



Stichting
Kwaliteitsimpuls
Langdurige
Zorg

Richtlijn

Zingevende daginvulling

Autorisatiedatum 25-02-2025

Deze pdf is gepubliceerd op 25-02-2025 om 15:48. Bekijk de meest actuele versie op

<https://www.richtlijnenlangdurigezorg.nl/richtlijnen/zingevende-daginvulling>

Richtlijnen
Langdurige Zorg

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
1. Overzicht van aanbevelingen	4
1.1 De client in beeld	4
1.2 Zingeving behoeften	4
1.3 Elementen voor een zingevende daginvulling	5
1.4 Het toepassen van een zingevende daginvulling als zorgverlener	6
2. Algemene inleiding	8
2.1 Aanleiding en doel	8
2.1.1 Doel van de richtlijn	10
2.2 Doelpopulatie	10
2.3 Doelgroep	11
2.4 Wat voegt deze richtlijn toe?	11
2.5 Begrippen en afkortingen	11
3. De cliënt in beeld	14
3.1 De cliënt	14
3.1.1 Uitgangsvraag	14
3.1.2 Aanbevelingen	14
3.1.3 Het individu	15
3.1.4 De cliënt in beeld: kwaliteit van leven	16
3.1.5 Levensdomeinen	17
3.2 Zingeving behoeften	20
3.2.1 Uitgangsvraag	20
3.2.2 Aanbevelingen	20
3.2.3 Onderbouwing	21
3.2.4 Overwegingen	22
4. Elementen voor een zingevende daginvulling	30
4.1 Elementen voor passende en zingevende daginvulling	30
4.1.1 Uitgangsvraag	30
4.1.2 Aanbevelingen	30
4.1.3 Onderbouwing	31
4.1.4 Overwegingen	31
5. Het toepassen van zingevende daginvulling als zorgverlener	41
5.1 Toepassen van zingevende daginvulling	41
5.1.1 Uitgangsvraag	41
5.1.2 Aanbevelingen	41
5.1.3 Onderbouwing	43
5.1.4 Overwegingen	43

6. Organisatie van zorg	49
6.1 Organisatie van zorg	49
6.1.1 Efficiëntie in taakverdeling, samenwerking en verantwoordelijkheden	49
6.1.2 Continuïteit en inrichting van zorg	53
6.1.3 Financiering	55
7. Onderbouwing: samenvatting van de literatuur	57
7.1 Signaleren van zingevingsbehoeften	57
7.2 Elementen voor passende en zingevende daginvulling	60
7.3 Toepassen van zingevende daginvulling	64
8. Verantwoording	69
8.1 Algemene achtergrondgegevens	69
8.2 Samenstelling werkgroep en klankbordgroep	69
8.3 Belangenverklaringen	70
8.4 Autoriserende partijen	70
8.5 Juridische betekenis	70
8.6 Publicatiedatum en herziening	71
8.7 Financiële gevolgen	71
8.8 Procesinformatie ontwikkeling richtlijn	72
8.8.1 Inbreng van cliëntenperspectief	72
8.8.2 Klankbordgroep	72
8.8.3 Van knelpunten naar aanbevelingen	72
8.8.4 Van conceptrichtlijn tot publicatie	75
9. Referentielijst	78
10. Disclaimer	85

1. Overzicht van aanbevelingen

Autorisatiedatum 25-02-2025 Beoordelingsdatum 25-02-2025

1.1 De client in beeld

Maak gebruik van het [diversiteitswiel](#) om de persoonlijkheid van de cliënt aan de hand van de verschillende dimensies (interne, externe en organisatiedimensie) in beeld te brengen.

Breng de cliënt in beeld aan de hand van de levensdomeinen van Schalock: persoonlijke ontwikkeling, zelfbepaling, persoonlijke relaties, sociale inclusie, rechten, emotioneel welbevinden, fysiek welbevinden en materieel welbevinden.

Overweeg de levensdomeinen aan te vullen met de gebieden: levensgeschiedenis, dagbesteding en werk en leren. Het volledige overzicht [Levensdomeinen](#) is hier weergegeven.

1.2 Zingeving behoeften

Bied altijd maatwerk: door respect te tonen voor de ander en oprechte interesse zonder te oordelen, kun je samen verkennen wat iemand nodig heeft.

Ga en blijf met de cliënt in gesprek: het is een proces zonder einde. Mensen kunnen van inzicht en interesse veranderen. Houd daar oog voor. Wanneer een cliënt het gesprek niet zelf kan voeren, is het belangrijk om met de naasten in gesprek te gaan.

Stel verdiepende vragen om gevoelens en waarden achter de antwoorden te krijgen.

Maak gebruik van een methodiek of model dat aansluit bij de setting waar je werkzaam bent.

Maak gebruik van levensverhalen en levensgebeurtenissen om zingevingsbehoeften van een cliënt in beeld te brengen.

Maak gebruik van foto's of muziek om gevoelens, ervaringen en verhalen los te krijgen bij een cliënt.

1.3 Elementen voor een zingevende daginvulling

Pas de volgende voorwaardelijke elementen toe om zingevende daginvulling te bevorderen bij cliënten die langdurige zorg ontvangen:

- Maatwerk: wat voor de ene cliënt als zingend wordt ervaren, kan door de ander als vervelend worden ervaren. Kijk en luister goed naar de cliënt.
- Verbondenheid met eigen identiteit van de cliënt: een voorbeeld hiervan is om een thuisomgeving voor de cliënt te creëren met herkenbare foto's of spullen uit het verleden, denk hierbij aan eigen meubels of foto's.
- Spiritualiteit en levensbeschouwing van de cliënt: overleg met de geestelijk verzorger hoe dit het best gedaan kan worden.
- Gewoonten van de cliënt in de dagelijkse routine: onderzoek de gewoonten die altijd belangrijk zijn geweest voor een cliënt en pas deze in het dagritme in.
- Verbinding met de samenleving: verbinding met de samenleving kan al met aandacht voor kleine, betekenisvolle momenten. Overweeg om cliënten te betrekken bij

toegankelijke buurt- en gemeenschapsactiviteiten, zoals gezamenlijke maaltijden, festiviteiten of eenvoudige vrijwilligersprojecten.

- Ontwikkelingsgericht: het gaat om een leven lang leren en ontwikkelen, waarbij zelfs de kleinste stappen waardevol kunnen zijn. Stem dit proces af op de mogelijkheden van de cliënt.

Overweeg ook de elementen die mogelijk bijdragen aan zingevende daginvulling en bekijk welke hiervan toegepast kunnen worden: plezier en betrokkenheid, autonomie en eigen regie, variatie, onderhouden van oude en ontwikkelen van nieuwe sociale contacten, zorg voor andere cliënten, gevoel voor verbondenheid met de natuur, passief versus actief, productiviteit, fysieke activiteit, betrekken van naasten en integreren van eigen vaardigheden en interesses.

1.4 Het toepassen van een zingevende daginvulling als zorgverlener

Faciliteer één of meerdere dagelijkse activiteiten en laat een deel van deze (zingevende) activiteiten ook onderdeel zijn van het dagelijks leven (bijvoorbeeld samen koffie rond brengen). Denk eraan dat er beter iedere dag één gelukkig moment voor een cliënt kan zijn, dan iedere maand een gelukkige dag.

Geef de cliënt diverse keuzemogelijkheden, passend binnen de grenzen en het vermogen van de cliënt en zijn omgeving. Denk hierbij aan het creëren van een plek voor een hobby, zoals ruimte om te genieten van muziek.

Zet je eigen persoonlijke overtuigingen aan de kant als het gaat over het in beeld brengen van zingevende daginvulling van je cliënt op gebied van spiritualiteit en levensbeschouwing. Probeer door een open en sensitieve benaderingswijze te achterhalen wat voor de cliënt belangrijk is.

Pas de communicatie aan op de specifieke kenmerken van de cliënt. Gebruik begrijpelijke taal en vermijd gebruik van medische jargon (vaktaal). Gebruik eventueel visuele hulpmiddelen zoals pictogrammen, animaties en video's om informatie te verduidelijken.

Denk in mogelijkheden en zoek naar opties voor leren en ontwikkeling van de cliënt.

Onderzoek welke technologieën helpend en ondersteunend zijn voor een zingevende daginvulling.

Zoek, binnen de mogelijkheden van de zorginstelling of de thuisomgeving, naar (nieuwe) manieren van daginvulling waarbij de traditionele Nederlandse activiteiten worden vervangen door meer inclusieve activiteiten die passen bij verschillende culturele achtergronden.

Vraag zo nodig een geestelijk verzorger (binnen de instelling of thuissituatie) of casemanager (in de thuissituatie) om advies als er wensen bestaan over zingevende daginvulling met aandacht voor spiritualiteit en levensbeschouwing.

2. Algemene inleiding

Autorisatiedatum 25-02-2025 Beoordelingsdatum 25-02-2025

2.1 Aanleiding en doel

Betekenisvol deelnemen aan de samenleving is voor iedereen belangrijk. In de langdurige zorg wordt de term 'dagbesteding' hier onlosmakelijk mee verbonden. Maar, in deze richtlijn wordt geschreven over daginvulling in plaats van dagbesteding. De term 'dagbesteding' dekt de lading namelijk niet volledig. Dagbesteding verwijst naar de klassieke gedachte dat van 10.00 tot 16.00 uur in een groep activiteiten worden verricht. De werkgroep wil van die klassieke gedachte af en deze breder trekken. Dat betekent niet dat de elementen van de dagbesteding niet belangrijk zijn voor de daginvulling. Dagbesteding kan worden gedefinieerd als 'activiteiten overdag met een groep mensen, onder begeleiding van professionals' ¹. Er zijn drie typen dagbesteding te onderscheiden: arbeidsmatige dagbesteding, ontwikkelingsgerichte dagbesteding en belevingsgerichte dagbesteding ^{1 2}. Waarbij arbeidsmatige dagbesteding staat voor een (betaalde) baan. Ontwikkelingsgerichte daginvulling houdt in 'gericht op zowel het behoud van vaardigheden, zelfstandigheid en zelfredzaamheid als op educatie en ontwikkeling'. En belevingsgerichte dagbesteding staat voor 'het activeren van mensen en het voorkomen dat ze hun leven in passiviteit doorbrengen'. Met name de elementen onder ontwikkelingsgerichte- en belevingsgerichte dagbesteding zijn een belangrijk onderdeel voor daginvulling in deze richtlijn. Het effect van daginvulling wordt namelijk steeds vaker beoordeeld op de mate waarin deze bijdraagt aan zowel kwaliteit van leven als aan de samenleving ³. Hoewel een (betaalde) baan een zeer belangrijk onderdeel van de daginvulling kan zijn, wordt dat los gezien van deze richtlijn. Het vinden van een passende (betaalde) baan is een belangrijk en losstaand traject naast het invullen van (vrije) tijd ⁴.

Bij een daginvulling is het belangrijk dat deze goed aansluit bij de wensen en behoeften van de cliënt. Passende daginvulling is de match tussen datgene wat de cliënt nodig heeft en diens wensen, en de randvoorwaarden en kenmerken waaraan daginvulling voldoet (vraag en aanbod) ⁵. Behalve passend, moet de daginvulling ook als zingevend worden ervaren. Zingeving is een breed begrip dat verschillende interpretaties kent. Voor deze richtlijn is gekozen voor de volgende definitie: 'zoeken naar betekenis, en de behoefte te ervaren dat wat we doen in het leven een waarde heeft' ⁶. De definities van zingeving en daginvulling komen samen bij de beschrijving van zingevende daginvulling door zorgprofessionals uit de praktijk. Zij beschrijven zingevende daginvulling als activiteiten die aansluiten bij talenten, behoeften en wensen, passend bij wie iemand is en was. Dit draagt bij aan het gevoel van meerwaarde, kwaliteit van leven en welbevinden van de cliënt.

De Ervingsraad van Stichting Kwaliteitsimpuls Langdurige Zorg (SKILZ), die wordt vertegenwoordigd door verschillende cliëntbelangenverenigingen, heeft het onderwerp 'zingevende daginvulling' aangedragen. Bij cliënten die langdurige zorg ontvangen, komen regelmatig

degeneratieve aandoeningen voor. Dit zijn aandoeningen die langzaam achteruitgang tonen in de hersenen waardoor iemands capaciteit afneemt. Dit betekent dat in deze doelgroep het vermogen om activiteiten te ondernemen en duidelijk te communiceren wat voor hen belangrijk is, vaak langzaam minder wordt. Een van de argumenten om mensen toch te blijven activeren, is dat hersenonderzoek heeft aangetoond dat bezig blijven achteruitgang vertraagt ^{7 8 9}. Daarnaast draagt een zingevende daginvulling bij aan iemands zelfvertrouwen en het gevoel van meerwaarde, mens te zijn ¹⁰. Verder heeft Nederland het VN-verdrag inzake de rechten voor mensen met een handicap, in 2016 geratificeerd ¹¹. Het verdrag geeft mensen met een beperking of chronische aandoening recht op gelijke behandeling en gelijkwaardig meedoen. Door de ratificatie van dit verdrag, is er een nationale verplichting ontstaan om aandacht te hebben- en ondersteuning te bieden aan- de vooruitgang van kwaliteit van leven van mensen met een handicap. Zingevende daginvulling is hier een belangrijk onderdeel van. Daarnaast komen er landelijk vanuit de sector langdurige zorg meerdere signalen dat er behoefte is aan aandacht voor- maar ook aan concrete handvatten ter verbetering van- zingevende daginvulling ^{12 13 14}.

In de Kennisagenda van het Samenwerkingsverband Academische Werkplaatsen Ouderen (SANO) wordt aandacht besteed aan betekenisvolle activiteiten voor mensen met dementie ¹³. Voor de omschrijving van daginvulling stonden de termen betekenisvol en zingend ter discussie in de werkgroep. Er is voor zingend gekozen omdat deze term direct betrekking heeft op de cliënt. Wel erkent de werkgroep dat beide woorden als toevoeging uitwisselbaar zijn en kunnen leiden tot dezelfde interventies. Uit deze kennisagenda blijkt dat zorgprofessionals en naasten het moeilijk vinden om de juiste activiteit bij de persoon te vinden ¹³. Bovendien vraagt het bemoedigen van zingevende daginvulling veel van de zorgprofessionals en/of naasten. Hierbij gaat het niet alleen over het organiseren van de activiteiten, maar ook om goede communicatie, zowel tussen zorgprofessionals en cliënt als tussen zorgprofessionals onderling. Ook gaat het over het vastleggen in, maar ook in acht nemen van, individuele zorgplannen ¹⁵.

Ook binnen de gehandicaptenzorg is er aandacht voor het belang van betekenisvolle daginvulling ¹². VGN beschrijft vijf kanslijnen, die zorgaanbieders en zorgkantoren zien om de gehandicaptenzorg toekomstbestendig te maken:

1. Elke cliënt krijgt een betekenisvolle daginvulling, passend bij diens wensen, talenten en vermogen.
2. Bewezen arbeidsbesparende technologieën worden door alle zorgprofessionals geïmplementeerd in de eigen zorgpraktijk.
3. Alle cliënten ontvangen een passend zorgniveau bij hun zorgvraag.
4. Elke cliënt die dat aankan, krijgt een zo zelfstandig mogelijke, eigen veilige plek in de samenleving.
5. Bij elke cliënt wordt een (eigen) netwerk gestimuleerd en gefaciliteerd om een rol te spelen in de zorg en ondersteuning van die cliënt.

