

## Proefschriften in discussie

Dissertaties worden besproken en gepromoveerden (kunnen) reageren.

### Het maieutisch zorgconcept en geïntegreerde belevingsgerichte zorg

Cora van der Kooij. *Gewoon lief zijn? Het maieutisch zorgconcept en het invoeren van geïntegreerde belevingsgerichte zorg op psychogeriatrische verpleeghuisafdelingen.*

Promotie: 19 december 2003, Vrije Universiteit Amsterdam

Promotoren: Prof. dr. W. van Tilburg en prof. dr. H.J.M.

Cools; co-promotor: Dr. R.M. Droës

Bespreking: dr. Y. Kuin, Centrum voor Psychogerontologie, Katholieke Universiteit Nijmegen.

De eerste indruk die dit lijvige proefschrift (435 pag.) maakt, is die van een zeer interessant, degelijk en goed onderbouwd werk. Bij lezing blijkt direct de grote betrokkenheid van de auteur op haar onderwerp en vooral op de groep waarvoor dit boek tot stand is gekomen, de verzorgenden in verpleeghuizen. Het boek is een geweldige lansbreker voor professionalisering van het werk van verzorgenden. Het maakt duidelijk dat verzorgen niet hetzelfde is als gewoon lief zijn en dat zorg niet zomaar vanzelfsprekend door iedereen (iedere vrouw) kan worden gedaan, maar dat kennis en vaardigheden nodig zijn om met blijvende betrokkenheid, tevredenheid en deskundigheid mensen te verzorgen. In dit proefschrift staat het verzorgen van ouderen met dementie die op psychogeriatrische verpleeghuisafdelingen verblijven centraal. Terecht wijst de auteur aan het eind van haar boek erop dat de gepresenteerde inzichten ook voor andere verzorgenden gelden, in de zorg voor andere chronisch zieken en in andere settings dan het verpleeghuis.

Het proefschrift bestaat uit twee delen: het eerste beschrijft de ontwikkeling en verantwoording van het maieutisch zorgconcept, het tweede de implementatie van geïntegreerde belevingsgerichte zorg op psychogeriatrische verpleeghuisafdelingen en de effectiviteit daarvan.

Het maieutisch zorgconcept is ontwikkeld gedurende een jarenlang proces van interactie van de auteur met verzorgenden in verpleeghuizen, op zoek naar de adequate verwoording van de intuïtie van verzorgenden om deze te vertalen naar kennisvergroting en overdracht van vaardigheden. Het Griekse woord maieutisch betekent 'verlossend', 'verloskundig', 'bevrijdend'. Socrates gebruikte deze term voor zijn manier van discussiëren met mensen waardoor ze zich bewust werden van inzichten die zij reeds in zich hadden. Het maieutisch zorgconcept wordt weliswaar onderbouwd als conceptuele theorie, maar wordt als een gegeven gehanteerd en staat verder zelf niet meer ter discussie.

Volgens Van der Kooij zijn het contact en de wisselwerking tussen verzorgenden en verzorgden heel bijzonder vanwege de steeds weerkerende lichamelijke en vaak intieme verzorging; dit vereist een eigen begrippenkader. "Verzorgenden moeten op een heel specifieke manier de balans leren hanteren tussen afstand en betrokkenheid, vaardigheden ontwikkelen in het reageren op bewoners en cliënten in situaties die voorbehouden zijn aan hun discipline" (pag. 18). Omdat ze daardoor op een speciale

manier het gedrag van de verzorgde beïnvloeden is het belangrijk het ervaringsgebied van verzorgenden te ontsluiten en met eigen concepten en theorievorming te ondersteunen.

