrukkingsmogelijkheden. Dat leidt regelmatig tot gevoelens van onmacht: dat je moet wachten, niet goed kunt verduidelijken wat er in je omgaat of niet weet hoe het verder moet. Bewoners ervaren over het algemeen de veiligheid en het vertrouwen om zich daarover te uiten naar zorgverleners. Toch blijven betekenissen ook onbesproken, wat kan leiden tot gevoelens van onmacht en onbegrip tussen bewoner en zorgverlener. Waar zorgverleners opmerken wat de bewoner moeite kost en waar zij het gesprek aangaan, daar ontstaat voor de bewoner meer ruimte om eigen ervaringen te duiden en kenbaar te maken. Wat van betekenis is kennen en kenbaar maken, vergt van bewoners daarmee blijvende inspanning. Zorgverleners kunnen hen daarbij tot steun zijn: dragen ideeën aan, bevestigen bewoners in hun kwaliteiten en zoeken mee naar wat hen plezier en voldoening geeft. Terugkijkend, is de aan hen geschonken zorg daarmee van onschatbare waarde voor wie zij op dit moment kunnen zijn.

5.3 Ervaringen en perspectieven van zorgverleners

In deze paragraaf staat de deelvraag centraal: wat zijn de perspectieven en ervaringen van zorgverleners aangaande het herkennen van en aansluiten bij wat van betekenis is voor bewoners? Deze vraag wordt uitgewerkt aan de hand van de thema's: afstemmen in de zorgrelatie (§5.3.1.), aandacht voor unieke bewoners (§5.3.2.), afstemmen als een zoekproces (§5.3.3.), dialogisch afstemmen (§5.3.4.) en gedeelde verantwoordelijkheid en gezamenlijk leren (§5.3.5.).

5.3.1 Afstemmen in de zorgrelatie

"Zorg is niet alleen het wassen, aankleden, eten en drinken.
Het zijn mensen met gevoel, met beperkingen en vermogens, daar haak je op in." (R7)

Voor zorgverleners betekent zorgen ook afstemmen op de bewoner met eigen gevoelens, beperkingen en vermogens. Er is geen handelingsplan waarin van minuut tot minuut vastligt hoe je dat kunt doen (O;3,5,20). Dat inzicht ontstaat gaandeweg, waar zorgverleners bewoners beter leren kennen. Zij raken op elkaar ingespeeld in het geven en ontvangen en het overnemen en overlaten (R5, O;1, 20). Een gemeenschappelijke taal vinden waarin bewoner en zorgverlener elkaar over en weer verstaan, vraagt om geduldig luisteren en het uitproberen van verschillende woorden en omgangsvormen (R6, R7, O;20). Bewoners vinden het daarom heel lastig als vertrouwde zorgmedewerkers weggaan. Je opnieuw toevertrouwen aan de zorg van een onbekende ander bezorgt hen veel onrust en spanning (O;9,18).

Het afstemmen ervaren zorgverleners niet alleen als harmonieus, maar vooral ook als een spanningsvol proces (O;1,3,9,14,18,19). Bewoners kunnen boos, geïrriteerd of bevelend reageren. De verbinding openhouden en in gesprek blijven vergt van zorgverleners dan veel inspanning (R5-R7, O;9,14,16,18,20). Wanneer dat lukt ontstaat ruimte voor bewoners om te verduidelijken wat achter hun gedrag schuilgaat (O;3,9, P6). Daardoor kan een gedeeld begrip zich vergroten over wat van betekenis is en de bewoner goed doet.

"Toen ik een bewoner waste, zei hij steeds: pak dit, pak dat! Ik gaf aan dat ik het niet prettig vind als hij op zo'n onvriendelijke manier tegen mij spreekt. Hij vertelde toen dat het ook zo anders ging dan normaal en dat hem dat een heel onbehagelijk gevoel geeft. Toen heb ik uitgelegd dat ik hier nog niet lang werk en nog veel moet leren, dat is voor allebei wennen." (O;3)

5.3.2 Aandacht voor unieke bewoners

Zorgverleners maken ruimte vrij voor de eigen inbreng van bewoners door steeds even hun eigen zorghandelingen te onderbreken. Zo kunnen bewoners op hun eigen tempo en wijze aan de zorg voor zichzelf bijdragen (O;4,9,20). Waar zij bewoners zien worstelen met gevoelens van somberheid, verveling en betekenisloosheid zoeken zij mee naar nieuwe uitdrukkingsmogelijkheden (R5, R6).

Dat doen zij door bewoners een eigen rol toe te kennen binnen de woongroep en hen te bevestigen in de manier waarop zij van betekenis zijn als persoon (O;7,9,12,13,19). Dit betreft voor zorgverleners een inspannend zoekproces, waarbij zij aanlopen tegen de begrensdheid van hun eigen zorgvermogen. De gezondheid van iemand steeds verder achteruit zien gaan, is confronterend en verdrietig (P7): *"Je ervaart dat je niet alles kunt verhelpen, je moet loslaten dat je niet alles kunt doen wat je wilt."* (O;19,20). De verantwoordelijkheid voor alle bewoners tegelijk begrenst zorgverleners tevens in wat zij voor individuele bewoners kunnen doen (R7, O;9,14,19). Toch proberen zij hun onverdeelde aandacht kenbaar te maken door iets kleins te doen met of voor de bewoner: de bloemen water geven, samen koffie drinken of een praatje maken (R5, O;19). Opvallend is dat zorgverleners dit als de 'extra's' van hun werk benoemen (R5, R7, O;9,3,20). Hoewel zij zich tot het uiterste inspannen om persoonlijke aandacht voor de bewoner te integreren in hun alledaagse werk, ervaren zij hierin toch een groot tekort aan tijd, rust en ruimte (R5, R7, O;19,20).

" Het is frustrerend, ik zou nog zoveel willen, ik heb zoveel ideeën in mijn hoofd. Ik zie het wel dat die bewoner zit te verpieteren, maar ik kan er niets mee doen. Alleen de basic zorg en dat is al rennen. Dan is de rek er bij mij wel een beetje uit." (O;19)

Persoonlijke aandacht tot uitdrukking brengen vergt geen half uur extra per bewoner, maar vraagt wel om rust en ruimte*: "Dat je iemand een dagcrème op doet of even in de spiegel laat kijken van 'ik ben nu echt helemaal klaar'. Dat is een heel klein ding, maar wel heel belangrijk voor iemand."* (R7). Dat betekent ook, zo vertelt een andere zorgverlener: *"Je betrokkenheid tonen door te luisteren en vragen te stellen"* (R6). De druk is hoog en neemt steeds meer toe (R5, R7, O;20). De ervaren tekorten aan tijd, rust en ruimte maken de zorg enerzijds tot een heel zware verantwoordelijkheid (O;19, O;20, R5, R7). Anderzijds ervaren zorgverleners ook veel voldoening en plezier als zij hun zorg met aandacht weten af te stemmen (R5, R6, O;9). Meer tijd en rust voor persoonlijke aandacht leidt echter niet automatisch tot beter afgestemde zorg. Zorgverleners ervaren het afstemmen van de zorg ook als een meerduidig en spanningsvol proces.

5.3.3 Afstemmen als zoekproces

De meeste bewoners ervaren naast lichamelijke ook psychische moeiten. Dit heeft invloed op de verwachtingen die zij hebben van zorgverleners en de behoeften die zij ervaren. Het komt geregeld voor dat verwachtingen en wensen van bewoners raken aan grenzen van wat gezond of veilig is (R5, R7, O;18). Zorgverleners geven aan dat afstemmen voor hen daarom niet betekent: "u roept en wij draaien!" Zij zouden dan zelf in conflict komen met hun zorgverantwoordelijkheden en over eigen grenzen moeten gaan (R5, O;7,18). Het stellen van een grens aan het gedrag of de vraag van een bewoner kan ook goed doen, zo ervaren zorgverleners. Het brengt dan de duidelijkheid, rust en veiligheid die bewoners nodig kunnen hebben (R5, O;10). Wat goed doet is echter in veel zorgsituaties geen helder en eenduidig gegeven. Dat roept bij zorgverleners spanningsvolle vragen op: tot hoever ga je, waar beweeg je mee en waar stel je grenzen? (R5, R7, O;20). Relationele afstemming omvat daarmee een fijngevoelig proces waarbij wat van betekenis is en goed doet een onzeker en inspannend zoekproces vormt (R5, R7, O;18).

5.3.4 Dialogisch afstemmen

Zorgverleners ervaren dat zij er in dialoog met bewoners en hun naasten dan samen uit kunnen komen. Dat betekent volgens hen: luisteren, openheid geven over waar je naar streeft, nieuwe dingen uitproberen en de ontwikkeling daarvan volgen (R5- R7, O;1,9). Daaruit blijkt dat de dialoog niet alleen ontstaat door verbale communicatie, maar ook door handelingen te laten ontstaan, bijstellen en wijzigen in wisselwerking met de bewoner. Het volgende fragment maakt deze verwevenheid inzichtelijk. De zorgverlener expliciteert aan de bewoner zowel verbaal als door haar handelen de doelen die vanuit haar perspectief van betekenis zijn voor goede zorg:

Goede zorg in strijd met de wens van de bewoner?!

