

Dilemma's in bewarende zorg

Ervaringen van verzorgenden in het verpleeghuis.

Naam student: Hsia Ping Lou
Studentnummer: 3477541
Titel cursus: Afstudeeronderzoek
Status werkstuk: Deeltoets 2: definitief
Datum: 5 juli 2012

Universiteit Utrecht, masteropleiding klinische gezondheidswetenschappen,
masterprogramma Verplegingswetenschap, UMC Utrecht.

Naam begeleider: Dr. Jan Jukema
Naam cursusdocent: Dr. Irene Jongerden
Naam stage-instelling: Beweging 3.0
Beoogde tijdschrift: Tijdschrift Verpleegkunde
Aantal woorden: 3498 woorden
Referentiestijl: Vancouver
Aantal woorden samenvatting: 300 woorden (Nederlands)
281 woorden (Engels)

Inleiding

De vraag naar langdurige professionele zorg neemt de komende jaren toe. In Nederland stijgt het aantal kwetsbare ouderen van 65 jaar en ouder naar verwachting van 700.000 in 2010 tot meer dan 1 miljoen in 2030 (1). Kwetsbaarheid kan leiden tot opname in een verpleeghuis. In 2012 wonen ongeveer 60.000 mensen in het verpleeghuis en naar verwachting gaat dit toenemen (2).

Verpleeghuisbewoners zijn door lichamelijke, psychische en sociale tekorten afhankelijk van verzorgenden. In verpleeghuizen heersen dominante routines waardoor verzorgenden minder rekening houden met individuele wensen. Verpleeghuisbewoners worden beperkt in het maken van keuzes (3). Om individueel en uniek te zijn, is keuzevrijheid van belang (4). Ook al zijn verpleeghuisbewoners niet meer in staat eigen behoeften en wensen uit te voeren, zij blijven verlangen naar keuzevrijheid (5). Verpleeghuisbewoners worden gekwetst als uniek persoon, wanneer verzorgenden onvoldoende aandacht hebben voor individuele behoeften en wensen. Er is een opkomst aan persoonsgerichte visies op zorg, waarin respect voor persoonlijkheid en eigen keuzes centraal staan (3,6,7). Wanneer verzorgenden verplegen vanuit een persoonsgerichte visie, kan kwetsing van uniciteit voorkomen worden. Dit vraagt van verzorgenden keuzes te maken die voor die unieke persoon belangrijk zijn. Een voorbeeld van een persoonsgerichte visie is bewarende zorg (8).

Bewarende zorg is recentelijk ontwikkeld als verplegingswetenschappelijke visie op goede zorg aan somatische verpleeghuisbewoners (8). Bewarende zorg is een kwaliteit van dagelijkse zorg die verzorgenden geven en toont zich als concreet gedrag van verzorgenden die zorg verlenen. In bewarende zorg zijn vier fasen te onderscheiden: zorg opmerken, zorg organiseren en verantwoorden, zorg geven en zorg responsief ontvangen (tabel 1). Er is sprake van bewarende zorg wanneer een verpleeghuisbewoner door dagelijkse zorg ervaart, dat hij als uniek persoon tot zijn recht komt en in uniciteit erkend wordt door anderen. Hoe bewarende zorg tot uitdrukking komt, wordt bepaald door inbreng van de verzorgende, ontvankelijkheid van de bewoner en de context waarin verzorgenden en medebewoners betrokken zijn. De visie is ontwikkeld in een spiraalvormig onderzoeksproces, waarin theoretische inzichten werden getoetst aan empirisch materiaal en beschikbaar empirisch materiaal terug leidde naar theoretische concepten (8). In tegenstelling tot visies van persoongerichte zorg waarin goede zorg als ideaal geschetst wordt (6), kenmerkt de visie bewarende zorg zich onder andere door te stellen dat ook dilemma's en conflicten onderdeel uitmaken van goede zorg (8).

Dilemma's zijn situaties, waarin keuzes gemaakt moeten worden tussen opties met tegenstrijdige waarden (9). Er zijn geen empirische studies gedaan naar dilemma's in bewarende zorg. Er zijn wel studies gedaan naar dilemma's die verpleegkundigen ervaren in palliatieve zorg (10-12) en dilemma's die oncologie verpleegkundigen ervaren (13). Daarnaast zijn studies gedaan naar dilemma's in verpleeghuizen, zoals beslissingen rondom levensreddende handelingen, het gebruik van vrijheidbeperkende middelen en prioriteiten in dagelijks werk (14-16). Het is bekend welke strategieën verzorgenden toepassen in moeilijke zorgsituaties (17). Maar het is nog onduidelijk welke dilemma's verzorgenden ervaren in dagelijkse zorg aan verpleeghuisbewoners.

Probleemstelling

In de visie bewarende zorg (8) wordt gesteld dat dilemma's onderdeel uitmaken van goede dagelijkse zorg. De visie is ontwikkeld op basis van theoretische inzichten, waarbij beperkt gebruik is gemaakt van empirische gegevens. Hiermee is nog onduidelijk welke dilemma's verzorgenden daadwerkelijk ervaren in dagelijkse zorg, uit welke tegenstrijdige waarden deze situaties bestaan en welke keuzes verzorgenden uiteindelijk maken.

Doelstelling

Het doel van deze studie is dilemma's in goede dagelijkse zorg vanuit perspectief van verzorgenden beschrijven en inzichtelijk maken welke keuzes verzorgenden maken. Met deze verpleegkundige kennis is het mogelijk handvaten aan te reiken welke bepalend kunnen zijn voor het handelen van verzorgenden. Daarnaast levert deze studie een bijdrage aan verdere ontwikkeling van de visie bewarende zorg.

Onderzoeksvraag

Welke dilemma's ervaren verzorgenden in het bieden van goede dagelijkse zorg aan somatische verpleeghuisbewoners en hoe gaan verzorgenden hiermee om?

Methode

Design

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag werd van april t/m juni 2012 een generiek kwalitatief onderzoek (18) uitgevoerd. Het generieke beschrijvende design is passend bij het doel van deze studie. Principes van bestaande stromingen (19) sloten niet aan. Participanten werden doelgericht geselecteerd. Data werden verzameld middels drie focusgroepsdiscussies. Dataverzameling en data-analyse werden afgewisseld.

Setting

Anders dan gepland werd gaandeweg gekozen de studie uit te voeren in een organisatie waar de onderzoeker bekend was. Na een proef focusgroepdiscussie met verzorgenden die de onderzoeker kenden, werd ontdekt dat deze verzorgenden zich vrij voelden te praten over dilemma's in dagelijkse zorg.

