

SUCCESVERHALEN VAN OPMERKZAAMHEID IN PERSOONGERICHTE ZORG

Een verkennend onderzoek & toolontwikkeling naar ervaringsdeskundigheid van zorgverleners en het leren van eigen successen.



Annette Keuning (MscN, PhD student), docent-onderzoeker Talmalectoraat Wonen, Welzijn en Zorg op hoge leeftijd
dr. Karlien Landman, senior onderzoeker Kwadrantgroep
dr. Margreet van der Cingel, lector Verpleegkundig Leiderschap & Onderzoek voor Goede Zorg



Rapportage September 2023

DOI:10.48544/dad35ea6-7153-4ed6-827b-449818c4a54e



INHOUDSOPGAVE

SAMENVATTING	3
INLEIDING	4
OPMERKZAAMHEID.....	4
PERSOONSGERICHTE ZORG	4
GEDRAG ALS SIGNAAL BIJ MENSEN MET DEMENTIE.....	5
PROJECT SUCCESVERHALEN VAN OPMERKZAAMHEID IN PERSOONSGERICHTE ZORG	5
ONDERZOEKSVRAAG	7
DOEL	7
ONDERZOEKSVRAGEN	7
METHODE	7
DESIGN	7
DATAVERZAMELING	7
DEELNEMERS.....	9
DATA-ANALYSE	9
DATAMANAGEMENT	9
ETHISCHE ASPECTEN.....	10
RESULTATEN	11
THEMA'S UIT OBSERVATIES EN THINK-ALOUD INTERVIEWS.	11
1. DE BEWONER KENNEN.	11
2. CONTACT MAKEN OP BASIS VAN HET GEDRAG VAN DE BEWONER.	11
3. ANTICIPEREN OP (BEKEND) GEDRAG VAN DE BEWONER	13
4. INTUÏTIEF HANDELEN EN INLEVEN IN DE BEWONER.....	14
5. BEWUST INZETTEN VAN KENNIS TEN BEHOEVE VAN EIGEN REGIE EN EIGENWAARDE VAN DE BEWONER	14
6. OOG HEBBEN VOOR EFFECTEN VAN HET PROFESSIONEEL HANDELEN	15
FOCUSGROEPEN: VAARDIGHEDEN, ZORGRELATIE EN LEREN VAN ELKAAR	17
TOOLONTWIKKELING.....	18
DISCUSSIE	20
OPMERKZAAMHEID CONCREET EN BEWUST GEMAAKT?	20
SUCCESSEN DELEN, HERKENNEN EN BENOEMEN?	20
BEPERKINGEN EN STERKTEN VAN HET ONDERZOEK	21
AANBEVELINGEN VOOR VERVOLGONDERZOEK:	21
CONCLUSIE	22
IMPLICATIES VOOR DE PRAKTIJK	22
LITERATUUR.....	23
BIJLAGE A. OBSERVATIELIJST OPMERKZAAMHEID.....	25
BIJLAGE B. INSTRUCTIE OBSERVATIELIJST OPMERKZAAMHEID.....	26
BIJLAGE C. INTERVIEW GUIDE THINK ALOUD INTERVIEWS	28
BIJLAGE D. FEEDBACK PROTOTYPE VOOR VERVOLGONDERZOEK	29

SAMENVATTING

In 2022 vond 'Succesverhalen van Opmerkzaamheid in Persoonsgerichte Zorg' plaats, waarin verkennend onderzoek werd gedaan naar hoe verzorgenden en verpleegkundigen opmerkzaam zijn en hoe zij hun ervaringsdeskundigheid inzetten om persoonsgericht te reageren op mensen met dementie. Daarnaast werd een hulpmiddel ontwikkeld om succesvolle ervaringen te delen en over te dragen aan collega's. Het project vond plaats op twee locaties van KwadrantGroep, waarbij de principes van een waarderende manier van onderzoeken werden gebruikt. Uit de observaties en diepte-interviews komt naar voren dat factoren als: de bewoner kennen, contact maken en anticiperen, intuïtief handelen en inleven, kennis bewust inzetten ten gunste van eigen regie en eigenwaarde van de bewoner, en oog hebben voor effecten van het eigen professioneel handelen, essentieel zijn voor persoonsgericht werken. Deze succesfactoren ondersteunen de professionele zorgverlening aan ouderen met dementie en leiden tot positieve effecten op bewoners. In aanvullende groepsinterviews kwam naar voren dat professionals steeds letten op de effecten van hun persoonsgericht handelen. Hierbij worden kennis over dementie, benaderingswijzen en eigen professionele ervaringen ingezet. Belangrijke vaardigheden zijn: aanvoelen van de bewoner, luisteren en aandacht geven, afleiding bieden en zich kunnen inleven. De waargenomen reacties daarop van de bewoners geeft zorgmedewerkers inzicht in wat succesvol is. Het stimuleert hen om activiteiten uit te proberen zoals muziek spelen, leidt soms tot aanpassingen van een zorgplan en vooral tot 'geluksmomentjes' bij bewoners. In deze interviews werd vervolgens besproken hoe zij het beste van elkaar kunnen leren. Naar aanleiding daarvan is na een aantal feedbackrondes het hulpmiddel 'Doe en Deel' ontwikkeld. Dit is een kaartspel waarin zorgprofessionals elkaar kunnen bevragen (kennis delen) over wat zij doen (opmerkzaam zijn en daarop handelen) om af te stemmen op bewoners. In het project bleek ook dat de waarderende manier van onderzoeken en het samen ontwikkelen van het kaartspel veel betrokkenheid bij de deelnemers opleverde. De zes gevonden succesfactoren laten zien dat bewust doorvragen en reflectie op opmerkzaamheid in persoonsgerichte zorg ondersteunend zijn om deze in een team zichtbaar en concreet te maken.

INLEIDING¹

Persoonsgerichte zorg is voor zorginstellingen een waarde-gedreven, maatschappelijke opdracht (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS), 2021). Zorgvragers en naasten vragen aandacht voor anders dan routinematig handelen om recht te doen aan persoonsgerichte behoeften van zorgvragers (Van de Bovenkamp et al., 2018). Dit vraagt meer dan de alertheid op fysieke signalen waarin zorgverleners geschoold zijn, aangezien persoonsgerichtheid op behoeften van de gehele mens gericht is (Fazio et al., 2018a). Opmerkzaamheid voor emoties en gemoedstoestand van zorgvragers is lang als minder vanzelfsprekend gezien, waardoor deze opmerkzaamheid minder expliciet als competentie van zorgprofessionals werd erkend (Phelan et al., 2020). Daarnaast leidt een complexere zorgbehoefte tot dilemma's in de dagelijkse zorg aan ouderen, zoals keuzes tussen veiligheid of plezier (Van der Cingel, 2014). In die context proberen zorgverleners persoonsgerichtheid in hun dagelijks werk te integreren. Om opmerkzaamheid te bevorderen is naast toegepaste kennis een werkcultuur nodig waarin beargumenteerd afwijken van routines gewaardeerd wordt (Kim & Park, 2017). Zo heeft KwadrantGroep (KG) 'Persoonlijke zorg met oprechte aandacht' als kernwaarde en wordt in het kader van 'Waardigheid en Trots' professioneel gedrag in teambesprekingen benoemd zoals: 'voelsprietten inzetten', 'geen haast of stress', en bij collega's 'afkijken'. Ook 'Dementia Care Mapping' is een beproefde methodiek die als een van de benaderingen in de organisatie gehanteerd is om gedrag van zorgvragers te duiden (Schaap et al., 2021; Sjögren et al., 2013). Het belang om te weten wat de zorgvrager belangrijk vindt wordt benadrukt. Ervaren zorgverleners hebben echter ook zelf strategieën gevonden om opmerkzaamheid en persoonsgericht reageren in hun handelen in te bedden. Ze doen dat vaak onbewust en intuïtief en herkennen dit niet als zodanig. Daarmee is sprake van ongebruikt potentieel. Het is motiverend voor zorgverleners hun succesvol gedrag positief te waarderen (Dewar & MacBride, 2017a). Wanneer dit expliciet wordt gemaakt, is dit gedrag bovendien overdraagbaar en kan het karakter van individuele competenties overstijgen. Zo worden deze zorgverleners bewust bekwaam, kunnen zij rolmodel zijn en kan in teamverband worden geleerd.

Opmerkzaamheid

In opmerkzaamheid van de zorgverlener speelt proactief handelen een grote rol waarin de zorgverlener gedragingen van de mensen met dementie signaleert en observeert. Opmerkzaamheid van zorgverleners wordt gezien als een manier om signalen van patiënten op te merken en hierop adequaat te reageren en vindt plaats in de zorgrelatie (Phelan & McCormack, 2016). Zorgverleners moeten in staat zijn om te begrijpen wat ouderen nodig hebben, en dienen daarom zowel verbale als non-verbale signalen te herkennen en proactief te handelen. Zorgverleners kunnen dat omdat ze vaak uit eerdere situaties en ervaringen weten wat de wensen en behoeften van de patiënt zijn. Opmerkzaamheid wordt soms vanuit intuïtie verklaard, waarbij intuïtie gezien wordt als een proces gebaseerd op ervaringskennis (Melin-Johansson et al., 2017).

Persoonsgerichte zorg

Tom Kitwood is de grondlegger van de persoonsgerichte zorg voor mensen met dementie. Hij benadrukt dat mensen in de eerste plaats mens blijven. De psychologische basisbehoeften van mensen met dementie blijven hetzelfde. Elke persoon heeft behoefte aan comfort, identiteit, gehechtheid, betrokkenheid en het gevoel erbij te horen (Dewing, 2008). De meest recente Zorgstandaard Dementie benadrukt eveneens het belang van persoonsgerichte dementiezorg. De richtlijn stelt dat deze zorg afgestemd moet zijn op de specifieke en de individuele belevingswereld van de persoon met dementie en diens mantelzorgers (Bakens, 2020). Persoonsgerichte zorg heeft als doel dat mensen zich erkend, gerespecteerd en vertrouwd voelen, waarin mensen met dementie

¹ Deze introductie is deels afkomstig uit het projectplan dat ingediend en gehonoreerd werd bij SIA RAAK voor een Kiem-subsidie; en deels herschreven vanuit verslaglegging van 4e-jaars studenten HBOV die op dit project literatuurstudie deden en participeerden in deelstudies van het onderzoek.

als volwaardig persoon worden gezien. Bovendien draagt persoonsgerichte zorg bij aan de kwaliteit van leven omdat familieleden meer worden betrokken, er meer activiteiten worden gedaan met de bewoners, er minder psychofarmaca wordt voorgeschreven en er minder vrijheid beperkende maatregelen worden toegepast. Persoonsgerichte zorg wordt echter niet altijd optimaal toegepast, zo wordt bijvoorbeeld niet overal rekening gehouden met de levensgeschiedenis in zorgpraktijken (Pot en & Willemse, 2014). De kern van persoonsgerichte zorg is de directe zorgverlening die in vier fases is te onderscheiden; het opmerken van de vraag om zorg; het organiseren van een antwoord op die vraag; het zorgvuldig en aandachtig geven van zorg; en de zorg ontvangen. Hierbinnen staan drie dingen op de voorgrond; de oudere en ook de zorgverlener erkennen als uniek persoon; de relatie tussen een oudere en zorgverlener; en de invloed van de context (Van der Cingel & Jukema, 2014). Duidelijk is dat er verschillende definities van persoonsgerichte zorg zijn. Om goed aan te sluiten bij de praktijk van de te onderzoeken zorgorganisatie wordt bijgaande definitie van persoonsgerichte zorg van KwadrantGroep in dit project gehanteerd:

“Persoonsgerichte zorg is zorg die is afgestemd op iemands persoonlijke behoefte, wensen en voorkeuren. Je benadert iemand niet als cliënt maar als mens. Door op deze manier te werken, help je iemand zich goed te voelen. De visie op persoonsgerichte zorg van de KwadrantGroep is onderverdeeld in vier kwadranten, namelijk: de mens zien, weten wat er écht toe doet, cliënten beslissen zelf, de kracht van het netwerk.”