" Ik moet aan een voorbeeld denken van een bewoner die in het ziekenhuis had gelegen en daar behoorlijk verzwakt was geraakt. Hij was gewend om 's avonds warm te eten. Wij eten hier 's middags warm, maar in overeenstemming met zijn wens, kreeg hij 's avonds zijn warme maaltijd. Ik zag dat deze man moest aankomen in gewicht om weer op krachten te komen. Na een tijdje zagen wij dat hij zijn warme maaltijd 's avonds niet op kreeg. Zelfs met hulp en liggend op bed bleek hij aan het einde van de dag te moe om te eten. Ik heb hem uitgelegd dat het beter zou zijn om toch 's middags warm te eten, maar hij bleef bij 's avonds. Dan heb je al overlegd en dan komt er een moment dat je het toch 's middags gaat proberen. Toen was het bord gewoon leeg. Dan laat je hem zien wat je doel is, namelijk dat hij aankomt. Zijn gewicht verbeterde. Uiteindelijk zag hij zelf ook wat het probleem was en wat we nu opgelost hebben. Daardoor voelde hij zich weer in een betere conditie. De wens van de bewoner was anders, maar is gaandeweg gewijzigd." (R7)

Zorgverleners gaan niet altijd expliciet de dialoog aan met bewoners (R5, R6, O;3,9). Afstemming kan ook vanzelf ontstaan, door: "aan te voelen, je inschatting en een stukje ervaring", zo vertelt een van de zorgverleners (R7). Ook andere zorgverleners blijken dit als een belangrijke bron van kennis te ervaren voor het afstemmen (R5, O;1,3,7,9,19). Deze kennis laat zich lastig expliciteren*: "Soms denk ik hoe moet je dat onder woorden brengen? (…) Je merkt iets aan iemand. Dat vertaal je eigenlijk, dat is mijn inschatting. Dan zie je aan de veranderende gezichtsuitdrukking van iemand dat je het juiste doet of zegt* (R7). Zoals dit citaat weergeeft maakt dit impliciete kennen het enerzijds juist mogelijk voor zorgverleners om tot een goede afstemming te komen. Anderzijds berust het 'vertaalwerk' van zorgverleners op eigen (morele) vooronderstellingen en vanzelfsprekendheden (O;2,7,15,16). Dit maakt het impliciete afstemmen tegelijk ook gevoelig voor onbegrip en miskenning van bewoners (O;3,7,15,18). Het geven van openheid aan de ervaringen van bewoners is van groot belang voor zorgverleners om vanzelfsprekendheden en routines op het spoor te komen die een open zoeken naar afstemming kunnen belemmeren (R5-R7). Uit onderstaand fragment blijk hoe daaruit een nieuw en verfijnder beeld kan ontstaan over wat van betekenis is voor de bewoner.

Vanzelfsprekendheden bevragen

"Ik heb eens met een bewoner een wensboom ingevuld. Eén van de vragen was: wanneer voel je je vrij? Toen kwam er opeens uit dat vrijheid voor hem ook was dat hij zijn eigen kleren uit mocht kiezen. Wij deden dat voorheen voor hem, hij zei daar niets van, dan ga je door. Hij vertelde mij toen ook dat hij zo'n gesprekje wel vaker wilde. Ja, er kwam best veel uit … hij vertelde dat hij het eigenlijk heel erg vond dat hij hier moest wonen want hij wilde liever naar huis." (R5)

5.3.5 Gedeelde verantwoordelijkheid en gezamenlijk leren

De samenwerking binnen het team is zorgverleners tot steun in het spanningsvolle en onzekere afstemmingsproces. De teamleden stellen zich positief kritisch op naar elkaar en nemen gedurende de werkdag tijd voor kleine gesprekjes: "*De kracht is om veel met elkaar te bespreken: van hé, heb jij dat ook?, en: je mag fouten maken!"* (O;9,20). Hun onderlinge verschillen zien zij daarbij niet als een last, maar juist als een kracht en benoemen dat naar elkaar:

Diversiteit als bron van kracht
"Zorgverleners maken in het werkoverleg ruimte om waardering uit te spreken voor elkaars verschillende eigenschappen. Hier volgt een greep uit de genoemde eigenschappen waarin zij elkaar onderling waarderen: ordelijk; trouw; attent; creatief; duizendpoot; relaxt etc. Samen vormen deze verschillende eigenschappen een bron van inspiratie en kracht om samen uit te putten in de zorg voor bewoners." (O;20)

Verschillende perspectieven en onderling leren over goede zorg
Naast de samenwerking in het eigen team zouden zorgverleners graag meer erkenning en begrip krijgen van het management ten aanzien van de complexiteit, de spanning en onzekerheid die zij ervaren in het afstemmen van de zorg. Zorgverleners ervaren onvoldoende rust en ruimte om zich in hun dagelijks werk met aandacht af te stemmen op de individuele bewoner (O;10,19, 20). Zij ervaren daarover weinig begrip en ondersteuning vanuit het management. Bestaande verschillen en tegenstrijdigheden tussen de perspectieven van managers en zorgverleners leiden tot spanningen, onbegrip en onzekerheid. Zorgverleners vragen zich af: "wat doen wij niet goed, wat wordt van ons verwacht en wat moeten wij anders doen?" (O;20, P7). Deze onzekerheid lijkt een open en veilige gesprekssfeer nu te belemmeren (R5-R7; O;10, 20). Onderstaand fragment illustreert het verschil in perspectief en de behoefte die er leeft onder zorgverleners om deze verschillen gezamenlijk te onderzoeken en daarvan te leren (O;20):

Verschillende perspectieven
"Een bewoner kreeg bezoek en vroeg mij: 'Wil je zo een glas sap brengen voor mijn broer?' Een zorgmanager zag mij dat glaasje sap brengen. Later hoorde ik: 'Dat is geen cliënt in regie!' Versta ik er dan iets anders onder dan die manager? Denkt de manager misschien: cliënt in regie, is dat de bewoner zelf dat glaasje sap moet halen? Maar goed, wij kennen die bewoner en hij heeft een bepaalde gebruiksaanwijzing, dan doen wij dat zo. Ik vraag mij af: 'Wat is dan cliënt in regie en hebben wij het wel over hetzelfde?' Dat zou ik graag horen. Dat ik leer door te horen hoe de manager daar tegenover staat en ik kan vertellen hoe ik daar tegenover sta. Dan kun je het hebben over wat wijsheid is." (R5)

5.3.6 Conclusie: de ervaringen en perspectieven van zorgverleners

Door de tijd heen raken bewoners en zorgverleners meer met elkaar vertrouwd en op elkaar ingespeeld. Dat gaat niet vanzelf, het vergt aandacht en omvat een inspannend en dialogisch zoeken naar wat van betekenis is voor bewoners. De betekenissen die bewoners zelf kenbaar maken, verhouden zich regelmatig spanningsvol tot een zorgkundige perspectief op wat goed, gezond en veilig is. In die spanningsvolle situaties blijkt het gezamenlijk expliciteren van doelen en beweegredenen heel behulpzaam, daaruit kan een groter gedeeld begrip ontstaan over wat van betekenis is en de bewoner goed doet. Daarnaast stemmen zorgverleners zich ook af op basis van de impliciete kennis die besloten ligt in hun denken en handelen. Routines, gewoonten en vanzelfsprekendheden kunnen een open verstaan van betekenis belemmeren en daarmee leiden tot miskenning van bewoners. Hieruit blijkt het belang van voldoende rust en ruimte om: persoonlijke aandacht aan de bewoner tot uitdrukking te brengen, bewoners naar hun ervaringen te vragen, maar ook om als zorgverlener eigen referentiekaders te verruimen en standpunten te bevragen en leren herzien.

5.4 Gedeeld begrip en spanningen

In deze paragraaf volgt de beantwoording van de deelvraag: Welk gedeeld begrip en welke spanningen komen naar voren vanuit de perspectieven en ervaringen van de betrokkenen, en wat leren zij hen over relationele afstemming?

5.4.1 Gedeeld begrip

Voor bewoners en zorgverleners is de onderlinge aandacht voor elkaar van grote betekenis. Bewoners ervaren daarin het vertrouwen en de veiligheid die zij nodig hebben om zich kenbaar en verstaanbaar te maken naar zorgverleners (§5.2.2, §5.2.3). Zorgverleners ervaren voldoening en plezier in hun werk als zij aan weten te sluiten bij wat voor de bewoner betekenis vol is (§5.3.2). Zorgverleners raken gaandeweg beter ingespeeld op wat voor bewoners van betekenis is en hen goed blijkt te doen. Zorgsituaties en de behoeften van bewoners blijven echter veranderlijk evenals de manier waarop zij zich hierover uitdrukken en de zorg ervaren (§5.3.1, §5.3.3.). Een gedeeld begrip is daarmee tijdelijk van aard en vraagt om een open verstaan van betekenis en voortdurend streven naar afstemming.

5.4.2 Spanningsvelden

Het afstemmen vraagt daarmee aandacht en ondersteuning ten aanzien van de volgende spanningsvolle thema's:

Begrensde uitdrukkingsmogelijkheden
Bewoners voelen zich begrensd in hun uitdrukkingsmogelijkheden. Zij kunnen lang niet altijd op een heldere en eenduidige manier kenbaar maken wat voor hen van betekenis is (§5.2.1). Uit de verhalen blijkt dat betekenissen vaak verscholen liggen in gedrag, emoties, een klacht, beschuldiging of stille en onbeduidende signalen (§5.2.3, §5.2.4, §5.3.1). Daarin bestaat het risico dat betekenissen door de zorgverlener onopgemerkt blijven. Tevens maakt dit het proces van relationele afstemming gevoelig voor misinterpretatie en miskenning van bewoners in hun eigenheid.

Wat van betekenis is versus de professionele zorgverantwoordelijkheid
De perspectieven van bewoners en zorgverleners verhouden zich regelmatig op een spanningsvolle en conflicterende manier tot elkaar (§5.3.3.). Zorgverleners geven aan dat zij de omgang met verschillen en tegenstrijdigheden heel complex vinden. Zij zoeken naar houvast voor het maken van zorgvuldige afwegingen (§5.3.3.). Tot het perspectief van zorgverleners behoren zorgkundige opvattingen en principes over wat goed, gezond en veilig is (§5.2.4.,§5.3.3.). Relationele afstemming verwordt onder druk van dit verantwoordelijkheidsgevoel gemakkelijk tot een meer gesloten weten van wat goed doet en bemoeilijkt daarmee een open en dialogisch zoekproces naar betekenissen en doelen van goede zorg (§5.2.4., §5.3.1.,§5.3.3.).

Tekorten aan tijd, rust en ruimte
Er bestaat een opvallende spanning tussen de persoonlijke aandacht die zorgverleners willen hebben voor bewoners en het gebrek aan onverdeelde aandacht dat bewoners ervaren (§5.2.3). Zorgverleners merken dit tekort op, maar lopen aan tegen hun eigen grenzen. Zij hebben meer tijd en rust nodig om alledaagse zorgverrichtingen niet 'af te werken', te kunnen luisteren naar de ervaringen van bewoners en uitdrukking te geven aan hun aandacht en nabijheid (§5.3.2). Tevens hebben zorgverleners rust en ruimte nodig om spanningsvolle situaties met elkaar te bespreken in het team en routines en vanzelfsprekendheden binnen hun denken en handelen gezamenlijk te onderzoeken (§5.3.4, §5.3.5.).