Het onderzoek werd uitgevoerd in een verpleeghuis met zes afdelingen, in totaal 152 bedden somatiek, psycho-geriatrie en revalidatie. Het verpleeghuis heeft twee afdelingen somatiek met twintig en tweeëntwintig bewoners. Het verzorgende team bestaat uit eerstverantwoordelijk-verzorgenden, verzorgende-ig'ers, helpenden en leerlingen. De ratio verzorgende/bewoners in dagdiensten is ongeveer één op vijf-zes en in avonddiensten één op acht-tien.

Participanten

Deze studie richtte zich op verzorgenden die zich inzetten om dagelijkse zorg af te stemmen op unieke somatische verpleeghuisbewoners en hierin dilemma's ervaren. Afstemmen van zorg vraagt kennis en ervaring, waardoor gezocht werd naar verzorgenden met een zo hoog mogelijk opleidingsniveau en ervaring op een somatische verpleeghuisafdeling.

Steekproef

Allereerst heeft de onderzoeker, de afdelingsmanager uitleg gegeven over het doel van de studie. Op basis van persoonlijke kennis en verwachtingen van de afdelingsmanager werden acht participanten doelgericht geselecteerd en door de onderzoeker benaderd.

Participanten werden gevraagd: '*stem jij dagelijkse zorg af op unieke bewoners?*' en '*ervaar je hierin dilemma's?*'. Verzorgenden die deze vragen positief beantwoorden, werkzaam waren op een somatische afdeling, verzorgende-ig of ziekenverzorgende opleiding hadden en meer dan drie jaar werkervaring in het verpleeghuis hadden werden geïnccludeerd in de studie. Verzorgenden die niet wilden deelnemen of aangaven vanuit een andere visie zorg te verlenen werden geëxcludeerd.

Dataverzameling

Data werden verzameld middels drie semigestructureerde focusgroepdiscussies van anderhalf uur, welke met zes dezelfde verzorgenden werden herhaald. Een focusgroep bestaat gemiddeld uit vier tot twaalf personen (20). Om pragmatische redenen werd gekozen voor zes verzorgenden. Na iedere focusgroepdiscussie werden verkregen gegevens teruggekoppeld om op door te vragen. Om te kunnen doorvragen werd herhaling met dezelfde verzorgenden van belang geacht.

Gaandeweg de studie werd de inhoud van de focusgroepdiscussies bepaald (tabel 2). De eerste focusgroepdiscussie was bedoeld om kennis te maken en richtte zich op voorbeelden van dagelijkse zorg. De tweede focusgroepdiscussie was gericht op ervaren dilemma's. De derde focusgroepdiscussie was bedoeld om ervaren dilemma's en de omgang met dilemma's te verhelderen met empirische voorbeelden. Tijdens de focusgroepdiscussies werden hulpmiddelen ingezet om discussies te structureren en verzorgenden te helpen praten. Na iedere focusgroepdiscussie werden verkregen data geanalyseerd. Dit resultaat bepaalde de topics van de volgende focusgroepdiscussie.

Focusgroepdiscussies werden opgenomen met een voicerecorder en getranscribeerd.

Data-analyse

Voor de data-analyse werden de stappen open, axiale en selectieve codering gevolgd (21). Ter ondersteuning werd het computerprogramma Nvivo 9 gebruikt.

Allereerst werd transcriptie van verkregen data gelezen. Tijdens open codering werden belangrijke fragmenten gemarkeerd met een samenvattende code. Na de eerste focusgroepdiscussie werd gezocht hoe verzorgenden dagelijkse zorg verlenen. Na de tweede focusgroep werden fragmenten gezocht over dilemma's en hoe verzorgenden hiermee omgingen. Tijdens axiale codering werd betekenis van belangrijke codes achterhaald. Codes die in de ogen van de onderzoeker bij elkaar hoorden werden samengevoegd. Codes die veelvuldig genoemd werden maakten een belangrijk onderdeel uit van ervaren dilemma's. Hieruit zijn thema's ontwikkeld die antwoord gaf op de onderzoeksvraag. Na de derde focusgroepdiscussie werd met selectieve codering samenhang tussen thema's gezocht. Voorbeelden werden gebruikt om situaties, tegenstrijdige waarden en gemaakte keuzes te begrijpen. Data-analyse eindigde in verhaallijn, waar beschreven werd welke dilemma's verzorgenden ervaren en hoe zij hiermee omgaan.

Kwaliteit van de studie

Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van deze studie werd vergroot door de wijze van dataverzameling (22). De inhoud van focusgroepdiscussies werden zorgvuldig voorbereid en vastgelegd. Theoretische memo's werden bijgehouden om het onderzoeksproces vast te leggen. Met de medeauteur werden memo's besproken en keuzes gemaakt voor de inhoud van volgende focusgroepdiscussies.

Validiteit

De validiteit van de onderzoeksresultaten werd vergroot door memberchecks, onderzoekertriangulatie en reflectie op de rol van de onderzoeker (22). Met memberchecks werd gecontroleerd of interpretatie van waarnemingen door de onderzoeker overeenkwamen met ervaringen van participanten. Na iedere focusgroepdiscussie werden geanalyseerde resultaten teruggekoppeld en besproken met de participanten. Herhaling van focusgroepdiscussies in dezelfde samenstelling verzorgenden heeft dit mogelijk gemaakt. Door onderzoekertriangulatie werden tussentijdse analyses door de medeauteur becommentarieerd om de validiteit van onderzoeksresultaten te vergroten. Door reflectie op de eigen rol van de onderzoeker toonde de onderzoeker bewust te zijn van het gevaar van eigen interpretaties. Participanten zijn tijdens focusgroepdiscussies gevraagd situaties uit te leggen alsof deze niet herkenbaar waren voor de onderzoeker.

Ethische overwegingen

Deze studie is niet WMO-plichtig. Er was geen sprake van medisch-wetenschappelijk onderzoek, participanten werden niet aan handelingen onderworpen en de belasting was laag waardoor deze studie niet door de METC goedgekeurd hoefde te worden.

In de onderzoeksresultaten werd anonimiteit en vertrouwelijkheid van verzorgenden gewaarborgd. Gegevens werden geanonimiseerd en zijn niet herleidbaar naar individuele verzorgenden. De leidinggevende kreeg geen individuele terugkoppeling. Participanten zijn hierover geïnformeerd en hebben toestemming gegeven voor deelname.

Resultaten

Participanten

Acht verzorgenden zijn benaderd, waarvan zes participanten aan de studie hebben deelgenomen. Eén van de verzorgenden was niet in de gelegenheid deel te nemen en één ervaren geen dilemma's. Verzorgenden waren opgeleid als ziekenverzorgende en één als verzorgende-IG. Zij werkten tussen de 4 en 28 jaar in het verpleeghuis, waarvan tussen de 2 en 21 jaar op een somatische afdeling (tabel 3). De eerste focusgroepdiscussie is door één van de verzorgenden gemist.