Daarnaast heeft VGN ook een visiedocument 2030 geschreven: 'Een betekenisvol leven, gewoon meedoen' ¹⁶. In dit document wordt gesproken over vier verschillende groeigebieden:

- Maatschappelijke beweging; waarbij de focus ligt op het ondersteunen van de cliënt om zoveel mogelijk te participeren in de samenleving, gebaseerd op gelijkwaardigheid en wederkerigheid.
- Een leven lang leren en ontwikkelen; hoe klein de stapjes ook zijn, en afgestemd op ieders vaardigheden.
- Werk; wie kan heeft een passende (betaalde) baan en voor wie dat een stap te ver is, zijn er betekenisvolle activiteiten in verbinding met de samenleving.
- Technologie; helpt om een leven zo betekenisvol en zelfstandig mogelijk in te richten.

Deze richtlijn sluit zich aan bij de speerpunten van de SANO-kennisagenda en de VGN-kanslijnen en VGN-visie 2030. Hieruit blijkt dat de bevordering van zingevende daginvulling voor mensen die langdurige zorg ontvangen niet alleen van individueel belang is, maar ook bijdraagt aan het welzijn van de maatschappij als geheel. Het is een investering die op verschillende niveaus waardevolle resultaten oplevert. Het inzetten van zingevende daginvulling stimuleert kwaliteit van leven, waaronder mentale gezondheid. Dit heeft invloed op een gezondere bevolking door preventieve zorg te ondersteunen ^{17 18 19}.

2.1.1 Doel van de richtlijn

Deze richtlijn heeft als doel om vanuit multidisciplinair perspectief handvatten te bieden aan zorgverleners voor het bevorderen van zingevende daginvulling voor cliënten die langdurige zorg ontvangen. Uiteindelijk wordt hiermee beoogd om de kwaliteit van leven en het gevoel van eigen regie van deze cliënten te verbeteren en vergroten.

Onderbouwing

Er bestaan goede voorbeelden uit de praktijk, praktijkkennis uit de werkgroep en er is wetenschappelijk onderzoek gepubliceerd over dit onderwerp. Bij het ontwikkelen van deze richtlijn is deze kennis gebundeld en gewogen door de werkgroep. Daarmee is er een afgewogen, praktisch uitvoerbaar en duidelijk advies voor de zorgverleners ontstaan. De resultaten van de knelpunteninventarisatie vormen de basis van deze richtlijn. Onderwerpen voor deze richtlijn zijn gericht op het in beeld brengen van wensen en behoeften en het omgaan met veranderende wensen en behoeften van cliënten in de langdurige zorg. Daarnaast wordt er ingegaan op voorwaarden en elementen voor passende daginvulling en de organisatie van zingevende daginvulling voor cliënten in de langdurige zorg.

2.2 Doelpopulatie

De doelpopulatie van de richtlijn zijn cliënten (18+) die langdurige zorg ontvangen. Zij ontvangen langdurige zorg vanwege een psychogeriatrische aandoening, verstandelijke beperking, lichamelijke of somatische beperking.

Langdurige zorg wordt thuis of in een zorginstelling gegeven. In de thuissituatie wordt deze bijvoorbeeld door de wijkverpleging of verzorging gegeven. Bij zorginstellingen kan gedacht worden aan woonzorgcentra, locaties voor kleinschalig wonen of verpleeghuizen.

2.3 Doelgroep

De richtlijn is geschreven voor alle zorgverleners die betrokken zijn bij zingevende daginvulling. Dit zijn primair (activiteiten- of werk) begeleiders, geestelijk verzorgers, maatschappelijk werkers, orthopedagogen, welzijnsmedewerkers, vaktherapeuten, ergotherapeuten, psychologen, verzorgenden en verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten.

De richtlijn kan ook door andere zorgverleners gebruikt worden die werkzaam zijn in de langdurige zorg en/of betrokken zijn bij zingevende daginvulling, zoals physician assistants, paramedici, casemanagers, specialisten ouderengeneeskunde, artsen verstandelijk gehandicapten, (participatie- of job) coaches en informele zorgverleners (bijvoorbeeld vrijwilligers).

Andere zorgverleners en (potentiële) zorggebruikers (cliënten en naasten) kunnen de richtlijn gebruiken als hulpmiddel bij het nemen van beslissingen en bij het maken van keuzes in de dagelijkse praktijk. Zorgaanbieders of medewerkers die ondersteunend aan de zorg werken (denk aan beleidsmedewerkers of praktijktrainers) kunnen de inhoud van de richtlijn gebruiken om de processen rondom de zorg in te richten.

2.4 Wat voegt deze richtlijn toe?

Op dit moment bestaat er geen (multidisciplinaire) richtlijn over zingevende daginvulling in Nederland. Niet voor de langdurige zorg, maar ook niet voor andere zorgsituaties. Wel bestaan er verschillende richtlijnen en hulpmiddelen over zingeving en dagbesteding/daginvulling bij cliëntgroepen die verwant zijn aan de langdurige zorg. Hieronder is het overzicht beschreven van de richtlijnen, modules uit richtlijnen en de belangrijkste hulpmiddelen die raken aan het onderwerp 'zingevende daginvulling van cliënten in de langdurige zorg'. Een volledig overzicht van de beschikbare hulpmiddelen staat beschreven in de bijlage [Overzicht hulpmiddelen](#).

2.5 Begrippen en afkortingen

Onderstaand zijn de begrippen met definities weergegeven zoals deze in de richtlijn gehanteerd worden:

Activiteit: Alle activiteiten die geen therapeutisch doel hebben (werkgroep).

Daginvulling: Daginvulling is het op een (gestructureerde) manier verrichten van activiteiten in een groeps- of in individueel verband, ter vervanging van school en/of werk door mensen die door ouderdom, een aandoening of beperking problemen ervaren op het gebied van school, werk en andere vormen van sociale participatie die bijdragen aan iemands gevoel van meerwaarde, kwaliteit van leven en welbevinden (werkgroep).

Informele netwerk: Het informele netwerk is gedefinieerd als het bredere sociale netwerk dat verder betrokken is, zoals vrienden, burens, medebewoners, groepsgenoten, kennissen en vrijwilligers.

Informele zorgverlener: Een informele zorgverlener is in deze richtlijn gedefinieerd als een persoon

die hulp biedt aan mensen met uiteenlopende gezondheidsproblemen die niet wordt gegeven in het kader van een beroep. Dit kunnen vrijwilligers, mantelzorgers, naasten of verwanten zijn ²⁰.

Langdurige Zorg: Alle zorg en ondersteuning die dagelijks en blijvend is. Deze zorg en ondersteuning richt zich meer op bevordering of behoud van kwaliteit van leven en minder op genezing van een aandoening, ziekte of beperking. De zorg en ondersteuning kan zowel door zorgverleners als naasten worden geboden. Zorg en ondersteuning kan geboden worden vanuit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), de Zorgverzekeringswet (Zvw) of de Wet Langdurige Zorg (Wlz) (SKILZ).

Mantelzorger: In deze richtlijn is een mantelzorger gedefinieerd als een persoon die hulp, begeleiding en zorg aan een cliënt biedt. Deze hulp wordt niet in het kader van een hulpverlenend beroep of vrijwilligerszorg geboden, maar door de directe omgeving van de cliënt ²¹. Mantelzorgers mogen ook risicovolle of voorbehouden handelingen uitvoeren, als zij dit zorgvuldig en met instemming van de cliënt of patiënt doen. Bijvoorbeeld injecties geven. Het is dan belangrijk dat de handeling is aangeleerd door een deskundige zorgverlener en dat de mantelzorger zich bekwaam voelt voor het uitvoeren van de handeling ²².

Mensen met een lichamelijke beperking of somatische aandoening: Een fysieke aandoening die beperkingen geeft door stoornissen van het perifere en/of centrale zenuwstelsel en/of het bewegingsapparaat (bot-/spierstelsel, gewrichten en bindweefsel) waarbij geen functionele verbetering meer mogelijk is (er kan wel sprake zijn van een verslechtering). Een somatische aandoening is ook een fysieke aandoening. Echter wordt deze gekenmerkt door stabiele fases, waar bij verergering geen behandeling of verbetering mogelijk is (SKILZ).

Mensen met een psychogeriatrische aandoening: Een ziekte, aandoening of stoornis in of van de hersenen (mede) als gevolg van ouderdom. Deze aandoening gaat vaak gepaard met aantasting van het denkvermogen, gevoelsleven, intellect en het geheugen. Soms is er ook sprake van een afname van motorische functies en een vermindering van sociale redzaamheid. Dementie is een van de meest voorkomende aandoeningen die hieronder valt (SKILZ).

Mensen met een verstandelijke beperking: Een verstandelijke beperking is in de richtlijn gedefinieerd volgens de internationale definitie, opgesteld door de American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD): 'Een verstandelijke beperking wordt gekenmerkt door aanzienlijke beperkingen in zowel intellectueel als adaptief functioneren. Dit zorgt ervoor dat er beperkingen zijn in conceptuele, sociale en praktische vaardigheden. Een verstandelijke beperking ontstaat voor de leeftijd van 22 jaar, tijdens de ontwikkeling' ²³.

Beperkingen in intellectueel functioneren hebben te maken met het IQ van een persoon. Internationaal wordt voor iemand met een verstandelijke beperking een IQ rond de 70, of zo hoog als 75 gehanteerd. Beperkingen in adaptief functioneren zijn belemmeringen in dagelijkse vaardigheden zoals tijdsbesef, het aangaan van sociale contacten of het gebruiken van een telefoon.

Naasten: In deze richtlijn zijn naasten of verwanten gedefinieerd als personen die dicht bij de persoon met een zorgvraag staan. Dit kunnen partners of andere familieleden zijn, maar kunnen ook

de buren of goede vrienden zijn.

Netwerkparticipatie: Verwijst naar de mate waarin familie, vrienden, kennissen en andere betrokkenen actief betrokken zijn bij de cliënt. Dit kan op verschillende manieren zijn: emotionele steun, ondersteuning in de zorg, plezier maken en gezamenlijke activiteiten uitvoeren waarbij te denken valt aan samen wandelen, koffieschenken, spelletjes doen en koken ²⁴.

Spiritualiteit: Spiritualiteit is de dynamische dimensie van het menselijk leven die betrekking heeft op de manier waarop personen (individueel en in een gemeenschap) zin, doel en transcendentie ervaren, uitdrukken en/of zoeken. En de manier waarop zij zich verbinden met en/of verhouden tot het moment, zichzelf, anderen, de natuur, het betekenisvolle en/of het heilige ²⁵.

Vrijwilliger: In deze richtlijn zijn vrijwilligers gedefinieerd als mensen die zorg bieden - vanuit een zorgaanbieder - aan iemand met wie zij bij de start van hun taken nog geen persoonlijke band hebben. Vrijwilligers mogen onder voorwaarden verschillende zorgtaken uitvoeren. De zorgaanbieder die vrijwilligers inzet, is verantwoordelijk is voor het handelen van de vrijwilligers bij het uitvoeren van zorgtaken. Als vrijwilligers voldoende geschoold of bekwaam zijn mogen ze in opdracht van een bevoegde zorgverlener ook risicovolle en voorbehouden zorghandelingen uitvoeren. Het is dan van belang dat het zowel voor de vrijwilliger als voor de professionele zorgverleners duidelijk is wie welke handeling beheerst en mag uitvoeren ²².

Zingeving: Zingeving verwijst naar een breed veld van ervaringen, motivaties, behoeften en emoties die zin geven en betekenis verlenen aan iemands leven. Zingeving is verbonden met een positieve levenshouding, een gevoel van verbondenheid met anderen, betrokkenheid bij betekenisvolle activiteiten, en een gevoel van innerlijke kracht en harmonie (werkgroep).

Zingeingsbehoefte: Dit is de intrinsieke behoefte van een persoon om in het dagelijks leven betekenis en invulling te geven aan zingeving zoals gedefinieerd in deze richtlijn (werkgroep).

Afkortingen:

DCM: Dementia Care Mapping

VTS: Visual Thinking Strategy

Wlz: Wet Langdurige Zorg

WMO: Wet Maatschappelijke Ondersteuning

Zvw: Zorgverzekeringswet

3. De cliënt in beeld

Autorisatiedatum 25-02-2025 Beoordelingsdatum 25-02-2025

3.1 De cliënt

Deze module geeft een nadere toelichting op het in beeld brengen van een cliënt. De module beoogt handvatten te geven aan zorgverleners in de langdurige zorg. De module is met name gericht op het verhogen van bewustzijn bij zorgverleners. Uit de [knelpunteninventarisatie](#) blijkt dat er veel personeelsswisselingen zijn in de langdurige zorg en dat zorgverleners onder andere daardoor hun cliënten niet altijd goed kennen. Er is een behoefte uitgesproken voor praktische handvatten om een cliënt goed in beeld te krijgen. Uit de knelpunteninventarisatie blijkt dat zorgprofessionals het soms moeilijk vinden om het gesprek aan te gaan met de cliënt over diens zingevingsbehoeften.

Het signaleren van zingevingsbehoeften valt onder het stukje 'de cliënt in beeld brengen'. Vanuit de praktijk wordt gezien dat er vaak eerst feitelijkheden over de cliënt worden verzameld. De werkgroep heeft voor de leesbaarheid en het belang van het signaleren van zingevingsbehoeften besloten om hier twee aparte modules aan de wijden. Deze module gaat over het in beeld brengen van de cliënt en alle feitelijkheden die daarbij horen. De volgende module zoomt specifiek in op het signaleren van zingevingsbehoeften, zie module [zingevingsbehoeften](#). Echter kunnen deze samen gelezen worden als één hoofdstuk en sluiten de aanbevelingen op elkaar aan.

3.1.1 Uitgangsvraag

Hoe kan een cliënt die langdurige zorg ontvangt in beeld worden gebracht?

3.1.2 Aanbevelingen

Maak gebruik van het [diversiteitswiel](#) om de persoonlijkheid van de cliënt aan de hand van de verschillende dimensies (interne, externe en organisatiedimensie) in beeld te brengen.