5.4.3 Conclusie: leren van ervaringen en perspectieven

In deze paragraaf volgt de beantwoording van de deelvraag: Welk gedeeld begrip en welke spanningen komen naar voren vanuit de perspectieven en ervaringen, en wat leren zij de betrokkenen over relationele afstemming?

Zorgsituaties zijn veranderlijk, betekenissen liggen regelmatig besloten in onbeduidende uitingen. Het relationele afstemmen vergt van zorgverleners daarmee een voortdurend en inspannend zoeken naar wat van betekenis is en goed doet. Dit is vaak een onzeker proces, waarin zich conflicten voordoen. Zorgverleners hebben de behoefte om gezamenlijk te leren hoe zij met deze complexiteit en meerduidigheid om kunnen gaan.

Daarnaast hebben zij voldoende tijd, rust en ruimte nodig om hun aandacht voor de individuele bewoner in hun dagelijks werk tot uitdrukking te kunnen brengen. Die aandacht is in de eerste plaats van betekenis in zichzelf, maar draagt ook bij aan de ontwikkeling van een veilige, vertrouwde sfeer. Er ontstaat daarmee ruimte voor bewoners om zich in hun eigenheid kenbaar te maken en hun ervaringen en verhalen te delen. Daarnaast hebben zorgverleners zelf ook voldoende rust en ruimte nodig om betekenissen en doelen van goede zorg op een dialogische manier te verstaan. Deze leer- en ondersteuningsbehoefte vervult zich niet vanzelf. In de volgende paragraaf ga ik daarom verder in op de betekenis van Responsieve Evaluatie voor het faciliteren van een gezamenlijk leerproces over relationele afstemming.

5.5 Responsieve Evaluatie als leermethode

In dit onderzoek is tot doel gesteld het leren van de betrokkenen te ondersteunen met behulp van de eerste twee stappen van Responsieve Evaluatie. In deze paragraaf beantwoord ik de deelvraag: 'Kan de methode Responsieve Evaluatie de betrokkenen van de woongroep ondersteunen bij het leren over relationele afstemming en zo ja, hoe?'

5.5.1 Responsieve Evaluatie en leren

Met behulp van Responsieve Evaluatie is op systematische wijze een grote diversiteit aan perspectieven en ervaringen inzichtelijk gemaakt. Daarmee ontstond voor de respondenten ruimte om hun ervaringen en kennis over relationele afstemming te expliciteren en daarop te reflecteren. In en door het vertellen van ervaringen ontstonden er bij de betrokkenen nieuwe inzichten, kennis en acties. Het onderstaande fragment illustreert dit leren:

R: Ik heb wel eens met een bewoner de wensboom ingevuld. Een van de vragen die ik de bewoner stelde was: 'Wat betekent vrijheid voor u?' Er kwamen best leuke dingen uit dat gesprek en de bewoner vond het ook fijn.
I: Zet je die vraag nu nog weleens in?
R: Nou, eigenlijk niet, dat is een leuk inzicht! Om dat nog eens aan bewoners te vragen, om daar achter te komen. (P5)

(R= Respondent, I= Interviewer)

De rol van de onderzoeker als facilitator stelde in staat de verschillende ervaringen te beschrijven, met elkaar te verbinden en van daar uit te interpreteren. De responsieve werkwijze waarborgt dat deze beschrijvingen zo dicht mogelijk aansluiten bij de door de respondenten ervaren werkelijkheid. Gaandeweg ontstond vanuit dit dialectische proces meer zicht op de betekenissen die besloten liggen in de verhalen van de respondenten. Daaruit kan worden afgeleid welke betekenissen voor de respondenten centraal staan en nagestreefd en ondersteund moeten worden. Figuur 3. geeft dit dialectische proces weer aan de hand van het fragment 'Voorlezen' (p. 28).

	Ervaring	Van betekenis	Nastreven & ondersteunen
Bewoner	Ik ben iemand met **ondernemerszin.** De laatste tijd heb ik **niet meer zoveel fut.** Het is jammer dat je weer wat moet inleveren. Dan probeer ik 's middags wel even onder de mensen te zijn, maar **ik verveel me.**	Één van de zorgverleners **merkte op** dat ik mij verveelde. Zij kwam op het **idee** dat ik voor zou kunnen lezen aan bewoners. Dat doe ik nu iedere week. **Het betekent veel voor mij** als ik de mensen zie genieten.	Fijngevoelige **opmerkzaamheid** van zorgverleners voor wat van betekenis is voor de bewoner. **Meezoeken** naar nieuwe uitdrukkingsmogelijkheden.
Zorgverlener	Ik zie het wel dat zij zit te verpieteren, maar **ik kan er niets mee doen.** Alleen de basic zorg en dat is al rennen. Dan is **de rek er bij mij wel een beetje uit.**	Als iemand er tevreden uitziet en er kan een lach af, dan heb je het gevoel dat je **echt wat hebt kunnen betekenen.** Als je ziet dat zij het fijn heeft dan haal je daar zelf ook **voldoening** uit.	Voldoende **rust en ruimte** om te kunnen herkennen en aan te sluiten bij wat van betekenis is. **Aandacht** hebben voor wat de bewoner goed doet. Dat blijkt eveneens van belang voor de zorgverlener om **betekenis en zin** te ervaren en het zorgwerk vol te houden.

Figuur 3: Het dialectische proces van het verzamelen en interpreteren van ervaringen.

5.5.2 Responsieve evaluatie en relationele afstemming

Uit de verhalen van zorgverleners blijkt dat leren over relationele afstemming niet alleen ondersteund wordt door op systematische wijze eigen ervaringen te expliciteren, en daarop te reflecteren. Ook in en door het relationele afstemmen zelf ontstaan nieuwe inzichten en kennis (§6.3.3). Het verhaal 'Goede zorg, in strijd met de wens van de bewoner?!' (p.33) geeft weer hoe in en door het handelen in de praktijk zelf een groter gedeeld begrip kan ontstaan over de betekenissen en doelen die bijdragen aan goede zorg. In het denken en handelen is een zekere alledaags ogende moraliteit en praktische wijsheid gelegen die zich lastig laat expliciteren (Baart & Vosman, 2008). Hoe dit performatieve en belichaamde leren kan worden benut en ondersteund vormt dan ook een belangrijk thema voor verder wetenschappelijk onderzoek. In de tweede plaats blijkt het verzamelen van individuele verhalen (stap twee van de methode Responsieve Evaluatie) erg tijds- en arbeidsintensief. De methode vraagt om de beschikbaarheid van een begeleider of onderzoeker die het interpretatieve proces tussen de betrokkenen faciliteert. De methode leent zich daarom niet goed om zorgverleners te ondersteunen ten aanzien van wat zich binnen alledaagse zorgsituaties afspeelt. Wel kan met behulp van Responsieve Evaluatie door de betrokkenen gezamenlijk verder worden gezocht naar leer- en ondersteuningsvormen die behulpzaam zijn om zorg op een dialogische manier af te stemmen. Daarmee kan worden voortgebouwd op de verhalen, analyse en interpretaties die met dit onderzoek inzichtelijk zijn gemaakt.

Hoofdstuk 6
Discussie en conclusie

In dit hoofdstuk volgt een kritische beschouwing en interpretatie van de inzichten uit de literatuur en praktijk (§6.1.). In de zorgethische reflectie (§6.2.). ga ik in op de betekenis van de bevindingen voor goede zorg. Tenslotte volgt de beantwoording van de hoofdvraag en worden aanbevelingen (§6.3.) gedaan voor de praktijk en vervolg.

6.1 Discussie : ruimte geven aan relationele afstemming

In de discussie stel ik het begrip 'ruimte' centraal als datgene wat er in potentie aanwezig moet zijn om betekenissen te laten emergeren in het afstemmen van zorg. Hoewel dit begrip zich moeilijk in zijn geheel laat omvatten en beschrijven, ontstond vanuit de praktijkbevindingen en de theorie zicht op aspecten die ruimte geven of juist de ruimte verkleinen voor relationele afstemming. Deze aspecten werk ik uit aan de hand van de eerder beschreven dimensies (§ 5.1.). Waar in de tekst onderscheid is gemaakt tussen de verschillende dimensies, blijken ze in de zorgpraktijk nauw met elkaar verweven. Met de aangebrachte ordening beoog ik enkel accenten te leggen en de verschillende aspecten die tot het afstemmen behoren duidelijk in beeld te brengen.

6.1.1 In relatie staan

Uit de praktijk bevindingen blijkt dat behoeften, wensen en verlangens van bewoners pas echt naar boven komen wanneer zij in gesprek en contact zijn met anderen (§5.2.1, §5.2.2., §5.3.1.). Daaruit blijkt dat betekenis geen individueel en statisch, maar een relationeel en dynamisch begrip vormt. Dit inzicht sluit aan bij een relationele mensvisie zoals omschreven door Visse et al. (2015): bewoners en zorgverleners blijken onderling van elkaar afhankelijk en hebben elkaar nodig om te begrijpen wie zij zijn en om uitdrukking te geven aan betekenissen. Van Heijst (2005) stelt dat deze gelijke behoefte aan betekenis en zin, de grond vormt voor het ontwikkelen van een wederkerige en evenwaardige zorgrelatie. Tegelijk kenmerkt de zorgrelatie zich ook door ongelijke afhankelijkheid. De invloed hiervan op het relationele afstemmen wordt toegelicht in paragraaf 6.1.2: 'macht en onmacht'. In de huidige verbeteraanpak van 'Cliënt in regie' lijkt betekenis echter veeleer als een individuele en autonome keuze centraal te staan (hst. 2). Verschillende auteurs wijzen erop dat dit perspectief eerder leidt tot het losmaken van mensen uit hun sociale relaties dan tot het versterken en ondersteunen ervan (Grypdonck, 2009; Van Heijst, 2005; Timmermann, 2010). Kwaliteitsverbetering richt zich daarmee eenzijdig op het bevorderen van de keuzevrijheid en eigen regie van zorgafhankelijke bewoners, in plaats van op herstel en ondersteuning van gebrekkige (zorg)relaties.