Professioneel handelen wordt vanuit het maieutisch zorgconcept omschreven als het authentiek en creatief waarnemen, reageren en zo nodig handelen, en dit daarna kunnen verantwoorden. Nadat dit in het inleidende hoofdstuk is geponeerd, worden in de volgende hoofdstukken de bouwstenen bij elkaar gezet en uitvoerig toegelicht en verantwoord. Allereerst wordt beschreven wat zorg en verzorgen betekenen, met name het verzorgen van mensen die lichamelijk en/of psychische hulp van anderen nodig hebben om zichzelf te handhaven en hun leven te leven. In het maieutisch zorgconcept is de kern van verzorgen het contact dat ontstaat in de wisselwerking van verzorgende en verzorgde, elk met en vanuit hun eigen belevingswereld. Deze manier van verzorgen wordt de geïntegreerde belevingsgerichte zorg genoemd. Dit vraagt van de verzorgende een attitude van betrokkenheid en ontvankelijkheid en een creatieve manier van reageren. In het maieutisch zorgconcept wordt een begrippenkader geboden waarmee kan worden gereflecteerd op de eigen handelwijze en waarmee continuïteit in de zorgverlening wordt gegarandeerd.

De twee partijen in de zorgrelatie hebben beide hun eigen belevingswereld die in het zorgcontact met de andere in aanraking komt. Het interessante van de geïntegreerde belevingsgerichte zorg is, dat ook de ervarings- en belevingswereld van de verzorgende een plaats krijgen. In hoofdstuk 3 worden deze op basis van literatuurstudies beschreven, met aandacht voor zelfbeelden van verzorgenden, hun copingstrategieën en de spanningsvelden die de belevingswereld beïnvloeden. De medicalisering van de verpleeghuiszorg heeft er bijvoorbeeld toe geleid dat zorg nog vaak begrepen wordt als stimulering tot zelfzorg en zich vooral richt op het beperken van de gevolgen van de ziekte, bij voorkeur in termen van problemen en stoornissen. De beleving van de verpleeghuisbewoner en diens behoefte aan contact en aan steun bij het verwerken van ervaringen en gevoelens hebben geen plaats in de zorgmethodiek. 'Gewoonzorg' daarentegen sluit aan bij de zorg in de privé-sfeer, maar benadrukt teveel het gewone, vanzelfsprekende en erkent te weinig dat het omgaan met allerlei gevoelens van angst, boosheid, verdriet, schaamte en eenzaamheid bij de bewoner moeilijk is. Door een gemeenschappelijk begrippenkader kunnen verzorgenden leren hun ervaringen te verwoorden, er op te reflecteren en er met collega's over te communiceren.

De zorgrelatie die in dit proefschrift centraal staat is die van de verzorgenden met dementerende ouderen. De belevingswereld van demente mensen wordt dan ook uitvoerig beschreven op een manier die recht doet aan de individuele en persoonlijke manier waarop de dementie zich kan uiten, waarop de veranderingen in het proces van dementie beleefd kunnen worden en waarop er op die veranderingen door de demente persoon gereageerd kan worden. De vier gedragsbeelden of fasen in dementie die onderscheiden kunnen worden, het bedreigde, verwaalde, verborgen en verzonken ik, zijn zo langzamerhand gemeengoed geworden in de praktijk van de zorg voor mensen met een dementie, zo weet ieder die daarin werkzaam is. Van der Kooij heeft de oorspronkelijke driedeling



van Engelen en Peeters gecompleteerd met de fase van het verborgen ik en op basis daarvan een observatieschema geconstrueerd om de ik-beleving van de persoon in kaart te brengen. Vervolgens formuleert ze analoog aan Maslow's behoeftenhiërarchie zorgbehoeften die zich bij de demente persoon kunnen manifesteren en zorgdoelen om aan die behoeften tegemoet te komen. Op welke wijze dat in de zorg kan gebeuren, wordt beschreven in hoofdstuk 5.

Vooraf in de afgelopen twintig jaar zijn veel nieuwe manieren van zorg verlenen aan mensen met een dementie ontwikkeld en/of bijgesteld. Een goede afstemming op de demente persoon vraagt volgens Van der Kooij een integratie van al deze aspectbenaderingen. In de zorg voor demente mensen betekent die afstemming een continu zoekproces naar hun beleving en de inschatting van wat deze persoon op dit moment nodig heeft. Basisbegrippen in dit empathisch zoekproces zijn concentratie, receptiviteit, herkenning, begrip en communicatie. Dit zoeken en reageren in een individueel afgestemde benadering vraagt veel omgangskundige vaardigheden van de verzorgenden, zoals meegaan in de belevingswereld en kunnen inspelen op herinneringen. Bij dit laatste is actief gebruik maken van de persoonlijke levensgeschiedenis een vereiste. Andere vaardigheden zijn zowel verbale, zoals gevoels kunnen benoemen, vragen stellen, herhalen, sleutelwoorden gebruiken, als non-verbale vaardigheden, zoals aanraken of oogcontact maken. Er kan gebruik gemaakt worden van de ervaringsgebieden als lichamelijk, zintuiglijk, verstandelijk, gevoelsmatig, sociaal en spiritueel ervaren. Alle aspecten die nodig zijn in de afgestemde belevingsgerichte benadering worden verwoord in de belevingsgerichte methodiek die een gemeenschappelijke taal evenals methodische instrumenten aanbiedt.