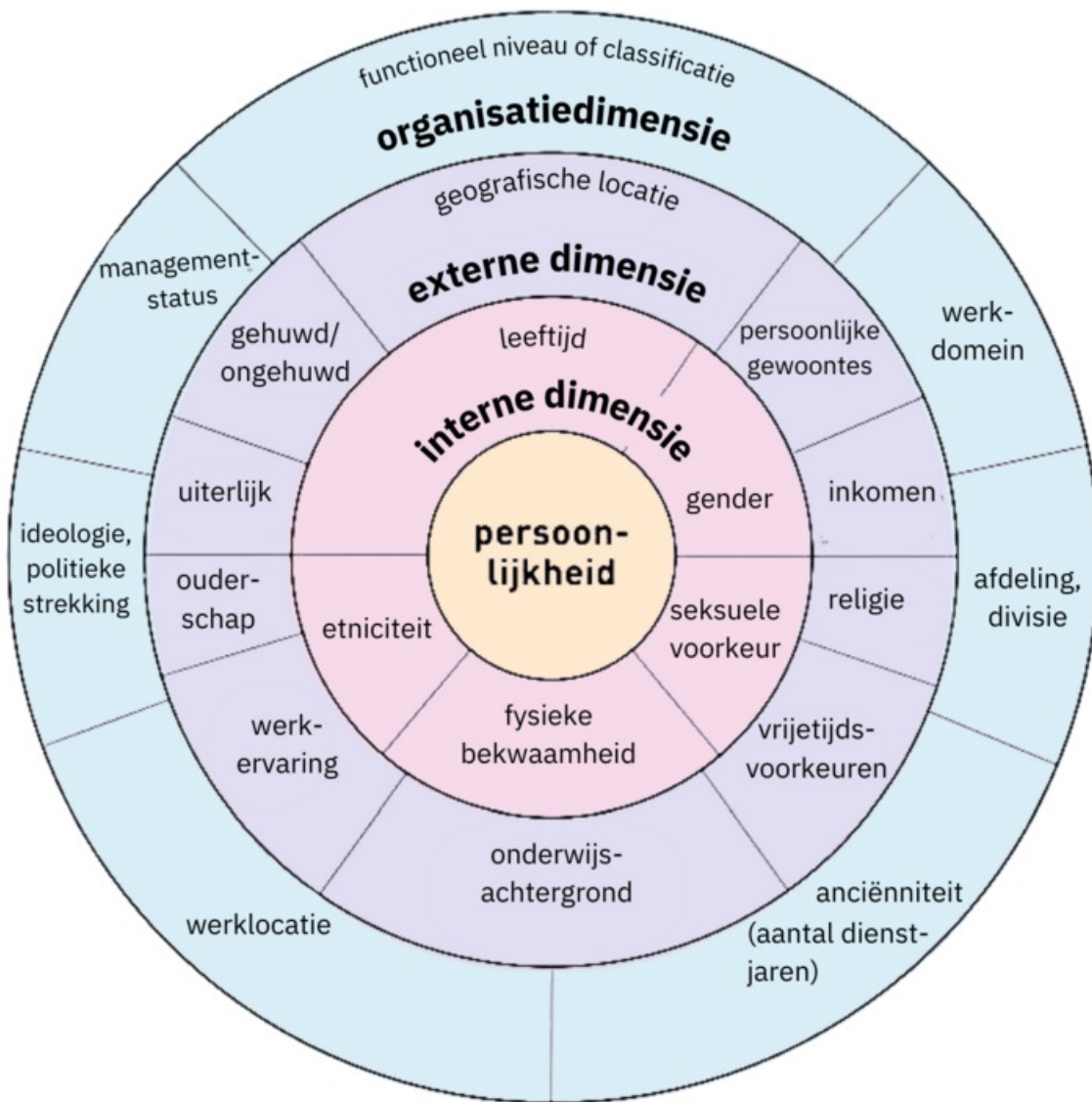
Breng de cliënt in beeld op basis van de levensdomeinen van Schalock: persoonlijke ontwikkeling, zelfbepaling, persoonlijke relaties, sociale inclusie, rechten, emotioneel welbevinden, fysiek welbevinden en materieel welbevinden.

Overweeg de levensdomeinen aan te vullen met de gebieden: levensgeschiedenis, dagbesteding en werk en leren. Het volledige overzicht [Levensdomeinen](#) is hier weergegeven.

3.1.3 Het individu

Iedere cliënt heeft een persoonlijkheid die zich vormt door verschillende dimensies. Om te kunnen bepalen wat door een cliënt als zingevende daginvulling wordt ervaren, is het van groot belang om individualiteit en de verschillende dimensies hieromheen van de cliënt te kennen. Dit kan onder meer door te kijken door de lens van het [diversiteitswiel](#) ²⁶. Het wiel omvat verschillende dimensies van diversiteit zoals etniciteit, geslacht, leeftijd, seksuele oriëntatie, religie (in deze richtlijn wordt er gesproken over 'levensbeschouwing' in plaats van religie), en fysieke mogelijkheden. Door het diversiteitswiel te gebruiken, kunnen instellingen en zorgverleners een beter begrip krijgen van de diverse kenmerken en achtergronden die cliënten hebben, en hoe zij deze diversiteit kunnen omarmen en respecteren.

Het diversiteitswiel benadrukt het belang van het erkennen van de unieke ervaringen van iedere cliënt, het vermijden van generalisaties en het bieden van inclusieve zorg en dienstverlening die is afgestemd op individuele behoeften. Het helpt zorgprofessionals om respect te tonen voor de autonomie en waardigheid van iedere persoon, ongeacht achtergrond of identiteit.



Figuur 3.1: Het diversiteitswiel ²⁶.

3.1.4 De cliënt in beeld: kwaliteit van leven

Kwaliteit van leven

Het volledig in beeld brengen van een cliënt die langdurige zorg ontvangt, vormt een belangrijke eerste stap naar het bevredigen van behoeften en daarmee bij het bepalen van wat zingevende daginvulling voor iemand is. Dit sluit aan bij de term persoonsgerichte zorg. Daarin wordt onderstreept dat het belangrijk is om je ervan bewust te zijn dat cliënten in de eerste plaats ‘gewoon’ mensen zijn met hun eigen behoeften – denk aan liefde, comfort, identiteit en gehechtheid – als iedereen ^{27 28}.

Onbevredigde behoeften staan vaak in verband met verminderde kwaliteit van leven. Onbevredigde behoeften, en daarmee een verminderde kwaliteit van leven, kunnen op verschillende niveaus of

levensdomeinen aanwezig zijn. Factoren die samenhangen met kwaliteit van leven van verpleeghuisbewoners in Nederland zijn levenstevredenheid (of geluk), ervaren gezondheid, niet eenzaam, levenslust en tevreden met activiteiten²⁹. Daarnaast bleken autonomie, fysieke omgeving, betekenisvolle activiteiten, onafhankelijkheid, een aandeel hebben in de maatschappij en relaties belangrijke voorspellers te zijn van cliënttevredenheid en kwaliteit van leven van deze groep cliënten^{30 31}. Voor cliënten met een verstandelijke beperking komen deze factoren overeen. Voor deze groep zijn acht kernwaarden voor kwaliteit van leven beschreven: lichaamsbeleving, zelfbeeld, veilig voelen, geliefd voelen, verbonden voelen, betekenis ervaren in dagelijkse bezigheden, innerlijke rust en het ervaren van houvast³². Overkoepelend moet aangemerkt worden dat 'kwaliteit van leven' een persoonlijke ervaring is, die door mensen met verschillende achtergronden anders geïnterpreteerd kan worden.

Een ander belangrijk aspect dat bijdraagt aan de ervaren kwaliteit van leven door cliënten die langdurige zorg ontvangen, is het gevoel van 'het normale leven' en eigenwaarde behouden³³. Een positieve instelling, gevoel van controle en autonomie werken daarom ook bevorderlijk voor de kwaliteit van leven en het gevoel van het behoud van het normale leven en eigenwaarde³⁴. Daarnaast draagt het gevoel van verbinding, zowel sociaal als met de buitenwereld, ook positief bij aan het ervaren van verhoogde levenskwaliteit bij cliënten die langdurige zorg ontvangen³⁴.

Naast de overkoepelende thema's zijn er ook vele individuele factoren die invloed hebben op de kwaliteit van leven en behoeften van cliënten die langdurige zorg ontvangen. Behoeften ten gunste van de kwaliteit van leven van cliënten die langdurige zorg ontvangen zijn: betekenisvolle activiteiten, plezier, dagelijkse routine, fysieke omgeving, maaltijden, privacy, het behouden van (vroegere) rollen, gevoel van vrijheid, waardering, begrip, ondersteuning bij achteruitgang en bij verlies, gevoel van veiligheid, levensbeschouwing en spiritualiteit. Uit onderzoek onder mensen die zijn opgenomen in het verpleeghuis is gebleken dat deze factoren bijdragen aan het behoud van kwaliteit van leven^{35 36 37}.

Door eerst de focus te leggen op het begrijpen van de cliënt en hiervoor een holistische benadering te hanteren, kan een cliënt volledig in beeld gebracht worden³⁸. Inzicht in de individuele behoeften, capaciteiten en voorkeuren van de cliënt helpen zorgverleners om op maat gemaakte zorg en ondersteuning te bieden die aansluit bij de specifieke omstandigheden van de cliënt. Kwaliteit van leven draagt bij aan het ervaren van 'zin in' en de 'zin van' het leven. Deze holistische benadering stelt hen in staat om ondersteuning te bieden bij het vinden van zingevende daginvulling voor de cliënt. Dit zal uiteindelijk de levenskwaliteit bevorderen³⁹.

Er bestaan meerdere verschillende meetinstrumenten die kwaliteit van leven kunnen meten. Een aantal hiervan zijn er opgenomen in het [overzicht hulpmiddelen](#).

3.1.5 Levensdomeinen

De levensdomeinen van Schalock

De levensgebieden ontwikkeld door Schalock & Verdugo bieden een conceptueel kader dat acht

essentiële levensgebieden identificeert die belangrijk kunnen zijn bij kwaliteit van leven van een cliënt⁴⁰. Deze levensdomeinen sluiten aan bij de thema's die door cliënten in de langdurige zorg belangrijk gevonden werden. Door deze gebieden te onderzoeken kan men de specifieke factoren identificeren die van invloed zijn op het algehele welzijn, op de levenskwaliteit van de persoon en daarmee op de ervaring 'zin in' en de 'zin van' het leven. Er kan dus per cliënt bekeken worden welke wensen en behoeften binnen elk levensdomein liggen. Het model van Schalock benadrukt een holistische benadering van het welzijn van cliënten en houdt rekening met diverse aspecten van het leven van een persoon. Daarnaast is gebleken dat de domeinen van Schalock breed toepasbaar zijn voor cliënten van verschillende etnische achtergronden⁴¹.

Model van Schalock

Factor	Domein	Indicator
Onafhankelijkheid	Persoonlijke ontwikkeling	• opleiding • persoonlijke competentie • vaardigheden
	Zelfbepaling	• autonomie • persoonlijke controle • persoonlijke doelen en waarden • keuzes maken
Sociale participatie	Persoonlijke relaties	• interacties • relaties/ vriendschappen • ondersteuningsbehoeften (emotioneel, fysiek, feedback)
	Sociale inclusie	• integratie en participatie in de samenleving • rollen in de samenleving • sociale ondersteuning/ support
	Rechten	• humane rechten (respect, waardigheid, gelijkheid) • wettelijke rechten (burgerschap) toegang, rechtvaardige behandeling)
Welbevinden	Emotioneel welbevinden	• tevredenheid • zelfbeeld • vrij zijn van stress
	Fysiek welbevinden	• gezondheid • ADL-activiteiten • vrije tijd
	Materieel welbevinden	• financiële status, • werk • onderdak

Figuur 3.2: Het

model van Schalock⁴⁰.

De acht dimensies van Schalock zijn opgenomen in de Persoonlijke Ondersteuningsuitkomsten Schaal (POS), die in zorgorganisaties gebruikt kan worden om kwaliteit van bestaan te meten^{42 27}.

Voordelen bij het gebruik van het model van Schalock

Het model van Schalock erkent de unieke individualiteit van elke cliënt en stemt zorgplannen af op hun specifieke behoeften, capaciteiten en voorkeuren. Door de betrokkenheid van cliënten bij besluitvormingsprocessen te stimuleren en autonomie te bevorderen, integreert het model van Schalock principes van positieve psychologie. Daarnaast legt het de nadruk op het identificeren en bevorderen van positieve aspecten van het leven en erkent het model het belang van zingeving en spiritualiteit voor het welzijn van mensen met een verstandelijke beperking.

Hoewel het model voornamelijk wordt toegepast in de gehandicaptenzorg, is het ook geschikt voor bredere toepassingen in de langdurige zorg. Het richt zich op het bevorderen van de kwaliteit van leven en het welzijn van cliënten met verschillende beperkingen, door universele aspecten van welzijn te benadrukken die relevant zijn voor alle cliënten, ongeacht hun leeftijd of achtergrond. Door de focus op verschillende levensdomeinen, is het model toepasbaar voor cliënten in diverse levensfasen en met verschillende beperkingen. Hierbij legt het de nadruk op individualiteit en het belang van persoonlijke keuzes en voorkeuren.

Overwegingen bij het model

De werkgroep herkent ook aanvullende indicatoren op de levensdomeinen en daarnaast levensdomeinen die niet in het model zijn geïntegreerd. Deze indicatoren en levensdomeinen worden hieronder beschreven.

Ontbrekende indicatoren onder de bestaande levensdomeinen;

- Persoonlijke ontwikkeling: verstandelijke ontwikkeling, ontwikkelingswensen en ontwikkelingsmogelijkheden.
- Zelfbepaling: zeggenschap, vrijheidsbeperkende maatregelen en keuzes maken.
- Persoonlijke relaties: functioneren binnen een groep en ondersteuningsbehoefte.
- Emotioneel welbevinden: emotionele ontwikkeling, bejegening, stemming, impulscontrole, geloof/spiritualiteit en seksualiteit.
- Fysiek welbevinden: conditie, geheugen, medicatie, motorisch, neurologisch, wensen ter bevordering van de gezondheid en praktische vaardigheden.
- Materieel welbevinden: woonsituatie, veiligheid en omgang met geld.

Daarnaast noemt de werkgroep aanvullende levensdomeinen met indicatoren:

- Levensgeschiedenis;
 - Persoonlijk: culturele achtergrond, levensbepalende momenten, gebruiken en gewoonten, onderwijs-, woongeschiedenis.
 - Dagbesteding: vrijetijdsbesteding, hobby's en interesses, sport, cultuur, werk- en dagbestedingsgeschiedenis, zingeving/geloof/spiritualiteit.
- Wensen en behoeften voor het heden en de toekomst.

Een overzicht van de levensdomeinen van Schalock aangevuld met de toevoegingen van de werkgroep, is te vinden in [deze bijlage](#).

Daarnaast heeft de werkgroep een belangrijke overweging bij het gebruik van het model bij het in beeld brengen van de cliënt. Bij de toepassing van het model van Schalock moet rekening gehouden worden met iemands communicatieve vaardigheden. Niet iedereen kan spreken met woorden en heeft hetzelfde begripsniveau. Het gebruik van ondersteunende communicatie moet overwogen worden.

Een bijlage met [hulpmiddelen](#) die de werkgroep aanbeveelt is hier te vinden.

3.2 Zingevingsbehoeften

Zingevende daginvulling is belangrijk voor iedereen, dus ook voor cliënten die langdurige zorg ontvangen. In deze module wordt beschreven hoe je zingevingsbehoeften van cliënten kunt signaleren. Dat is een belangrijke stap die gezet moet worden om te bepalen wat voor een cliënt een zingevende daginvulling is en om deze te bevorderen. Deze module is aanvullend op de voorgaande module. In deze module wordt dieper op de specifieke zingevingsbehoeften van een cliënt ingegaan en wordt betekenis gegeven aan feitelijkheden over de cliënt. De lijst met [hulpmiddelen](#) uit de voorgaande module, kan ook voor onderstaande aanbevelingen worden ingezet.

Uit de [knelpunteninventarisatie](#) blijkt dat er in de praktijk niet altijd goed zicht is op wat de cliënt als zingevende daginvulling ervaart. Daarnaast wordt ervaren dat familie soms wegvalt waardoor informatie uit het verleden verloren raakt als het niet goed is vastgelegd. De zorgvraag van de doelpopulatie cliënten die langdurige zorg ontvangen, kan veranderen. Deze zorgvraag kan complexer worden door cognitieve- fysieke- mentale- of gedragsveranderingen. Dit zorgt er ook voor dat er knelpunten worden ervaren om veranderende zingevingsbehoeften in kaart te brengen.

Deze module beoogt handvatten te bieden aan zorgverleners in de langdurige zorg om (veranderende) zingevingsbehoeften van cliënten die langdurige zorg ontvangen te signaleren. Het signaleren van zingevingsbehoeften helpt zorgverleners inzicht te krijgen in wat voor een cliënt van waarde is, waardoor zij beter kunnen inspelen op hun emotionele en psychologische behoeften. Wanneer deze behoeften niet worden erkend kunnen gevoelens van frustratie, eenzaamheid of zinloosheid ontstaan, wat kan leiden tot stress en moeilijk verstaanbaar gedrag. Door tijdig in te spelen op deze zingevingsbehoeften kunnen zorgverleners een gevoel van betekenis en voldoening bevorderen, wat gedragsproblemen en stress vermindert.