Behoefte aan rust en tijd om in relatie te staan

Uit de verhalen van bewoners blijkt dat zij niet zozeer behoefte hebben aan meer keuzevrijheid, maar aan onverdeelde aandacht en gelegenheid om hun ervaringen en verhalen te delen (§5.4.1., §5.4.3.). Ruimte hiervoor ontstaat waar zorgverleners tijd en rust ervaren om op een alledaagse manier in relatie te staan met bewoners (pp.33-34). Dat betekent dat zij naast het uitvoeren van zorgverrichtingen ook hun persoonlijke aandacht tot uitdrukking brengen. Dit blijkt in de eerste plaats van waarde omdat zowel bewoners als zorgverleners daaraan betekenis en zin ontlenen. Tevens leren zij elkaar daardoor kennen en ontstaat een sfeer van veiligheid en vertrouwen. Die veiligheid hebben bewoners nodig om openheid te geven aan hun ervaringen en verhalen, in het bijzonder wanneer de ruimte voor afstemming zich door onmacht of onbegrip verkleint (§5.2.4.). Zorgverleners ervaren echter een structureel tekort aan tijd en rust en daarmee aan ruimte om op een alledaagse manier in de relatie te staan (§5.4.2.). Vanuit een marktgerichte zorgbenadering wordt de zorgrelatie voornamelijk gedacht in termen van effectiviteit en efficiëntie. Daarmee blijft weinig ruimte open voor de zorgrelatie als een medemenselijke verbintenis. Professionaliteit komt daarmee eenzijdig in het teken te staan van objectieve kwaliteitsmeting en zorg verwordt tot een aaneenschakeling van losse handelingen (Van Heijst, 2000; 2005). Daarmee blijft verkleint zich de ruimte voor een gezamenlijke expressie van betekenissen (§5.4.). Zorgverleners ervaren hierover onmacht en verlies van een zinvolle uitoefening van hun werk (§5.3.1). Zoals weergegeven in het theoretisch kader plaatsen de benaderingen van Menslievende zorg en Presentie zorghandelingen nadrukkelijk in het kader van de zorgrelatie (Baart, 2004; Van Heijst, 2005). In overeenstemming met deze auteurs wil ik mij dan ook kritisch verhouden tot de vele aandacht die uitgaat naar efficiëntie en de meetbare kwaliteit van zorg. Daarmee blijft wat zich afspeelt binnen zorgrelaties en de wederkerigheid die daar wordt gesticht voor zorgverleners moeilijk benoembaar (Heijst, 2000). Juist in het delen van verhalen komen betekenissen tot uitdrukking. Dit onderstreept het belang om betekenissen vanuit de ervaringen en verhalen van bewoners inzichtelijk te maken.

6.1.2 Een open zoekproces

Het inzicht dat behoeften, wensen en verlangens van bewoners een relationeel en dynamisch begrip vormen, sluit aan bij het denken over de ongewisheid van zorg door Van Heijst (2005) die zich daarin baseert op de handelingstheorie van Arendt (1958). Ongewisheid betekent dat het afstemmen een voortdurend zoeken blijft naar wat in de specifieke situatie voor de bewoner van betekenis is voor goede zorg. Zoeken betekent niet alleen opmerken en (h)erkennen wat van waarde is voor bewoners. Zorgverleners brengen hun eigen zorgkundige perspectief in. Zij hebben plichten, taken en dragen verantwoordelijkheid voor bepaalde zorghandelingen (§5.2.3., §5.3.2., §5.3.4.). Tegelijk moeten zij bewoners ruimte geven om in overeenstemming met hun eigen waarden te leven (§5.3.3, §5.4.2.). Dit inzicht stemt overeen met de paradox die Grypdonck (2009, p. 43-44) beschrijft: enerzijds is er de veronderstelling dat waar zorgverleners zich opstellen in de marge er meer ruimte ontstaat voor de wensen en behoeften van bewoners. Anderzijds is het hun primaire opdracht en verantwoordelijkheid om te helpen. Het relationele afstemmen omvat daarmee niet alleen een gezamenlijke expressie van betekenissen, maar ook een interpretatief proces waarin onderlinge posities en verhoudingen een rol spelen (Baart & Grypdonck, 2008; Van Heijst, 2005; Timmermann, 2010).

Macht en onmacht

In het duiden van de verschillende perspectieven nemen zorgverleners een fundamenteel andere positie in ten opzichte van bewoners. De ongelijke afhankelijkheid die inherent is aan zorgverlenen maakt dat er sprake is van machtsasymmetrie (Van Heijst, 2005). Het verhaal 'Goede zorg in strijd met de wens van de bewoner' (p. 33) maakt inzichtelijk hoe het vermogen van zorgverleners om te helpen enerzijds een positieve kant heeft: de bewoner kon de gevolgen van zijn eigen keuze niet overzien en merkt gaandeweg dat de hulp hem goed doet. Anderzijds moeten bewoners de formerende invloed die zorgverleners uitoefenen ook ondergaan en worden zij daarin geconfronteerd met hun afhankelijkheid (Van Heijst, 2005). De verleende zorg roept daardoor ook regelmatig weerstand en onmacht op bij bewoners (§5.2.4. , § 5.3.1.). In het bijzonder wanneer zij de beweegredenen van zorgverleners niet begrijpen, en geen ruimte ervaren om zichzelf kenbaar te maken en te verduidelijken (§5.2.4.). De ruimte voor een open zoekproces kan zich daardoor verkleinen. Hierin wordt zichtbaar dat de machtsbalans voortdurend in beweging is. In de eerste plaats doordat bewoners zich begrensd voelen in hun uitdrukkingsmogelijkheden (Van Heijst, 2008). Hierbij sluit de term innerlijke ruimte aan, door Leget (2008, p. 150) omschreven als: "De gemoedstoestand waarin iemand zich in alle rust en vrijheid kan verhouden tot de emoties die door een situatie worden opgeroepen." Waar de innerlijke ruimte zich verkleint is het voor bewoners moeilijk om uiting te geven aan wat voor hen van betekenis is. In de tweede plaats hebben ook zorgverleners innerlijke ruimte nodig om open en ontvankelijk te zijn naar bewoners (Leget, 2008). Uit de praktijkbevindingen blijkt dat de innerlijke ruimte zich verkleint waar zorgverleners tekorten aan tijd en rust ervaren om te luisteren naar ervaringen en verhalen en samen te zoeken wat betekenis heeft en goed doet (§5.2.3., 5.3.2.). Een open zoekproces kan wanneer hiervoor te weinig ruimte is, verworden tot een meer gesloten weten. Zorgverleners zijn zich hiervan niet altijd bewust. Betekenissen blijven dan on(h)erkend waardoor zorg hoe goed bedoeld en verleend ook, toch leidt tot miskenning van bewoners en bestendiging van hun lijden (Baart & Grypdonck, 2008; Van Heijst, 2005). Deze auteurs beschouwen het dan ook als de professionele verantwoordelijkheid van zorgverleners om bewoners actief tevoorschijn te roepen en voortdurend te streven naar afstemming.

Ruimte voor het uitwisselen en gezamenlijk duiden van ervaringen en verhalen

Uit praktijkbevindingen blijkt dat zorgverleners verantwoordelijkheid nemen door het opmerken en bespreekbaar maken van signalen en emoties en door tijd te maken voor gesprek(§5.2.3., §5.3.1.,§ 6.3.3.). Dat werkt ruimtescheppend: bewoners weten zich veilig en vertrouwd om hun ervaringen en verhalen in hun eigen taal te delen zonder dat zij deze direct hoeven vertalen in een conclusie of concrete hulpvraag (§5.2.3., §6.2.5., §5.4.1.). Het verhaal 'Wensboom' (p. 33), maakt de betekenis hiervan voor relationele afstemming inzichtelijk: door te luisteren naar het verhaal van de bewoner ging de zorgverlener gaandeweg opmerken en herkennen wat voor hem van betekenis was en hoe zij daarbij kon aansluiten. Opvallend is dat aansluiten in de eerste plaats bestond uit het luisteren zelf: de bewoner liet weten dat het gesprek zelf hem goed deed. Door de uitwisseling van ervaringen en verhalen ontstaat afstemming nog niet vanzelf. Zorgverleners bewegen zich regelmatig tussen enerzijds hun eigen zorgverantwoordelijkheid en anderzijds de daarmee in strijd zijnde wensen en behoeften van bewoners (§5.3.1., §5.3.3., §5.3.4., §5.3.5., §5.4.2.). Hierbij sluit de visie van Goossensen (2014) die relationele afstemming weergeeft aan de hand van de begrippen match en mismatch. Zij beschrijft hoe het door reductie in de waarneming van zorgverleners gebrekkig of niet (mismatch) tot een afstemming komt.

Reductie betekent dat er onvoldoende kennis en begrip is opgebouwd van de ervaringswereld van bewoners of dat verschillen tussen bewoner en zorgverlener onvoldoende worden onderkend (Goossensen, 2014). Zoals in de vorige paragraaf beschreven blijven betekenissen hierdoor on(h)erkend. Het zorgvuldig duiden en wegen van de verschillen vraagt van zorgverleners om bewustwording van hun eigen interpreteren en de begrensdheid van hun eigen kennen (Baart, 2004; Heijst, 2005). Uit de praktijkverhalen blijkt echter ook hoe door mismatches juist bewustwording kan ontstaan over de begrensdheid van het eigen begrip. Zorgverleners weten zich dan geconfronteerd met hun gebrek aan kennis en voelen zich aangespoord om te zoeken naar wederzijds begrip (§5.3.4.). Tevens bleek hoe zorgsituaties ongewis en ambigu zijn waardoor soms pas langs de weg van mismatches nieuwe kennis en inzichten ontstaan (§5.3.1., §5.3.3., §5.4.2.). De begrippen match en mismatch suggereren echter dat zorg resulteert in momenten van gelukte of mislukte afstemming. Daarmee blijft mijns inziens het procesmatige en iteratieve karakter van relationele afstemming onderbelicht. Een open zoekproces wil ik daarom duiden als dialogisch zoekproces in lijn met de hermeneutiek van Gadamer (1975).