Focusgroepdiscussies

De eerste focusgroepdiscussie was algemeen en verzorgenden spraken vrijuit over dagelijkse zorgsituaties. De tweede focusgroepdiscussie bleef oppervlakkig. Verzorgenden

vonden het moeilijk dilemma's te verwoorden, terwijl zij aangaven dagelijks moeilijke situaties te ervaren. De derde focusgroepdiscussie waren verzorgenden met behulp van de schriftelijke samenvatting van eerder genoemde dilemma's in staat concrete situaties te benoemen. Verzorgenden gaven na de focusgroepdiscussies aan, het zinvol te vinden over dilemma's te praten en met elkaar te reflecteren op gemaakte keuzes.

Ervaren dilemma's

In het bieden van goede dagelijkse zorg ervaren verzorgenden dagelijks dilemma's. Deze zijn onder te verdelen in twee categorieën: verlenen van goede concrete dagelijkse zorg en organisatie van zorg aan meerdere bewoners.

Empirische voorbeelden illustreren tegenstrijdige waarden en moeilijke situaties die verzorgenden ervaren (tabel 4). De wijze waarop verzorgenden omgaan met dilemma's resulteert in de keuzes die zij maken.

Verlenen van goede concrete dagelijkse zorg

In het verlenen van concrete dagelijkse zorg ontstaan dilemma's door de volgende tegenstrijdige waarden:

Verantwoordelijkheid verzorgende versus individuele wens bewoner

Verzorgenden ervaren dilemma's wanneer de wens van de bewoner niet overeenkomt met professionele zorg die volgens verzorgenden goed en verantwoord voor de bewoner is. Verzorgenden voelen zich verantwoordelijk voor veiligheid en hygiëne van bewoners, maar ook voor tegemoet komen aan wensen van bewoners.

Regels/richtlijnen versus individuele wens bewoner

Verzorgenden ervaren dilemma's wanneer de bewoner zorg op een bepaalde manier wenst, maar regels/richtlijnen geven aan dat de zorg anders moet dan de bewoner op dat moment vraagt. Regels/richtlijnen zijn volgens verzorgenden nodig omdat hierin beschreven staat wat gedaan moet worden, maar daar tegenover staat dat er geen keuzes meer gemaakt kunnen worden.

Tijdstekort/ervaren druk versus individuele wens bewoner

Verzorgenden ervaren dilemma's wanneer zij zorg willen geven die de bewoner wenst, maar het niet lukt om deze wens uit te voeren door tijdstekort of ervaren druk. Tijdstekort en druk ontstaat door het aantal beschikbare uren, bij ziekte van collega's of wanneer er minder gediplomeerde collega's zijn. Verzorgenden nemen dan extra taken van helpenden over

waardoor zij bewoners waar zij zelf verantwoordelijk voor zijn minder aandacht kunnen geven. Daarnaast moeten zij tijd besteden aan administratieve taken zoals zorgdossiers bijwerken en multidisciplinaire gesprekken voorbereiden.

Wens familie versus individuele wens bewoner

Verzorgenden ervaren dilemma's wanneer de bewoner heeft aangegeven geen behandeling meer te willen, maar familieleden hebben met de arts afgesproken dat de bewoner behandeling wel moet ontvangen. Verzorgenden moeten deze behandeling uitvoeren en ervaren geen keus te hebben. Hierdoor verlenen zij zorg met tegenstrijdige gevoelens.

Organisatie van zorg aan meerdere bewoners

In het organiseren van zorg aan meerdere bewoners ontstaan dilemma's door de volgende tegenstrijdige waarden:

Individuele wens bewoner versus de bewoner laten wachten

Verzorgenden ervaren dilemma's wanneer meerdere bewoners tegelijk zorg vragen. Verzorgenden zijn verantwoordelijk voor de zorg voor meerdere bewoners en zijn altijd met een andere bewoner bezig als een individuele bewoner zorg vraagt. Hierdoor moeten zij de keuze maken welke bewoner zij laten wachten. Verzorgenden laten bewoners wachten door niet direct op alarmering te reageren, maar ook door zorg waar zij op dat moment mee bezig zijn te onderbreken.

Tijd eerlijk verdelen versus de individuele wens van de bewoner

Verzorgenden ervaren dilemma's wanneer meerdere bewoners tegelijkertijd zorg wensen, terwijl zij slechts één taak tegelijk kunnen uitvoeren. Daarnaast ontstaan moeilijke situaties wanneer zij ervaren dat zorg oneerlijk verdeeld is. Dit ontstaat wanneer de ene bewoner zorg op een bepaalde manier wenst die meer tijd vraagt, waardoor zij het gevoel hebben andere bewoners tekort te doen.

Individuele wens van de bewoner versus groepszorg.

Verzorgenden ervaren dilemma's wanneer de bewoner zorg wenst welke niet passend of gewenst is in de groep waarin bewoners samenleven. Moeilijke situaties ontstaan doordat verzorgenden keuzes moet maken of zij tegemoet komt aan de individuele wens of dat zij kiezen voor de groep.

Omgaan met dilemma's

In het verlenen van goede concrete dagelijkse zorg passen verzorgenden drie strategieën toe: onderhandelen en overtuigen, keuzes overnemen, uitleggen en accepteren. Empirische voorbeelden illustreren de omgang met dilemma's (tabel 5).

Dilemma's in het verlenen van goede concrete dagelijkse zorg

Centraal in deze dilemma's staat de keuze of verzorgenden zorg gaan verlenen en op welke wijze.

Onderhandelen en overtuigen

Verzorgenden passen deze strategie toe wanneer de wens van de bewoner niet overeenkomt met de zorg die verzorgenden willen of kunnen verlenen. Met bewoners die keuzes kenbaar kunnen maken gaan verzorgenden een discussie aan, luisteren naar de motivatie van de bewoner en maken eigen motivaties kenbaar. Verzorgenden onderhandelen en overtuigen de bewoner te kiezen voor zorg die zij het beste vinden met als doel om samen tot een verantwoorde oplossing te komen.

*"De bewoner wilde met de actieve lift naar bed, terwijl hij twee keer een wegraking kreeg. Ik vond dat niet verantwoord. Toen zei ik, u wil graag met de actieve lift, wij adviseren met de passieve lift. Ik heb de bewoner gemotiveerd ons advies te volgen. Achteraf had ik er een goed gevoel over dat ik in gesprek ben gegaan. Eerst kreeg ik het gevoel, dat wij een beslissing namen. Dat zei de bewoner ook: 'ik mag toch zelf beslissen wat er gebeurt?' Toen zei ik, ik begrijp dat u dit gevoel heeft, maar begrijpt u ook dat het onverantwoord is?"
(Focusgroepdiscussie 3)*

Keuzes overnemen

Verzorgenden passen deze strategie toe wanneer de bewoner geen keuzes meer kenbaar kunnen maken of onderhandelen met de bewoner onmogelijk is. Verzorgenden leggen uit wat ze gaan doen en waarom dit belangrijk is. Verzorgenden nemen keuzes over van de bewoner en bepalen hoe de zorg eruit gaat zien.