Het is ondoenlijk hier alle aspecten van de geïntegreerde belevingsgerichte zorg en de vereiste deskundigheid en vaardigheden te belichten. Het moge duidelijk zijn dat zorg verlenen aan demente oude mensen een ingewikkelde bezigheid is en als een echt vak beschouwd moet worden. In het proefschrift is dat tot nu toe duidelijk uiteengezet. Het lag m.i. voor de hand dat vervolgens overgegaan zou worden tot deel II waarin de implementatie van de geïntegreerde belevingsgerichte zorg aan bod komt. Het is dan ook jammer dat hier een overigens wederom grondige uiteenzetting volgt over de verpleeghuiszorg als voedingsbodem voor het maieutisch zorgconcept. Zowel de ontwikkelingen op het gebied van theorievorming over verplegen en verzorgen worden beschreven, als de ontwikkeling van de psychogeriatrische zorg in Nederland; ze leiden naar nieuwe doelen van de verpleeghuiszorg, nl. de ondersteuning van (chronisch) zieke oudere mensen bij het verwerken van hun verliezen en het omgaan met hun levenssituatie en dat gedurende 24 uur per dag. Omdat dit ook al eerder is beschreven zou deze historische verankering ook daarbij in beperktere omvang een plaats hebben kunnen krijgen.

In dit proefschrift is de uitdaging aangegaan om de invoering van geïntegreerde belevingsgerichte zorg -als concretisering van het maieutisch zorgconcept- te onderzoeken. Wat betreft de implementatie van de geïntegreerde belevingsgerichte zorg als innovatie is hier de effectiviteit van de implementatie onderzocht, dat wil zeggen, de mate van consistentie en kwaliteit waarmee de verzorgenden de innovatie toepassen in hun werk. De beoogde effecten op de dementerende ouderen en het daadwerkelijk toepassen

van de geïntegreerde belevingsgerichte zorg zijn wel object van onderzoek geweest, maar zijn en worden in een andere publicaties verwerkt.

De implementatiestrategie is een adaptieve, met ruimte om ofwel de innovatie, ofwel de implementatie aan de situatie aan te passen. Op basis van literatuurstudie, ervaringen met eerdere invoering van innovatieve benaderingen (Realiteits Oriëntatie en Validation) en de praktische ervaringen tot dan toe met invoering van de geïntegreerde belevingsgerichte zorg is een methode voor implementatie ontwikkeld. Deze wordt in hoofdstuk 7 beschreven en gepresenteerd als het model voor adaptieve implementatie van geïntegreerde belevingsgerichte zorg. Vervolgens worden in hoofdstuk 8 het implementatieproces zelf en de afdelingen waar de geïntegreerde belevingsgerichte zorg werd ingevoerd, beschreven. Lastig is, dat hier al de afdelingen beschreven worden zonder dat duidelijk is hoe de werving en selectie tot stand kwamen; dat staat vermeld in het volgende hoofdstuk. Hetzelfde geldt voor een aantal andere zaken die in hoofdstuk 8 worden vermeld, maar waarvan de betekenis pas later duidelijk wordt, zoals de rol van de consultants die al op pag. 243 wordt genoemd, maar niet toegelicht, en het vooruit verwijzen naar resultaten. Verderop in hoofdstuk 9 gebeurt hetzelfde.