Gedrag als signaal bij mensen met dementie

Bewoners met dementie laten allerlei verschillend gedrag zien, waaronder gedrag dat soms geduid wordt als onbegrepen gedrag waarmee alle gedragingen worden verstaan die als moeilijk hanteerbaar worden ervaren (Roest, 2017). Mensen met dementie hebben soms moeite om (verbaal) hun gevoelens te uiten. Machteloosheid, pijn, verveling en frustratie komen vaak op verschillende manieren tot uiting in gedrag en kan een nadelige invloed hebben op de ervaren kwaliteit van leven. Ook het herkennen van gedrag zoals lusteloosheid of apathie is belangrijk omdat er sprake kan zijn van een onvervulde behoefte. Het is belangrijk om dit gedrag zo goed mogelijk te begrijpen door signalen op tijd te herkennen en de onderliggende stressoren te achterhalen (Geelen, 2019). Alleen zo kan gepaste actie worden ondernomen om bijvoorbeeld agressie of extreme onrust te voorkomen met interventies zoals het aanbieden van muziek of handmassage. Behalve het willen voorkomen van negatieve emoties en onvervulde behoeften gaat het er in persoonsgerichte zorg ook om juist positieve gevoelens te herkennen en te bevestigen waarmee welbevinden in het dagelijks leven wordt bevorderd. Plezier en genieten, saamhorigheid en gezelligheid ervaren in persoonsgebonden geluksmomenten zijn bijvoorbeeld belangrijke aspecten van dat welbevinden en een goede kwaliteit van leven die voor mensen met dementie door zorgprofessionals worden nastreeft.

Project Succesverhalen van Opmerkzaamheid in Persoonsgerichte Zorg

Om succeservaringen in opmerkzaamheid en persoonsgericht reageren van zorgverleners te achterhalen en zo overdraagbaar te maken werd dit project uitgevoerd. Er werd daartoe in 2021 een KIEM-subsidie aangevraagd en toegekend (K21.01.056.). Het project werd uitgevoerd in de periode januari 2022 tot 31 december 2022. Betrokken consortium partners zijn:

- KwadrantGroep, zorgconcern in de Friese Ouderenzorg voor thuiszorg, wonen met zorg en herstellzorg, zie: www.kwadrantgroep.nl
- Studio Maki is gespecialiseerd in theatrale ervaringen, trainingen, games, educatie, VR en combinaties daarvan en heeft meerdere tools voor toepassing in de zorg ontwikkeld, zie: www.studiomaki.nl
- Hogeschool NHL Stenden, domein en onderzoeksgroep Gezondheid en Welzijn, zie: www.nhlstenden.com/onderzoek/onderzoeksgroep-zorg-en-welzijn

- Lectoraat Verpleegkundig leiderschap & Onderzoek voor Goede Zorg
- Talma Lectoraat Wonen, Welzijn en Zorg op hoge leeftijd
- Hbo Verpleegkunde opleiding
- Firda (voorheen Friesland college en de Friese Poort), zie: www.firda.nl
 - Practoraat Mbo als werkplaats voor brede vorming
 - Mbo Verpleegkunde opleiding

Het consortium betreft een nieuw regionaal verband. Partijen kwamen bij elkaar op basis van benodigde expertise, enthousiasme en creatief denken. Het pilotproject is ingebed in SPRONG FAITH, Netwerk Verpleegkundig Onderzoek Noord Nederland (NVONN) en het Universitair Netwerk Ouderenzorg UMCG (UNO-UMCG).

ONDERZOEKSVRAAG

Doel

Het doel van dit pilot-onderzoek is om te expliciteren hoe opmerksaamheid en persoonsgericht reageren vanuit ervaringsdeskundigheid van zorgverleners bij ouderen met dementie ingezet wordt in de dagelijkse zorg, en inzicht te krijgen in de ervaringskennis van zorgverleners om daarop een ondersteunende tool (prototype) te ontwikkelen voor overdracht van deze ervaringskennis.

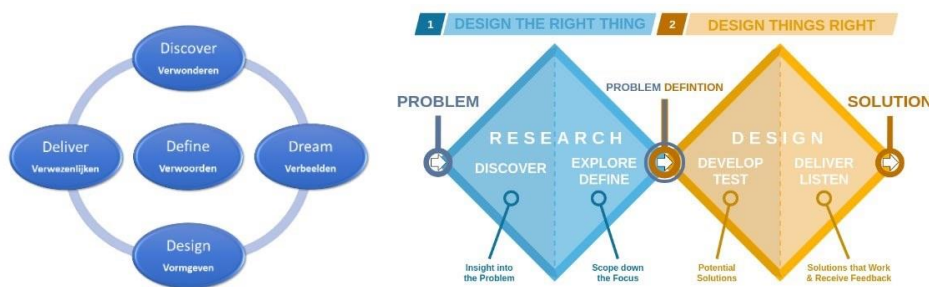
Onderzoeksvragen

- Hoe wordt opmerksaamheid toegepast door ervaren medewerkers om persoonsgerichte zorg uit te voeren bij bewoners met dementie?
- Hoe kan de gevonden kennis worden gedeeld in de organisatie?

METHODE

Design

Het betreft een combinatie van waarderend en ontwerpgericht onderzoek. Beide onderzoekbenaderingen kennen een design waarin continue afstemming met betrokken stakeholders centraal staat. In de fasen van waarderend onderzoek (appreciative inquiry) is analyse van goede voorbeelden leidend om tot effectieve werkwijzen te komen (figuur 1). Ontwerpgericht onderzoek volgt eveneens een iteratief proces om tot oplossingen te komen (figuur 2).



Figuur 1. Model Waarderend onderzoek (Morgan et al., 2022)

Figuur 2. Double Diamond model ontwerpgericht onderzoek (Veer et al., 2020)

Setting

De data zijn verzameld bij twee locaties van KwadrantGroep, namelijk 't Suyderhuys in Surhuisterveen en Greunshiem in Leeuwarden, beiden een woonzorgvoorziening, waaronder kleinschalig wonen voor mensen met dementie.

Dataverzameling

In het onderzoek hebben we ons eerst gericht op het onderzoeken van opmerksaamheid door te observeren en te bespreken hoe zorgverleners persoonsgericht reageren op signalen van bewoners en wat daarvan het (succesvolle) effect is. De gegevens werden verzameld door studenten onder begeleiding van ervaren onderzoekers en deels ook door deze onderzoekers zelf. Vervolgens werd data verzameld via focusgroepen in de iteratiefasen van de toolontwikkeling (zie: Tabel 1. Overzicht planning en uitvoer Project).

Observaties

Persoonsgerichte zorg is geobserveerd door middel van de 'fly on the wall' methode. Hierbij is gebruik gemaakt van een door het onderzoekteam en mede op basis van literatuur ontwikkelde observatielijst (zie bijlage A. Observatielijst Opmerksaamheid). Hierbij beschreven de observatoren

eerst de situatie en plaats, waarna geobserveerde reacties werden beschreven en toegelicht. Ook is het effect van de interactie beschreven. Na de observaties vond er een korte analyse plaats van de situatie met behulp van een drietal hulpvragen gericht op het gebruik van de zintuigen “Wat zag/hoorde/rook/voelde je?”, en het perspectief van de ge-observeerden: “Wat denk je dat er aan de hand was/gebeurde vanuit het perspectief van de zorgverlener?” en “Wat denk je dat er aan de hand was/gebeurde vanuit het perspectief van de bewoner?”. Hiermee werd beoogd te stimuleren zo neutraal mogelijk te kijken. Er is een instructie gemaakt waarbij ook voorbeelden van emoties en behoeften beschreven staan (zie bijlage B. Instructie Observatielijst Opmerkzaamheid). Observatoren hebben geoefend op casusvideo’s en daarna onder begeleiding van ervaren onderzoekers in de praktijk geobserveerd. Per observatiemoment zijn maximaal 5 observaties gedaan.

Think-aloud Interviews

Vervolgens zijn direct na de observaties zogenoemde ‘think-aloud’ (hardop denken) interviews afgenomen bij de geobserveerde zorgverleners. Hierbij dienden de observaties als basis. De onderzoekers hebben hun observaties teruggegeven aan de zorgverleners en vervolgens (door)gevraagd naar diens overwegingen en gedachtegang voor het betreffende professionele gedrag. Voor deze interviews is een ondersteunende interviewgide ontwikkeld (zie bijlage C. Interviewgide Think Aloud Interviews).

Planning en fasering												
jan	feb	mrt	april	mei	juni	juli	aug	sep	okt	nov	dec	
Oriëntatie <ul style="list-style-type: none"> Literatuuronderzoek & veldoriëntatie Werving, selectie participanten Ontwikkeling topics- en observatielijsten 												
Dataverzameling succesverhalen <ul style="list-style-type: none"> 10-12 Casestudies van observaties zorgverlener-zorgvrager interactie, Think-aloud interviews participanten ter verheldering cases Focusgroep: uitwisseling/opsporing succesfactoren 												
Ontwerpfase <ul style="list-style-type: none"> Data-analyse, opbrengsten teruggeven participanten Feedbackrondes, 'need to haves' en 'nice to haves' tool Prototype tool op basis empirische resultaten 												
Actie- en Reflectiefase in iteratieve cyclus <ul style="list-style-type: none"> Prototype uitproberen, membercheck via focusgroepen verschillende contexten (studentengroep, scholings- en leermomenten praktijk) 												
Opleveren en disseminatie <ul style="list-style-type: none"> Prototype tool kennisdisseminatie via symposium 												

Tabel 1. Overzicht planning en uitvoer project

Focusgroepen

In de vervolgfase van het onderzoek zijn de resultaten van de observaties en think aloud interviews in twee focusgroepen teruggegeven aan elke locatie om succesfactoren uit te wisselen en eventueel aan te vullen. Daarnaast werd in deze focusgroepen met de participanten gekeken naar wensen en ideeën met betrekking tot de tool.