3.2.1 Uitgangsvraag

Hoe breng je zingevingsbehoeften in beeld van cliënten die langdurige zorg ontvangen die bevorderend zijn voor de daginvulling?

3.2.2 Aanbevelingen

Bied altijd maatwerk: door respect te tonen voor de ander en oprechte interesse zonder te

oordelen, kun je samen verkennen wat iemand nodig heeft.

Ga en blijf met de cliënt in gesprek: het is een proces zonder einde. Mensen kunnen van inzicht en interesse veranderen. Houd daar oog voor. Wanneer een cliënt het gesprek niet zelf kan voeren, is het belangrijk om met de naasten in gesprek te gaan.

Stel verdiepende vragen om gevoelens en waarden achter de antwoorden te krijgen.

Maak gebruik van een methodiek of model dat aansluit bij de setting waar je werkzaam bent.

Maak gebruik van levensverhalen en levensgebeurtenissen om zingeving behoeften van een cliënt in beeld te brengen.

Maak gebruik van foto's of muziek om gevoelens, ervaringen en verhalen los te krijgen bij een cliënt.

3.2.3 Onderbouwing

Voor methoden om zingeving behoeften van de cliënt in beeld te brengen, is systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd. De uitgangsvraag is omgezet naar de volgende onderzoeksvraag:

Hoe signaleer je zingeving behoeften rondom daginvulling van cliënten die langdurige zorg ontvangen?

Klik [hier](#) voor een samenvatting en de conclusies van het literatuuronderzoek. De verantwoording

inclusief methodebeschrijving van het literatuuronderzoek is in [deze bijlage](#) te vinden.

3.2.4 Overwegingen

De werkgroep stelt algemene overwegingen bij het in beeld brengen van behoeften van cliënten die langdurige zorg ontvangen. Daarnaast stelt de werkgroep hun overwegingen bij de gevonden literatuur.

Voorwaarden bij het in beeld brengen van zingevingsbehoeften

Maatwerk en doorgaand proces

Het zoeken naar zingeving is een voortdurend proces, zelfs nadat een zingevende activiteit is gevonden ⁴³. Het blijft belangrijk om nieuwe mogelijkheden te verkennen en aan te bieden ⁴⁴. Daarnaast kunnen voorkeuren van cliënten veranderen. Het periodiek aanbieden van verschillende (nieuwe) dingen om cliënten iets te laten ervaren is ook belangrijk. Helaas zien we vaak dat in dagcentra cliënten vasthouden aan één activiteit die ze leuk vinden, zonder verder te kijken. Dit kan hun groei en ontwikkeling belemmeren. De werkgroep ziet hier een belangrijke rol voor zorgverleners. Door als zorgverlener in gesprek te blijven met de cliënt en informatie vast te leggen in het elektronische patiëntendossier, wordt een cliënt beter in beeld gebracht en is het mogelijk om maatwerk te bieden.

In gesprek met de cliënt

Het startpunt van het onderzoek/de verkenning van de cliënt is altijd het gesprek met de cliënt zelf. Persoonlijke waarden, voorkeuren en wensen van de cliënt moeten altijd het uitgangspunt zijn. Soms weten cliënten zelf ook niet wat hun zingevingsbehoeften zijn, vaak is het samen zoeken en ook uitproberen. Dit kan als de cliënt al is opgenomen in de instelling, maar kan ook al daarvoor, in de thuissituatie beginnen zodat er een betere overdracht plaats kan vinden. Het is belangrijk om onbevooroordeeld in gesprek te gaan. De grondhouding die een gesprekspartner aanneemt, ongeacht het communicatiemiddel, is cruciaal. Door respect te tonen voor de ander en oprecht geïnteresseerd te zijn zonder te oordelen, kan in gezamenlijkheid ontdekt worden wat iemand nodig heeft. De keuze van het communicatiemiddel hangt sterk af van de doelgroep en hun behoeften.

Als een zorgprofessional in gesprek gaat met een cliënt moet rekening worden gehouden met het cognitieve, communicatie en emotionele niveau van de cliënt. Het is belangrijk om te beseffen dat het verwerkings- en ontwikkelingsniveau van de cliënten kan verschillen. Om aan te sluiten bij de cliënt kan gebruik worden gemaakt van begrijpelijke taal, zoals korte zinnen met makkelijke woorden. Scholing voor zorgprofessionals kan daarbij belangrijk zijn om te leren van eigen ervaringen, om normen en waarden aan de kant te zetten en om zonder oordeel en met empathie te kijken naar de cliënt en diens behoeften.

Daarnaast is het net als bij maatwerk een dynamisch en doorlopend gesprek. Het is niet met een gesprek klaar. Het is belangrijk dat het gesprek blijft bestaan en periodiek terugkomt. Voorkeuren kunnen veranderen en activiteiten kunnen belangrijker of minder belangrijk worden dan voorheen. Dit hangt af van wat de cliënt in een bepaalde fase van diens leven nog kan.

In gesprek met naasten

Het is niet voor iedere cliënt mogelijk om zelf te vertellen wat belangrijk is, of zelfs niet om het aan te geven. In deze gevallen is het belangrijk om naast het observeren van de cliënt, ook in gesprek te gaan met de naasten van de cliënt. Dit laatste geldt ook voor cliënten die het wel zelf kunnen aangeven. Ook bij deze cliënten kunnen naasten worden betrokken om een completer beeld te krijgen. Samen met de cliënt en/of naasten kan worden onderzocht, geobserveerd, uitgetroefd en ook mogelijk weer worden bijgesteld. Belangrijk in het gesprek met naasten is dat er niet voorbij wordt gegaan aan de cliënt. Vaak hebben naasten een heel goed beeld van cliënten, maar soms stellen naasten ook andere prioriteiten voorop zoals veiligheid (versus de autonomie van de cliënt). Als zorgverlener is het belangrijk om in het gesprek met de naasten deze gevoelens van naasten in gedachten te houden.

Observatoren

In de langdurige zorg wordt over het algemeen zorg geboden aan mensen die in hun mogelijkheden beperkt zijn. Dit betekent dat zij op veel momenten in hun leven aangewezen zijn op anderen, zo ook om hen te ondersteunen om het leven invulling te geven. In het zoeken naar methoden om deze cliënten een zingevede daginvulling te laten ervaren, kan gebruik worden gemaakt van een observator. Deze kan waardevolle aanwijzingen ophalen over hoe de cliënt reageert en welke betekenissen cliënten hechten aan een bepaalde daginvullingen.

Het signaleren van zingevedingsbehoeften gebeurt bij voorkeur door iemand die door de cliënt vertrouwd wordt (een bekende zorgverlener/behandelaar). Wanneer de cliënt diens gesprekspartner niet vertrouwt, kan de juiste informatie ook niet opgehaald worden. Daarnaast moet bewust omgegaan worden met de informatie die de eerste contactpersoon kan geven. Het kan hierbij voorkomen dat informatie die de eerste contactpersoon geeft over de zingevedingsbehoeften niet overeenkomt met de zingevedingsbehoeften van de cliënt. Dit moet altijd gecheckt worden bij de cliënt zelf.

Het observeren van een non-verbale cliënt is, zeker als de zorgverlener de cliënt nog niet zo goed kent, prettig om samen met iemand te doen. Zo weet de zorgverlener beter of de cliënt juist geïnterpreteerd wordt. Een andere mogelijkheid is om te observeren met behulp van een video-opname, zodat meerdere observatoren hiernaar kunnen kijken. Dit is relatief makkelijk uit te voeren maar er moet wel rekening gehouden worden met de arbeidsintensiviteit van het beoordelen met (meerdere) observatoren en met de privacy van de cliënt bij video-opnamen. Daarbij moeten observatoren dit traject blanco ingaan en niets invullen voor de cliënt.

Methoden om zingevedingsbehoeften te signaleren

Sluit aan bij een model of methodiek

Het aansluiten bij een model of methodiek, is belangrijk voor het systematisch en holistisch in beeld brengen van de zingevedingsbehoeften van cliënten in de langdurige zorg. Een gestructureerde aanpak helpt zorgverleners om zingeveding op een zorgvuldige manier bespreekbaar te maken, wat bijdraagt aan het versterken van autonomie en welzijn. Het gebruik van een model bevordert eenduidige communicatie binnen het zorgteam en maakt het mogelijk om effectieve, op maat gemaakte

interventies te ontwikkelen. Bovendien is een wetenschappelijk onderbouwd model essentieel voor het leveren van kwalitatief hoogwaardige zorg die aansluit bij de persoonlijke waarden en doelen van de cliënt. Bekijk goed welke methodiek of model aansluit voor de doelpopulatie cliënten waar je voor werkt. Zo zijn er binnen verschillende sectoren andere modellen die gelden. Een voorbeeld van een methodiek die in de gehandicaptenzorg veel toegepast wordt is Triple-C.

Levensverhalen

Het gebruik van levensverhalen als instrument voor het signaleren van zingevingsbehoeften bij cliënten die langdurige zorg ontvangen, biedt diverse mogelijkheden ⁴⁵. Door levensverhalen op deze manier te benaderen, kunnen zorgverleners een dieper inzicht krijgen in de behoeften, wensen en voorkeuren van de cliënt. Dit kan bijdragen aan een meer holistische en gepersonaliseerde zorgbenadering. De werkgroep onderscheidt twee typen levensverhalen: het gehele levensverhaal van de cliënt en levensgebeurtenissen. Beiden worden hieronder uitgewerkt. Ook geeft de werkgroep mee dat het maken van een levensverhaal, of het bespreken van ervaringen, een zingevende daginvulling op zich kan zijn.

Levensverhalen in beeld

Een cruciale stap bij het in beeld brengen van de levensverhalen van cliënten, is het stellen van vragen die verder reiken dan enkel feitelijke informatie. Terwijl traditionele benaderingen zich richten op oppervlakkige details zoals beroep, erkent de werkgroep het essentiële belang van het dieper doorvragen. Hierbij wordt de betekenis achter deze levenservaringen ontrafeld. Een voorbeeld is om te vragen wat iemands baan heeft betekend voor hem (vond hij het leuk of niet, en waarom) in plaats van louter naar het beroep te vragen.

Hoewel het verzamelen van levensverhalen waardevolle inzichten biedt in de voorkeuren en behoeften van cliënten, mag dit niet als enige leidraad dienen. Het is belangrijk om verder te kijken dan alleen bekende verhalen, omdat het onbekende net zo belangrijk kan zijn. De duurzaamheid en haalbaarheid van deze benadering worden versterkt door het feit dat elk individu een uniek levensverhaal heeft. Toch moeten zorgverleners zich bewust zijn van de voortdurende ontwikkeling van deze verhalen en de evoluerende behoeften van cliënten. Het is van belang om niet alleen te reflecteren op het verleden, maar ook om toekomstige wensen of behoeften en verlangens mee te nemen.

Hierbij moet wel rekening gehouden worden met waar de cliënt nog toe in staat is (fysiek en mentaal) en welke belasting het de cliënt, maar ook het netwerk kan geven. Als het oorspronkelijke verhaal onhaalbaar is voor de huidige situatie, dan kan eventueel een aanpassing gedaan worden.

Voor cliënten die al geruime tijd binnen een zorgorganisatie verblijven, kan het achterhalen van hun levensverhalen een uitdaging vormen. Vooral als deze niet eerder zijn gedocumenteerd en er veel wisselingen in hulpverleners zijn geweest. Daarom is het van cruciaal belang om bij aanvang van de zorg direct met het verzamelen en het vastleggen van deze verhalen te beginnen, om zo een solide basis te leggen.

Onderdeel van het levensverhaal is ook de input van naasten van de cliënt. Door aandacht te geven

aan- en te luisteren naar naasten, zal het levensverhaal van de cliënt steeds meer vorm krijgen, tot er een compleet verhaal is.

Levensgebeurtenissen over hoogte- en dieptepunten (ervaringen)

Levensgebeurtenissen zijn meer dan alleen chronologische vertellingen van iemands leven; ze zijn eerder een verzameling betekenissen die iemand aan zijn ervaringen geeft. Deze verwijzen ook wel naar losse anekdotes. In de praktijk zijn het vaak korte, concrete verhalen die de kern van iemands leven weerspiegelen, naast de enkel feitelijke gebeurtenissen. De werkgroep ziet een grote meerwaarde in het verzamelen van levensgebeurtenissen van cliënten. Zo kunnen zingevingsbehoeften gesignaleerd worden. Het in beeld brengen van levensgebeurtenissen kan een aanvulling zijn op het levensverhaal. Daarnaast kunnen levensgebeurtenissen, zowel positieve als negatieve, een belangrijke invloed hebben op de mentale en emotionele gezondheid van cliënten. Door deze gebeurtenissen te begrijpen, kunnen zorgverleners beter inspelen op mogelijke psychologische problemen zoals depressie, angst of trauma, en kan er passende ondersteuning geboden worden. Veel cliënten vinden troost en betekenis in reflecties op hun verleden; het bespreken van deze gebeurtenissen kan hen helpen om hun huidige situatie beter te begrijpen en te accepteren.

Foto-ondersteunde methoden

In de literatuur werd een onderzoek gevonden naar foto-ondersteunende gesprekken met een hondentherapeut⁴⁶. De werkgroep noemt dit een zeer specifieke situatie. Maar, de werkgroep herkent verschillende methoden waarbij fotomateriaal gebruikt wordt. Onderstaand wordt een aantal methoden beschreven die in de langdurige zorg toegepast kunnen worden. De voorwaarde voor het gebruik van deze methoden is dat foto's beschikbaar zijn, men de vaardigheden heeft deze te maken en/of in staat is hierover te communiceren.

Reminiscentie

Reminiscentie is het bewust ophalen van herinneringen^{47 48}. Het ophalen van goede herinneringen kan leiden tot meer tevredenheid van cliënten over hun leven. Reminiscentie is een manier om de eigen identiteit te bewaren. Het praten over positieve maar ook negatieve gebeurtenissen uit het leven helpt te herinneren wie men was en is. Ook kan het een gevoel van veiligheid en zekerheid geven.

Deze benadering wordt algemeen erkend als zeer waardevol, niet alleen als gespreksstarter, maar ook als ondersteunend middel om gevoelens en gedachten te uiten^{47 48}. Het bekijken van afbeeldingen helpt om te begrijpen vanuit welk perspectief de cliënt de wereld bekijkt. Het biedt inzicht in wat voor de cliënt belangrijk is, wat zingeving geeft, of welke emoties hij op dat moment ervaart. De werkgroep is van mening dat het vastleggen van activiteiten in foto's een waardevol inzicht biedt, onder andere bij mensen die niet verbaal communiceren. De frequentie waarmee iemand een foto bekijkt of wil bekijken, kan veel onthullen over hoe hij deze bepaalde activiteit beleefd heeft. Deze aanpak kan ook worden uitgebreid naar het gebruik van foto's uit het verleden van de cliënt zelf.

Het is wel belangrijk om op te merken dat het effectief gebruik van deze methode vaak vereist dat er

iemand aanwezig is om de reacties van de cliënt te observeren tijdens het bekijken van de foto's. Deze observator kan waardevolle aanwijzingen oppikken over hoe de cliënt reageert en welke betekenissen hij aan de afbeeldingen geeft.