6.1.3 Dialogisch afstemmen

De prakijkbevindingen geven weer hoe door dialoog een groter wederzijds begrip van betekenis kan ontstaan (§5.3.4., §5.4.3., §5.5.1.). Dialoog betekent voor zorgverleners: luisteren naar ervaringen en verhalen van bewoners, openheid geven over beweegredenen en deze gezamenlijk duiden (§6.3.4.). In lijn met een hermeneutische benadering blijkt het eigen perspectief van de betrokkenen zowel een grens als voorwaarde te vormen voor het begrijpen (Gadamer, 1975; Leezenberg & de Vries, 2010). Zoals Goossensen (2014) schetst kan er reductie ontstaan waardoor betekenissen onherkent blijven (§5.2.4.). Tegelijk blijkt ook dat het impliciete en belichaamde kennen voor zorgverleners een belangrijke kennisbron vormt voor het herkennen van betekenissen (§5.3.4.). Voorwaarde en reductie treden in het interpretatieproces (onbewust) voortdurend met elkaar in wisselwerking. Waar het eigen perspectief het begrijpen van de ander in de weg staat, gaat men vanuit een hermeneutische benadering over tot expliciet interpreteren (Gadamer, 1975). Responsieve Evaluatie ondersteunde dit expliciteren van verschillende perspectieven (§5.5.). De methode faciliteert daarmee een dialogisch verstaan van betekenis, waarbij in het bijzonder aandacht uitgaat naar het respecteren en begrijpen van verschillende interpretaties (Abma, Molewijk, et al., 2009; Visse et al., 2012). Responsieve Evaluatie bleek ondersteunend aan het leren van de betrokkenen door ruimte te geven aan het uitwisselen van ervaringen en verhalen en daarop kritisch te reflecteren. Hierdoor werden routines en vanzelfsprekendheden open gebroken en ontstond ruimte voor nieuwe inzichten, kennis en acties (§5.5.). Zorgverleners geven niet alleen verbaal, maar ook in en door hun handelen uitwerking aan een dialogisch verstaan (§5.3.4.). Relationele afstemming komt in de verhalen van de betrokkenen daarmee niet alleen als een dialogisch en interpretatief, maar ook als een experimenteel proces tevoorschijn (§5.3.4.). Dit sluit aan bij de visie van Mol, Moser, en Pols (2010, p. 13) die beschrijven dat het kwalificeren van afgestemde zorg gaat niet vooraf gaat aan zorgpraktijken, maar deel vanuit maakt. Door knutselen (*practical tinkering)* en zorgvuldig experimenteren *(attentive experimentation)* als een voortdurend proberen en bijstellen van handelingen.

De auteurs tonen daarmee hoe kennis over goede zorg zich ontwikkelt vanuit het belichaamde en performatieve: op het juiste moment een hand op je schouder of samen zitten en even kletsen over niets in het bijzonder. Het vinden van taal om deze taciete kennis inzichtelijk te maken is complex (Baart, 2004; Mol et al., 2010). Responsieve Evaluatie bleek erg tijds- en arbeidsintensief. Er is daarom behoefte aan verder onderzoek naar hoe deze kennis inzichtelijk te maken en te benutten (§5.5.2.).

6.1.4 Een wordingsproces

De eerder genoemde drie dimensies beschrijven het praktiseren van relationele afstemming. Daaruit blijkt hoe de betrokkenen al werkend op het spoor kunnen komen van betekenissen en doelen van goede zorg (§5.5.1.,§5.3.4.). De vierde dimensie geeft weer waartoe relationele afstemming zinvol is. Uit de praktijkverhalen blijkt hoe in het afstemmen ruimte ontstaat voor bewoners om daadwerkelijk iemand te zijn en te worden: als iemand die in de tijd verandert, kan meedenken en iets te geven heeft wat voor zorgverleners ook zin en betekenis heeft (§5.2.2.,§5.2.3.). De wederkerigheid die zich van daar uit ontwikkelt blijkt tegelijk onmisbaar voor het (h)erkennen van en aansluiten bij betekenissen van bewoners. Hierin beantwoordt het streven naar relationele afstemming aan de normatieve opvatting van goede zorg zoals beschreven door Van Heijst (2005, p. 14), namelijk dat: zorg behoort te bevorderen dat zorgontvangers het gevoel hebben dat zij er toe doen. Ruimte geven aan een wordingsproces vereist ook aandacht en ondersteuning op organisatie niveau. Te midden van het streven naar beheersbare en meetbare processen blijft weinig taal en ruimte open om de betekenisvolle wederkerigheid te benoemen die gesticht wordt binnen zorgrelaties (Van Heijst, 2000). Kwaliteitsconcepten als ‘eigen regie’ krijgen voornamelijk invulling vanuit kennis die niet in praktijken zelf is opgedaan (§1.2., §5.3.5.). Om deze een invulling te geven vanuit de perspectieven van de betrokkenen is het van belang de betekenis en zin van zorg die besloten ligt in verhalen verder inzichtelijk te maken (Visse et al., 2015). Het verhaal ‘Verschillende perspectieven’ (p.33) geeft tevens weer dat de betrokkenen van de woongroep er behoefte aan hebben om hierover de dialoog aan te gaan met managers en beleidsmakers (§5.3.5.). Responsieve Evaluatie kan dit dialogische proces verder faciliteren en ondersteunen.

6.2 Zorgethische reflectie

Tot besluit van de discussie volgt een reflectie op de dimensies van relationele afstemming en hun betekenis voor goede zorg. Daarvoor maak ik gebruik van het fasemodel (Tronto, 1993; 2013).
Deze fasen geven het zorgproces als geheel weer waarbij zorg wordt opgevat als een houding en praktijk die mensen gezamenlijk delen en tevens politiek van aard is (Van Heijst, 2005, p. 73). Aanvankelijk heb ik dit fasemodel niet gepresenteerd, maar alles overziende, acht ik het bij uitstek geschikt om kennislancunes en behoeften inzichtelijk te maken die er nog bestaan ten aanzien van relationele afstemming.

Oog hebben voor (caring about), met aandachtigheid als morele waarde

De dimensie 'in relatie staan' toont hoe onverdeelde aandacht voor bewoners randvoorwaardelijk is aan het ontstaan van veiligheid, vertrouwen en openheid om ervaringen en verhalen te delen (§6.1.1.). Goede zorg betekent dat er voor zorgverleners ruimte is om in hun alledaagse zorgverrichtingen ook hun persoonlijke aandacht voor de bewoner tot uitdrukking te brengen. De dimensie 'open zoekproces' geeft weer dat betekenissen en behoeften veranderlijk zijn (§6.1.2.). Goede zorg betekent dat zorgverleners hiervoor ontvankelijk zijn en zich laten verstoren (Baart & Grypdonck, 2008). De dimensie 'wordingsproces' maakt duidelijk dat relationele afstemming vraagt om het erkennen van de gelijke behoefte aan betekenis en zin van bewoners en zorgverleners (§6.1.4.). Goede zorg betekent dat er in de alledaagse zorgpraktijk ruimte is voor niet-instrumentele ontmoetingen en dat naast meetbare kwaliteit ook aandacht uitgaat naar de betekenisvolle wederkerigheid die ontstaat binnen zorgrelaties.

Zorg op zich nemen (taking care of), met verantwoordelijkheid als morele waarde

De dimensie 'open zoekproces' geeft weer dat goede zorg zich niet beperkt tot het waarnemen van behoeften en betekenissen (§6.1.2.). Gegeven de bestaande machtsasymmetrie zijn zorgverleners verantwoordelijk voor het actief tevoorschijn roepen van bewoners en het ontsleutelen van hun uitingen (Baart & Grypdonck, 2008; Goossensen, 2014; Van Heijst, 2008). De dimensie 'dialogisch afstemmen' verwijst naar een dialogische manier van ontsleutelen om verschillen in posities en standpunten te onderkennen en mee te denken (Visse et al., 2015). Goede zorg vraagt daarmee om beraad en reflectie voor een gezamenlijk expliciteren en duiden van deze verschillen (Goossensen, 2014; Goossensen & Baart, 2011). Het maken van morele afwegingen ervaren zorgverleners als heel complex (§5.3.6., §5.4.2.). Dat roept de vraag op of zij zich daarbij voldoende ondersteund weten. Hierbij sluit het gedachtegoed van Kittay (1999; 2011) aan over geneste relaties (*nested relations)* als*:* het bredere netwerk van zorgrelaties en sociale en politieke verbanden waarin de zorgrelatie is ingebed. Zij stelt dat zorgverleners van dit netwerk afhankelijk zijn om hun zorgwerk vol te houden. Aangezien dit onderzoek zich uitsluitend richt op relationele afstemming in relaties tussen bewoners en zorgverleners, is het bredere netwerk van relaties vrijwel onbesproken gebleven. Het is van belang de rol en verantwoordelijkheid van het bredere netwerk voor relationele afstemming nog verder te doordenken.

Zorg geven (care giving), met deskundigheid als morele waarde

De dimensie 'in relatie staan' gaat in op de houdingsgerichte kwaliteit van zorg (Goossensen & Baart, 2011). Van Heijst (2005) spreekt hierbij over uitdrukkingshandelingen. Het betreft geen gemakkelijk aan te leren bejegening of communicatiestrategie, maar betekent dat zorgverleners zichzelf op een bepaalde manier bij bewoners tegenwoordig stellen. Zo worden in het afstemmen zelf waarden en doelen van goede zorg tot uitdrukking gebracht, zoals nabijheid en zorgzaamheid. De dimensie 'wordingsproces' sluit hierbij aan geeft weer dat er ruimte is voor de zinbeleving van de betrokkenen (§6.1.4.). De dimensies 'open zoekproces' en 'dialogisch afstemmen' verwijzen naar de mensgerichte kwaliteit van zorg (Goossensen & Baart, 2011). Dit betekent dat zorgverleners zorgvuldig, open en fijngevoelig waarnemen en luisteren naar wat van waarde is voor bewoners (Baart et al., 2011). Waarnemen staat niet los van een open zoeken naar en dialogisch verstaan van betekenis (§6.1.3.). Deskundigheid betekent daarom ook reductie herkennen en leren doorbreken.