Voor het onderzoeksproject, dat plaatsvond op initiatief van de commissie Ontwikkelingsgeneeskunde van de toenmalige Ziekenfondsraad, is gebruik gemaakt van een gerandomiseerd controle onderzoek (RCT) met experimentele en controlegroepen, nl. acht koppels van afdelingen, gematcht op basis van verpleeghuis-, afdelings- en bewonerskenmerken. De opzet was zodanig dat op beide soorten afdelingen werd gestart met een scholing in het werken met het Model-zorgplan van de NVVz om op die manier te zorgen voor een gelijkwaardig uitgangsniveau wat betreft het verlenen van de gangbare zorg. Zowel experimentele als controlegroepen waren zo al in een veranderingproces geïnvolveerd. Voor de experimentele groepen volgt een leerprogramma belevingsgericht werken. Naast scholing van alle medewerkers is gebruik gemaakt van consultants, speciaal getrainde medewerkers/verzorgenden die de invoering op de afdelingen begeleiden. Niet duidelijk is aangegeven waarom de projectleider fungeerde als verpleegkundig adviseur, die op de experimentele afdelingen de training on the job gaf, en wat precies de verdere activiteiten van deze verpleegkundig adviseur waren gedurende het proces van dataverzameling op de afdelingen.

Om de effectiviteit van de implementatie te meten zijn in een voor- en nameting de volgende instrumenten gebruikt: een kwaliteitstoets m.b.t. de gangbare verpleeghuiszorg, een instrument om de tijdsbesteding te meten en vragenlijsten om te meten in welke mate verzorgenden belevingsgericht werken. Omdat bij zelfbeoordelingen mensen geneigd zijn aan de hand van hun eigen interne standaard hun eigen attitude op eenzelfde manier te beoordelen en er derhalve nauwelijks verschil is tussen een voor- en nameting, heeft de onderzoekster een retrospectieve beginmeting uitgevoerd. Enige tijd na de beginmeting en al gedurende het veranderingsproces is de verzorgenden gevraagd de vragenlijst opnieuw in te vullen en hun beginniveau opnieuw te beoordelen. De experimentele groepen scoorden met name op de subschalen 'deskundigheid' en 'gebruik van kennis over bewoners' hoger dan de controlegroepen. Uit observaties blijkt, dat

op de experimentele afdelingen de verzorgenden relatief meer belevingsgericht zijn gaan werken; dit gold vooral de tot consulent opgeleide medewerkers. Ook werd meer gebruik gemaakt van belevingsgerichte omgangstechnieken binnen en buiten groepsactiviteiten. De totale score voor de kwaliteit van de gangbare zorg verschilde niet op de experimentele en de controleafdelingen, maar wel werd er voor beide groepen enige vooruitgang op de meeste onderdelen vastgesteld. Wat de tijdsbesteding betreft is er ook nauwelijks verschil tussen de controle- en de experimentele groep op voor- en nameting. Wel lijkt de tijd die besteed is aan individuele patiëntenzorg in de controlegroep afgenomen. Invoering van belevingsgericht werken betekent dus niet een extra tijdsbesteding, aldus Van der Kooij. Bij deze 'maat' voor effectiviteit vraag ik me echter af of deze meetmethode de meest adequate is. Een werkdag is een werkdag, meer tijd heeft men niet te besteden; binnen die tijd moeten de werkzaamheden gedaan worden. Misschien is niet zozeer het aantal minuten relevant, maar de beoordeling van de kwaliteit van de bestede tijd. De auteur is er in geslaagd te laten zien dat het mogelijk is de implementatie van een nieuwe wijze van verzorgen te onderzoeken. En ze heeft daarbij kunnen aantonen dat de implementatie van de innovatie effectief is geweest, een resultaat dat gevolgen zal hebben voor de inrichting van de zorg voor demente ouderen.