Toolontwikkeling

Op basis van de wensen en ideeën voor een tool werden een aantal prototypes beschreven en ontwikkeld. In de iteratiefase heeft de onderzoeksgroep in verschillende rondes aanpassingen gedaan, is feedback gevraagd aan de klankbordgroep, waarna de tool vervolgens na instructie is getest in de praktijk en daarnaast voor een aanvullend perspectief is voorgelegd aan de vertegenwoordigers van de cliëntenraad.

Deelnemers

Voor de onderzoekspopulatie zijn in- en exclusiecriteria opgesteld. Inclusiecriteria zijn zorgmedewerkers van niveau 3 tot en met 6 die werken in de intramurale zorg. De zorgmedewerkers dienen zorg te verlenen aan bewoners met dementie. Welzijnsmedewerkers die een diploma als zorgverleners van niveau 3 tot en met 6 hebben behaald zijn ook geïnccludeerd in het onderzoek. Exclusiecriteria zijn zorgmedewerkers van andere niveaus dan 3 tot en met 6 of andere functies zoals vrijwilligers. Niveau 3 betreffen verzorgenden Intramurale Gezondheidszorg (VIG). Deze groep zorgverleners is geïnccludeerd binnen het onderzoek, omdat deze groep zorgverleners het grootst is op de deelnemende zorglocaties. Niveau 4 zijn de mbo-verpleegkundigen en niveau 6 zijn de hbo-verpleegkundigen. De onderzoekspopulatie bestond uit alle zorgverleners van niveau 3 tot en met 6 van beide locaties. Er is gebruik gemaakt van een gelegenheidssteekproef. Bij een gelegenheidssteekproef doen diegenen mee die daartoe bereid en beschikbaar zijn. Uit de gelegenheidssteekproef bleken dertien zorgmedewerkers bereid om mee te doen. Uiteindelijk bestond het daadwerkelijke aantal beschikbare deelnemers uit negen zorgverleners.

Data-analyse

De data van de observaties en think-aloud interviews werden getranscribeerd en in Atlas-Ti gecodeerd door student-onderzoekers. Daarbij ontstond een codeboom op 2 niveaus van 299 codes met 18 categorieën, waarop de student-onderzoekers enkele thema's formuleerden in hun verslaglegging. Deze codeboom werd in een steekproefsgewijze eenmalige sessie door het onderzoeksteam (5 onderzoekers) beoordeeld waarbij de als meest relevant beoordeelde categorieën opnieuw in 5 thema's werden geordend. Aanvullend op deze steekproef heeft een van de hoofdonderzoekers de door de student-onderzoekers beschreven thema's met de 5 thema's van de onderzoeksgroep vergeleken en geïntegreerd op basis van de gecodeerde data. Daarbij werd rekening gehouden met de mate waarin de codes gebaseerd waren op uitspraken van zorgverleners zelf in de think-aloud interviews of dat de codes voornamelijk uit observaties door de student-onderzoekers voortkwamen. In dat laatste geval werden de bevindingen alleen in de thema's opgenomen wanneer ze ook ondersteund werden door citaten uit de think-aloud interviews. De beschrijving van de 6 resulterende thema's zijn ter controle aan de andere 2 hoofdonderzoekers voorgelegd. De uiteindelijk 6 thema's staan beschreven bij de resultaten van de 1^e fase in dit verslag.

Onderzoeksteam en -proces

Het consortium werd ondersteund door inhoudelijk adviseurs, in de projectstructuur is participatie van cliënten (door middel van vertegenwoordigers), zorgverleners en management gewaarborgd². Het onderzoeksteam bestond uit 2 gepromoveerd onderzoekers, een senior onderzoeker, een docentonderzoeker en een praktijkonderzoeker die student-onderzoekers begeleiden in 2 semesters tijdens het onderzoeks-jaar. Het onderzoeksteam kwam elke 2 weken bij elkaar. De klankbordgroep, adviseurs en een afvaardiging van de cliëntenraad werden bij de start, halverwege het project tussentijds geraadpleegd. Het afsluitende symposium voor alle betrokkenen werd in februari 2023 gehouden.

Datamanagement

De kwalitatieve data worden niet hergebruikt. Alle data (kwalitatief) wordt beveiligd opgeslagen op de een beveiligde researchdrive gefaciliteerd door NHL Stenden Hogeschool. De data worden voor de lange termijn eveneens (geanonimiseerd) bij de NHL Stenden Hogeschool bewaard en zijn voor alle partners en adviseur desgevraagd beschikbaar en toegankelijk. De data worden dan opgeslagen in de online repository DANS, van het KNAW. De data worden volgens de geldende richtlijnen vijf jaar bewaard.

² Zie ook projectplan en projectorganisatie in projectvoorstel Succesverhalen van opmerkzaamheid in persoonsgerichte zorg versie 31 mei 2021.

Ethische aspecten

Deelname aan het onderzoek was vrijwillig. De respondenten gaven zowel mondelinge als schriftelijke geïnformeerde toestemming. Omdat de interactie tussen bewoners en zorgverleners geobserveerd werd, is een niet-WMO-aanvraag gedaan en deze is toegekend (RPTO 1137). De families van de bewoners werden geïnformeerd over het onderzoek en gevraagd hiervoor schriftelijk toestemming te verlenen. De gegevens van zowel respondenten als bewoners zijn anoniem getranscribeerd en geanalyseerd in overeenstemming met de Nederlandse Wet Bescherming Persoonsgegevens.

RESULTATEN

Thema's uit observaties en think-aloud interviews.

Op basis van zowel de observaties als de think-aloud interviews kwamen de volgende zes thema's naar voren: de bewoner kennen; contact maken op basis van het gedrag van de bewoner; anticiperen op bekend gedrag van de bewoner; intuïtief handelen en inleven in de bewoner; bewust inzetten van kennis ten gunste van eigen regie en eigenwaarde van de bewoner; en tot slot: oog hebben voor effecten van het professioneel handelen. Deze thema's worden hieronder toegelicht.

1. De bewoner kennen.

Zorgverleners in deze studie bevestigen het belang om de bewoner te kennen. Dat wil zeggen dat zij weten welke specifieke en unieke kenmerken een bewoner als persoon heeft. Dit varieert van weten dat een bewoner slechthorend is, tot weten welke voorkeuren een patiënt heeft zoals wat een bewoner lekker vindt om te eten, tot op de hoogte zijn van diens stemmingswisselingen als gevolg van dementie. Doordat zorgverleners de bewoner kennen en weten wat diens mogelijkheden zijn weten zij wat nodig is voor de bewoner en wat er toe doet om zich goed te voelen. Op deze manier kunnen bewoners keuzes maken in onderdelen van de zorg. In de interviews lichten zorgverleners toe dat zij alert zijn op het aanbieden van keuzes aan bewoners op basis van voorkeuren en keuzes die zich in het dagelijks leven voordoen zoals bij het eten, geholpen willen worden of niet, hoe en waar de bewoner wil zitten.

“Ja, ik vraag hem eigenlijk ook altijd. Hij kan heel goed verwoorden wat hij wel en niet wil... dat stukje benoemen vind ik heel belangrijk want dat is eigen regie. Wat wil je op je brood? Zeg het maar? Ondanks dat je heel veel invult eigenlijk voor de bewoners, is het wel belangrijk dat je ze de keuze geeft. Hij moet dan nadenken, wat wil ik eigenlijk?”

2. Contact maken op basis van het gedrag van de bewoner.

Zorgverleners maken voortdurend verbaal en non-verbaal contact met bewoners in het dagelijks omgaan met elkaar om aan te kunnen sluiten bij de bewoner. Ze gaan in het maken van contact uit van wat ze op dat moment zien of horen. Non-verbaal wordt met name op gezichtsuitdrukkingen en (lichaams-)houding of gedrag van bewoners gelet. Uit zulke observaties blijkt dat bewoners bijvoorbeeld gedesoriënteerd (in tijd en/of plaats) zijn of mentaal afwezig zijn, wat afgeleid wordt uit gedrag waarbij bewoners voor zich uit staren. Of er wordt gezien door zorgverleners dat bewoners zoekend of vragend om zich heen kijken of een angstige gezichtsuitdrukking tonen. Contact maken op basis van non-verbaal gedrag gebeurt ook regelmatig fysiek door aanraking, zoals een hand op een arm leggen, het geven van een handmassage of door oogcontact te zoeken en te maken, waardoor de bewoner meer grip op een situatie krijgt (zie ook tabel non-verbale signalen).

“Vaak zit zij al zo ver in haar dementie, dat je eigenlijk met aanraking, een aai, haar hand vasthouden, wat oogcontact kan krijgen.”

“Ik zat dan aan tafel naast haar, dus ik heb niet anders gedaan dan over haar hand wrijven. Toen ik stopte, zag je haar hand subtiel naar mij toe bewegen. Dat is dus een goed teken. Dat vind ik mooi. Dan heb je contact.”

Situatie omschrijving	Reactie zorgverlener	Effect op bewoner
Bewoner lijkt gedesoriënteerd	Zorgverlener (glim)lacht naar bewoner	Bewoner is ontspannen
	Persoonlijke aandacht voor bewoner	
	Contact met bewoner maken door aanraking	
Bewoner is afwezig in de groep	Zorgverlener betreft bewoner bij de groep	Bewoner reageert enthousiast
Bewoner kijkt zoekend/vragend om zich heen	Bewoner de weg (aan)wijzen	Bewoner complimenteert de zorg
	Bewoner eten/drinken aanbieden	
Bewoner kijkt om zich heen	Zorgverlener vermaakt bewoners	Bewoner is vermaakt
		Bewoner geniet van de muziek
Bewoner staart voor zich uit	Bewoner betrekken in de zorg	Bewoner reageert enthousiast
	Bewoner een taak geven	Bewoner 'leeft op'
Bewoner staart voor zich uit	Bewoner bij (voor)naam noemen	Bewoner is vrolijk
	Humor gebruiken	
Bewoner is angstig	Meebewegen met de bewoner (beamen)	Bewoner is ontspannen

Tabel 2: Observaties non-verbale signalen, reactie zorgverlener en effect op bewoner

In het verbaal contact passen zorgverleners gesprekstechnieken toe die meelevend, bevestigend en/of duidelijk zijn. Bewoners geven verbaal ook blijk van hun gemoedstoestand. Deze signalen betreffen uitingen van ontevredenheid zoals mopperen of juist zich goed voelen. Zo hebben meerdere bewoners tijdens de observaties benoemd dat ze graag naar 'huis' willen, omdat zij vergeten zijn dat ze inmiddels op de zorglocatie wonen. Daarop reageren zorgverleners door mee te bewegen met de bewoner, bijvoorbeeld door bevestiging te geven ook wanneer de feiten niet kloppen, zodat een bewoner niet van slag raakt.