Responsieve Evaluatie draagt bij aan deskundigheidsbevordering door de leef- en ervaringswereld van bewoners middels verhalen inzichtelijk te maken en momenten van reflectie te faciliteren (§5.5.). Goede zorg vraagt om verder onderzoek naar methoden die een fijngevoelig en open waarnemen en het doorbreken van reducties bevorderen. Het is van belang de belemmerende werking van tekorten aan tijd, rust en onverdeelde aandacht hierin te onderkennen (§5.3.6., §5.4.2.) (Goossensen, 2014; Goossensen & Baart, 2011).

Zorg ontvangen (care receiving), met responsiviteit als morele waarde
Relationele afstemming is middels de dimensies weergegeven als een voortgaand en iteratief en responsief proces (§5.1.). Dit betreft de uitvoeringsgerichte kwaliteit van zorg. Het betekent dat goede zorg responsief tot stand komt, maar ook dat zorgverleners voortdurend blijven waarnemen hoe bewoners de verleende zorg ontvangen (Goossensen & Baart, 2011). Uit de praktijkbevindingen blijkt dat die respons geregeld tot uiting komen in reactieve emoties, een aan(klacht) of beschuldiging (§5.1.). Goede zorg betekent responsen beluisteren vanuit de overtuiging dat de ander je iets wil zeggen en verkennen welke normatieve verwachtingen en ervaringen daaraan onderliggend zijn (Baart et al., 2015; Goossensen, 2014; Van Heijst, 2005). De dimensie 'open zoekproces' geeft weer hoe machtsasymmetrie van invloed is op het ontstaan of gesloten blijven van ruimte voor responsiviteit (§6.1.2.). Het begrip ruimte vraagt om een verdere verdieping en uitwerking in de praktijk van relationele afstemming.

Zorgen met elkaar (caring with), met als morele waarden vrijheid, gelijkheid en rechtvaardigheid
Deze fase verwijst naar de politieke dimensie en democratisering van zorgpraktijken (Tronto, 2013). Door relationele afstemming krijgen bewoners ruimte om zich in hun eigenheid te tonen(§6.1.2., §6.1.3.). Dit verwijst naar de waarden vrijheid en gelijkheid. De dimensies 'in relatie staan' en 'open zoekproces' gaan over stem geven aan de ervaringen en verhalen van bewoners om daarmee verschillende perspectieven op goede zorg en een goed leven te includeren. Responsieve Evaluatie faciliteerde het inzichtelijk maken van deze verschillen en de dialoog daarover (§5.5). De waarde rechtvaardigheid verwijst naar het belang relationele afstemming als een gezamenlijke en gedeelde verantwoordelijkheid te beschouwen (Tronto, 2013; Visse et al., 2015). Zorgverleners hebben behoefte aan vertrouwen en ondersteuning in het complexe afstemmingsproces en willen hierover de dialoog voortzetten met managers en beleidsmakers (§5.3.5). In paragraaf 1.2. bleek hoe een markgerichte zorgbenadering en het gelijkheidsideaal de perspectieven en verwachtingen van de betrokkenen van buitenaf vormen en zo richting geven aan de doelen van goede zorg. Het is daarom van belang ook op organisatieniveau te reflecteren of de doelen van goede zorg daadwerkelijk invulling krijgen vanuit de perspectieven van de betrokkenen in de zorgpraktijk.

6.3 Conclusie en aanbevelingen

In dit onderzoek is tot doel gesteld een breder begrip te ontwikkelen van relationele afstemming vanuit de perspectieven en ervaringen van bewoners en zorgverleners van woongroep Rozemarijn, en te verkennen hoe Responsieve Evaluatie het leren van de betrokkenen daarbij kan ondersteunen. In deze paragraaf volgt de beantwoording van de centrale onderzoeksvraag:

Wat zijn de perspectieven en ervaringen van bewoners en zorgverleners van woongroep Rozemarijn ten aanzien van relationele afstemming, en hoe draagt Responsieve Evaluatie bij aan het ondersteunen van een gezamenlijk leerproces over relationele afstemming binnen de woongroep?

Door de perspectieven en ervaringen van bewoners en zorgverleners (*deelvraag 2 & 3)* inzichtelijk te maken wordt duidelijk dat bewoners zich begrensd voelen in hun uitdrukkingsmogelijkheden. Een gezamenlijke expressie van betekenissen helpt bewoners hervinden en tot uitdrukking brengen wat voor hen van waarde is. Tevens beantwoordt dit aan de gelijke behoefte van bewoners en zorgverleners aan betekenis en zin. Om hieraan ruimte te geven is het van belang dat zorgverleners op een alledaagse manier in relatie staan met bewoners. De sfeer van veiligheid en vertrouwen die zich daarin ontwikkelt, maakt dat bewoners openheid kunnen en durven geven aan hun ervaringen en verhalen. Zorgverleners ervaren echter tekorten aan tijd en rust om hun onverdeelde aandacht tot uitdrukking te brengen. Er blijft daardoor weinig ruimte open voor het gezamenlijk uitwisselen en duiden van deze ervaringen en verhalen. Verschillen in perspectief en positie kunnen daarmee uit beeld raken en het afstemmen verwordt tot een gesloten weten. Betekenissen van bewoners blijven dan on(h)erkend. Wat leert dit de betrokkenen over relationele afstemming (*deelvraag 4*)? Afstemmen op unieke bewoners betekent dat betekenissen veranderlijk zijn en zorg ongewis blijft. De spanning en onzekerheid die zorgverleners hieromtrent ervaren moet niet worden weggenomen, maar kan men juist aangrijpen om te vertragen en tijd te nemen voor reflectie. Daarmee ontstaat ruimte om verschillen, spanningen en conflicten te expliciteren en gezamenlijk te duiden. Reflectie heeft tot doel de eigen referentiekaders van zorgverleners te verruimen om een open en fijngevoelig waarnemen te bevorderen. Zorgverleners ervaren het gezamenlijk bevragen van doelen en beweegredenen daarbij als behulpzaam aan het ontwikkelen van een groter wederzijds begrip van betekenis.

In deze studie is gekeken of Responsieve Evaluatie als methodiek ondersteunend is aan het leren van de betrokkenen over relationele afstemming *(deelvraag 5).* De ondernomen stappen (1&2) van Responsieve Evaluatie bleken behulpzaam voor het creëren van de randvoorwaardelijke sociale condities van veiligheid en vertrouwen, het expliciteren van een grote diversiteit aan verhalen en reflectie daarop. Zorgverleners geven in de dagelijkse zorgpraktijk en in hun zorgend handelen ruimte aan het gezamenlijk expliciteren en duiden van ervaringen en verhalen. Deze in de praktijk gelegen impliciete en belichaamde kennis is van waarde voor het leren over relationele afstemming en dient daarom verder inzichtelijk gemaakt en benut te worden. Door het vervolgen van de stappen van Responsieve Evaluatie ontstaat tevens de mogelijkheid om de dialoog over het ondersteunen van relationele afstemming met onder meer managers en beleidsmakers in de praktijk verder voort te zetten en te verdiepen.

De beantwoording van de deelvragen omvat samen de vier dimensies van relationele afstemming: in relatie staan (1), open zoekproces (2), dialogisch afstemmen (3), wordingsproces (4). Het begrip van relationele afstemming heeft zich daarmee vanuit de ervaringen en verhalen van de betrokkenen vergroot en verdiept. Concluderend volgen hieruit drie centrale inzichten die weergeven wat voor bewoners en zorgverleners van woongroep Rozemarijn van belang is om na te streven en te ondersteunen voor relationele afstemming.

Aanbeveling 1: Ruimte voor responsiviteit

- Stel betekenis en behoeften van bewoners centraal als een relationeel en dynamisch begrip. Beschouw goede zorg daartoe niet alleen als een kwalitatief goed verrichten van zorg, maar ook als een gezamenlijke expressie van betekenissen (§6.1.1., §6.1.4.). Dit vraagt tevens om het erkenning van de gelijke behoefte aan betekenis en zin van bewoners en zorgverleners.
- Geef actief ruimte aan de ervaringen en verhalen van bewoners (§6.1.2.). Het verdient aanbeveling hiervoor frequent tijd te maken. Bijvoorbeeld door als eerst verantwoordelijke verzorgende wekelijks een moment van onverdeelde aandacht te hebben voor bewoners.
- Samenwerking binnen het team is voor zorgverleners ondersteunend aan het uithouden van verschil en het maken van morele afwegingen. Zo wordt het relationele afstemmen tot een gedeelde en gezamenlijke verantwoordelijkheid. Er is echter ook behoefte aan erkenning en steun vanuit het bredere netwerk van relaties in de zorgorganisatie (§5.3.5.). Aanbeveling drie gaat verder in op deze ondersteuningsbehoefte.

Aanbeveling 2: Ruimte voor reflectie en gezamenlijk leren

- De meerduidigheid van het afstemmingsproces vraagt in lijn met een hermeneutische benadering (Gadamer, 1975) om een expliciet interpreteren waar het eigen perspectief het begrip van de ander in de weg staat. Dit vraagt om verder onderzoek naar een methodiek die beraad en reflectie ondersteunt en faciliteert. Het is van belang daarin mee te nemen wat zorgverleners zelf als behulpzaam ervaren, namelijk: het bevragen van doelen en beweegredenen (§6.1.3.).
- Het begrip ruimte blijkt behulpzaam aan het inzichtelijk maken van de praktijk van relationele afstemming. Het verdient aanbeveling dit begrip verder te doordenken om te ontdekken hoe ruimte voor relationele afstemming ontstaat of juist gesloten blijft. Daarvoor kan aansluiting worden gezocht met zorgethische theorie van Leget (2008) over innerlijke ruimte en het concept liminale ruimte en zorg, ontleend aan de etnografie (Gennep, 2005; Visse, 2016). Om dit begrip te onderzoeken vanuit de perspectieven van de betrokkenen in de zorgpraktijk is tevens empirisch onderzoek nodig. Naast Responsieve Evaluatie kan daarvoor ook aansluiting gezocht worden bij de institutionele etnografie (Rankin & Campbell, 2009; Smith, 2006). Beide benaderingen zijn behulpzaam aan het inzichtelijk maken van alledaagse ervaringen en de relationele en institutionele structuren waarbinnen betekenissen bestaan. Verder onderzoek dient de vraag hoe de kennis van relationele afstemming die besloten ligt in de praktijk benut kan worden voor het vergroten van een wederzijds begrip.