Er staat zeer veel in dit boek, veel erg interessante zaken. De auteur wil alle stappen in het denkproces en alle aspecten van de ontwikkeling van het maieutisch zorgconcept en de geïntegreerde belevingsgerichte zorg belichten. Elk deel begint met een verantwoording en introductie, zo ook begint elk hoofdstuk met een inleiding en vooruitblik op wat behandeld wordt en eindigt het met een samenvatting; dit gebeurt soms ook nog tussendoor. Deze systematiek maakt weliswaar dat elke stap verantwoord gezet wordt, maar het leidt tot herhaling en vertraagt het lezen en volgen van de gedachtegang onnodig. Alle elementen (bouwstenen) voor de theorievorming worden uitvoerig behandeld. Dat is enerzijds de kracht van dit proefschrift, anderzijds is niet altijd gemakkelijk het overzicht en de samenhang te blijven zien. Ook in deel II, over het implementeren van de geïntegreerde belevingsgerichte zorg, is de gedetailleerdheid een struikelblok en leidt op diverse plaatsen tot onduidelijkheid en herhaling. Soms is door de bomen het bos niet meer te zien.

Hoewel de opzet van het onderzoek goed doordacht en onderbouwd is, is de weergave ervan niet altijd duidelijk en zorgvuldig. Niet duidelijk is bijvoorbeeld hoe de beoordeling van de factoren, die van invloed zijn op het implementatieklimaat, tot stand is gekomen. Evenmin duidelijk is op welke wijze kwalitatieve gegevens verzameld zijn om de veranderingen te meten in de belevingsgerichte werkwijze. Wat betreft het effect van het belevingsgericht werken op de bewoners wordt regelmatig verwezen naar een publicatie van Droës, et al. uit 1999 die helaas niet in de literatuurlijst is opgenomen. Tussen de vele referenties in de tekst en de literatuurlijst zitten helaas nog enkele kleine foutjes (m.n. spelling van namen). Ondanks deze beperkingen verdient het proefschrift veel bewondering en aandacht. Het zou door alle beleidsmakers in de ouderenzorg en managers van zorginstellingen moeten worden gelezen vanwege de zorgvuldigheid waarmee de innovatie is ontwikkeld en geïmplementeerd. Vele anderen zouden het moeten lezen om de prachtige beschrijvingen van

de belevingswereld van dementerenden en de complexiteit van het zorgen voor deze mensen. Ik hoop van harte dat het pleidooi om verzorgen voortaan als een professie te beschouwen en deze verder te professionaliseren veel bijval zal ondervinden.

Dr. Yolande Kuin  
Nijmegen, 24 februari 2004

### Naschrift

*'In der Beschränkung zeigt sich der Meister'*

Mijn vader had van die uitdrukkingen en één daarvan was bovenstaande. Ook Professor Cools, mijn tweede promotor ('Doktor-vater' in het Duits), heeft steeds volgehouden dat mijn proefschrift een dun boekwerk zou moeten worden. Waarom is dat niet gelukt?

Alvorens een antwoord te formuleren op deze vraag wil ik eerst mijn waardering uitspreken voor de manier waarop Yolande Kuin mijn proefschrift heeft samengevat en commentarieerd. Er spreekt veel waardering uit en de kritiekpunten zijn wat mij betreft terecht. Het enige wat ik er nog aan kan toevoegen is een toelichting op het wordingsproces, zodat de lezer enige coulantie zal kunnen opbrengen met de geconstateerde tekortkomingen.

Professor van Tilburg, die het tot stand komen van dit proefschrift met veel interesse heeft begeleid, heeft eens gezegd dat er eigenlijk sprake was van een dubbel proefschrift. Het proefschrift zou de implementatie van geïntegreerde belevingsgerichte zorg behandelen en de effectiviteit van de gekozen implementatiemethode. Als zodanig paste het in een reeks van drie proefschriften. Evelyn Finnema is inmiddels gepromoveerd op de effectiviteit van geïntegreerde belevingsgerichte zorg, gemeten met behulp van kwantitatieve onderzoeksmethoden. Jacomine de Lange heeft hetzelfde onderzocht met behulp van kwalitatieve onderzoeksmethoden. Haar proefschrift zal dit jaar verschijnen.