"De zorgverlener bevestigde de geluiden van dhr. door te vertellen dat de lift ook een eng apparaat is" (observatie)

"Dit vindt ze ook echt heel leuk, om even voor te lezen. Vooral als er dan wordt gezegd dat ze dit heel goed kan, omdat de rest van de groep dit niet meer zo kan. Dan vindt ze dat wel echt heel leuk om te doen."

Zorgverleners geven aan dat verbaal contact ook helpt om de bewoner beter te leren kennen. Hierdoor bestaat de mogelijkheid om de specifieke gedragingen van de bewoner te begrijpen. Deze worden ook in een zorgplan opgenomen, zodat alle zorgverleners dit weten.

Situatie omschrijving	Reactie zorgverlener	Effect op bewoner
Bewoner is aan het klagen	Meebewegen met de bewoner (beamen)	Positieve gemoedstoestand bewoner
Bewoner is ontevreden	Meebewegen met de bewoner (beamen)	Bewoner is afgeleid
	Bewoner afleiden	
Bewoner gebruikt grof taalgebruik	Bewoner uit de groep halen	Bewoner kalmeert
	Zorgen voor een prikkelarme omgeving	
Bewoner is alert	Bewoner een taak geven	Bewoner helpt mee in het huishouden
Bewoner is aan het mopperen	Zorgen voor een prikkelarme omgeving	Bewoner is rustig
Bewoner vraagt om hulp	Bewoner stimuleren in zelfredzaamheid	Bewoner 'leeft op'
	Bewoner complimenten geven	

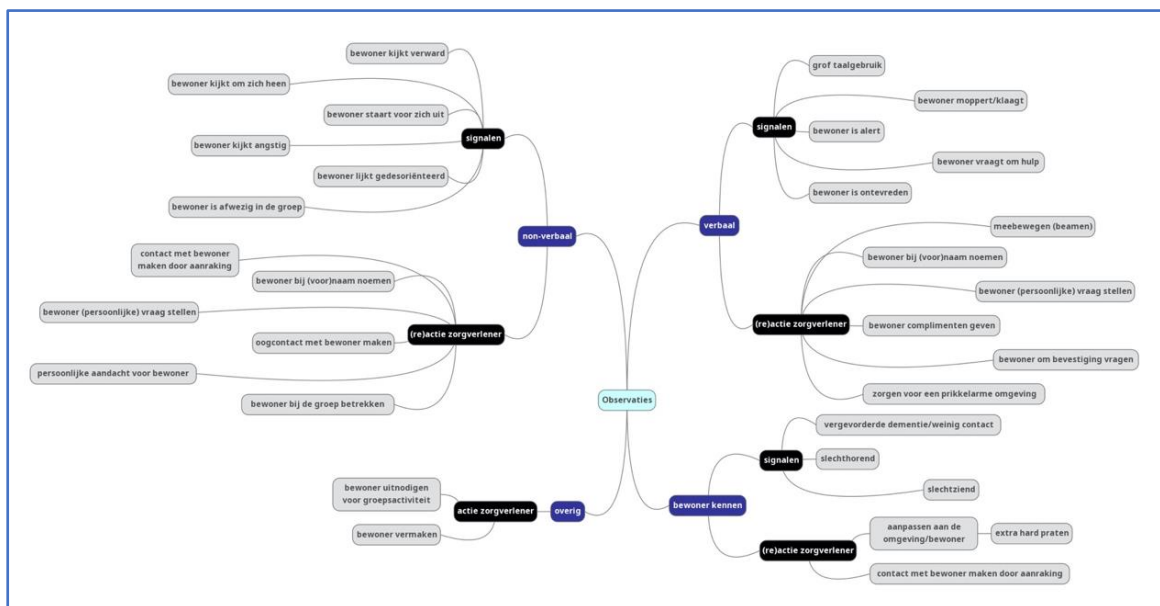
Tabel 3: Observaties verbale signalen, reactie zorgverlener en effect op bewoner

Een andere techniek die regelmatig is geobserveerd bij de zorgverleners is het zorgen voor afleiding, bijvoorbeeld door over 'vroeger' te beginnen, een bewoner een (neutrale) vraag te stellen, minder

aan prikkels bloot te stellen of te vragen iets te doen. Het effect daarvan is dat de bewoner afgeleid is van negatieve gevoelens (zie ook figuur verloop signaal-reactie-effect).

"Ik had het gevoel dat hij zichzelf weer even terugvond. Ik had het gevoel dat hij echt weer even (naam bewoner) was. En ook gelijk, waar hij eerst wat afhankelijk reageert, daarna gelijk even zijn status, van ja ik ben dat. Ik dacht hee daar ben je."

Zorgverleners vinden het belangrijk dat er voldoende tijd is om aandacht te schenken aan de bewoners. Hierdoor is een persoonlijke benadering mogelijk waarbij men aandacht heeft voor signalen die de bewoner laat zien. Zorgverleners zien in dit persoonlijk contact mooie momenten ontstaan waarin bewoners duidelijk opleven.



Figuur 3: Verloop verbale en non-verbale signalen; reactie zorgverlener en effect bewoner

3. Anticiperen op (bekend) gedrag van de bewoner

In dit thema komen de eerste twee thema's samen: zorgverleners anticiperen expliciet op gedrag op basis van wat zij over de bewoner weten en wat zij bij bewoners waarnemen. Door deze combinatie voelen ze aan wat een bewoner nodig heeft en daarop baseren ze hun handelen. Het steeds aansluiten of aanpassen op de bewoner en situatie wordt door henzelf schakelen genoemd. Het gaat om aanpassingen in handelen in het moment zelf in reactie op bijvoorbeeld de gemoedstoestand of om blijvende aanpassingen in handelen naar aanleiding van het veranderde functioneren van de bewoners.

"Het is eigenlijk een groep waarbij je de hele tijd aan het schakelen bent. "

"Ja dat is een beetje meebewegen met haar. Vroeger toen ze hier kwam, liep ze gewoon achter de rollator. Liep ze nog te stoffen in de vensterbank. Zo langzamerhand is het steeds minder geworden, zo ga je daar ook mee in. (...)"

Daarnaast wordt geanticipeerd op mogelijke escalaties in gedrag als gevolg van dementie en dat ook wel geduid wordt als 'onbegrepen gedrag'. Zorgverleners maken keuzes om dergelijke escalaties te voorkomen. Zij doen dit o.a. door te zorgen dat bepaalde prikkels vermeden worden of door een bewoner af te leiden.

“Ik moest daarom ook even de stoelen verzetten, hij moet of daar, of daar zitten. Hij moet niet tegenover die bewoner, dat werkt niet.”

Zorgverleners geven ook aan dat bewoners gestimuleerd worden in het maken van bepaalde keuzes ten gunste van het welzijn van de bewoner. Van zorgverleners vraagt dit tijdig anticiperen en motiverende gespreksvoering.

“Om inderdaad te zeggen ‘het lukt wel’, ‘gister heb je het ook gedaan’, ‘u valt niet, ik sta achter u om u eventueel op te vangen’.

“Deze meneer probeer ik altijd uit te leggen wat ik doe, ‘ik haal de dekens even van u af’ ...met zijn stoel bijvoorbeeld ook, als je die van de rem afhaalt dan klapt dit erg, maakt erg veel lawaai. Daar schrikt hij dan van en begint dan te schreeuwen. Dus dat vertel ik dan ook altijd, dan heb je kans dat hij niet zo schrikt.”

4. Intuïtief handelen en inleven in de bewoner

Uit de observaties blijkt dat zorgverleners regelmatig vanuit zichzelf acties ondernemen zonder dat er duidelijke signalen van bewoners waren die om bewuste actie vragen. Dit betreft bijvoorbeeld het stimuleren van bewoners om deel te nemen aan een activiteit of spontaan iets doen om bewoners te vermaken zoals samen zingen, de televisie of de radio aanzetten. In de gesprekken gaven zorgverleners aan dat zij vaak onbewust, vanuit een eigen gevoel reageren op bewoners. Ze vinden het moeilijk is om uit te leggen hoe deze onbewuste handelingen verlopen. Zij handelen naar eigen zeggen vaak op basis van intuïtie en vinden dat bovendien vanzelfsprekend ('normaal') dat zij doen wat hun eigen gevoel hen vertelt.

“Ik vind dat standaard. Ik weet dat hij meerdere dingen wel lekker vindt. Maar hij zegt het dan wel eens, wat hij liever wil. Vandaag was het meer gebrabbel, dus dan doe ik waarvan ik weet dat hij dat lekker vindt.”

Zorgverleners geven wel aan dat ze nadenken over hoe zij zelf behandeld zouden willen worden als ze ouder zijn en daarom bewoners zo benaderen.

“Soms doe je ook wel dingen dat je denkt, dat zou ik zelf ook fijn vinden. Ja. Zo ben ik zelf wel een beetje.”

5. Bewust inzetten van kennis ten behoeve van eigen regie en eigenwaarde van de bewoner

Behalve op basis van intuïtie zetten zorgverleners ook heel bewuste acties in, bijvoorbeeld het bieden van keuzes aan de bewoner op punten die de bewoner belangrijk vindt. Op basis van specifieke kennis en professionele ervaringen worden keuzes gemaakt in de benaderingswijze van de bewoner. Zorgverleners geven bijvoorbeeld aan dat zij weten dat bij gevorderde dementie aanraking een goede manier is om contact te maken met de bewoner. Specifieke kennis die ingezet wordt is bijvoorbeeld ook dat overprikkeling een oorzaak is van onbegrepen gedrag. Daar houden zorgverleners bewust rekening mee door prikkels te verminderen en rust terug te brengen bij achtergrondgeluiden of familie/naasten die binnenlopen.

“Ik probeer altijd een beetje de rust te bewaren, dat het een beetje prikkelarm is. Dat niet alle collega's binnen komen lopen, druk druk druk. Dat kan op onze groep niet. Dus dat probeer je

wel een beetje te voorkomen. Bijvoorbeeld ook twee stagiaires op een dag dat kan gewoon niet, dat is te druk.”

Zorgverleners geven aan belevingsgericht te werken, gevolg te willen geven aan de eigen regie van bewoners rekening houdend met wat de bewoner kan, en wat diens waarden zijn. Ze doen dit, zo geven ze aan, vooral om het gevoel van eigenwaarde van bewoners te vergroten.

“Dus eigenlijk de hele tijd belevingsgericht werken maar uiteindelijk wel veel voor ze in moet vullen. Met kleding ook, dan laat je twee dingen zien, anders overzien ze het niet meer. De ene kan nog wel een keuze maken tussen links en rechts en de andere moet je bijvoorbeeld zeggen ‘zullen we deze vandaag doen? Dan doen we de andere morgen.’”