Uitleggen en risico's accepteren

Verzorgenden passen deze strategie toe wanneer onderhandelen niet werkt en ervaren dat er geen keuze mogelijk is. Zij leggen risico's uit en accepteren te gevolgen.

Dilemma's in de organisatie van zorg aan meerdere bewoners

Centraal in deze dilemma's staat de keuze welke bewoner voorrang heeft en als eerste zorg ontvangt.

Onderhandelen en overtuigen

Verzorgenden passen deze strategie toe wanneer meerdere bewoners tegelijk zorg vragen. Verzorgenden onderhandelen met de bewoner over de tijd hoe laat zij zorg kunnen ontvangen. Bij een zorgvraag van de bewoner, onderhandelen zij met de bewoner of ze zorg direct moeten verlenen of dat zij eerst wat anders kunnen afmaken om later terug te komen.

Keuze overnemen

Verzorgenden geven bewoners voorrang op basis van urgentie en prioriteit van de zorgvraag. Zij kiezen om de meest belangrijke taken eerst uit te voeren. Wanneer urgentie geen rol speelt kiezen verzorgende voor de meest efficiënte werkwijze.

Als het heel druk is, dan ga je zo efficiënt mogelijk denken, van als ik nou eerst haar doe en dan hem. Dan is de wc weer vrij en dan de volgende. Vaak ga je zo werken van hoe kun je alles achter mekaar aan doen, aan één stuk door. (Focusgroepdiscussie 3)

Verzorgenden verantwoorden aan de bewoner wat ze doen en waarom zij sommige wensen niet kunnen uitvoeren.

Discussie

Deze studie toont aan dat verzorgenden dilemma's ervaren in het verlenen van goede concrete dagelijkse zorg en in het organiseren van zorg aan meerdere bewoners. Moeilijke situaties ontstaan door verschillende tegenstrijdige waarden. De wijze waarop verzorgenden omgaan met dilemma's resulteert in de keuzes die zij maken. Verzorgenden gebruiken de strategieën onderhandelen en overtuigen, keuzes overnemen en uitleggen en risico's accepteren.

Sterk punt van deze studie is de beschrijving van dilemma's vanuit het perspectief van verzorgenden. Gedurende drie focusgroepdiscussies nam de kwaliteit van data merkbaar toe. De eerste twee focusgroepdiscussies waren erg oppervlakkig waaruit blijkt dat het zinvol was om focusgroepdiscussies in dezelfde samenstelling te herhalen. Zorgvuldige dataverzameling en memberchecks hebben de validiteit van de resultaten vergroot.

Zwak punt van deze studie is de kans op bias, doordat de onderzoeker participanten persoonlijk kende. De onderzoeker heeft het gevaar van eigen interpretaties genoemd en verzorgenden gevraagd situaties uit te leggen alsof deze niet herkenbaar waren voor de onderzoeker. Hiermee is de kans dat bevindingen op basis van opvattingen van de onderzoeker zijn geïnterpreteerd verkleind. Ervaringen zijn verzameld vanuit perspectief van verzorgenden die aangaven dagelijkse zorg af te stemmen op unieke bewoners en hierin dilemma's ervaren. Hierdoor zijn resultaten niet te generaliseren naar verzorgenden die vanuit een andere visie zorgverleners of verzorgenden die wel moeilijke situaties ervaren maar niet als dilemma's benoemen.

Deze studie is de eerste naar dilemma's in dagelijkse zorg aan somatische verpleeghuisbewoners. Nog niet eerder zijn dilemma's, tegenstrijdige waarden en keuzes die verzorgenden maken beschreven. De resultaten uit deze studie zijn niet te vergelijken met studies naar dilemma's in palliatieve zorg (11-14), waar dilemma's ontstaan bij beslissingen rondom het levenseinde. Er zijn wel studies gedaan naar complexe situaties in verpleeghuizen (17,23), maar hieruit volgen geen dilemma's. In Nederland is een rapport geschreven over dilemma's waaruit blijkt dat verzorgenden dilemma's in directe zorgverlening ervaren (24). Zij vragen zich vaak af of gegeven zorg conform professionele maatstaven is. Dit komt overeen met één van de gevonden dilemma's. Echter uit dit rapport blijkt niet welke tegenstrijdige waarden dilemma's veroorzaken.

De wijze waarop verzorgenden omgaan met dilemma's komt overeen met eerder uitgevoerd onderzoek. Een studie naar complexe zorgsituaties in verpleeghuizen bevestigt dat verzorgenden onderhandelen en bewoners uitleggen waarom zij bepaalde handelingen uitvoeren (17). Deze studie toont daarnaast aan dat dwangmaatregelen worden toegepast als onderhandelen niet lukt. Dit is in deze studie niet gevonden. Reden kan zijn dat verzorgenden keuzes overnemen niet als dwang ervaren. Om dit te toetsen zou deze vraag aan verpleeghuisbewoners gesteld moeten worden.

Voor de verpleegkundige praktijk geeft deze studie inzicht in dilemma's in goede dagelijkse zorg en toont dat dilemma's onderdeel uitmaken van goede zorg. Daarnaast draagt deze studie een bijdrage aan de visie bewarende zorg. De wijze waarop verzorgenden hebben aangegeven zorg af te stemmen op individuele bewoners en zorg verlenen doet vermoeden dat zij naar bewarende zorg toewerken. Uit deze studie blijkt dat verzorgenden in staat zijn de uniciteit van bewoners te herkennen, maar het is onduidelijk of de bewarende zorg slaagt door dilemma's die deel uitmaken van zorg. Of bewarende zorg slaagt, kan alleen getoetst

worden door verpleeghuisbewoners te vragen of zij als uniek persoon tot hun recht zijn gekomen.

Dilemma's zorgen ervoor dat verzorgenden in iedere situatie keuzes moeten maken. Verpleeghuisbewoners vinden keuzevrijheid belangrijk om individueel en uniek te zijn (4), echter wanneer verzorgenden niet kunnen onderhandelen tijdens dilemma's nemen zij keuzes over. Hierbij conformeren zij zich snel aan regels in plaats van eigen beslissingen uitvoeren (25,26). Reflecteren en kritisch evalueren kan eraan bijdragen dat verzorgenden zorg afstemmen op individuele behoeften (27). Een leiderschapsstijl die verzorgenden stimuleert kritisch te reflecteren heeft effect op de directe zorgverlening en verbeterd patiëntgerichte zorg (28). De keuzes die verzorgenden maken zijn mogelijk te beïnvloeden waardoor goede dagelijkse zorg verbeterd.