In mijn proefschrift besteed ik echter niet alleen ruim aandacht aan het implementatie-onderzoek, maar ook aan het zorgconcept dat ten grondslag lag aan de gekozen implementatiemethode, en aan de verpleeghuiszorg als plaats van handeling. En ook geïntegreerde belevingsgerichte zorg als zodanig moest nog worden doordacht en verantwoord. Immers, in de praktijk waren nog veel mensen gehecht aan Validation, Snoezelen, PDL, Reminiscentie en andere 'aspectbenaderingen'. Deze benaderingswijzen werden echter niet als aspectbenaderingen gepresenteerd maar als concepten waarmee de verpleeghuiszorg kon worden hervormd. Ik vond het belangrijk om te laten zien dat al die ideeën en methoden een stukje waren van een grote puzzel en dat het niet correct was om één stukje, hoe belangrijk ook, te vereenzelvigen met de hele puzzel. Daarbij heb ik niet de pretentie dat ik nu opeens degene ben die de hele puzzel legt. Die puzzel zal nooit af zijn, altijd weer zullen er nieuwe stukjes inzicht aan worden toegevoegd. Maar het maieutisch zorgconcept is wel een stap vooruit, het laat de samenhang zien tussen zorginhoud en zorgproces. Ook vraagt het expliciet aandacht voor de ervaringswereld van verzorgenden om daarmee duidelijk te maken welke belemmeringen zij ondervinden om hun professionaliteit verder te ontwikkelen. Dat alles moest worden verantwoord en beschreven.

Daar kwam nog iets bij. Als verpleegkundige en historicus ben ik na mijn studie terecht gekomen in een wereld van



artsen, psychologen, sociologen en organisatiesdeskundigen. Als verpleegkundige met grote affiniteit met het werk van verzorgenden heb ik mij ingespannen om consequent de praktijk van hún zorgverlening als uitgangspunt te nemen. Tijdens mijn opleiding tot historicus is mij bijgebracht om altijd alert te zijn op dat wat er niet stond en 'tussen de regels door te lezen'. Met andere woorden, wij leerden om in teksten en gedachtengangen te zoeken naar het onderliggende paradigma en naar de onbewuste tijdgebonden vooronderstellingen. Zo hoorde ik in uiteenzettingen over verpleeghuiszorg steeds het paradigma van de 'gezonde mens' met alle consequenties vandien voor het medisch en therapeutisch handelen. Het streven was ook in de verpleeghuiszorg gericht op zo veel mogelijk gezondheid, gedefinieerd als fysiek, emotioneel en sociaal welbevinden (definitie WHO, 1948). Dat had consequenties voor de medisch en therapeutisch gekleurde theorievorming met betrekking tot het zogenoemde 'nursing process'. Verzorgenden werden, ook door de verpleegkundigen, gedwongen om (gezondheids)problemen en doelen te formuleren. Zo werden ze in een denkkader gedwongen dat geen appèl deed op hun eigen motivatie en intenties. Alleen mevrouw van de Brink-Tjebbes voelde zich vrij genoeg om te stellen dat de professionaliteit van verplegenden en verzorgenden wordt gekenmerkt door het vermogen om altijd weer situatief te kunnen reageren. Daarmee is niet gezegd dat verzorgenden en verplegenden maar kunnen doen wat ze willen. Maar de manier waarop zij reflecteren en communiceren over de zorg die zij verlenen heeft een methodiek nodig die past bij hun specifieke ervaringswereld. Zij gaan in op behoeften van de mensen die zij verzorgen, en waarom zouden ze die als probleem moeten formuleren?

Mijn achtergrond als historicus én als praktijkverpleegkundige hebben mij er aldus toe gedreven een historisch hoofdstuk te schrijven over het ontstaan van de verpleeghuiszorg en de theorieën die daar opgeld hebben gedaan. Nu schrijft Yolande Kuin dat zij dat ook al in het hoofdstuk over de ervaringswereld van de verzorgenden had gelezen en dat het historische hoofdstuk daarom eigenlijk overbodig en vertragend was. Daar kan ik inkomen. Het was mijn behoefte om de praktijk die ik had beschreven in hoofdstuk 3 in hoofdstuk 6 nog eens te doordenken op zijn onbewust werkende vooronderstellingen. Het is aan de lezer te bepalen welk hoofdstuk hem of haar het meest duidelijk maakt, denk ik nu.