Zorgverleners zetten ook kennis over de bewoner in door activiteiten in te zetten die aansluiten bij het interessegebied van een bewoner zoals zingen, muziek opzetten of zorgen dat de bewoners naar een muziekactiviteit gaan. Zorgverleners gaven aan dat bij deze vorm van persoonsgerichte zorg de bewoner zich beter voelt en optimisme uitstraalt.

“Zij is dan gek op die muziek, dus dan zet je dat op en dan zie je haar een beetje swingen.”

Ook kennis over de voorgeschiedenis van bewoners, zoals vastgelegd in het zorgplan, wordt gebruikt om gesprekken te voeren met bewoners en op die manier contact te maken of daar rekening mee te houden.

“Het is wel altijd een vrouw geweest met mooie kleren, dat kan nu niet meer en dat weet je. Dus je neemt, wat voor haar haalbaar is, dat mee.”

6. Oog hebben voor effecten van het professioneel handelen

Tot slot werd gekeken naar het effect van de reacties van zorgverleners in het dagelijks handelen op de signalen van bewoners. Zorgverleners geven in de interviews aan dat zij deze signalen koppelen aan een emotie, gedraging en/of behoefte van de bewoner. Ze signaleren voortdurend en passen hun acties aan op hun observaties.

“Nou ja, soms dan bijt ze op het rietje en soms drinkt ze wel. Dat blijf je dan observeren. Meestal doet ze de mond wel open en anders houdt ze hem dus echt dicht of gaat ze op het rietje bijten. Dan weet je dat ze niet meer hoeft, maar dit kan ze mij niet vertellen. Dus het is wel zo, dat wanneer je met haar bezig bent, dat je blijft observeren; wat laat ze zien.”

Zorgverleners omschreven wat persoonlijke benadering doet met de bewoners. Zo vertellen ze wat het effect is wanneer ze bewoners aanspreken met hun naam of voornaam, waardoor er sneller contact is en er een vertrouwd gevoel ontstaat.

“Deze mevrouw werd vanochtend altijd ... genoemd. Dat weet ik dan toevallig. Nu wordt ze bij de achternaam genoemd of haar echte voornaam. In haar zorgplan staat dan dat ze aangesproken wil worden met ‘Jo’, dat is Fries voor u. Sommige mensen denken dan dat ze Jo heet. Maar dat is dus niet zo. Dus iemand van de groep vroeg aan mij, weet jij dan hoe deze mw. heet? Heet ze dan? Dus ik zei al nou nee, dat is niet haar naam, maar dit is een bijnaam. Dus als ik haar dan zo noem, dan reageert ze daarop.”

Zorgverleners omschrijven daarnaast hoe belangrijk het voor de bewoners is om structuur te hebben in de dag. Tegelijkertijd geven zij aan mee te gaan in wat bewoners nodig hebben op een specifiek

moment en zijn ze dus flexibel in het omgaan met de afspraken van het zorgplan. Ze wijken hiervan af wanneer dit de kwaliteit van leven van de bewoner bevordert. Daardoor verloopt een dag altijd anders en ontstaan er ook kleine geluismomenten.

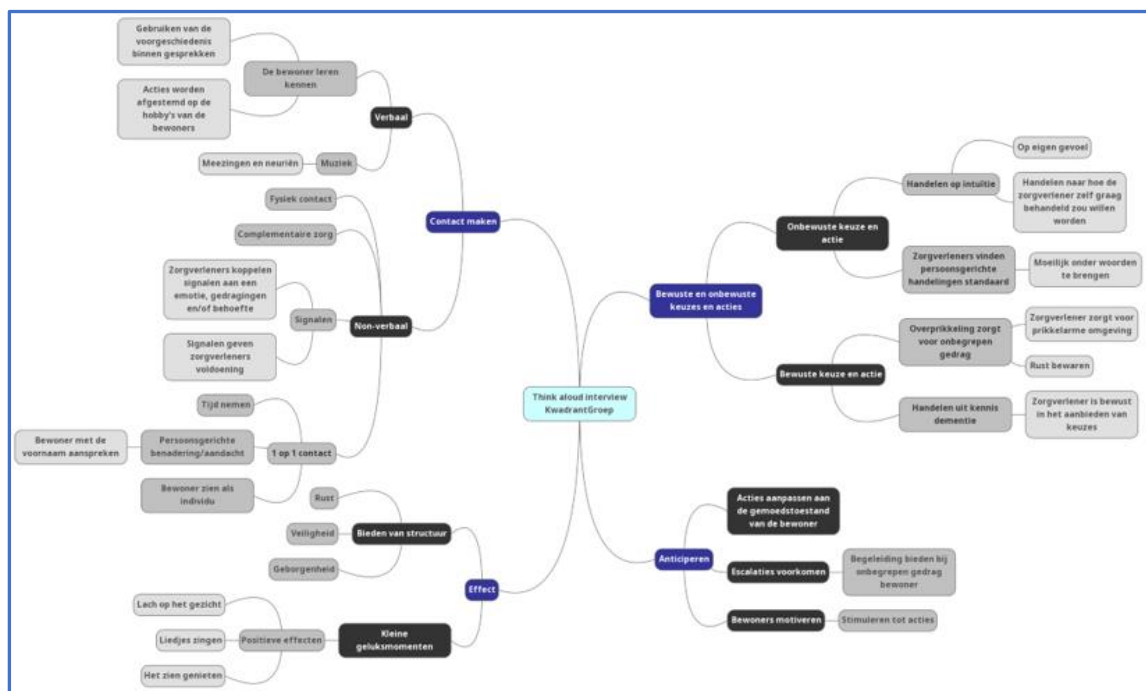
“ (...) Ja dan zie ik ze genieten, vinger door het glaasje, naja dat is gewoon mooi. Ja, echt die geluismomenten. Ik haal ook wel kibbeling ofzo hoor, of wat anders, een taartje.”

De respons die zorgverleners ontvangen bij het toepassen van dergelijke persoonsgerichte acties werden aangegeven als positief. Het gaat om subtiele effecten waar je als zorgverlener oog voor moet hebben.

“Aan de ogen, dan glundert ze. Heel enkel krijg je ook wel eens een traantje.”

De effecten zijn voor zorgverleners belangrijk omdat het hen voldoening in het werk geeft. Ze geven aan enthousiast te worden van het zien van positieve effecten van hun handelen bij bewoners.

“ik vind het wel altijd heel fijn dat een bewoners zich fijn voelt. Daar haal ik mijn energie uit, dat zijn de lichtpuntjes”



Figuur 4: Verloop interactie volgens zorgverleners

Focusgroepen: vaardigheden, zorgrelatie en leren van elkaar

Vaardigheden en het belang van de zorgrelatie

In de focusgroepen op beide locaties (3 en 4 deelnemers) werden de succesfactoren vanuit de eerste resultaten van het onderzoek herkend. Deelnemers bevestigden dat hun succesverhalen gebaseerd zijn op de zes omschreven thema's. Aanvullend bleek dat kennis over dementie en benaderingswijzen en ervaringskennis worden ingezet. Als belangrijke vaardigheden werden *'kunnen aanvoelen, luisteren, aandacht en compassie hebben voor alle bewoners'* benoemd. De daardoor gesignaleerde gedragingen en behoeften van bewoners leiden dan tot het eventueel proberen van nieuwe dingen en toepassen van kennis, zoals ook omschreven in de zes thema's. Aanvullend werd ook de *'eigenheid van de zorgverlener'* naar voren gebracht. Het gaat in persoonsgerichte zorg niet alleen om de bewoner, zo stellen de deelnemers. Persoonsgerichte zorg vindt juist plaats in de aansluiting tussen bewoner en zorgverlener en in wat *'werkt'* in de specifieke zorgrelatie gezien ieders behoeften en talenten. In een van de gesprekken van de KwadrantGroep-onderzoeker met een lid van de Cliëntenraad kwam dit eveneens naar voren. Deze stelde in dat verband:

"Er zijn meerdere wegen die naar Rome leiden. Niet iedereen kan hetzelfde en dat hoeft ook niet"

Leren van elkaar

Opvallend is dat de deelnemers in de focusgroepen de verschillende situaties benoemen waarin ze leren van elkaar en vertellen hoe ze nieuwe collega's inwerken.

"Ja, ik kan er weer van leren, ook. Oh, zo doe je dat, zo'n bondje maken. Zij heeft altijd aandacht voor de bewoner, dus zo ontstaat het bondje. Je moet daar ook in investeren. Dat is denk ik, ja, je kracht dat het gewoon investeren is. Als je iets belangrijk vindt, doe je dat."

"Dat zeg ik dan ook tegen collega's met wie ik dan werk en collega's die er nog maar net zijn, zo van 'doe maar niet' of 'ga even bij haar zitten. Neem gewoon eten mee en ga bij haar zitten. Geef haar als eerste eten'. Alles op één op één aandacht."

Het blijkt dat deelnemers hun succesverhalen delen in de mondelinge overdracht of in de rapportage, waarbij in sommige gevallen ook het zorgplan aangepast wordt. Tijdens de bijeenkomsten valt op dat de deelnemers energie krijgen van het delen van wat goed gaat. Zij kennen elkaar goed en weten hoe ze elkaar aanvullen. Ze kennen de bewoners en delen met elkaar wat werkt en niet werkt. Toch geven de deelnemers bij navragen aan het lastig te vinden om deze onbewuste kennis over te dragen. Ideeën die ze hiervoor hebben zijn het opnieuw invoeren van een geluksmomentjes-pot, met het team naar voorstellingen gaan over dementie en aan de hand daarvan kennis delen en overdragen en evalueren na een dienst.



Foto 2: Deelnemers bespreken de resultaten

Toolontwikkeling

Het onderzoeksteam heeft, op basis van de focusgroepen, ontwerpeisen voor de vorm van de tool beschreven. ontwerpeisen. Het gebruiken van de tool dient:

- te passen in kleine onderwijsmomenten van maximaal 5 tot 10 minuten tijdens het werk
- door 2 tot 3 zorgverleners tegelijk te kunnen worden gebruikt, waardoor voorbeelden kort en makkelijk te delen zijn voor vervolgbespreking in een teamoverleg
- ad hoc en op allerlei plekken in de zorgverlening toepasbaar (woonkamer, individuele verblijven van bewoners) en beschikbaar te zijn

De wens was daarnaast dat de tool geschikt zou zijn voor gebruik door de zorgverlener en bewoner samen.