Interpretatie van foto's

VTS (Visual Thinking Strategy) is een leermethode met open vragen over kunst, waarbij vaardigheden als waarnemen, kritisch denken en (visuele) geletterdheid verbeteren door middel van geleide groepsdiscussies ⁴⁹. De gespreksleider is geen bron van kennis maar faciliteert het gesprek volgens een vast patroon. VTS werd oorspronkelijk gebruikt in onderwijsactiviteiten voor kunst, maar er blijkt ook een groeiende belangstelling te zijn om deze methode toe te passen in onder andere de psychogeriatric.

De werkgroep is van mening dat de methode ook kan worden toegepast om met behulp van afbeeldingen in gesprek te raken over hoe iemand deze afbeelding ervaart en wat voor iemand belangrijk is in de zingeving. Waar bijvoorbeeld een abstracte afbeelding met een explosie van kleuren te zien was, kan de ene cliënt dit zien als vreugde, carnaval en confetti. Terwijl een andere cliënt er het einde van de wereld in ziet en de afbeelding hem bang maakt.

Deze methode is niet geschikt voor alle doelgroepen. Niet iedereen kan communiceren over wat deze afbeeldingen voor hen betekenen.

Dieren

De werkgroep is terughoudend over het inzetten van dieren als middel om zingevingsbehoeften te signaleren. Dit wordt eerder beschouwd als een vorm van zingeende daginvulling dan als een specifieke methode voor het signaleren van behoeften. Bovendien zijn er verschillende potentiële obstakels, zoals allergieën, trauma's of angsten voor bepaalde dieren, die het gebruik van dieren kunnen bemoeilijken. Daarnaast moet ook worden gedacht aan het welzijn van de dieren. Dieren zijn levende wezens waar verantwoord en respectvol mee moet worden omgegaan.

Als men toch overweegt om dieren te betrekken, suggereert de werkgroep een voorzichtige aanpak. Mocht er een dierencoach aanwezig zijn binnen de instelling, dan is het aan te raden deze altijd eerst te raadplegen ⁴⁶. Verder kan een eerste stap zijn om via afbeeldingen, foto's of pictogrammen te verkennen hoe mensen reageren op de aanwezigheid van dieren. Als blijkt dat mensen positief reageren op deze visuele stimuli, kan er daarna overwogen worden om echte interactie met dieren aan te gaan. Deze geleidelijke benadering biedt de mogelijkheid om eerst te observeren hoe mensen reageren voordat er direct contact met dieren wordt geïntroduceerd.

Muziek

Hoewel het gebruik van muziek niet in de literatuur is gevonden, wil de werkgroep deze methode wel benoemen. Daarnaast is er ook literatuur bekend van het positieve effect wat muziek kan hebben op cliënten die langdurige zorg ontvangen ⁵⁰. Het inzetten van muziek is laagdrempelig en nodigt de cliënt uit om te luisteren, mee te bewegen en in verbinding te komen met de eigen emoties en herinneringen. Meerdere hersengebieden worden geactiveerd tijdens het luisteren of maken van muziek.

Door muziek te gebruiken kunnen zorgverleners, familie en naaste op een diepere en meer intuïtieve manier verbinding maken met cliënten waarbij taal en spraak niet dominant worden ingezet. Het niveau van de cognitieve of mentale staat is minder van belang bij de inzet van muziek/muzikale middelen, en op deze manier kan er toch sociale interactie en onderlinge verbinding tot stand komen.

Het is belangrijk dat de cliënt positieve herinneringen heeft aan de opgezochte voorkeursmuziek. Ook moet de medewerker, familie of naaste, zich bewust zijn van mogelijke triggers die muziek kan oproepen om eventuele hertraumatisering te voorkomen. Er moet dus onderzocht worden welke muziek in welke gebeurtenis een rol heeft gespeeld. Vanuit de psychogeriatrische zorg wordt hierbij rekening gehouden met muziek die de cliënt heeft geluisterd tussen het 15^e- en 25^e levensjaar. Deze tijdsspanne komt overeen met de identiteitsontwikkeling van de cliënt. Houd er rekening mee dat deze leeftijd kan verschillen voor cliënten met een verstandelijke beperking of een meervoudig complexe beperking.

Door het inzetten van muziek (of andere creatieve middelen) kunnen observaties gedaan worden waaruit zingeving behoeften gesignaleerd en begrepen kunnen worden. Wanneer er een psychosociale hulpvraag uit de observaties komt, kan er bijvoorbeeld contact worden opgenomen met een muziektherapeut om gezamenlijk te onderzoeken welke cognitieve, mentale of fysieke behoefte de cliënt heeft om aan te werken.

Casus inzet muziek(therapie)

'Meneer Verbeek is een man van 80 jaar die lijdt aan de ziekte van Alzheimer. Hij zit vaak in een stoel voor zich uit te staren, of loopt met behulp van zijn stok over de gang, zoekend naar de uitgang. Als er aan meneer Verbeek wordt gevraagd of hij iets over vroeger kan vertellen, zegt hij hier niet veel meer van te weten door 'die ziekte' en op zoek te zijn naar zijn vrouw.

Om hem iets meer te laten ontspannen en contact met hem te maken, wordt er muziek uit de periode tussen zijn 15^e- en 25^e levensjaar aangeboden. Hij trommelt mee op de tafel en op de meegebrachte trommel waarbij hij zachtjes meezingt. Als er wordt gevraagd waar hij de muziek van kent, begint hij verhalen te vertellen over het muziekbandje waar hij in zat in zijn woonplaats. Hij speelde gitaar en zong, en ze repeteerden in een grote schuur in de haven.

Hij zegt veel van Elvis Presley, Fats Domino en Frank Sinatra gespeeld te hebben. Bij het spelen van die muziek, gaat meneer Verbeek rechtop zitten, zingt mee met de muziek, en wisselt oogcontact af met de muziektherapeut en de overige bewoners aan de tafel. Een glimlach komt om zijn mond en wanneer de laatste zin wordt gezongen door de muziektherapeut, kijkt meneer Verbeek haar aan en zingt met een krachtige stem: 'I did it my way!'

Dementie-care-mapping

Dementie-care-mapping (DCM) is een wereldwijd bekende methode die bijdraagt aan het welzijn van mensen met dementie en ouderen met een verstandelijke beperking ^{51 52}. De werkgroep ziet DCM

als meerwaarde als een team niet tot een consensus kan komen over het welbevinden van een cliënt.

Enkele overwegingen bij het gebruik van de DCM zijn:

- Het lijkt een intensieve en arbeidsintensieve aanpak te zijn.
- De subjectiviteit van de observator kan een uitdaging vormen en de betrouwbaarheid beïnvloeden.
- Het gebruik van de DCM kan kostbaar zijn, met een geschatte tijdsinvestering van zes uur per observatie.
- Er is een roep om de professionalisering van zorgmedewerkers, met nadruk op verbeterde observatie-, interpretatie- en signaleringsvaardigheden.
- Het is essentieel dat de DCM aanpak werkelijk op maat is gemaakt voor de individuele behoeften van de cliënt.
- De DCM methode lijkt vooral geschikt voor situaties van onbegrepen gedrag.
- Het is van essentieel belang dat beslissingen niet alleen worden genomen door het systeem rondom de cliënt, maar juist samen met de cliënt als deze daartoe in staat is. Het lijkt erop dat deze cruciale factor ontbreekt in de beschrijving. Het systeem moet niet beslissen over wat er gaat gebeuren, maar juist de stem en voorkeur van de cliënt, uiteraard als dit mogelijk is, moeten centraal staan in het besluitvormingsproces.

Toch moet worden benadrukt dat het van groot belang is om niet alleen te handelen vanuit het perspectief van de zorgverleners, maar ook om de input van de cliënt te integreren, indien mogelijk, om ervoor te zorgen dat hun behoeften en voorkeuren worden gehoord en gerespecteerd.

Vragenlijsten

De werkgroep is grotendeels onbekend met de meeste van de [vragenlijsten](#) die in de [literatuur](#) gevonden zijn. De werkgroep heeft geen enkele van deze vragenlijsten ooit in de praktijk gebruikt en is hierdoor terughoudend met het aanbevelen van het gebruik van de vragenlijsten. Maar, de vragenlijsten die beschikbaar zijn in het Nederlands zijn opgenomen in het overzicht van [hulpmiddelen](#).

Haalbaarheid en ethische overwegingen

De werkgroep is zich bewust van de tijdsinvestering die het kost om zingeving behoeften te signaleren. De exacte tijdsinvestering is afhankelijk van verschillende factoren, zoals de complexiteit van de behoeften van de cliënt, de communicatieve vaardigheden van de cliënt en de ervaring en vaardigheden van de zorgverlener. Het multidisciplinair benaderen van zingeving behoeften, inclusief participatie van naasten of vrijwilligers, biedt mogelijkheden om de werkzaamheden te verdelen. Bovendien kunnen deze gesprekken worden geïntegreerd in bestaande zorgmomenten, waardoor het een organisch onderdeel van de zorg wordt. Verpleegkundigen en verzorgenden, die vaak in nauw contact staan met cliënten, kunnen deze gesprekken gebruiken als waardevolle informatiebronnen die worden opgenomen in het zorgplan. Dit zorgplan is een dynamisch en aanpasbaar document. Na een zingevende activiteit kan een evaluatie plaatsvinden waarop het zorgplan aangepast wordt.

De werkgroep wil benadrukken dat zorgverleners een ethische verplichting hebben om zingevingsbehoeften te signaleren. Het verbeteren van de kwaliteit van leven van cliënten is een belangrijke uitkomst, omdat zingeving bijdraagt aan hun welzijn en tevredenheid met de zorg. Het tijdig signaleren van zingevingsproblemen kan helpen mentale gezondheidsproblemen zoals depressie en angst te voorkomen, wat de noodzaak voor intensievere zorg vermindert. Daarnaast versterkt het tonen van oprechte interesse in de zingeving van cliënten de relatie tussen zorgverlener en cliënt. Dit bevordert open communicatie en beter begrip van zorgbehoeften.

4. Elementen voor een zingevende daginvulling

Autorisatiedatum 25-02-2025 Beoordelingsdatum 25-02-2025

4.1 Elementen voor passende en zingevende daginvulling

Zingevende daginvulling is belangrijk voor iedereen, dus ook voor cliënten die langdurige zorg ontvangen. In deze module worden elementen besproken die bijdragen aan een zingevende daginvulling. In de zorg bestaat soms de neiging de hulpvraag of daginvulling van de cliënten in te passen in de bestaande structuren van de zorg. Het is echter belangrijk om voor ogen te houden dat er veel mogelijk is zonder grote aanpassingen. Er hoeven niet altijd gewoonten of gebruiken van een cliënt doorbroken te worden omdat ze niet passen in de nieuwe woonomgeving. Oude gewoonten hoeven niet te wijken voor het nieuwe. Soms kunnen kleine aanpassingen in de zorg of voor de cliënt al leiden tot een zingevende daginvulling.

De elementen beschreven in onderstaande module bieden handvatten aan zorgverleners en naasten. Zo kunnen zij afstemmen wat een zingevende daginvulling, in de brede zin van het woord, kan zijn voor iemand, rekening houdend met veranderingen die bij een cliënt kunnen optreden.

4.1.1 Uitgangsvraag

Wat zijn elementen voor passende en zingevende daginvulling voor cliënten die langdurige zorg ontvangen?

4.1.2 Aanbevelingen

Pas de volgende voorwaardelijke elementen toe om zingevende daginvulling te bevorderen bij cliënten die langdurige zorg ontvangen:

- Maatwerk: wat voor de ene cliënt als zingevend wordt ervaren, kan door de ander als vervelend worden ervaren. Kijk en luister goed naar de cliënt.
- Verbondenheid met de eigen identiteit van de cliënt: een voorbeeld hiervan is om een thuisomgeving voor de cliënt te creëren met herkenbare foto's of spullen uit het verleden. Denk hierbij aan eigen meubels of foto's.
- Spiritualiteit en levensbeschouwing van de cliënt: overleg met de geestelijk verzorger hoe dit het best gedaan kan worden.
- Gewoonten van de cliënt in de dagelijkse routine: onderzoek de gewoonten die altijd belangrijk zijn geweest voor een cliënt en pas deze in het dagritme in.

- **Verbinding met de samenleving:** verbinding met de samenleving kan al met aandacht voor kleine, betekenisvolle momenten. Overweeg om cliënten te betrekken bij toegankelijke buurt- en gemeenschapsactiviteiten, zoals gezamenlijke maaltijden, festiviteiten of eenvoudige vrijwilligersprojecten.
- **Ontwikkelingsgericht:** het gaat om een leven lang leren en ontwikkelen, waarbij zelfs de kleinste stappen waardevol kunnen zijn. Stem dit proces af op de mogelijkheden van de cliënt.

Overweeg ook de elementen die mogelijk bijdragen aan zingevende daginvulling en bekijk welke hiervan toegepast kunnen worden: plezier en betrokkenheid, autonomie en eigen regie, variatie, onderhouden van oude en ontwikkelen van nieuwe sociale contacten, zorg voor andere cliënten, gevoel voor verbondenheid met de natuur, passief versus actief, productiviteit, fysieke activiteit, betrekken van naasten en integreren van eigen vaardigheden en interesses.

4.1.3 Onderbouwing

Om de elementen voor passende en zingevende daginvulling in kaart te brengen, is systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd naar de volgende onderzoeksvraag:

Wat zijn elementen voor passende en zingevende daginvulling voor cliënten die langdurige zorg ontvangen?

Klik [hier](#) voor een samenvatting en de conclusies van het literatuuronderzoek. De verantwoording inclusief methodebeschrijving van het literatuuronderzoek is in [deze bijlage](#) te vinden.

4.1.4 Overwegingen

Elementen voor zingevende activiteiten zijn elementen die de werkgroep beschouwt als grote meerwaarde voor het invullen van een zingevende dag. De werkgroep ziet een tweedeling in de elementen uit de gevonden literatuur. Dit zijn enerzijds voorwaardelijke elementen voor zingevende daginvulling en anderzijds elementen die bijdragen aan zingevende activiteiten.

Voorwaardelijke elementen voor zingevende daginvulling

Voorwaardelijke elementen voor zingevende daginvulling gaan over elementen die cruciaal zijn bij cliënten die langdurige zorg ontvangen.

Maatwerk

De werkgroep benadrukt dat maatwerk in de praktijk als een van de hoogste waarden benoemt moet

worden om te kunnen voorzien in zingevende daginvulling ^{53 54}. Maatwerk houdt in: kijk en luister naar de cliënt, want wat voor de een goed werkt, werkt voor de ander niet. Het kijken naar iedere cliënt draagt bij aan het gevoel van gezien worden en ertoe doen. Maatwerk sluit aan bij het concept persoonsgerichte zorg. Hierbij is de zorg gericht op de beleving van een cliënt en afgestemd op de specifieke en individuele behoeften ^{27 28}. Maatwerk voorkomt onder- en overprikkeling en onder- en overvraging. Het is belangrijk om te blijven kijken en luisteren naar de cliënt. Zo kan ook ingegaan worden op veranderende mogelijkheden en interesses, bijvoorbeeld als gevolg van een progressieve ziekte of persoonlijke ontwikkeling. De elementen en aanbevelingen gelden niet altijd voor alle doelgroepen; maatwerk is noodzakelijk. Hierbij kunnen ritme, sfeer, inrichting en een gezamenlijke visie bij de daginvulling van belang zijn.