Conclusie

Verzorgenden ervaren dilemma's in het verlenen van goede concrete dagelijkse zorg en in het organiseren van zorg aan meerdere bewoners. Dilemma's ontstaan doordat verzorgenden moeilijke situaties ervaren door verschillende tegenstrijdige waarden. De wijze waarop verzorgenden omgaan met dilemma's resulteert in de keuzes die zij maken. Verzorgenden gebruiken de strategieën onderhandelen en overtuigen bij bewoners die in staat zijn keuzes kenbaar te maken, keuzes overnemen op basis van urgentie en prioriteit wanneer onderhandelen niet mogelijk is en wanneer verzorgenden ervaren geen keuze te hebben leggen zij de situatie uit en accepteren zij de risico's.

Aanbevelingen

De generaliseerbaarheid van dit onderzoek beperkt zich tot verzorgenden die aangeven dilemma's te ervaren. Aanbevolen wordt verder onderzoek te doen met een gevarieerdere steekproef met verzorgenden die geen dilemma's ervaren of vanuit een andere visie zorg verlenen.

Om goede dagelijkse zorg te verbeteren wordt aanbevolen verder onderzoek te doen naar de wijze waarop verzorgenden ondersteund kunnen worden in het maken van goede keuzes. Aanbevolen wordt te onderzoeken op welke wijze kritisch reflecteren en evalueren kan

bijdragen aan afstemmen van zorg op individuele bewoners, aangezien blijkt dat dilemma's en keuzes maken onderdeel uitmaken van goede dagelijkse zorg.

Om de visie bewarende zorg te verstevigen wordt aanbevolen verder onderzoek te doen onder verpleeghuisbewoners door te toetsen wat de effecten zijn van dilemma's in de zorg en of zij door deze zorg daadwerkelijk als uniek persoon tot hun recht komen.

Referentielijst

- (1) van Campen C. Kwetsbare ouderen. Sociaal Cultureel Planbureau 2011 May(Den Haag).
- (2) Timmermans J, Woittiez I. Advies ramingen verpleging en verzorging. Sociaal en Cultureel Planbureau 2004, Den Haag.
- (3) McCormack B. A conceptual framework for person-centred practice with older people. *Int J Nurs Pract* 2003 Jun;9(3):202-209.
- (4) Davies S, Laker S, Ellis L. Promoting autonomy and independence for older people within nursing practice: a literature review. *J Adv Nurs* 1997 Aug;26(2):408-417.
- (5) Frankfurt, H.G. Freedom of the Will and the Concept of a Person. 1971 ;68(1):5-20.
- (6) McCormack B. Person-centredness in gerontological nursing: an overview of the literature. *J Clin Nurs* 2004 Mar;13(3a):31-38.
- (7) Nolan MR, Davies S, Brown J, Keady J, Nolan J. Beyond person-centred care: a new vision for gerontological nursing. *J Clin Nurs* 2004 Mar;13(3a):45-53.
- (8) Jukema JS. Bewarende zorg een visie voor verzorgenden en verpleegkundigen. Boom Lemma uitgevers 2011.
- (9) Jameton A. Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. *AWHONNS Clin Issues Perinat Womens Health Nurs* 1993;4(4):542-551.
- (10) Dierckx de Casterle B, Grypdonck M, Cannaerts N, Steeman E. Empirical ethics in action: lessons from two empirical studies in nursing ethics. *Med Health Care Philos* 2004;7(1):31-39.
- (11) Santos Salas A, Cameron BL. Ethical openings in palliative home care practice. *Nurs Ethics* 2010 Sep;17(5):655-665.
- (12) Karlsson M, Roxberg A, da Silva AB, Berggren I. Community nurses' experiences of ethical dilemmas in palliative care: a Swedish study. *Int J Palliat Nurs* 2010 May;16(5):224-231.
- (13) Christensen A. Legal and ethical issues confronting oncology nursing. *Semin Oncol Nurs* 2002 May;18(2):86-98.

- (14) Gjerberg E, Forde R, Pedersen R, Bollig G. Ethical challenges in the provision of end-of-life care in Norwegian nursing homes. *Soc Sci Med* 2010 Aug;71(4):677-684.
- (15) Slettebo A, Kirkevold M, Andersen B, Pedersen R, Halvorsen K, Nordhaug M, et al. Clinical prioritizations and contextual constraints in nursing homes--a qualitative study. *Scand J Caring Sci* 2010 Sep;24(3):533-540.
- (16) Weiner C, Tabak N, Bergman R. Use of restraints on dementia patients: an ethical dilemma of a nursing staff in Israel. *JONAS Healthc Law Ethics Regul* 2003 Dec;5(4):87-93.
- (17) Slettebo A, Bunch EH. Solving ethically difficult care situations in nursing homes. *Nurs Ethics* 2004 Nov;11(6):543-552.
- (18) Sandelowski M, Barroso J. Classifying the findings in qualitative studies. *Qual Health Res* 2003 Sep;13(7):905-923.
- (19) Holloway I, Wheeler S. *Qualitative Research in Nursing and Healthcare*. Third Edition ed.: Wiley-Blackwell; 2010.
- (20) Krueger RA. *Focus groups: a practical guide for applied research*. Sage Publications, Thousand Oaks, CA 2009.
- (21) Boeije H. *Analyseren in Kwalitatief onderzoek, denken en doen*. Derde oplage ed.: Boom onderwijs; 2008.
- (22) Boeije HR. *Kwaliteit van zorg in verpleeghuizen een onderzoek naar problemen en strategieën van verzorgenden*. Uitgeverij de Tijdstroom, Utrecht 1994.
- (23) Teeri S, Leino-Kilpi H, Valimaki M. Long-term nursing care of elderly people: identifying ethically problematic experiences among patients, relatives and nurses in Finland. *Nurs Ethics* 2006 Mar;13(2):116-129.
- (24) de Veer AJE, Francke AL. *Morele dilemma's in het dagelijkse werk van verpleegkundigen en verzorgenden*. Nivell 2009.
- (25) Dierckx de Casterle B, Grypdonck M, Vuylsteke-Wauters M, Janssen PJ. Nursing students' responses to ethical dilemmas in nursing practice. *Nurs Ethics* 1997 Jan;4(1):12-28.
- (26) Dierckx de Casterle B, Izumi S, Godfrey NS, Denhaerynck K. Nurses' responses to ethical dilemmas in nursing practice: meta-analysis. *J Adv Nurs* 2008 Sep;63(6):540-549.
- (27) Goethals S, Gastmans C, de Casterle BD. Nurses' ethical reasoning and behaviour: a literature review. *Int J Nurs Stud* 2010 May;47(5):635-650.
- (28) Dierckx de Casterle B, Willemse A, Verschueren M, Milisen K. Impact of clinical leadership development on the clinical leader, nursing team and care-giving process: a case study. *J Nurs Manag* 2008 Sep;16(6):753-763.