Op basis van deze ontwerpeisen en de inhoudelijke thema's uit observaties, interviews en focusgroepen werd door Studio Maki een eerste prototype voor een tool 'sensitiviteit in de zorg' ontwikkeld. Deze werd als Doe & Deel kaartspel in verschillende versies in een aantal iteratierondes op basis van feedback door het onderzoeksteam doorontwikkeld, deels in samenwerking met de klankbordgroep. Over het geheel genomen was de feedback vooral gericht op de formulering en het gehanteerde taalgebruik van de ontwikkelde vragensets. Vanuit de KwadrantGroep onderzoekers zijn aanpassingen gedaan om de vragen meer te relateren aan de al binnen KwadrantGroep bekende methodiek Dementia Care Mapping (DCM). Door de onderzoeksgroep in zijn geheel zijn aanpassingen gedaan om de vragensets goed aan te laten sluiten op de verschillende situaties tijdens het werk. In de klankbordgroep werd vooral gesproken over hoe het spel goed ingebed kan worden in de dagelijkse werkzaamheden en overlegvormen. De vierde versie van het prototype werd geschikt gevonden om in de praktijk te testen, deze versie wordt ook besproken in de volgende paragraaf. De tool werd uitgetoetst in de teams van de beide onderzoeks-locaties. Zorgverleners hebben een introductie op het spel ontvangen en uitleg over hoe het toegepast zou kunnen worden in de praktijk. Het onderzoeksteam heeft daarna ervaringen met de tool opgehaald in beide teams. Tenslotte is het spel voorgelegd aan vertegenwoordigers van de cliëntenraad en aan alle stakeholders van het project in het slotsymposium.

Ontwikkelde tool: kaartspel Doe & Deel

Het Doe & Deel kaartspel bestaat uit 2 sets kaarten. De 26 'Deel' kaarten bevatten vragen die beantwoord kunnen worden in bijvoorbeeld een teamoverleg of door twee of enkele teamleden die elkaar in een kort opleidingsmoment tijdens het werk bevragen. Deze vragen zijn erop gericht persoonsgerichte ervaringskennis met elkaar te delen. Vragen zijn bijvoorbeeld:





Hoe is het jou gelukt om de bewoner te betrekken bij het gesprek/de activiteit? Wat heb je daarvoor ingezet en met welke reden?

De 25 'Doe' vragen bevatten oproepen of suggesties om uit te voeren in het directe dagelijks werken zoals:



Geef een bewoner erkenning voor zijn/haar ervaringen of bijdrage.

Bijvoorbeeld: wat fijn dat u zo van de radio geniet, fijn dat we samen de koffie (kunnen) verzorgen



Vertel deze week aan tenminste 2 collega's wat ze aan opmerzaamheid hebben laten zien.

Ervaringen en tips voor doorontwikkeling met de tool Doe & Deel

Het kaartspel Doe & Deel werd in beide teams, door de cliëntenraad en op het slotsymposium goed en met enthousiasme ontvangen. Men vindt dat de vragen van beide vragensets aanzetten tot bewustwording en nadenken over het professioneel handelen en de effecten daarvan op bewoners. Men vindt het mooi dat de focus ligt op 'dat wat goed gaat' en het kaartspel zou kunnen helpen om patronen, zoals men gewend is om te werken, enigszins te doorbreken. De vragen lenen zich goed voor inbedding in het werkproces, zetten aan tot (leren) doorvragen en sluiten goed aan door het gebruik van spreektaal. Er is ook enige kritiek, zo vindt een zorgverlener dat het voor nieuwe collega's en stagiaires wel geschikt is, maar dat er in het eigen team niet nodig is omdat er al voldoende aandacht voor het delen van successen is. Vragen zouden ook gericht mogen zijn op ervaringen die iemand van langer geleden bijgebleven zijn; op situaties tussen bewoners onderling en/of ook kunnen beginnen met het signaal van een bewoner. Praktisch gezien vindt niet iedereen het handig dat er meerdere vragen op 1 kaart staan. Andere praktische tips zijn: het kaartspel digitaal maken en/of beschikbaar stellen voor elke huiskamer. Ook werd aangegeven dat de 'think-aloud' vragen uit de interviews naar aanleiding van de observaties in het onderzoek mogelijk als aanvulling in het kaartspel voor doorvragen toegevoegd zouden kunnen worden. Daarnaast richtte feedback op de tool zich vooral op de inbedding van het kaartspel in het dagelijks werk. Men ziet dat bijvoorbeeld 1 vraag centraal zou kunnen staan in korte opleidingsmomenten gedurende enkele dagen of diensten om deze vraag vervolgens dan terug te laten komen voor bespreking in een teamoverleg. Tot slot werd aangegeven dat de tool ook uitgebreid zou mogen worden naar het gebruiken en inzetten van ervaringskennis van naasten en mantelzorgers.

DISCUSSIE

Opmerksaamheid concreet en bewust gemaakt?

Opmerksaamheid door ervaren medewerkers wordt toegepast op basis van signalen van bewoners, waarbij het o.a. van belang is de bewoner te kennen, te anticiperen op het gedrag van de bewoner en kennis bewust in te zetten met oog voor de effecten van het professioneel handelen. Hierbij worden, naast ervaringskennis, ook kennis over dementie en benaderingswijzen en ervaring ingezet, bijvoorbeeld de basisprincipes van een validerende benadering (Feil, 1889). Zorgverleners lijken concepten zoals belevingsgericht werken bewust te gebruiken en toe te passen. Echter, een precieze operationalisatie van wat er onder zulke kennisinhoudelijke begrippen wordt verstaan is in deze studie niet bevraagd. Weten dat een bepaalde interventie werkt of weten waarom een interventie werkt zou opgevat kunnen worden als het verschil tussen onbewust en bewust bekwaam handelen. Of en in hoeverre kennis over een bewoner en ervaringskennis dus ook gerelateerd wordt aan kennis over handelingsmogelijkheden of evidence based interventies valt uit deze studieresultaten niet vast te stellen. Een dergelijk proces waarin het eigen handelen steeds wordt afgewogen vanuit verschillende kennisbronnen, kennis over de bewoner, ervaringskennis en vak- of evidence based kennis, wordt overigens ook wel 'reflection in action' genoemd. Verschillende thema's uit de bevindingen komen overeen met ander onderzoek zoals waarin de zorgvrager kennen gezien wordt als professionele competentie en het kennen van het levensverhaal persoonsgerichtheid bevordert (Franco et al., 2022; Harrison Denning, 2023; Zolnierek, 2014). Ook wordt het belang van inlevingsvermogen in relatie tot kwaliteit van geriatrische zorg vaker aangegeven (Teófilo et al., 2019). Bovendien wordt anticiperen op gedrag en behoeften van de bewoner gezien als persoonsgericht reageren (Fazio et al., 2020). Door participanten genoemde vaardigheden in persoonsgerichte zorg zijn daarbij: kunnen aanvoelen, luisteren en aandacht en compassie hebben voor alle bewoners, analoog aan theoretische concepten van persoonsgerichte zorg zoals empathisch vermogen en compassie (Fazio et al., 2018b; McCormack et al., 2015; Van der Cingel, 2022). De daardoor gesignaleerde gedragingen, en behoeften leiden dan tot het eventueel proberen van nieuwe dingen en toepassen van kennis. Aandacht voor welbevinden, als in het versterken van levensdomeinen zoals zingeving, sociale relaties of aandacht voor interesses wordt in deze studie ook gezien. Zo wordt muziek gemaakt en wordt gestuurd op het creëren van 'geluuksmomenten'. Hiermee wordt een veranderend perspectief zichtbaar om vanuit positieve gezondheid het 'gewone leven' voorop te zetten en zorg niet de dominantie factor te laten zijn (van Grinsven & Andries, 2019).

Successen delen, herkennen en benoemen?

Zorgverleners leren van elkaar door hun successen te delen in teamoverleg, maar blijken het moeilijk te vinden expliciet te benoemen welke onbewuste ervaringskennis zij hanteren en hoe dit zou kunnen worden overgedragen. Onbewuste ervaringskennis wordt ook wel 'tacit knowledge' genoemd. Hiervan is bekend dat deze vaak weinig gezien en erkend wordt als waardevolle kennis die bij kan dragen aan kwaliteit van zorg of een evidence based praktijk (Reinders, 2010). Tijdens de vraagarticulatie voorafgaand aan dit project bleek dat zorgverleners dit veelal onbewuste proces van nadenken over hun handelen en welke kennis ze daarbij gebruiken, slechts moeizaam onder woorden konden brengen. In de think aloud interviews kwam dit bij doorvragen wel naar voren. Dat wijst erop dat het expliciet bevragen bewustwording bevordert, en dat deze kennis door reflectie op het eigen handelen expliciet kan worden gemaakt (Rykkje, 2017). Daarnaast bleek dat het leren en waarderen van successen vanuit een 'appreciative inquiry' methodologie moeilijk los te zien is van de inhoudelijke invulling van persoonsgerichte zorg. Dat betekent dat de bevindingen ook kunnen worden opgevat als een weergave van de opvattingen van zorgverleners over persoonsgerichte zorg, ondanks dat deze studie dit niet als primaire doelstelling had. Het belang van een inhoudelijke analyse van gesprekken, zoals in deze studie met de 'think aloud' interviews is gedaan, als

instrument om zicht te krijgen op interacties in zorgpraktijken voor mensen met dementie wordt overigens ook in andere studies erkend (Chatwin et al., 2022). Echter, successen herkennen is ook lastig omdat opmerksaamheid in persoonsgericht handelen vooral op microniveau plaatsvindt en omdat de focus ondanks een langzaam veranderend perspectief toch nog vaak op zorg bieden en preventie van onbegrepen gedrag of escalatie ligt. Door naast bevragen ook waarderend te onderzoeken wordt wel bewustwording en verandering al in gang gezet, hetgeen ook door onze participanten is benoemd (Dewar & MacBride, 2017b).

Beperkingen en Sterkten van het onderzoek

Dit onderzoek kent een aantal beperkingen, zo zijn de observaties en think aloud interviews deels door studenten uitgevoerd. Het doorvragen om keuzes en overwegingen boven tafel te krijgen vraagt echter gevorderde interviewvaardigheden. Dataverzameling door studenten vond weliswaar onder supervisie plaats en is ook deels door ervaren onderzoekers gedaan, toch kan dit de kwaliteit van het onderzoek enigszins beïnvloed hebben. Daarnaast is mogelijk sprake van selectiebias omdat er bewust onderzoek gedaan is in teams waarvan bekend was dat zij persoonsgericht werken. Anderzijds was het doel van het onderzoek gericht op het zoeken naar successen en had onderzoek in teams waarin persoonsgericht werken minder centraal stond ook minder resultaten opgeleverd. Binnen de reikwijdte van dit onderzoek is niet onderzocht wat teamleden (individueel en als team) precies onder persoonsgerichte zorg verstaan en naar welke situatie zij met elkaar toe willen werken, terwijl waarderend onderzoek wel tot doel heeft om ook verwezenlijking in de 'deliver'fase te realiseren. Daarmee zijn niet alle stappen van waarderend onderzoeken doorlopen. Wel is bereikt, zoals in het projectontwerp was beoogd, een prototype van een tool te ontwerpen in de designfase om successen op te halen en het delen van successen te faciliteren. Ook zijn de successen als in goede voorbeelden gevonden om te leren wat nodig is om vaker en voor meer mensen goede persoonsgerichte zorg te bieden.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek:

- De 'deliver'fase van waarderend onderzoeken vormgeven door de gewenste situatie vast te stellen en te verwezenlijken, op basis van de hier gevonden resultaten. Dit betekent dat nader onderzocht kan worden wat teams voor ogen hebben bij goede persoonsgerichte zorg, in hoeverre ze vinden dat ze daaraan voldoen en hoe ze dan vervolgens de in deze studie gevonden successen vanuit 'reflection in action' kunnen versterken en uitbreiden.
- De gekozen methodologie van ontwerpgericht en waarderend onderzoek gaan ervan uit dat onderzoeksresultaten relevant zijn in de specifieke onderzoeks-context. Om de in deze studie gevonden resultaten in algemeen geldende handvatten te vertalen moeten deze bij toepassing in andere contexten op maat worden aangepast. Nader ontwikkelen van de in deze studie gebruikte observatie tool als aanvullend praktijkinstrument om opmerksaamheid concreet en bespreekbaar te maken is daarbij wenselijk.
- Het is voor gebruik van algemeen geldende handvatten bovendien nodig concepten zoals die in gevonden literatuur in deze studie worden benoemd in 'praktijktaal' om te zetten en nader te onderzoeken wat nodig is in de werkomgeving om concepten, zoals persoonsgerichte zorg, meer eenduidig op te vatten in een team.
- Nader onderzoek is nodig om inzicht te verkrijgen of het ontwikkelde prototype van de tool het ophalen van ervaringskennis en het leren van elkaars successen daadwerkelijk ondersteund.