In de praktijk kan het lastig zijn om maatwerk aan te bieden als er rekening gehouden moet worden met de wensen en mogelijkheden als er met meerdere cliënten tegelijk wordt gewerkt. Dit betekent echter niet dat er geen maatwerk geleverd kan worden. Er moet dan gezocht worden naar maatwerk binnen de mogelijkheden van de leefomgeving. De werkgroep begrijpt dat volledig maatwerk vaak niet haalbaar is. In plaats van individuele, op maat gemaakte activiteiten, kan er ook gezocht worden naar kleine individuele aanpassingen binnen een gezamenlijke activiteit. Zo wordt de activiteit zingevender. Het mede inzetten van het netwerk van de cliënt (naasten, mantelzorgers en vrijwilligers) kan ook helpen om maatwerk te leveren.

Verbondenheid met eigen identiteit

Verbonden zijn met je eigen identiteit bestaat uit meerdere elementen: de (culturele) achtergrond, de etnische groep, het geloof, seksualiteit en spiritualiteit ⁵⁵. Een deel van verbonden zijn met de eigen identiteit kan zijn om een verbinding met het verleden en/of de thuisomgeving te hebben. Het herkennen van het eigen leven en interesses kan van belang zijn om iemand zich vertrouwd en veilig te laten voelen ⁵⁶. Denk hierbij aan het meenemen van eigen meubels, of het zien van herkenbare foto's.

Deze verbondenheid met het eigen verleden kan een goede ingang zijn om echt in verbinding te komen met mensen. Reminisceren (het bewust ophalen van herinneringen) kan blijken van herkenning geven, en daarmee andere verhalen en herinneringen omhoog halen. De werkgroep ziet in de praktijk dat cliënten soms sterk medicaliseren in de zorg. Daarbij lijkt het soms of de cliënten hun diagnoses worden. Maar een cliënt blijft ook iemand onder diens ziektebeeld, behandelingen en medicatie. Wanneer er samen met anderen een herkenningspunt in het verleden wordt gevonden, kan dit het gevoel van verbondenheid en ergens bij horen versterken. Het verleden werkt dan als middel tot het vinden van sociale contacten waarmee de cliënt een raakvlak heeft.

Het is hierbij belangrijk om na te gaan of deze activiteiten voldoening geven. Ook moet er worden nagegaan of het verleden en /of de thuissituatie prettige en veilige situaties waren. We willen namelijk niet de verbinding leggen, of de thuissituatie nabootsen wanneer deze juist als onprettig werd ervaren.

Spiritualiteit en levensbeschouwing

Spiritualiteit en levensbeschouwing als element voor zingevende daginvulling zijn niet direct vanuit de literatuur naar voren gekomen. Toch beschouwt de werkgroep deze wel als een belangrijk element voor zingeving in het algemeen en daarmee voor een zingevende daginvulling.

Spiritualiteit gaat over de ervaring van een persoon. Het kan eenvoudig gaan over wat iemand persoonlijk raakt. Het kan ook groter zijn zoals over geraakt worden door het leven zelf of iets dat het leven overstijgt⁵⁷. Het is niet altijd in woorden uit te drukken en niet altijd zichtbaar. Wel kan er uiting worden gegeven aan spiritualiteit in bijvoorbeeld gemeenschappelijke en persoonlijke rituelen, meditatie en gebed. Deze bezigheden kunnen deel zijn van een zingevende daginvulling. Spiritualiteit kan binnen traditionele kaders plaatsvinden, maar vindt tegenwoordig juist ook meer daarbuiten plaats. De ontkerkelijking in Nederland betekent niet dat ook spiritualiteit afneemt. Er is juist een beweging naar een andere invulling en beleving van spiritualiteit⁵⁸.

Levensbeschouwing is het hebben van een bepaalde visie of filosofie op het leven. Een levensbeschouwing kan onder andere voortkomen uit culturele tradities en religie⁵⁹. Hier kan vorm aan worden gegeven door bijvoorbeeld een gespreksgroep waarin levensbeschouwelijke thema's worden besproken.

De ervaring van de werkgroep is dat spiritualiteit en levensbeschouwing vaak pas in beeld komen bij het levenseinde, of alleen geassocieerd worden met religie. Het is wenselijk als er al eerder aandacht is voor (andere vormen van) spiritualiteit en levensbeschouwing omdat het verbonden kan zijn met vele andere zingevingsbehoeften. Het kan onder andere voorzien in een gemeenschap (je hoort ergens bij), richting geven aan iemands leven en het kan een bron van troost, hoop en kracht zijn in moeilijke fases in het leven.

Zowel spiritualiteit als levensbeschouwing kunnen bijdragen aan het vinden en geven van betekenis aan je levensverhaal en daginvulling. Bij begeleiding rond spiritualiteit en levensbeschouwing van cliënten en medewerkers kan een geestelijk verzorger ingezet worden.

In lijn met reeds opgebouwde gewoonten van de cliënt en inpassen in de dagelijkse routine

Door gewoonten en routines kan het leven veilig en vertrouwd aanvoelen^{60 61}. Gewoonten laten iets zien van iemands manier van doen, ze zijn persoonlijk en dus onderdeel van de identiteit van de cliënt. Waar het voor de ene cliënt een gewoonte en fijn is tv te kunnen kijken tijdens het ontbijt, kan het voor een ander juist de gewoonte zijn om dit niet te doen.

Over het algemeen kost het uitvoeren van activiteiten die gewend en vertrouwd zijn en binnen een dagelijkse routine worden uitgevoerd, minder inspanning. Daardoor blijft er meer energie voor andere dingen over. Het rekening houden met, of de daginvulling aanpassen aan de gewoonten van cliënten kan belangrijk en voor sommige cliënten zelfs een voorwaarde zijn. Het doorbreken van gewoonten en routines kan lastig zijn en een gevoel van onveiligheid geven.

Soms is een ontstane gewoonte niet zelf gekozen of dragen gewoonten niet bij aan het welzijn van de cliënt. Daarom is het advies om te onderzoeken of het een gewoonte, een voorwaarde en/of ondersteunend is bij de uitvoer van een zinvolle daginvulling. De werkgroep vindt het belangrijk om te

noemen dat als in de dagelijkse routine is opgenomen om altijd op dezelfde tijd te gaan wandelen, dit niet ook automatisch betekent dat dit dezelfde route moet zijn. Voor de ene cliënt is dit wel van belang en voor de andere niet. Ook dit vraagt om individueel te kijken naar de behoefte van de cliënt. Het mede inzetten van het netwerk van de cliënt (naasten, mantelzorgers en vrijwilligers) kan hierbij helpend zijn.

Verbinding met de samenleving

Verbinding van cliënten met de samenleving draagt bij aan gelijkwaardigheid en wederkerigheid, vanuit de erkenning dat mensen zonder en met beperking gelijkwaardig zijn ¹⁶. Verbondenheid en ontmoetingen zijn voor iedereen leerzaam en waardevol ¹⁶. Daarnaast draagt verbinding met de samenleving bij aan het gevoel van eigenwaarde, zingeving en sociale betrokkenheid. Door deel te nemen aan activiteiten buiten de zorgomgeving kunnen cliënten nieuwe sociale contacten opdoen, vaardigheden ontwikkelen en een gevoel van normaliteit en inclusie ervaren. Bovendien kan deelname aan maatschappelijke activiteiten leiden tot meer begrip en acceptatie van mensen met langdurige zorgbehoeften, wat inclusie en sociale cohesie bevordert.

Verbinding met de samenleving kan al met aandacht voor kleine, betekenisvolle momenten. Dit kan door cliënten te betrekken bij toegankelijke buurt- en gemeenschapsactiviteiten, zoals gezamenlijke maaltijden, festiviteiten of eenvoudige vrijwilligersprojecten. Cliënten met een lager functioneringsniveau (denk aan cliënten met vergevorderde dementie of cliënten met een ernstige verstandelijke beperking) kunnen bijvoorbeeld deelnemen aan prikkelarme, veilige omgevingen waar zij kunnen genieten van muziek, aanraking, geuren of visuele stimulatie, zoals in parken, speeltuinen of rustige buurtfestiviteiten. Hun aanwezigheid bij sociale activiteiten, in contact met anderen, kan hen een gevoel bieden van betrokkenheid, zelfs als dit niet op een cognitief niveau plaatsvindt. Daarnaast kunnen vertrouwde gezichten, zoals begeleiders, familieleden of vrijwilligers, een belangrijke rol spelen in het bevorderen van deze verbinding door hen regelmatig mee te nemen in de gemeenschap. Dit geeft de cliënt positieve ervaringen binnen diens beleavingswereld.

Ontwikkelingsgericht

Leren, ontwikkelen en (nieuwe) ervaringen opdoen zit in ieder de mens, ongeacht niveau of vaardigheden. Het gaat om een leven lang leren en ontwikkelen, waarbij zelfs de kleinste stappen waardevol kunnen zijn. Dit proces moet afgestemd worden op de mogelijkheden van de cliënt en beweegt mee met de veranderende samenleving. Ontwikkeling kan gaan over het aanleren van nieuwe vaardigheden, maar ook over het behouden van bestaande vaardigheden. Het is niet alleen belangrijk dat een daginvulling aansluit bij de talenten van de cliënt, maar ook dat deze gericht is op het verder ontwikkelen van die talenten, het ontdekken van nieuwe mogelijkheden of talenten en het periodiek uitproberen hiervan. Mensen met een beperking hebben recht op een leven lang ontwikkelen, zoals vastgelegd in het VN-verdrag voor mensen met een beperking.

Elementen die bijdragen aan zingevende daginvulling

Plezier en betrokkenheid

Plezier en betrokkenheid zijn twee elementen die vaak aan een zingevende daginvulling worden gekoppeld ⁵⁵. Het motiveert een cliënt om een activiteit opnieuw te doen. Tijdens de daginvulling

moet de lichaamshouding en gezichtsuitdrukking goed geobserveerd worden. Een glimlach, een twinkeling in de ogen, geboeid luisteren naar een verhaal of muzikale activiteit, maar ook een ontspannen houding kunnen een uiting van plezier zijn.

De werkgroep erkent dat het soms lastig te achterhalen is wat plezier voor iemand betekent en hoe dit wordt ervaren. Voorbeelden hiervan zijn onder andere cliënten met een laag cognitief bewustzijn, locked-in syndroom, verlammingen in het gezicht of lichaam, of een vorm van autisme.

Plezier hoeft niet al vanaf het eerste moment zichtbaar te zijn. De cliënt moet kunnen wennen aan de (nieuwe) situatie, wat tijd kan kosten. Als een cliënt de activiteit vaker heeft gedaan en hier succeservaringen bij heeft opgedaan, kan het de intrinsieke motivatie vergroten om de activiteit vaker te herhalen. Dit kan de kwaliteit van leven vergroten. Het kan ook voorkomen dat het per dag of moment verschilt of een taak als plezierig wordt beschouwd.

Om tot dit punt te komen, is het van belang om te weten wat de intrinsieke motivatie is van de cliënt om de activiteit te herhalen en of er een eventuele verbinding ligt met de (culturele) diversiteit en/of achtergrond van de cliënt. Ook moet rekening gehouden worden met de doelgroep waar de cliënt zich mee verbindt.

De werkgroep ziet dat het stellen van haalbare doelen bijdraagt aan het gevoel van uitdaging en trots. Dit kan weer van invloed zijn op het ervaren van plezier. Deze ervaring van plezier blijft iemand langer bij dan een kortdurende 'blijje' ervaring. Daarbij kan het een positieve bijwerking hebben op iemands zelfbeeld. Een terugkerende evaluatie over de ervaring van de cliënt en de uiting van plezier rond de intrinsieke motivatie is hierbij van belang om een passende daginvulling aan te bieden.

Autonomie en eigen regie

Dit betekent dat de persoonlijke waarden, voorkeuren en wensen van de cliënt altijd het uitgangspunt vormen voor de invulling van dagelijkse activiteiten^{62 61 63 56}. Als in de westerse wereld over autonomie of eigen regie wordt gesproken, worden elementen als keuzevrijheid en bewegingsvrijheid genoemd. Het verschilt echter per doelgroep en per persoon of het zelf(standig) keuzes maken een vanzelfsprekendheid is. Hierbij moet onder andere rekening gehouden worden met de wenselijkheid van de autonomie en de eigen regie van de cliënt. Sturing kan hierbij nodig zijn om goede zelfzorg toe te passen. Als er met cliënten wordt gewerkt met een niet-westerse achtergrond kan het thema 'autonomie/ eigen regie' anders gewogen worden. Hierbij kan de focus minder op het individu en meer op het groepsbelang liggen. Om die reden is autonomie geen voorwaardelijk element maar moet er gekeken worden naar de achtergrond en wensen van de cliënt of dit passend is.

De werkgroep ziet dat het verlies van autonomie als een groot verlies kan worden ervaren. Gedacht wordt aan het overnemen van taken, maar ook aan het thema 'levend verlies'. Hierbij is een cliënt zich ervan bewust dat hij taken minder/niet meer naar voldoening kan uitvoeren terwijl hij dat eerder wel kon. Dit bewustzijn kan een rouwproces oproepen, waarbij de cliënt opnieuw autonomie moet ontdekken. Soms is er een passende mogelijkheid tot het aanbieden van autonomie. Dan wordt een gevoel van meer controle over het leven waargenomen, groeit het gevoel van eigenwaarde, waardering voor de ander en het gevoel van betekenis te zijn voor de omgeving. Als deze elementen en (waar passend en wenselijk) het bieden van eigen regie in balans zijn, groeit de zelfwaardering

van de cliënt waardoor er minder signaalgedrag waargenomen wordt.

Waarbij binnen de ouderenzorg vaak de nadruk ligt op verlies van autonomie, wordt door de werkgroep genoemd dat binnen de gehandicaptenzorg autonomie juist toe kan nemen. Het is belangrijk om hier oog voor te hebben.

Bewegingsvrijheid is een belangrijk onderdeel van autonomie. Waar de cliënt in bewegingsvrijheid wordt beperkt, is het van belang om daar met betrokkenen (cliënt, familie, organisatie) over in gesprek te gaan. Vanwege de complexiteit van dit onderzoek ziet de werkgroep hier geen element in voor zingevende daginvulling. De werkgroep verwijst voor meer informatie over bewegingsvrijheid naar de Wet zorg en dwang⁶⁴.

Casus autonomie

'Mevrouw Bihari heeft na aanleiding van haar dementie een vergrote drang om te bewegen. Wanneer mevrouw deuren ziet, wil zij deze openen om naar buiten te gaan, waarbij zij dwingend gedrag naar haar omgeving laat zien. Iedere dag gaat een begeleider een wandeling maken waarbij een vaste route wordt gelopen. Langs het gebouw, de bomen, de vijver en de dieren. Vanwege de vaste route en de voorspelbaarheid lijkt er minder communicatie te zijn tussen de begeleider en mevrouw en wordt er enkel een beroep gedaan op de fysieke activiteit van mevrouw. Wanneer mevrouw Bihari de keuze van de begeleider aangeboden krijgt welk pad of richting er gevolgd gaat worden voor die wandeling, kijkt zij op naar haar begeleider en maakt zij een keuze om eens om het gehele gebouw te lopen en even te blijven zitten op het bankje om naar de paarden te kijken. Het pad en de richting kunnen hetzelfde zijn als die mevrouw dagelijks loopt, toch wordt zij meer betrokken bij de keuzemogelijkheden en wordt zij ook op neurologisch vlak gestimuleerd. Mevrouw Bihari heeft als waarneembaar resultaat een ontspannen lichaamshouding bij terugkeer op de afdeling.'