Tabellen

Fase 1: Aandachtig behoeften aan bewarende zorg opmerken	Bewarende zorg start met opmerken en erkennen van behoeften van een specifieke bewoner. De verzorgende heeft een open houding ten opzichte van de bewoner, iedere dag opnieuw. Daarmee leert de verzorgende de bewoner zoekenderwijs kennen. Zij staat open voor wat zij ziet, hoort en ervaart. De verzorgenden zet eigen opvattingen opzij en kijkt wat deze bewoner belangrijk vindt.
Fase 2: Verantwoordelijk zijn voor het organiseren van bewarende zorg	Verzorgenden zijn verantwoordelijk om zorg zo te organiseren dat zij tegemoet kunnen komen aan de behoefte van de bewoners.
Fase 3: Direct zorgen op een wijze die mensen als persoon bewaart	Voor bewarende zorg is concreet handelen noodzakelijk zoals: bewoners wassen, douchen, aankleden, voeden en helpen bij de toiletgang. De verzorgende moet gefundeerde kennis bezitten en bekwaam zijn in zowel technische als sociale vaardigheden zoals luisteren, doorvragen en verhelderen. Zij moet openstaan, zonder oordeel vooraf voor wie de bewoner is. Ze moet weten hoe ze vragen stelt, hoe ze passend antwoord geeft en hoe ze de bewoner laat inzien wat haalbaar is.
Fase 4: Bewarende zorg responsief ontvangen	De bepalende fase van bewarende zorg is zorg responsief ontvangen. Deze fase kent twee kanten, enerzijds het reageren van de bewoner op de zorg van de verzorgende en anderzijds het afstemmen van het handelen van de verzorgende op deze respons. De uiteindelijke toets van bewarende zorg is of de bewoner door deze zorg als uniek persoon tot zijn recht komt en dat de bewoner door anderen erkend wordt in zijn uniciteit. Respons van de bewoner kan op vele manieren, verbaal dan wel fysiek.

Tabel 1: Omschrijving fasen bewarende zorg.

	Focusgroep 1	Focusgroep 2	Focusgroep 3
Onderwerp	Voorbeelden van dagelijkse zorg	Ervaren dilemma's in genoemde zorgsituaties	Voorbeelden van dilemma's en omgang met dilemma's.
Doel	Kennismaking verzorgenden Kennismaking onderwerp	Ervaren dilemma's verkennen. Genoemde dilemma's uit de eerste focusgroep toetsen en uitbreiden.	Dilemma's en omgang met dilemma's onderbouwen met empirische voorbeelden
Openingsvraag	<i>'hoe stem je dagelijkse zorg af op de unieke bewoner?'</i>	<i>'welke dilemma's ervaren jullie in de genoemde zorgsituaties?'</i>	<i>'kloppen de dilemma's, kunnen jullie voorbeelden noemen en vertellen hoe jullie er mee omgaan?'</i>
Hulpmiddel focusgroep interview	Openingsvraag op papier. Iedere verzorgende kreeg 5 minuten tijd om op te schrijven wat ze dachten. Aan het einde werd gevraagd op te lezen of alle punten besproken waren.	Start met een mondelinge terugkoppeling van de eerste focusgroep met behulp van de samenvatting.	Start met schriftelijke terugkoppeling met voorlopige resultaten. Per dilemma en wijze van omgaan met dilemma bespreken of deze kloppen, voorbeelden bespreken.
Topics	<u>Vertellen over:</u> Betekenis unieke bewoner Zorg opmerken Zorg organiseren Zorg geven Zorg ontvangen Dilemma's	<u>Oorzaken dilemma's:</u> Unieke bewoner kan niet reageren Context: zorg voor meerdere bewoners Regels van de groep Schaarste aan professionals (deskundigheid) en tijd Professionaliteit	<u>Concept dilemma's:</u> Verantwoordelijkheid Tijd Goede zorg willen geven Organisatie en samenwerking Omgang met dilemma's Oplossingen zoeken

Resultaat tussentijdse analyse	Samenvatting hoe er over dagelijkse zorg gesproken is en welke oorzaken van dilemma's genoemd zijn.	Voorlopige resultaten/ antwoord op de onderzoeksvraag. Samenvatting van genoemde dilemma's en omgang met dilemma's.
---------------------------------------	---	---

Tabel 2: Dataverzameling/topiclijst

Participanten	N=6
Geslacht	Vrouw N=6
Leeftijd (jaar)	20-29 N=1 30-39 N=1 40-49 N=3 >50 N=1
Opleiding	Verzorgende-ig N=1 Ziekenverzorgende N=5
Ervaring verpleeghuis (jaar)	0-9 N=1 10-19 N=1 20-29 N=4
Ervaring somatische afdeling (jaar)	0-9 N=3 10-19 N=1 20-29 N=2
Contracturen (uur/ per wk)	< 16 N=1 16-28 N=2 >28 N=3

Tabel 3: Demografische gegevens participanten.