CONCLUSIE

In deze studie is onderzocht hoe opmerkzaamheid wordt toegepast door ervaren medewerkers om persoonsgerichte zorg uit te voeren bij bewoners met dementie en hoe deze kennis kan worden gedeeld. Opmerkzaamheid blijkt in zes succesfactoren door de participanten te worden beschreven in eigen professioneel gedrag. De bewoner kennen, contact maken en anticiperen, intuïtief handelen en inleven, kennis bewust inzetten ten gunste van eigen regie en eigenwaarde van de bewoner, en oog hebben voor effecten van het eigen professioneel handelen zijn voor hen ondersteunend in persoonsgericht werken. Deze succesfactoren kenmerken zich door 'reflection in action', al toont deze studie vooral een primair onbewust handelen. Pas met het onderzoek ontstond in tweede instantie bewustwording over de eigen ervaringskennis en het belang van het delen van deze succeservaringen. Waarderend bevragen was daarop van invloed. De explicitering van succesfactoren in persoonsgericht werken weerspiegelen opvattingen van de respondenten hierover, dit duidt echter niet op een eensluidend gedeelde teamopvatting of eensluidend persoonsgericht handelen. Met enige voorzichtigheid kan gesteld worden dat in de participerende teams een sterker wordende tendens zichtbaar is waarin aandacht voor het vooropstellen van dat wat van belang is in het leven van bewoners.

Implicaties voor de praktijk

- De zes expliciete succesfactoren kunnen context-gebonden als stappen van opmerkzaamheid in persoonsgerichte zorg in de praktijk worden ingezet.
- Vaardigheden om persoonsgerichte zorg vorm te geven op basis van opmerkzaamheid zijn empathisch vermogen en compassie.
- Bewustwording en het zichtbaar maken van reflectie tijdens het professioneel handelen (reflection in action) kan door waarderend bevragen gestimuleerd worden.
- Het is van belang in een team bespreekbaar te maken wat men zowel individueel en als team onder persoonsgerichte zorg verstaat om hieraan meer eenduidig vorm te geven.
- De ontwikkelde 'Doe & Deel' vragensets lijken veelbelovend om reflectie over en het expliciteren van opmerkzaamheid in persoonsgerichte zorg in een waarderend format te bevorderen.

LITERATUUR

- Bakens, P. (2020). Een nieuw professioneel kompas: de herziene zorgstandaard dementie. *Denkbeeld*, 32(3), 16–17.
- Chatwin, J., Ludwin, K., & Latham, I. (2022). Combining ethnography and conversation analysis to explore interaction in dementia care settings. *Health Expectations*, 25(5), 2306–2313.
- Van der Cingel, M., & Jukema, J. S. (2014). *Persoonsgerichte zorg. Praktijken van goede zorg voor ouderen*.
- Dewar, B., & MacBride, T. (2017a). Developing Caring Conversations in care homes: an appreciative inquiry. *Health and Social Care in the Community*, 25(4), 1375–1386.
- Dewar, B., & MacBride, T. (2017b). Developing Caring Conversations in care homes, an appreciative inquiry. *Health and Social Care in the Community*.
- Dewing, J. (2008). Personhood and dementia: revisiting Tom Kitwood's ideas. *International Journal of Older People*, 3(1), 3–13.
- Fazio, S., Pace, D., Flinner, J., & Kallmyer, B. (2018a). The Fundamentals of Person-Centered Care for Individuals with Dementia. *Gerontologist*, 58, S10–S19.
- Fazio, S., Pace, D., Flinner, J., & Kallmyer, B. (2018b). The fundamentals of person-centered care for individuals with dementia. *The Gerontologist*, 58(1), 10–19.
- Fazio, S. et al (2020). What Is Really Needed to Provide Effective, Person-Centered Care for Behavioral Expressions of Dementia? Guidance from The Alzheimer's Association Dementia Care Provider Roundtable. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(11), 1582-1586.e1.
- Feil, N. (1889). Validation: An empathic approach to the care of dementia. *Clinical Gerontologist, the Journal of Aging and Mental Health*, 8(3), 89–94.
- Franco, B. B., Boscart, V. M., Elliott, J., Dupuis, S., Loïselle, L., Lee, L., & Heckman, G. A. (2022). "I Hope That the People Caring for Me Know about Me": Exploring Person-Centred Care and the Quality of Dementia Care. *Canadian Geriatrics Journal*, 25(4), 336–346.
- Geelen, R. (2019). *Probleemgedrag bij dementie*. Bohn, Stafleu, Van Loghum.
- Harrison Dening, K. (2023). Life stories in dementia care: ensuring person-centred care. *Journal of Community Nursing*, 37(3), 56–62.
- Kim, S. K., & Park, M. (2017). Effectiveness of person-centered care on people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Interventions in Aging*, 12, 381–397.
- McCormack, et al (2015). Personcentredness, the 'state' of the art. *Int Pract Dev J.*, 5, 1–15.
- Melin-Johansson, C., Palmqvist, R., & Rönnerberg, L. (2017). Clinical intuition in the nursing process and decision-making, mixed-studies review. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23–24), 3936–3949.
- Morgan, A., Jobe, R., Konopa, J., & Downs, L. (2022). Quality assurance, meet quality appreciation: Using appreciative inquiry to define faculty quality standards. *Higher Education Innovations*, 12(1), 98–111.
- Phelan, A., & McCormack, B. (2016). Exploring nursing expertise in residential care for older people: a mixed method study. *Journal of Advanced Nursing*, 72(10), 2524–2535.
- Phelan, A., et al. (2020). Review of developments in person-centred healthcare. *International Practice Development Journal*, 10(Suppl2), 1–29.
- Pot en, A.-M., & Willemsse, B. M. (2014). De meerwaarde van persoonsgerichte zorg. *Het Verpleeghuis van de Toekomst Is (Een) Thuis*, 27–29.
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) (2021). *Wissels omzetten voor een veerkrachtige samenleving. Vier prioriteiten voor de nieuwe kabinetsperiode*.
- Reinders, H. (2010). The importance of tacit knowledge in practices of care. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(SUPPL. 1), 28–37. <https://doi.org/10.1111/J.1365-2788.2009.01235.X>
- Roest, W. (2017). Probleemgedrag of onbegrepen gedrag. *TvV Tijdschrift Voor Verzorgenden*, 49(1), 21–21.

- Rykkje, L. (2017). The tacit care knowledge in reflective writing-a practical wisdom. *International Practice Development Journal*, 7.
- Schaap, F. D., Dijkstra, G. J., Reijneveld, S. A., & Finnema, E. J. (2021). Use of dementia care mapping in the care for older people with intellectual disabilities: A mixed-method study. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 34(1), 149–163.
- Sjögren, K., Lindkvist, M., Sandman, P. O., Zingmark, K., & Edvardsson, D. (2013). Person-centredness and its association with resident well-being in dementia care units. *Journal of Advanced Nursing*, 69(10), 2196–2206.
- Teófilo, T. J. S., Veras, R. F. S., Silva, V. A., Cunha, N. M., Oliveira, J. dos S., & Vasconcelos, S. C. (2019). Empathy in the nurse–patient relationship in geriatric care: An integrative review. *Nursing Ethics*, 26(6), 1585–1600.
- Van de Bovenkamp, H., Stoopendaal, A., Van Bochove, M., Hoogendijk, H., & Bal, R. (2018). *Persoonsgerichte zorg, regeldruk en regelruimte: van regelreflex naar spiegelreflex*.
- Van der Cingel, M. (2014). Compassion: The missing link in quality of care. *Nurse Education Today*, 34(9), 1253–1257.
- Van der Cingel, M. (2022). *Compassion, the Core Value in Person-centred Care* (Cambridge Scholars Publishing, Ed.).
- van Grinsven, S., & Andries, M. (2019). Culturele interventies dragen bij aan Positieve Gezondheid ouderen. *Bijblijven 2019 35:8, 35(8)*, 80–90.
- Veer, J. van 't., Wouters, Eveline., Veeger, Monica., & Lugt, R. van der. (2020). *Ontwerpen voor zorg en welzijn*. Couthino.
- Zolnierek, C. D. (2014). An integrative review of knowing the patient. *Journal of Nursing Scholarship : An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing / Sigma Theta Tau*, 46(1), 3–10.

Bijlage A. Observatielijst Opmerkzaamheid

Locatie	
Afdeling	
Datum	
Naam zorgverlener*	
Observator	

*Wordt later vervangen door code

**Codeer de bewoners die betrokken zijn bij de observatie voorafgaand aan de observatie

Korte omschrijving situatie/plaats
Omschrijf de situatie zo feitelijk en concreet mogelijk, geef aan: waar, met wie, wanneer en wat er gebeurt en onder welke omstandigheden. Bijvoorbeeld in de huiskamer, op de gang, tijdens het wandelen. Beschrijf dit voor je start met observeren.

Observatie 1.:

Tijdstip	Situatie bij start observatie	Geobserveerde reacties met toelichting	Effect

Na afloop van de observatie invullen:

Wat zag/hoorde/rook/voelde je?	
Wat denk je dat er aan de hand was/gebeurde vanuit het perspectief van de zorgverlener?	
Wat denk je dat er aan de hand was/gebeurde vanuit het perspectief van de bewoner?	

Per observatie worden maximaal 5 observaties gedaan.

Bijlage B. Instructie Observatielijst Opmerkzaamheid

Stappen.