Variatie

Met behulp van variatie binnen een zingevende daginvulling kan gezorgd worden voor prikkeling en kunnen nieuwe behoeften van en met de cliënt uitgezocht worden⁶³. Hierbij is de mate van variatie persoonsafhankelijk en kan dit, waar mogelijk, besproken worden met de cliënt of diens vertegenwoordiger. Er kan rekening gehouden worden met de behoefte aan variatie in verschillende leeftijdsfasen en/of de cognitieve toestand van de cliënt. Door de mogelijkheden te bespreken, worden er keuzemogelijkheden aan de cliënt gegeven. Dit hoeven geen hele grote veranderingen in de dag te zijn. De werkgroep ziet hierbij ook dat wanneer er tussen een individuele- en een groepsactiviteit afgewisseld wordt, dit bijdraagt aan het invullen van de lengte en de intensiteit van de activiteiten. Een overweging die de werkgroep stelt bij dit element is dat het ook weer maatwerk is. Voor sommige cliënten is herhaling juist de kracht. Zij raken ontregeld als er teveel variatie wordt aangebracht.

Casus variatie

'Er staat een gezamenlijke creatieve activiteit op het programma, dit keer is dat weer schilderen. Henk kwam vorige keer gemakkelijk op ideeën om te schilderen en begon enthousiast met de kwast en verschillende kleuren te schilderen op het doek. Ook deze keer heeft hij al meerdere ideeën om mee aan de slag te gaan.

Charifa was de vorige keer iets minder enthousiast, terwijl in haar dossier staat dat ze schilderen vroeger wel leuk vond. Ze vond het lastiger om een idee te bedenken, waardoor er al een kwartier verstreken was voordat ze begon. Begeleiding hoorde later van de familie dat Charifa het ook moeilijk vond omdat ze de kwast niet kon vasthouden en best met haar vingers wilde verven maar dacht dat dit mogelijk als kinderachtig gezien zou worden. Bij de start van de groepsactiviteit introduceert begeleiding dat het schilderen vandaag met handen, voeten en kwasten mag. Ook helpt begeleiding Charifa op weg met een idee voor het schilderen. Hierdoor kreeg Charifa meer vrijheid in het schilderen, zonder kwast.'

Sociale contacten onderhouden & ontwikkelen

Iedereen heeft sociale contacten nodig om tot zingeving te komen ^{65 44 61}. De werkgroep is van mening dat de mate van het inzetten van sociale contacten om een veilig en vertrouwd leefklimaat op te bouwen, persoonsafhankelijk is.

Het verliezen van sociale contacten kan van invloed zijn op iemands gedrag. Er kan hierbij nagegaan worden wat de wensen en mogelijkheden van de cliënt zijn; heeft deze meer één-op-één-begeleiding nodig, kan de activiteit ook in een groep aan worden geboden of moet er juist gezocht worden naar een individueel contactmoment met een bekende, zoals koffiedrinken met een buurvrouw van vroeger?

De begeleiding kan hierbij de taak hebben om de juiste omstandigheden te faciliteren zodat men (nieuwe) contacten kan aangaan en de mogelijkheid groeit tot het opdoen van zingevende ervaringen.

Zorg voor andere cliënten (of zorg voor gemeenschap)

Het zorgen voor anderen kan de cliënt het gevoel geven bij te dragen aan de maatschappij en hier onderdeel van uit te maken ⁴³. Het gaat namelijk om iets dat je niet voor jezelf doet maar voor de ander. De werkgroep ziet dat er in de langdurige zorg op vele vlakken voor de cliënt wordt gezorgd, geregeld en gepland. Het bieden van de mogelijkheid aan de cliënt om dit zelf ook voor een ander te doen, kan wenselijk zijn. Wanneer het zorgen, het bijdragen aan, en het iets kunnen betekenen voor anderen bijdraagt aan een gevoel van nuttigheid, kan het een zinvolle daginvulling voor de cliënt zijn. In een dergelijk geval kan het belang hiervan ook extra worden benadrukt door de cliënt te complimenteren: 'Wat fijn dat u de aardappels schilt, dat geeft mij wat extra tijd' of 'Doordat jij de konijnen eten hebt gegeven, zijn ze weer blij!'

Bij het zorgen voor anderen moet de veiligheid voor de cliënt, diens omgeving en de kwaliteit van zorg wel gewaarborgd blijven. Daarnaast is het zorgen voor anderen vanuit een plichtsgevoel niet altijd zingevend. De werkgroep vindt het daarom belangrijk om naar elke cliënt individueel te blijven

kijken en passende manieren van zorgen voor anderen aan te bieden als dat gewenst is.

Gevoel van verbondenheid met de natuur

Het gevoel verbinding te hebben met de natuur is een belangrijk element voor het fysieke en psychisch welzijn van cliënten uit verschillende doelgroepen^{66 67}. De natuur zoals wij die kennen op het noordelijk halfrond maakt onderdeel uit van een kringloop waarbij seizoenen elkaar opvolgen. Dit biedt momenten van herkenning en daarmee aanknopingspunten voor een gesprek.

De natuur kan buiten worden ervaren, maar er kunnen ook elementen uit de natuur op kleine schaal naar binnen worden gehaald. Hierdoor is de natuur een aanvulling op de sensorische beleving van de cliënt door gras of zand onder de voeten of aan de handen te voelen. Het werken met de handen in de aarde lijkt een positieve werking te hebben op de mentale en fysieke gezondheid. Daarnaast heeft ieder seizoen elementen die ingezet kunnen worden. Denk hierbij aan bloemen, dennenappels en kastanjes. Als er minder mogelijkheden zijn om in de natuur te werken, kan er ingezet worden op een virtuele natuurlijke omgeving.

Het ervaren van de natuur brengt wel obstakels met zich mee. Met de inzet van virtuele middelen worden de kosten ook hoger. En voor het werken met bijvoorbeeld een moestuin moet er genoeg ruimte zijn en mankracht voor de verzorging van de planten. Ook moeten cliënten in een rolstoel toegang kunnen krijgen tot deze natuurervaringen.

Werken met dieren kan een cliënt het gevoel geven iets bij te dragen aan de maatschappij of het zorgen voor het dier, maar er moet ook nagedacht worden over dierenwelzijn. Daarnaast moeten er duidelijke afspraken gemaakt worden wat betreft de kosten voor het verzorgen van de dieren en wie er eindverantwoordelijk is voor deze dieren.

De werkgroep vindt als laatste punt dat er aan de cliënt een balans geboden moet worden tussen een natuurlijke en een stadse omgeving. Er moet hierbij nagegaan worden wat de cliënt als herkenning ervaart, waar hij ontspanning bij vindt, maar ook hoe de prikkelverwerking van de cliënt is.

Soms is passief ook prettig

Passieve activiteiten kunnen ook als activiteiten worden gezien; het betekent niet dat je niks doet (het is geen apathie), maar bijvoorbeeld in gedachten uit het raam staren. De juiste afwisseling tussen passief en actief is belangrijk⁴³. Als de cliënt een activiteit meebeleeft of meekijkt in een groep, kan dit een vorm van daginvulling zijn. Tijdens het meebeleven maakt de cliënt namelijk toch deel uit van de groep.

Als iemand een activiteit meebeleeft, krijgt de cliënt de mogelijkheid om de informatie te verwerken en te overdenken. Daarbij is het een van de veiligste, meest haalbare en goedkoopste activiteiten. De werkgroep erkent dat juist deze passieve activiteiten met vaak onduidelijke kaders moeilijk te coördineren zijn. Het kan voorkomen dat cliënten te veel onrust ervaren om deel te nemen aan passieve activiteiten, of juist onrustig worden van 'niet ingevulde' tijd.

Hierbij is het belangrijk om de cliënt te kennen, zodat er goede ondersteuning kan plaatsvinden om

de juiste balans te vinden in de prikkelverwerking. Dit is ook belangrijk om het onderscheid te kunnen zien tussen overprikkeling en te weinig prikkels. Bij zowel onder- als overprikkeling kan er signaalgedrag ontstaan. Houd dit voortdurend bespreekbaar met cliënten en collega's: kijkt de cliënt rustig naar buiten of valt de cliënt eigenlijk van verveling in slaap? Het aanbieden van een zichtbaar passieve activiteit kan hierbij een activiteit zijn die de hersenen wel activeert. Bijvoorbeeld het luisteren naar muziek. Bij het luisteren naar muziek op de achtergrond, vindt er minder hersenactiviteit plaats, dan als er gericht wordt geluisterd naar muziek. Er vindt in beide gevallen activering in de hersenen plaats.

Het inzetten van een snoezelruimte kan een passende passieve activiteit zijn. Hierbij krijgen de cliënten een andere manier van prikkels en worden zij geholpen te kalmeren en 'te landen'. Hierdoor is de snoezelruimte een zinvolle onderbreking van drukke ruimtes en kan er mogelijk beter richting worden gegeven aan de behoeften van de cliënt.

Productiviteit en nuttigheid

Het ondernemen van nuttige activiteiten kan bijdragen aan het gevoel 'er nog toe te doen in de maatschappij'⁶¹. Een cliënt krijgt hiermee een passende rol en een bijdrage aan het geheel. De invulling van productiviteit kan zeer uiteenlopen per cliënt. Dit kan het hebben van een passende (en soms zelfs betaalde) baan betekenen. Om hier meer over te lezen verwijst de werkgroep door naar [werken met een beperking](#). In deze richtlijn wordt productiviteit breder beschouwd. Het is belangrijk te achterhalen wanneer een cliënt zich nuttig voelt. Is dat als hij kan helpen bij het dekken van de tafel of het wegbrengen van de post? Als we over productiviteit spreken, gaat het overigens niet direct om het afleveren van een product. Het gaat eerder om een activiteit met een voor de cliënt zinvol ofwel nuttig resultaat⁶⁸.

Integreren van vaardigheden en interesses van de cliënt

De werkgroep sluit aan bij de gevonden literatuur die stelt dat het belangrijk is dat activiteiten binnen de zingevende daginvulling aansluiten bij de eigen vaardigheden en interesses van de cliënt⁶⁹. Hierbij kan ook gedacht worden aan de zintuiglijke voorkeur van een cliënt. Door het aansluiten bij de eigen vaardigheden van een cliënt kan het gevoel van zelfvertrouwen en eigenwaarde bevorderd worden. Aan de andere kant kan het onvoldoende aansluiten bij de eigen vaardigheden juist frustratie opleveren, doordat er sprake kan zijn van over- of ondervraging. Dit element sluit aan bij eerdere aanbevelingen over zingevende dag invulling en maatwerk.

Fysieke activiteit

Fysieke activiteiten hebben gezondheidsvoordelen, maar zijn ook een sterke verbinder met het zijn en jezelf ervaren⁶¹. Dit is voor veel doelpopulaties in de langdurige zorg een hele belangrijke factor. De werkgroep merkt hierbij op dat het cliënten meer in verbinding stelt met het eigen lichaam en kan helpen alertheid te reguleren. Fysieke activiteiten zijn van belang voor het mentale welzijn en kunnen ervoor zorgen dat bepaalde activiteiten uitgevoerd kunnen blijven worden.

Fysieke activiteit wordt als heel belangrijk gezien door de werkgroep. Hierbij moet worden opgemerkt dat in de praktijk blijkt dat familie, betrokkenen en zorgprofessionals dit element vaak belangrijker

vinden dan de cliënt zelf. Dit vraagt om een creatief aanbod van fysieke activiteiten, zoveel mogelijk passend bij wat een cliënt kan en interessant vindt.

Een fysieke activiteit hoeft niet altijd een grote bewegingsactiviteit te zijn. Er kan ook juist gezocht worden naar het aanbieden van kleine bewegingsactiviteiten zoals stoelyoga, of het integreren van een bewegingsactiviteit in de dagelijkse activiteiten.

De werkgroep ziet in de praktijk regelmatig dat activiteiten die beweging uitlokken, worden overgenomen door zorgverleners, terwijl het zelf wegbrengen van de spullen naar de keuken al een fysieke activiteit is. Het is belangrijk om te kijken op welke wijze een activiteit wel aangeboden kan worden, ondanks mogelijke lichamelijke beperkingen die iemand heeft.

De SKILZ richtlijn 'Bewegen als gewoonte in de langdurige zorg' geeft hier handvatten voor (richtlijn is nog in ontwikkeling).

Als laatst wordt opgemerkt dat er bij het aanbieden van fysieke activiteit aandacht moet zijn voor balans tussen in- en ontspanning, eigen regie en het aanbieden/aannemen van rustmomenten.

Samenwerking met informele zorgverleners

Informele zorgverleners kennen de cliënt meestal goed. Informatie over voorkeuren, interesses en gewoonten van vroeger is allemaal informatie die gebruikt kan worden om tot een keuze van een activiteit te komen. Daarnaast kan het gezamenlijk uitvoeren van een activiteit met de naasten of andere direct betrokkenen plezier en betekenis voor de cliënt bevorderen. Hierbij is samenwerking tussen informele en professionele zorgverleners essentieel. Beide hebben hun eigen specifieke kennis over de cliënt, de mogelijkheden binnen de organisatie of mogelijke activiteiten die aangeboden kan worden.

Als informele zorgverleners actief deelnemen aan zingevende activiteiten is dit een mooie aanvulling. Er moet echter wel rekening gehouden worden met de capaciteiten van de informele zorgverlener. Overbelasting bij mantelzorgers is een bekend probleem. Ondanks de krapte op de arbeidsmarkt, moet het niet vanzelfsprekend zijn dat mantelzorgers een actieve rol hebben in het aanbieden van activiteiten. Dit voorkomt dat activiteiten alleen maar door kunnen gaan als informele zorgverleners aanwezig zijn.

5. Het toepassen van zingevende daginvulling als zorgverlener

Autorisatiedatum 25-02-2025 Beoordelingsdatum 25-02-2025

5.1 Toepassen van zingevende daginvulling

Voor cliënten in de langdurige zorg is een zingevende daginvulling belangrijk. Zorgverleners spelen een belangrijke rol bij het faciliteren en creëren van omgevingen en activiteiten die de levenskwaliteit verhogen door zingeving te bevorderen. Uit de [knelpunteninventarisatie](#) blijkt dat zorgprofessionals behoefte hebben aan praktische handvatten voor het toepassen van zingevende daginvulling. Personeelstekort en drukte op de werkvloer worden genoemd als knelpunten voor het toepassen van zingevende daginvulling. Er wordt echter ook aangegeven dat als zorgprofessionals de juiste handvatten krijgen, het ook mogelijkheden kan geven om tijd te besparen. De oplossing hoeft niet altijd iets groots te zijn maar kan juist ook iets kleins zijn waar cliënten in worden meegenomen.

5.1.1 Uitgangsvraag

Wat kun je als zorgverlener doen om zingevende daginvulling te bevorderen bij cliënten die langdurige zorg ontvangen?

5.1.2 Aanbevelingen

Faciliteer één of meerdere dagelijkse activiteiten en laat een deel van deze (zingevende) activiteiten ook onderdeel zijn van het dagelijks leven (bijvoorbeeld samen koffie rond brengen). Denk eraan dat er beter iedere dag één gelukkig moment voor een cliënt kan zijn, dan iedere maand een gelukkige dag.

Geef de cliënt diverse keuzemogelijkheden, passend binnen de grenzen en het vermogen van de cliënt en zijn omgeving. Denk hierbij aan het creëren van een plek voor een hobby, zoals ruimte om te genieten van muziek.

Zet je eigen persoonlijke overtuigingen aan de kant als het gaat over het in beeld brengen van zingevende daginvulling van je cliënt op gebied van spiritualiteit en levensbeschouwing. Probeer door een open en sensitieve benaderingswijze te achterhalen wat voor de cliënt belangrijk is.

Pas de communicatie aan op de specifieke kenmerken van de cliënt. Gebruik begrijpelijke taal en vermijd gebruik van medische jargon (vaktaal). Gebruik eventueel visuele hulpmiddelen zoals pictogrammen, animaties en video's om informatie te verduidelijken.