Dilemma 1: Verlenen van goede concrete dagelijkse zorg			Omgang met dilemma
Tegenstrijdige waarden	Situatie	Empirische voorbeelden	
Verantwoordelijkheid verzorgende versus Individuele wens bewoner	Bewoner wenst zorg maar verzorgende vindt dit niet verantwoord Bewoner weigert zorg die volgens verzorgenden goed is.	<u>Bewoner wil graag alleen buiten lopen, maar de verzorgenden willen veiligheid bieden bij valgevaar</u> (focusgroep 2): <i>Je hebt een open afdeling, een bewoner die mag naar beneden, maar je bent heel bang dat ze straks valt en wat zou breken. Als ik zie dat mijn bewoner beneden is dan ren ik er achteraan en dan probeer ik haar toch om te praten om een rondje te lopen en dan weer mee terug te nemen.</i> <u>Bewoner wil niet gewassen worden maar de verzorgenden voelen zich verantwoordelijk voor hygiëne</u> (focusgroep 2): <i>Een bewoner bij ons wil soms niet gewassen worden. Wij als verzorgenden denken nou een dag dat kan, maar na twee dagen moet hij toch wel zoiezo van anderen wat gewassen worden. Terwijl hij zelf aangeeft ik wil vandaag niet. Vanuit je kennis en professionele wil je wel dat hij gewassen wordt..... Een collega ging naar de bewoner toe met de vraag doen we een grote of een kleine wasbeurt, niet in vraagstelling maar gewoon de bewoner een keuze laten maken.</i>	Centraal staat de keuze of de verzorgende zorg gaat verlenen en op welke wijze. <u>Onderhandelen en overtuigen.</u> Oplossing zoeken waar zowel bewoners als verzorgende tevreden over zijn. <u>Keuze overnemen</u> Verzorgende neemt keuze over en bepaald op welke wijze zorg verleend wordt.
Regels/ richtlijnen versus Individuele wens bewoner	Bewoners wenst zorg op een bepaalde manier maar de regel/richtlijn zegt dat de zorg anders moet	<u>Bewoner wil met middagrust, maar er is een regel gemaakt dat dit niet mag ivm risico dag en nachtritme omdraaien</u> (focusgroep 3): <i>Ik begreep dat hij dan s' nachts wakker is en gaat rommelen en dan gaat hij het dag en nachtritme omdraaien. Maar de bewoner ligt liever even op bed dan dat hij in de rolstoel gekanteld zit. Dus ja wie bepaald of hij niet mag, ik heb het niet gedaan omdat het een regel was. Ik heb uitgelegd dat hij niet naar bed mocht en dat de bewoner misschien wel visite kreeg.</i>	<u>Keuze overnemen</u> Verzorgende neemt keuze over en bepaald op welke wijze zorg verleend wordt.
Tijdtekort/ ervaren druk versus Individuele wens bewoner	Bewoner wenst zorg maar het lukt de verzorgende niet om deze wens uit te voeren door tijdtekort of ervaren druk.	<u>Bewoner wil vijf keer per uur naar toilet</u> (focusgroep 3): <i>Wij hebben een mevrouw die moet vijf keer op een ochtend naar de wc, terwijl er andere bewoners nog op bed liggen en daar heb je amper tijd voor die vragen niks. Als die mevrouw weer belt om naar het toilet te gaan is dat heel moeilijk. Dan ga je denken hoe zeg ik fatsoenlijk dat het niet uitkomt omdat ze net is geweest.</i> <u>Bewoners krijgen minder zorg</u> (focusgroep 3): <i>Als je als enigst gediplomeerde staat moet je voor alle kanten medicijnen delen. Je moet je tijd delen dus jouwn bewoners krijgen minder zorg.</i>	<u>Uitleggen en risico's accepteren</u> Accepteren en zorg verlenen wat door de arts bepaald wordt.
Wens van familie versus Individuele wens bewoner	Bewoner moet behandeling ontvangen, maar de bewoner heeft aangegeven dit niet te willen	<u>Bewoner wil niet meer leven en familie wil vochttoediening</u> (focusgroep 2): <i>De bewoner heeft helemaal niks meer te zeggen want hij is met zijn laatste fase bezig. Als verzorgende kijk je naar die bewoner, die geeft aan niet meer te willen leven door het te zeggen en door eten en drinken te weigeren. Maar de familie wil dat vocht. Je kunt er een mening of gevoel over hebben, maar vanuit je professionaliteit doe je toch wat de arts bepaald heeft.</i>	

Dilemma 2: Organisatie van zorg aan meerdere bewoners.			Omgang met dilemma
Tegenstrijdige waarden	Situatie	Empirische voorbeelden	
Individuele wens bewoner versus Bewoner laten wachten	Een bewoner vraagt om hulp en de verzorgende is juist een andere bewoner aan het helpen	<u>Een bewoner vraagt hulp, maar verzorgenden is net een bewoner aan het helpen</u> (focusgroep 3): <i>Je bent altijd met iemand bezig als de bel gaat. Dan kijk je op je pieper wie is het? Dan denk je, hoever ben ik, kan ik gelijk bij die bewoner weglopen, is ze al aangekleed of ligt ze nog in haar nakie? Dan gaat die mevrouw op dat moment voor, totdat ik haar gewassen of helemaal aangekleed heb. Dan zeg ik: 'ik kom zo bij u terug'. Dan haal ik gelijk de stoel en loop naar de bel. Je kijkt wat er is, je probeert te onderhandelen moet het gelijk of kan ik eerst die bewoner afmaken....</i>	Centraal staat de keuze als eerste geholpen wordt of welke bewoner voorrang heeft. <u>Onderhandelen en overtuigen.</u>
Tijd eerlijk verdelen versus Individuele wens bewoner	Meerdere bewoners vragen tegelijk zorg en verzorgenden kunnen slechts één taak tegelijk uitvoeren.	<u>Bewoners willen tegelijk naar het toilet</u> (focusgroep 3): <i>Ja dat maak je ook wel eens mee, ik stond er eerder als hij en hij mag eerder. Maar dat was gewoon praktisch op dat moment. Ik dacht als ik haar alvast op de wc zet, kan zij even. Want zij moet weer geholpen worden en dat ik daarna hem op het toilet help. Dat kwam allemaal even iets beter uit. Dan ga je zo werken van hoe kun je alles achter elkaar aan doen, zo efficiënt mogelijk.</i> <u>Een bewoner wil zorg ontvangen maar de verzorgende is bezig met andere taken</u> (focusgroep 3). <i>Als een unieke bewoner op dat moment gewassen wil worden, maar er moeten Diabeten insuline en eten, dan ga je prioriteiten stellen en kijken wat belangrijk is. Wensen en behoeften van de bewoner daar kun je dan niet aan denken. Dan leg je wel uit waarom het echt niet gaat.....</i>	Oplossing zoeken waar zowel de groep bewoners als verzorgende tevreden over zijn. <u>Keuze overnemen</u> Op basis van urgentie en prioriteit worden
Individuele wens versus Groepszorg	De individuele wens van de bewoner is niet passend of gewenst in de groep.	<u>Bewoner wil tijdens maaltijd naar het toilet</u> (focusgroep 1): <i>Onder het eten dan gaan we niet naar het toilet, dat zijn we niet gewend om dat te doen. Je woont in een groep dus je moet je ook houden aan de regels op de groep. En het is onhygiënisch als je een bewoner een hap eten geeft en tussendoor een bewoner van het toilet haalt.</i>	belangrijke taken eerst uitgevoerd. Bij gelijke urgentie kiest de verzorgende wie voorrang heeft gebaseerd op efficiëntie.