1. Observeer de situatie voordat je het formulier invult.
2. Geef een korte en feitelijke beschrijving van wat je hebt **gezien** bij de bewoner (niet wat je denkt dat de bewoner ervaart)
3. Geef een korte en feitelijke beschrijving van wat je hebt **gezien** bij de zorgverlener (niet wat je denkt dat de zorgverlener ervaart)
4. Geef een korte en feitelijke beschrijving van het gevolg of effect van het gedrag van de zorgverlener bij de bewoner
5. Interpreteer wat gezien hebt, wat denk je dat de bewoner ervaarde, waarom denk je dat de zorgverlener op deze manier reageerde?

Observatievoorbeelden

Tijdstip	Situatie bij start observatie	Geobserveerde reacties met toelichting	Effect
10:00	Bewoner X was teruggetrokken en er was geen contact	De zorgverlener was in de buurt van bewoner X en ruimde de kopjes op. Daarna ging ze naast de bewoner zitten. Vervolgens raakte ze de bewoner aan. En vroeg of de bewoner muziek wilde luisteren. De bewoner reageerde niet. De zorgverlener gaf haar een koptelefoon en zette muziek op	Bewoner X ontspande en begon te lachen en kreeg contact met de zorgverlener

Wat zag je? Hoe interpreteer je dit?	Ik zag een bewoner waarvan ik dacht dat die helemaal in zichzelf zat en zich niet fijn voelde maar ook niet vervelend.
Wat denk je dat er gebeurde? Hoe interpreteer je dit?	Ik denk dat de zorgverlener wist dat deze mevrouw van muziek houdt, en dus kennis heeft over hoe je contact met deze bewoner kunt maken. Hierna leek de bewoner zich ook meer bewust van de omgeving

Tijdstip	Situatie bij start observatie	Geobserveerde reacties met toelichting	Effect
11:00	Er kwam bezoek de huiskamer binnen	Mevrouw Y wilde meteen door de deur naar buiten lopen. Zorgverlener begroette het bezoek hartelijk en nam daarna mevrouw Y bij de arm en ging samen met haar wandelen.	Mevrouw werd weer rustig en bij terugkomst was het bezoek met een andere bewoner naar de kamer gegaan

Wat zag je? Hoe interpreteer je dit?	Ik zag dat de andere bewoners ook onrustig werden maar ik weet niet of dit kwam door het bezoek of doordat mevrouw Y onrustig werd
Wat denk je dat er gebeurde? Hoe interpreteer je dit?	Ik denk dat de zorgverlener het welkom heten belangrijk vond en daarna snel wilde reageren op de onrust van mw. Y

Voorbeelden die je kunt observeren zijn emoties, behoeftes, situaties

Voorbeelden Emoties, gemoedstoestanden

Emoties	Uit zich bijvoorbeeld door
Blijdschap/opgewektheid/vrolijkheid	Lachen, blij gezicht, huilen van blijdschap
Verdriet/treurig/somber	Samengeperste lippen, mondhoeken naar beneden, gefronste wenkbrauwen, gekruiste armen, afgekeerde houding

Woede, boosheid	Samengeperste lippen, schreeuwen, fysieke agressie, friemelen met de vingers
Tevredenheid/op zijn gemak, ontspannen	Raakt iemand aan
Spanning/Angst/Onzekerheid	Rusteloze handen of voeten
Verassing	Wenkbrauwen omhoog, grote ogen
Afschuw	Neus optrekken, oogleden samengeknepen, wenkbrauwen naar binnen getrokken

Voorbeelden behoeften: Eten, Drinken, Slaap, Kleden, Veiligheid, Zekerheid, Vriendschap en Familie

Geraadpleegde Literatuur ontwikkeling Observatielijst Opmerkzaamheid.

Forsgren, E., Skott, C., Hartelius, L., & Saldert, C. (2016). Communicative barriers and resources in nursing homes from the enrolled nurses' perspective: A qualitative interview study. *International Journal of Nursing Studies*, 54, 112–121. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.05.006>

van der Geugten, W. (2019). Dignifying and undignifying aspects of care for people with dementia: a narrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(4), 818–838. <https://doi.org/10.1111/scs.12791>

Phelan, A., & McCormack, B. (2016). Exploring nursing expertise in residential care for older people: a mixed method study. *Journal of Advanced Nursing*, 72(10), 2524–2535. <https://doi.org/10.1111/jan.13001>

Uitterhoeve, R., Bensing, J., Dilven, E., Donders, R., deMulder, P., & van Achterberg, T. (2009). Nurse-patient communication in cancer care: does responding to patient's cues predict patient satisfaction with communication. *Psycho-Oncology*, 18(10), 1060–1068. <https://doi.org/10.1002/pon.1434>

van der Cingel, M., & Dikken, J. (2011). Het belang van Opmerkzaamheid. *Denkbeeld*, 3.

Bijlage C. Interview Guide Think Aloud Interviews

Comfort
Ik heb geobserveerd dat.... (korte beschrijving situatie). Wat zag en voelde je op dit moment? Kun je vertellen hoe je ertoe kwam dit op deze manier aan te pakken?
Identiteit
Ik heb geobserveerd dat.... (korte beschrijving situatie) Wat zag en voelde je op dit moment? Kun je vertellen hoe je ertoe kwam dit op deze manier aan te pakken?
Gehechtheid
Ik heb geobserveerd dat.... (korte beschrijving situatie) Wat zag en voelde je op dit moment? Kun je vertellen hoe je ertoe kwam dit op deze manier aan te pakken?
Bezig zijn
Ik heb geobserveerd dat.... (korte beschrijving situatie) Wat zag en voelde je op dit moment? Kun je vertellen hoe je ertoe kwam dit op deze manier aan te pakken?
Erbij horen versterken
Ik heb geobserveerd dat.... (korte beschrijving situatie) Kun je vertellen hoe je ertoe kwam dit op deze manier aan te pakken?

Mogelijk verdiepende vragen

- Hoe heb je deze bewoner leren kennen? Wat weet/wist je van de bewoner op dat moment in die situatie?
- Wat zijn de gewoonten van deze bewoner? Alleen bevragen n.a.v. situatie wanneer daar iets opgemerkt is dus meer hoe weet je dat de bewoner het fijn vindt dat je de arm op schouder legde op dat moment?
- Hoe laat deze bewoner aan jou zien wat nodig is? Concreet doorvragen op opgemerkte geobserveerde signalen
- Hoe pas je je aan als je de behoefte van de bewoner anders is? Welke signalen heb je in die situatie gezien waarvan jij concludeerde dat het ene behoefte is
- Hoe gebruik je het verleden van de bewoner in gesprekken? Alleen indien het zich voorgedaan heeft, wat maakte dat je op dat moment over het voormalige werk (bijvoorbeeld) van de bewoner begon?
- Hoe betrek je de bewoner bij de dagelijkse zorg?
- In welke situaties geef je de bewoner keuzemogelijkheden en hoe pak je dat dan aan?
- Hoe maak je contact met de bewoner?
- Hoe verleid je de bewoner iets te doen wat jij graag wilt?
- Welke aanpassingen maak je in je taalgebruik, bv langzamer praten, veel herhalen, andere toonhoogte.
- Hoe betrek je de bewoner bij een gesprek?
- Hoe zorg je voor een warme sfeer?
- Hoe blijf je ontspannen in je manier van praten? Hoe zorg je voor een huiselijke sfeer?
- Hoe help je de bewoner contact te houden met hun naasten?
- Hoe ga je om met signaalgedrag?
- Hoe herken je signaalgedrag en wat zijn je vervolgacties?
- Hoe helpt deze omgeving jou om goede zorg te verlenen? Denk hierbij aan de temperatuur, de mogelijkheid van bewoners om te eten en drinken wanneer ze willen. De aanwezige hulpmiddelen voor activiteiten. Voldoende ruimte voor activiteiten. Voldoende privacy voor bewoners. Voldoende beweegruimte voor bewoners. Aan- of afwezigheid van bepaalde prikkels
- Gebruik je humor in de zorg? Hoe doe je dat? Op welke momenten.
- Welke tips van collega's hebben je geholpen om op deze manier te werken?

Bijlage D. Feedback prototype voor vervolgonderzoek

Soort feedback	Feedback
Gebruik	Wanneer en in welke periode wordt het gespeeld? Bijvoorbeeld ophalen en dan weer bij elkaar brengen op een ander afsluitend moment?
	Wat is de kadering? Moet concreter, waarom doe je dit? Kunnen evt. varianten zijn per doelgroep. En focus is succesverhalen. Suggesties geven hoe het spel gespeeld kan worden
	Hoe zorg je dat het aandachtspunt voor alledag is en blijft? Hoe maak je dit tot een automatisme? Inbedden in bijvoorbeeld een vergadering als punt op de agenda.
	De waartoe vraag/rationale: expliciet maken in titel van het spel...aanhaken op de onderliggende waarden van de organisatie
	Ik vind het meer voor stagiairs en nieuwe collega's, omdat dit het nog moeten leren hoe het werkt bij de bewoners.
	Elke huiskamer moet zijn eigen spel hebben, zodat wij het meer gaan spelen. Eén spel valt niet op en gaan wij het daarom minder snel pakken
Inhoud	Er wordt vaak "afgelopen dagen" aangegeven, mag het ook van langer geleden zijn. Nadat we meer vragen hebben besproken blijkt dat dat soort vragen er ook bij zitten. Hij geeft aan dat dingen die je zijn bijgebleven uit het verleden steeds weer van waarde kunnen zijn
	Het gaat om de interactie, bewoner zendt iets uit en daar reageert medewerker op. Misschien ook wat kaartjes maken die beginnen bij het signaal van de bewoner
	Er gebeurt tussen bewoners ook heel veel, nu 1 kaartje dat daaropin gaat. Zouden wat meer situaties voor kunnen worden beschreven
	Zou wat meer ingegaan kunnen worden op het werken met de informatie die de familie over (verleden van) de bewoner geeft/heeft gegeven.
	Sommige kaartjes bevatten meerdere vragen op 1 kaartje. Hierdoor weet ik niet goed hoe ik mijn bevinding moet opschrijven. Ik heb hier liever meerdere kaartjes voor die de vragen hierin beschrijft, ondanks dat dit betrekking heeft op dezelfde hoofdvraag, zodat ik het overzicht niet verlies op mijn bevinding
Vorm	Het is moeilijk om een antwoord te geven op de post-it, in samenhang met de vraag, zodat iedereen begrijpt wat op de post-it schrijft (moeten wij de vraag ook ter verduidelijking op de post-it schrijven)
	Ik wil liever zelf een kaartje pakken i.p.v. een muntstuk, omdat ik zelf wil inschatten waar ik tijd voor heb tijdens de dienst. Ik heb minder tijd voor een activiteit, dan voor een deelkaartje
	Muntstuk zal ik wel gebruiken, zodat verlegen collega's ook gestimuleerd worden om een doe-kaartje uit te voeren. Je grijpt toch sneller naar een deelkaartje, omdat ik dit makkelijker vind en sneller om op te schrijven