Aanbeveling 3: Relationele afstemming ondersteunen op organisatieniveau

- In dit onderzoek is het afstemmingsproces onderzocht vanuit de relatie tussen bewoners en zorgverleners van de woongroep Rozemarijn. De ondersteuningsverantwoordelijkheid van de betrokkenen in het bredere netwerk aan (zorg)relaties blijft daarmee onderbelicht. In lijn met onderzoek van (Kittay, 1999; 2011) en Van Heijst (2005) is verder onderzoek nodig naar zelfafstemming en de eigen afhankelijkheid en kwetsbaarheid van zorgverleners. Dit onderzoek dient ook verder in te gaan op het begrip van innerlijke ruimte in relatie tot relationele afstemming (Leget, 2008).
- Verder onderzoek dient in te gaan op de behoefte van zorgverleners aan het voortzetten van de dialoog met managers en beleidsmakers. Dit vraagt om het toevoegen van nieuwe perspectieven (stap 1&2) en voort zetten van de dialoog (stap 3&4) met behulp van Responsieve Evaluatie (Abma & Widdershoven, 2006). Hierbij moet aandacht uitgaan naar de ervaren tekorten aan tijd, rust en ruimte. Tevens moet daarbij kritische gereflecteerd worden op de vraag of huidige kwaliteitsrichtlijnen, doelen en systemen daadwerkelijk ondersteunend zijn aan relationele afstemming.

Hoofdstuk 7
Kwaliteit van het onderzoek

In dit hoofdstuk komen de maatregelen aan bod die genomen zijn om de kwaliteit van de verzameling, analyse en interpretatie van de data te waarborgen.

7.1 Dataverzameling

Aanvankelijk stelde ik tot doel zes individuele verhalen te verzamelen doormiddel van observaties (drie dagdelen) en interviews. De informatie-rijkheid van de interviews met bewoners was echter beperkt. Dit heeft te maken met hun lichamelijke en cognitieve problemen waardoor bewoners een interview als snel als te belastend ervaarden. Er is daarom zoveel mogelijk aansluiting gezocht bij de bestaande dagstructuur en bij informele gesprekken gedurende de observatiemomenten. Deze gesprekken vonden meestal plaats in de gemeenschappelijke woonkamer en daarmee in aanwezigheid van anderen. Mogelijk heeft dit de openheid en diversiteit verkleind. Er is daarom besloten een extra interview met een bewoner toe te voegen. De belichaamde en taciete kennis van de betrokkenen kwam in de interviews minder diepgaand tot uitdrukking. Daarnaast verleenden de interviews weinig inzicht in de wisselwerking tussen de betrokkenen, terwijl dit juist inzicht geeft in het dynamische afstemmingsproces. Om deze kennis en inzichten beter te kunnen benutten zijn de observatiemomenten uitgebreid van drie naar zeven dagdelen.

7.2 Betrouwbaarheid

De bevindingen vormen geen representatie van de werkelijkheid, maar subjectieve interpretaties van de geleefde ervaringen van de betrokkenen. De hermeneutische cirkel verwijst naar het voortgaande en iteratieve karakter van dit interpreteren (Guba & Lincoln, 1989). Om de betrouwbaarheid van de bevindingen te versterken is gedurende het onderzoek steeds weer de verbinding gelegd naar interpretaties van anderen:

- In de eerste plaats door datatriangulatie. Er is gebruik is gemaakt van zowel observaties als interviews met als doel de ervaringen van de respondenten vanuit verschillende perspectieven te belichten. In de interviews kregen de respondenten ruimte om zich te verplaatsen tussen gebeurtenissen uit het verleden en deze in het heden te interpreteren. De observaties maken de non-verbale communicatie, interacties en hier- en nu ervaringen van de respondenten inzichtelijk.
- Om de interne validiteit te waarborgen is gebruik gemaakt van *peer debriefing* (Abma, 2007). De analyses en interpretaties zijn herhaaldelijk voorgelegd en kritisch besproken met de onderzoeksbegeleiders van de Universiteit voor Humanistiek. Deze gesprekken hebben bijgedragen aan de kritische reflectie op de eigen positie en standpunten van de onderzoeker.

- De praktijkbevindingen zijn in verband gebracht met theoretische inzichten over relationele afstemming van onder meer Baart (2004)en Heijst (2005).
- Gedurende het onderzoeksproces zijn memo's opgesteld die inzicht geven in de interpretaties van de onderzoeker (bijlage 2). Ook in 'discussie en conclusie' zijn de interpretaties inzichtelijk gemaakt en is toegelicht welke beperkingen en kennislancunes hierin nog bestaan (hst.7).
- Een hermeneutisch-dialectisch analyseproces heeft een kwaliteitscontrolerende functie in zichzelf (Abma, 1996). Er is in dit onderzoek voortdurend de interactie gezocht met de betrokkenen. In het bijzonder in de vorm van de *member check.* Zorgverleners reageerden op de transcriptie van de interviews en observatienotities. Aan bewoners zijn de thema's en interpretaties mondeling toegelicht en gevraagd naar de herkenbaarheid hiervan. Zo ontstond ruimte voor verduidelijking, het bijstellen en verdiepen van interpretaties. Als onderzoeker hield mij dit scherp en gericht op de issues en inspiraties van de betrokkenen.
- In het beschrijven van de ervaringen en verhalen (hst. 5) is getracht zo dicht mogelijk bij de taal van de betrokkenen te blijven. Interpretaties worden in de tekst ondersteund en geïllustreerd door fragmenten afkomstig uit de ruwe data (bijlage 2).
- Abma (1996) verwijst naar het kwaliteitscriterium referentiële adequaatheid. Dit betreft het verzamelen van materialen die voorzien in een beeld van de context ten behoeve van de analyse en interpretaties. Binnen dit onderzoek is deze context inzichtelijk gemaakt aan de hand van blogberichten van de bestuurder, twee interviews met managers en een verzameling van beelden die gemaakt zijn binnen de woongroep (bijlage 2).

7.3 Overdraagbaarheid

Responsieve Evaluatie richt zich niet op het verkrijgen van generaliseerbare kennis, maar op het verwerven van een groter wederzijds begrip (Abma & Widdershoven, 2006). Dit begrip ontwikkelde zich vanuit ervaringen en verhalen en de interactie daarover tussen de zeven respondenten binnen de specifieke context (van ruimte en tijd) van de woongroep Rozemarijn. Gezien deze dynamiek zullen herhalingen niet leiden tot dezelfde bevindingen en zijn deze niet een op een overdraagbaar naar andere woongroepen van Accolade Zorg. De vier dimensies kan men wel als richtinggevend beschouwen aan een verdere voortzetting van de dialoog over relationele afstemming. Ten behoeve van de overdraagbaarheid zijn gedetailleerde en contextgebonden beschrijvingen gemaakt van de bevindingen (*thick descriptions)*. Ze hebben tot doel lezers een plaatsvervangende ervaring te geven zodat zij kunnen vaststellen of de bevindingen van betekenis zijn binnen andere woongroepen en contexten (Stake, 2004).

7.4 Openheid en diversiteit

Dit kwaliteitscriterium verwijst naar de authenticiteit van het onderzoeksproces en subtiele mechanismen van exclusie (Abma, 1996). Het betreft de vraag in hoeverre er ruimte is gegeven aan de uiteenlopende ervaringen en of er voldoende veiligheid en vertrouwen is gecreëerd voor het uitwisselen van de verschillende ervaringen?

Openheid

- Om de responsiviteit te waarborgen heb ik er steeds op gelet of mijn aanpak en houding de betrokkenen in staat stelde om hun ervaringen en perspectieven te delen. Gezien de beperkte uitdrukkingsmogelijkheden van bewoners is in het bijzonder aandacht uitgegaan naar niet-verbale signalen en de subtiele wijze waarop bewoners betekenissen en ervaringen tot uitdrukking brengen. Voor zorgverleners vormde de werkdruk een belemmering om in gesprek te gaan. Zoals in paragraaf 7.1. aangegeven zijn om dit te ondervangen het aantal observatiemomenten uitgebreid en is naar aansluiting gezocht bij bestaande overlegmomenten.
- Om veiligheid en vertrouwen te waarborgen is zorgvuldig omgegaan met de verhalen van de respondenten. De hiervoor genomen maatregelen zijn beschreven in paragraaf 3.5. Door de kleinschalige onderzoekssetting was het niet mogelijk om anonimiteit helemaal te waarborgen. Voorafgaand aan het delen van informatie met derden is aan de respondenten eerst toestemming gevraagd.

Diversiteit

- Enkele bewoners van de woongroep spraken uit hun ervaringen niet te willen delen. Het viel mij op dat deze bewoners de dag voornamelijk op hun eigen kamer doorbrachten en minder deelnamen aan gemeenschappelijke activiteiten. Dit doet mij vermoeden dat er een grotere verscheidenheid is aan behoeften ten aanzien van het 'in relatie staan' dan tot nu toe inzichtelijk gemaakt. In verder onderzoek is het van belang deze verschillende behoeften verder inzichtelijk te maken.
- Binnen dit onderzoek is in beperkte mate interactie geweest tussen de respondenten over hun verschillende ervaringen en perspectieven. Er ontstaat meer ruimte voor diversiteit en het ontwikkelen van een wederzijds begrip wanneer respondenten daadwerkelijk met elkaar de dialoog voren over hun verschillende ervaringen. Een van de aanbevelingen betreft dan ook het vervolgen en van de stappen van Responsieve Evaluatie (§6.3).