Tabel 4: Ervaren dilemma's

Omgang met dilemma's		
Dilemma	Strategie	Empirische voorbeelden
Verlenen van goede concrete dagelijkse zorg.	Onderhandelen en overtuigen	<u>Dilemma verantwoordelijkheid verzorgenden versus individuele wens bewoner (focusgroep3):</u> <i>De bewoner wilde met de actieve lift naar bed, terwijl hij twee keer een wegraking kreeg. Ik vond dat niet verantwoord. Toen zei ik, u wil graag met de actieve lift, wij adviseren u met de passieve lift. Ik heb de bewoner gemotiveerd ons advies te volgen. Achteraf had ik er een goed gevoel over dat ik in gesprek ben gegaan. Eerst kreeg ik het gevoel, dat wij een beslissing namen. Dat zei de bewoner ook: 'ik mag toch zelf beslissen wat er gebeurd?' Toen zei ik, ik begrijp dat u dit gevoel heeft, maar begrijpt u ook dat het onverantwoord is</i>
	Keuzes overnemen	<u>Dilemma regels/richtlijnen versus individuele wens bewoner (focusgroep 3):</u> <i>Ik heb het niet gedaan omdat het een regel was. Ik heb uitgelegd dat hij niet naar bed mocht en dat de bewoner misschien wel visite kreeg.</i>
	Uitleggen en risico's accepteren	<u>Dilemma verantwoordelijkheid verzorgende versus individuele wens bewoner (Focusgroep 3):</u> <i>Wij hebben een bewoner die wil heel weinig drinken, maar de consequenties zijn duidelijk daarvan. Dan probeer je wel dat hij gaat drinken. Ons gevoel zegt en vanuit onze kennis van goh hij moet meer drinken. Maar hij kiest er zelf voor om dat niet te doen. Ja dat is iets wat hij niet wil en wij zeggen ja het moet. De consequenties zijn duidelijk. Als hij niet drinkt dat zit hij weer met andere problemen en dan komt hij weer bij ons, ik heb zo'n blaaskrampen en alles doet pijn. Maar ja wij proberen te stimuleren maar hij wil niet.</i>
Organisatie van zorg aan meerdere bewoners	Onderhandelen en overtuigen	<u>Dilemma individuele wens bewoner versus groepzorg (focusgroep 3):</u> <i>We hadden bijvoorbeeld een mevrouw die wilde half 10 kerkdienst luisteren en vlak voor de dienst gewassen en aangekleed zijn. Half 10 is best wel een tijd dan moet je aardig aanpoten. Dan moet je dus wel eens prioriteiten stellen. Als er een keer een zieke was dan weet ik dat me dat ook een keer niet lukte. Er was een zieke en op de andere groepen konden ze niet helpen. Ik moest medicijnen delen allemaal dingen die belangrijker zijn, waardoor ik haar s'ochtends wel de keuze gaf van ik kan u nu wel helpen maar over een half uur ga ik redden want andere bewoners willen dan medicijnen en ontbijten.</i>
	Keuzes overnemen	<u>Dilemma tijd verdelen versus individuele wens bewoner (focusgroep 3):</u> <i>Als het heel druk is, dan ga je zo efficiënt mogelijk denken, van als ik nou eerst haar doe en dan hem. Dan is de wc weer vrij en dan de volgende. Vaak ga je zo werken van hoe kun je alles achter mekaar aan doen, aan één stuk door.</i>

Tabel 5: Omgang met dilemma's

Nederlandse samenvatting

Dilemma's in bewarende zorg; ervaringen van verzorgenden in het verpleeghuis.

Inleiding: Verpleeghuisbewoners zijn kwetsbaar en lopen gevaar als uniek persoon gekwetst te worden. Door te verplegen vanuit een persoongerichte visie op zorg zoals bewarende zorg kan kwetsing van uniciteit voorkomen. Dilemma's maken onderdeel uit van zorg en zijn situaties waarin keuzes gemaakt moeten worden tussen opties met tegenstrijdige waarden. Het is onbekend welke dilemma's verzorgenden in dagelijkse zorg ervaren en op welke wijze zij hiermee omgaan.

Doel en onderzoeksvraag: Doel van deze studie is dilemma's in dagelijkse zorg vanuit perspectief van verzorgenden te beschrijven. Deze studie geeft antwoord op de onderzoeksvraag: *Welke dilemma's ervaren verzorgenden in het bieden van bewarende zorg aan somatische verpleeghuisbewoners en hoe gaan verzorgenden hiermee om?*

Methode: In de periode van april t/m juni 2012 werd een generiek kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Data werd verzameld middels drie open focusgroepdiscussies van anderhalf uur. Dataverzameling en data-analyse wisselden elkaar af. Data-analyse volgde de stappen open, axiale en selectieve codering.

Resultaten: Zes verzorgenden hebben deelgenomen aan de studie. In de zorg aan unieke somatische verpleeghuisbewoners ervaren verzorgenden dilemma's bij het verlenen van goede concrete dagelijkse zorg en in het organiseren van zorg aan meerdere bewoners. De wijze waarop verzorgenden omgaan met dilemma's resulteert in de keuzes die zij maken. Verzorgenden gebruiken de strategieën onderhandelen en overtuigen, keuzes overnemen en uitleggen en risico's accepteren.

Conclusie: Voor de verpleegkundige praktijk geeft deze studie inzicht in dilemma's in goede dagelijkse zorg en toont dat dilemma's onderdeel uitmaken van goede zorg.

Aanbevelingen: Om goede dagelijkse zorg te verbeteren kan vervolgonderzoek gericht zijn op de wijze waarop verzorgenden ondersteund kunnen worden in het maken van goede keuzes in dilemma's. Om de visie bewarende zorg te verstevigen is vervolgonderzoek bij verpleeghuisbewoners gewenst om te toetsen wat effecten zijn van dilemma's in dagelijkse zorg.

Trefwoorden: Bewarende zorg, dagelijkse zorg, dilemma's, verzorgenden, verpleeghuis.

Engelse samenvatting

Dilemma's in preservative care: experiences of nurses in a nursing home.

Background: Nursing home residents are vulnerable elderly, who run the risk of not being recognized as unique persons. Caring from perspectives of person-centered care like preservative care allows nursing home residents to be unique persons. Dilemmas are part of daily care. Dilemmas are situations where the nurses must make choices between conflicting values. It is unknown which dilemmas nurses experience in daily care and how they handle them.

Aim and research question: The aim of this study is to give insight in dilemma's experienced by daily care nurses. This study answer the research question: *Which dilemmas experience nurses in preservative care to mentally lucid nursing home residents and how handle nurses with these dilemmas?*

Method: A generic qualitative study has carried out in the period of April to June 2012. Data was collection by three open focusgroupdiscussions with six nurses. Data collection and data analyze alternate. Data analysis was according the steps of open, axial and selective coding.

Results: Six nurses participate to this study. Nurses experience dilemma's in providing good daily care and in the organization of care to multiple residents. How nurses handle these dilemmas results in the choices they make. Nurse use the strategies negotiate and convince, take over decisions and explain and accept risks.

Conclusion: For nursing practice this study gives insight in dilemmas in good daily care. This study shows that dilemmas are part of good care.

Recommendations: To improve daily care to nursing home residents, further research is recommended to support nurses in making the right choices in dilemmas. To strengthen the philosophy preservative care further research is recommended by the nursing home residents them self to test the effects of dilemmas in daily care.

Keywords: Preservative care, daily care, dilemmas, nurses, nursing home.