De opmerkingen van Yolande Kuin over de hoofdstukken over het onderzoek kan ik volledig onderschrijven. De reden dat wij er voor gekozen hebben dat ik zelf alle afdelingen zou begeleiden was ingegeven door haalbaarheid en niet door wetenschappelijkheid. Door de overgang van Validation naar geïntegreerde belevingsgerichte zorg waren er eenvoudigweg nog niet voldoende implementatiebegeleiders beschikbaar. Het onderzoek heeft ons (Stichting Validation en later IMOZ) als het ware overvallen. We waren volop aan het ontwikkelen toen er al van heel andere zijde, de commissie Ontwikkelingsgeneeskunde van de Ziekenfondsraad, werd besloten om middelen beschikbaar te stellen voor het onderzoeken van de effectiviteit van hetgeen wij aan het ontwikkelen waren. Dat was in 1993. Het was een open inschrijving en er was veel tijd gemoeid met de keuze van een onderzoeksdesign. De keuze viel op het design van de onderzoeksgroep van de VU. Toen wij met het onderzoek konden starten, in

1996, was Validation als zodanig al te beperkt maar was geïntegreerde belevingsgerichte zorg nog niet uitontwikkeld. IMOZ is in 1996 opgericht. Dat betekende zo snel als mogelijk datgene wat we hadden gestandaardiseerd te omschrijven en zo gestandaardiseerd als mogelijk in te voeren. De implementatie was, zo zien wij als onderzoeksgroep dat nu ook, eigenlijk een invoeringsproces van een innovatie in ontwikkeling, hoe gestandaardiseerd we die ook hebben geformuleerd. Een echt gecontroleerd en systematisch beschreven implementatieonderzoek zou nu pas kunnen plaats vinden. Het concept is ontwikkeld, er is ruime ervaring met implementeren en er zijn voldoende docenten en implementatiebegeleiders.

Tenslotte. Andere recensenten dan Yolande Kuin hebben naast veel waardering ook de opmerking gemaakt dat dit proefschrift voor verzorgenden te moeilijk zou zijn. Twee geruststellingen wil ik hier geven. De eerste is dat zelfs niet opgeleide verzorgenden het boek (de handelseditie waarin het implementatie-onderzoek niet is opgenomen) erg mooi vinden en hele stukken met veel herkenning lezen. De tweede is dat ik nu met een boek bezig ben over het maieutisch zorgconcept als eerste van een reeks waarmee ik verzorgenden wil inspireren hun talent te blijven ontwikkelen.

Dr. Cora van der Kooij, Inhoudelijk directeur van IMOZ, het Instituut voor Maieutische Ontwikkeling van de Zorgpraktijk.

Apeldoorn, 3 maart 2004

1. Finnema E. (2000) *Emotion-oriented care in dementia. A psychosocial approach*. Proefschrift. Amsterdam, Vrije Universiteit, Faculteit Geneeskunde, vakgroep psychiatrie. Groningen: De Regenboog.
2. Het geheel stond onder leiding van Rose Marie Dröes die verantwoordelijk was voor de eindrapportage aan de opdrachtgever, de Commissie Ontwikkelingsgeneeskunde van de Ziekenfondsraad.
3. Cora van der Kooij. *Gewoon Lief Zijn? Het maieutisch zorgconcept en het verzorgen van mensen met dementie*. Utrecht: Lemma, 2002.

## Proefschriftberichten

### Screening op dikke-darmkanker vermindert de sterfte en is kosteneffectief

Per jaar overlijden er in Nederland meer dan 4000 mensen aan dikke-darmkanker. Op dit moment is de FOBT-test, een eenvoudig onderzoek naar niet-zichtbaar bloed in de ontlasting, de aangewezen test voor bevolkingsonderzoek naar deze kanker. Het aantal sterfgevallen aan dikke-darmkanker neemt met vijftien tot twintig procent af als mannen en vrouwen van vijftig jaar en ouder elke twee jaar een FOBT-test uitvoeren. De acceptatiegraad en de praktische haalbaarheid van deze test moeten nog worden onderzocht, maar daarna zou dit bevolkingsonderzoek zo spoedig mogelijk moeten worden ingevoerd. Dit concludeert wiskundige Franka Loeve in haar proefschrift *Effects and costs of colorectal cancer screening and follow-up after polyp-ectomy* (Erasmus Universiteit Rotterdam, 22 oktober