Literatuur

Abma, T.A. (1996). *Responsief evalueren. Discoursen, controversen en allianties in het postmoderne.* Delft: Eburon.

Abma, T.A. (2006). The Practice and Politics of Responsive Evaluation. *American Journal of Evaluation, 27*(1), 31-43.

Abma, T.A. (2007). *Responsief Evalueren, discoursen, controversen en allianties in het postmoderne.* Delft: Eburon.

Abma, T.A., & Baur, V.E. (2010). Relationeel empowerment door dialoog. Cliëntenraden en managers in de ouderenzorg. In G. Schuiling, H. Vermaak & H. Tours (Eds.), *Leren door dialoog. Als leren het antwoord is, wat is dan de vraag?* (pp. 285-303). Alphen aan den Rijn: Wolters Kluwer.

Abma, T.A., Molewijk, B., & Widdershoven, G. (2009). Good care in ongoing dialogue. Improving care through moral deliberation and responsive evaluation. *Health Care Analysis, 17*(3), 217-235.

Abma, T.A., Nierse, C.J., & Widdershoven, G. (2009). Clients as Partners in Responsive Research: Methodological Notions for Collaborations in Mixed Research Teams. *Qualitative Health Research, 19*(3), 401-415.

Abma, T.A., & Widdershoven, G. (2006). *Responsieve methodologie, interactief onderzoek in de praktijk*. Den Haag: Lemma.

Arendt, H. (1958). *The human condition*. Chicago: University of Chicago Press.

Baart, A. (2004). *Theorie van de presentie* (3e ed.). Utrecht: Lemma.

Baart, A., & Grypdonck, M. (2008). *Verpleegkunde en presentie. Een zoektocht in dialoog naar de betekenis van presentie voor verpleegkundige zorg*. Den Haag: Lemma.

Baart, A., Grypdonck, M., & Prins, C. (2015). Het denk- en kijkraam van opgaven en responsen: aansluiten bij en afstemmen op de patiënt. *De patiënt terug van weggeweest* (pp. 207-223). Amsterdam: SWP.

Baart, A., Olthuis, G., Prins, C. , & Smits, M. (2011). De een of de ander: dat is nog een heel verschil…' Leren zien wat patiënten doormaken op de SEH en hoe daarop wordt gereageerd.

Baart, A., & Vosman, F. (2008). *Aannemelijke zorg. Over het uitzieden en verdringen van praktische wijsheid in de gezondheidszorg.* Den Haag: Lemma.

Barnes, M. (2012). *Care in everyday life. An ethic of care in practice*. Bristol: The Policy Press.

Creswell, J.W. (2013). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed method approaches.* Thousand Oaks: Sage Publications.

Gadamer, H.G. (1975). *Truth and method.* New York: Seabury Press.

Gennep, A. van. (2005). *Übergangsriten - (Les rites de passage)*. Frankfurt/Main Campus Verlag GmbH.

Goossensen, M.A. (2014). Schetsen van mismatch: Movisie.

Goossensen, M.A., & Baart, A. (2011). Kwaliteit van zorg 2.0, menslievende, presente, en zorgzame zorg. *Kwaliteit in zorg, 6*, 4-7.

Grondin, J. (2002). Gadamer's basic understanding of understandig. In R. J. Dostal (Ed.), *The Cambridge Companion to Gadamer*. Cambridge: Cambridge University Press.

Grypdonck, M. (2009). Empowerment en dementie. In G. L. van Heck & H. Stoop (Eds.), *Vergeet mij niet!* (pp. 21-22). 's-Hertogenbosch: Programmaraad Zorgvernieuwing Psychogeriatrie.

Guba, E., & Lincoln, Y. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park: Sage Publications.

Hankivsky, O. (2004). *Social policy and the ethic of care.* Vancouver: University Of British Columbia.

Heck, G.L. van, & Stoop, H. (2009). Vergeet me niet! Tilburg: Programmaraad Zorgvernieuwing Psychogeriatrie.

Heijst, A. van. (2000). Naar een nieuw begrip van professionele zorg. *Christen democratische verkenningen*, 93-98.

Heijst, A. van. (2005). *Menslievende zorg, een ethische kijk op professionaliteit.* Kampen: Klement.

Heijst, A. van. (2008). *Iemand zien staan, zorgethiek over erkenning* (4th ed.). Kampen: Klement.

Huber, M. , van Vliet, M. , Giezenberg, M. , Winkens, B., Heerkens, Y. , Dagnelie, P. C. , & Knottnerus, J. A. (2014). Towards operationalisation of the new dynamic concept of health, leading to 'positive health'. In M. Huber (Ed.), *Towards a new, dynamic concept of health. Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food.* (pp. 55–82). Driebergen: Louis Bolk Instituut.

Kampen, T., & Duyvendak, J. (2016, 12-10-2016). Het ideaal van zelfredzaamheid is armoedig. *Trouw*. Retrieved from https://http://www.trouw.nl/home/het-ideaal-van-zelfredzaamheid-is-armoedig~a75f6e23/

Kittay, E.F. (1999). *Love's Labor: Essays on Women, Equality, and Dependency.* New York: Routledge.

Kittay, E.F. (2011). The Ethics of Care, Dependence, and Disability. *Ratio Juris, 24*(1), 49-58.

Leezenberg, M., & de Vries, G. (2010). De hermeneutische traditie. *Wetenschapsfilosofie voor geesteswetenschappen.* (pp. 133-152). Amsterdam: University Press.

Leget, C. (2008). *Van levenskunst tot stervenskunst: over spiritualiteit in de palliatieve zorg.* Tielt: Lannoo.

Manen, M. van. (2005). Fenomenologie: een kwalitatieve stroming met een verscheidenheid aan tradities. *Kwalon 28, 10*(1), 30-36.

Mol, A. (2006). *De logica van het zorgen, actieve patiënten en de grenzen van het kiezen.* Amsterdam: Van Gennep.

Mol, A., Moser, I., & Pols, J. (2010). Care: putting practice into theory *Care in practice. On thinkering in clinics, homes and farms.* (pp. 7-25). Bielefield: Transcript Verlag.

Molema, J. (2016a). *Beleidsnotitie Samenwerken in de driehoek* Accolade Zorg Zeist.

Molema, J. (2016b). *Beleidsnotitie Samenwerken in de driehoek (2)*. Accolade Zorg Zeist.

Nistelrooij, I. van. (2014). *Sacrifice. A Care Ethical Reappraisal of Sacrifice and Self-sacrifice.* (PhD), Universiteit voor Humanistiek, Utrecht.

Patton, M.Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods.* (3rd ed.). Thousand Oaks: Sage publications.

Pols, A. J. (2013). *De chronificering van het ziek zijn. Empirische ethiek in de zorg.* (Vol. 474). Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

Rankin, J.M., & Campbell, M. (2009). Institutional Ethnography (IE), Nursing Work and Hospital Reform: IE's Cautionary Analysis. *Forum: Qualitative Social Research, 10*(2), Art. 8.

Ricoeur, P. (1986). *Fallible men*. Fordham: University Press.

Scheer, L. van der. (2014). Hermeneutische benadering, op zoek naar betekenissen. In B. Molewijk & H. van Dartel (Eds.), *In gesprek blijven over goede zorg, overlegmethoden voor ethiek in de praktijk* (pp. 156-170). Amsterdam: Boom Lemma.

Schumacher, J., & Smittenberg, I. (2014). Vernieuwend zorgen, zorgmedewerker in verandering. Utrecht: Vilans.

Smith, D.E. (2006). Incorporating texts into ethnographic practice. *Institutional ethnography as practice* (pp. 65-88). Oxford: Rowman & Littlefield.

Sprundel, T. van. (2011). *Vakbekwaam mensenwerk. Anders werken in de langdurige zorg*. Actiz. Utrecht.

Stake, R.E. (1975). *Evaluating the Arts in Education: A Responsiveness Approach*. Columbus (OH): Merrill.

Stake, R.E. (2004). *Standards-based and Responsive Evaluation*. Thousand Oaks: Sage.

Timmermann, M. (2010). *Relationele afstemming. Presentieverrijkte verpleeghuiszorg* Amsterdam: Lemma.

TK. (2015). Waardigheid en trots. Liefdevolle zorg voor onze ouderen. *Bijlage bij Kamerstuk 31765, nr. 124*.

Tronto, J. (1993). *Moral boudaries. An ethic of care.* New York: Routledge.
Tronto, J. (2013). *Caring Democracy: Markets, equality and justice*. New York: University Press.
Vakgroep Zorgethiek. (2015). Notitie over de Utrechtse zorgethiek. Retrieved 11 november, 2016, from http://zorgethiek.nu/utrechtse-zorgethici-werken-visie-nader-uit
Visse, M. (2014). Hermeneutisch narratief analyseren: creëren van mogelijkheden. *Kwalon, 19*(3), 18-26.
Visse, M. (2015, 7 september 2015). [Lesmateriaal module ZeB40 en ZeB60, masteropleiding Zorgethiek en Beleid].
Visse, M. (2016, 16 augustus). Nested Tensions in Care. Retrieved 10 april, 2017, from http://zorgethiek.nu/nested-tensions-care
Visse, M., Abma, T.A., & Widdershoven, G. (2015). Practising Political Care Ethics: Can Responsive Evaluation Foster Democratic Care? Ethics and Social Welfare. *Ethics and Social Welfare, 9*(2), 164-182.
Visse, M., Widdershoven, G., & Abma, T.A. (2012). Moral Learning in an Integrated Social and Healthcare Service Network. *Health Care Analysis, 20*(3), 281-296.
Vorstenbosch, J. (2016, 24-09-2016). Regisseur in je eigen drama. *Trouw*. Retrieved from http://www.classishoornenkhuizen.nl/uploads/klant51/files/Trouw240916Regisseurinjeeigendrama.pdf
Walker, M.U. (2007). *Moral Understanding: A feminist study in ethics.* New York: Oxford University Press Inc.
Widdershoven, G. (2001). Dialogue in evaluation: a hermeneutic perspective. *Evaluation, 7*(2), 253-263.

Bijlagen

- Bijlage 1 : Inventarisatie teamoverleg (2016)
- Bijlage 2 : Codeboek & onderzoeksdocumenten