Denk in mogelijkheden en zoek naar opties voor leren en ontwikkeling van de cliënt.

Onderzoek welke technologieën helpend en ondersteunend zijn voor een zingevende daginvulling.

Zoek, binnen de mogelijkheden van de zorginstelling of de thuisomgeving, naar (nieuwe) manieren van daginvulling waarbij de traditionele Nederlandse activiteiten worden vervangen door meer inclusieve activiteiten die passen bij verschillende culturele achtergronden.

Vraag zo nodig een geestelijk verzorger (binnen de instelling of thuissituatie) of casemanager (in de thuissituatie) om advies als er wensen bestaan over zingevende daginvulling met aandacht voor spiritualiteit en levensbeschouwing.

5.1.3 Onderbouwing

Om het signaleren van zingevingsbehoeften in kaart te brengen, is systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd naar de volgende onderzoeksvraag:

Hoe moet je handelen bij het toepassen van zingevende daginvulling bij cliënten die langdurige zorg ontvangen?

Klik [hier](#) voor een samenvatting en de conclusies van het literatuuronderzoek. De verantwoording inclusief methodebeschrijving van het literatuuronderzoek is in [deze bijlage](#) te vinden.

5.1.4 Overwegingen

De werkgroep sluit zich aan bij de toepassingen die in de literatuur gevonden zijn. Maar de werkgroep ziet ook een aantal toevoegingen die belangrijk zijn bij het toepassen van zingevende daginvulling voor cliënten die langdurige zorg ontvangen.

De rol van de zorgverlener

De werkgroep benadrukt dat het de rol van de zorgverlener is om bij het toepassen van zingevende daginvulling van cliënten vanuit kennis en expertise voortdurend naast de cliënt te gaan staan. Denk vanuit de cliënt, kijk mee vanuit hun oogpunt, leef je in. Verbind dat wat je tegenkomt en ervaart met je eigen kennis en expertise en schakel ook anderen in om een zo compleet mogelijk beeld van een cliënt te krijgen en te behouden. Wees creatief en denk in mogelijkheden, maar houd daarbij oog voor het kleine wat voor de cliënt juist groot kan zijn.

De rol van de zorgverlener is om de cliënt te ondersteunen in de zoektocht naar zingeving en om dit tot uiting te brengen in dagelijkse activiteiten. Zingevende daginvulling kan intern aangeboden worden. Als dit niet mogelijk is, moet extern worden gekeken en moeten er relaties worden aangegaan met andere zorgaanbieders. Hierdoor wordt meer regionaal samengewerkt en is er minder concurrentie en meer aanvulling op elkaars zorgaanbod. Het observeren, evalueren en aanpassen is een continue proces dat geborgd ligt binnen de dagelijkse zorg. Kortom, een zorgverlener faciliteert de zingevende daginvulling van de cliënt, maar is hier zelf ook onderdeel van.

Bij het toepassen van zingevende daginvulling, moet een zorgverlener ook rekening houden met:

Het herkennen en ondersteunen van spirituele behoeften

De werkgroep geeft aan dat de rol van spirituele behoeften verandert. Het is prettig als je kennis hebt over spirituele behoeften zoals levensbeschouwing, maar het is niet leidend. Het belangrijkste vindt de werkgroep het loslaten van de eigen overtuigingen. Je hoeft het simpelweg niet eens te zijn, of ook zo te ervaren om de ander te ondersteunen in het vormgeven van diens spirituele behoeften.

De werkgroep merkt op dat zorgverleners kunnen bijdragen aan een organisatiestandaard om in beeld te brengen welke spirituele behoeften er zijn. Zo ziet de werkgroep een mogelijkheid bij de intake, maar ook bij belangrijke momenten in iemands leven, zoals bijvoorbeeld feestdagen. Daarbij wordt wel de overweging meegegeven dat stilstaan bij iemands levensbeschouwing belangrijk is, maar dat het ook belangrijk is te observeren wat dit met iemand doet. Niet iedereen heeft een veilige

herinnering aan diens levensbeschouwing. Om aan behoeften rondom spiritualiteit en levensbeschouwing te kunnen voldoen, kunnen geestelijk verzorgers om advies gevraagd worden. Zij kunnen meedenken om invulling te geven aan deze behoeften. In de thuissituatie kan ook een casemanager deze rol vervullen. Daarnaast adviseert de werkgroep om als zorgverlener soms concrete activiteiten aan te bieden aan de cliënt zoals naar de kerk gaan, een gespreksgroep over levensthema's of aansluiten op feestdagen die voor de cliënt belangrijk zijn. Een voorwaarde hierbij is om de waarde van de cliënt leidend te laten zijn.

Faciliteren van passende dagelijkse activiteiten

De werkgroep benadrukt dat er beter iedere dag één gelukkig moment voor een cliënt kan zijn, dan iedere maand een gelukkige dag. Ook hoeft de activiteit niet altijd heel groot of zinvol voor de omgeving te zijn. Activiteiten kunnen onderdeel zijn van het dagelijks leven, zoals meehelpen in het huishouden. Het faciliteren vanuit de zorgaanbieder/zorginstelling bestaat uit het zoeken naar mogelijkheden, zowel financieel als in tijd, om activiteiten mogelijk te maken. Wees ook niet te voorzichtig met het experimenteren met nieuwe dingen. Hierbij kunnen zowel de mogelijkheden intern (binnen de zorgaanbieder) als extern (bijvoorbeeld bij andere zorgaanbieders, in buurthuizen of bij reguliere werkgevers) benut worden. De werkgroep benoemt hierbij het organiseren van bijvoorbeeld een 'proeverij' als optie. Hierbij krijgen de cliënten verschillende activiteiten, soorten muziek of geuren te 'proeven'⁷⁰. Door te luisteren naar de cliënt of het observeren van de cliënt kan de zorgverlener passende daginvulling voor de betreffende cliënt toepassen.

Daarnaast ziet de werkgroep dat ethische overwegingen mee kunnen spelen in het wel of niet aanbieden van activiteiten (denk hierbij aan de keuze om een borrel met of zonder alcohol aan te bieden). Waarbij de nadruk moet liggen op wat er wel kan, in plaats van wat er niet kan.

Opbouwen van een goede zorgcultuur en goede communicatie

De werkgroep onderstreept het belang van goede communicatie⁷¹. Die communicatie gaat over de interactie tussen zorgprofessional en cliënt. Er moet daarbij oog zijn voor de gedragsbenadering die past bij de cliënt. Het gebruik van koosnamen kan passend zijn als dat prettig is voor de cliënt, maar het gebruik van koosnamen of verkleinwoordjes kan ook betuttelend of niet professioneel overkomen. Verder kan gewoon een vraag hoe het met iemand gaat al waardevol zijn voor een cliënt. De werkgroep ziet dit wel als haalbaar, ondanks veel gehoorde krapte en tijdsdruk. Een 'praatje' kan altijd gecombineerd worden met andere zorgtaken zoals de algemene dagelijkse levensbehoeften (ADL) of het opmaken van het bed. Er moet wel rekening gehouden worden met het emotioneel niveau en de wijze en het niveau van communiceren van de cliënt. De zorgverlener moet hierop aansluiten.

Rekening houden met (culturele) achtergronden en verschillen

Het onderzoeken van behoeften van cliënten met een andere culturele achtergrond dan de Nederlandse, of cliënten die de Nederlandse taal niet machtig zijn, kan complex zijn voor zorgverleners. Daarvoor is onder meer een cultuursensitieve benadering bij het in beeld brengen van de cliënt nodig. De medewerker moet sensitief zijn op het signaleren van verschillen, een open en oprecht nieuwsgierige houding aannemen en het vermogen hebben om breed te denken.

Wat voor de culturele achtergrond van toepassing is, geldt ook op het gebied van genderdiversiteit, normen en waarden, geloof en achtergrond. De werkgroep is van mening dat er ruimte moet zijn voor de verschillen tussen individuen. Ook de activiteiten moeten multicultureel van aard kunnen zijn in plaats van de traditionele activiteiten die typisch Nederlands zijn met Nederlandse muziek op de achtergrond. Geuren, lichten en geluiden kunnen al veel bepalen in gevoel. Het is hierbij van belang dat de medewerker zich bewust is van het eigen referentiekader waar vanuit gewerkt wordt en die de blik op de cliënt kan beïnvloeden.

Naast het bewustzijn van het eigen referentiekader, moet er kennis, maar vooral ook oprechte interesse en nieuwsgierigheid zijn over het brede palet aan culturen en levensstijlen waar de medewerker mee in aanraking kan komen. Ieder persoon vult de eigen cultuur en het geloof zelf in. Voorbeelden zijn onder meer de verschillende culturele belevingen van, en omgang met, ziekte en de dood. Maar binnen deze culturele verschillen kunnen ook andere gedachtegangen zijn tussen personen. Daarom is het belangrijk altijd open te staan voor de achtergronden van ieder persoon.

Ook kan er vanuit meer collectieve of meer individualistische culturen verschillend gekeken worden naar de invulling van begrippen als gemeenschap en zelfontplooiing. Door de sensitiviteit, interesse en nieuwsgierigheid voor diversiteit bij de professional te ontwikkelen, kan deze zien wat de cliënt nodig heeft en kan de zorgverlener daarop aansluiten.

Het kennen van je cliënt als geheel

De werkgroep benadrukt het belang van het kennen van je cliënt. Het gaat hier over feitelijkheden over de cliënt, bijvoorbeeld de medische geschiedenis of het arbeidsverleden. Maar minstens net zo belangrijk vindt de werkgroep het kennen van de cliënt als persoon. Daarbij horen verschillende factoren van een cliënt zoals de emotionele ontwikkeling of mentale gezondheid. Alle factoren zijn beschreven in de module '[De cliënt](#)'. De werkgroep is zich ervan bewust dat het tijd kost om je cliënt goed te leren kennen en dat deze tijd in de praktijk soms moeilijk is door de hoge doorlooptijd bij bepaalde diagnosegroepen. In instellingen waar cliënten langere tijd wonen, of bij de thuissituatie waar zorgprofessionals langere tijd bij dezelfde cliënt thuis komen, is er de mogelijkheid om een vertrouwensrelatie op te bouwen. In instellingen waar cliënten worden opgenomen met een hoge zorgindicatie, is de verblijfsduur korter en is het moeilijker om een vertrouwensrelatie op te bouwen. Er wordt echter ook in de praktijk gezien dat zorgverleners op allerlei momenten (al is het een kort moment tijdens de zorg), contact hebben met de cliënt dat de kennis over de cliënt vergroot. Het rapporteren van deze kennis in het zorgdossier is erg belangrijk. Kennis wordt op deze manier gebundeld en andere collega's, of invalmedewerkers, kunnen deze kennis inlezen.

Het bieden en stimuleren van eigen regie, autonomie en onafhankelijkheid

De werkgroep vindt het belangrijk om eigen regie en autonomie een rol te laten spelen in het toepassen van zingevende daginvulling. Het betekent niet dat de cliënt alleen moet beslissen, of alles alleen moet doen, maar dat er keuzevrijheid is in wanneer, en in welke mate, de cliënt geholpen wordt. Deze keuzevrijheid moet wel binnen de grenzen van het vermogen van de cliënt passen. Niet alle cliënten kunnen altijd goed opkomen voor hun eigen belangen. Ook kan het zijn dat cliënten moeite hebben met het overzien van consequenties van bepaalde keuzes. Daarnaast moet er

rekening mee gehouden worden dat niet binnen iedere cultuur autonomie en onafhankelijkheid dezelfde invulling heeft. Sommige culturen leggen meer nadruk op individuele vrijheid en zelfbeschikking, terwijl andere culturen het collectief belang en de verantwoordelijkheid naar de gemeenschap centraal stellen. Hierdoor kan autonomie in de ene cultuur betekenen dat iemand zelfstandig beslissingen neemt, terwijl het in een andere cultuur eerder draait om het afstemmen van keuzes op de behoeften van de groep. Het is dan aan de zorgprofessional om deze belangen, in samenwerking met anderen, te behartigen.

Motiveren van verbinding met de samenleving

De werkgroep onderscheidt twee momenten waarin sociale contacten een rol kunnen spelen. Allereerst bij de uitvoering van de zingevende daginvulling en ten tweede bij het in beeld brengen van de behoeften van de zingevende daginvulling.

De werkgroep geeft aan dat het hebben van sociale contacten ook onderdeel kan zijn van een zingevende daginvulling. Niet alleen vanuit bekenden en oude relaties van cliënten, maar ook in het hebben van sociale interacties met onbekenden. Daarnaast kunnen ook zorgverleners een rol spelen in het faciliteren van sociale relaties. Zij kunnen dit doen door cliënten met gelijke interesses en behoeften aan elkaar voor te stellen. Het is belangrijk om de reacties en emoties die daarbij komen te observeren en zo nodig te begeleiden.

In het inventariseren kunnen familieleden en vrienden een rol spelen. De werkgroep merkt daarbij op dat het belangrijk is om te weten of het de mening is van de cliënt of van het familielid. Soms vindt een familielid iets heel leuk voor een cliënt, maar de cliënt moet het zelf ook leuk vinden. Hierbij kunnen cultuur, levensbeschouwing en genderdiversiteit een rol spelen. Daarbij moet wel rekening gehouden worden met het feit dat een cliënt bij familie/vrienden een ander beeld kan laten zien dan bij de zorg en vice versa. De werkgroep adviseert dit open te bespreken met naasten.

Vormgeven van de omgeving en creëren van thuisomgeving

Een veilig en vertrouwd gevoel hebben in de woonomgeving, geeft ruimte en mogelijkheden voor een cliënt om zich te richten op de daginvulling die hij zinvol vindt. Dit element geldt met name voor cliënten in een instelling.

Denk in mogelijkheden

Het is belangrijk om te (leren) denken in mogelijkheden in plaats van beperkingen. Er is veel krapte in de zorg, maar om die focus te verleggen kunnen zorgverleners creatief gebruik maken van de beschikbare middelen die er wel zijn, samenwerking zoeken met lokale netwerken, vrijwilligers, mantelzorgers of casemanagers en gebruik maken van de talenten en ontwikkelingsmogelijkheden van de cliënt. Het draait erom de unieke talenten en interesses van de cliënt te kunnen benutten en activiteiten op maat aan te bieden die aansluiten bij hun ontwikkelingsmogelijkheden. Door kleine, haalbare stappen te zetten en individuele groei te stimuleren, kunnen zorgverleners cliënten ondersteunen bij het ervaren van zingevende en persoonlijke ontwikkeling. Flexibiliteit en maatwerk zijn hierbij sleutelbegrippen, waarbij zelfs kleine activiteiten grote impact kunnen hebben op het welzijn van de cliënt.

Gebruikmaken van technologie

De werkgroep hecht waarde aan het op een passende en effectieve manier inzetten van technologie. Omdat het voor cliënten lastig kan zijn om hier zelf keuzes in te maken, wordt dit doorgaans door de begeleiding gedaan. Gedacht kan worden aan het inzetten van filmpjes en fotografisch materiaal om herinneringen op te roepen. Maar ook het gebruik van virtual reality of muziektechnologieën worden als zinvol gezien door de werkgroep. Het creëren van randvoorwaarden als goede toegankelijkheid, internet en voldoende financiële middelen is essentieel voor het slagen van de inzet. Daar waar de technologieën regelmatig kostbaar, persoonsgebonden en tijdsgebonden zijn, ziet de werkgroep mogelijkheden in het zoeken van samenwerking en het inzetten van een technologie- en innovatiebibliotheek waar de verschillende dagcentra en zorginstellingen de materialen kunnen huren. Hierdoor wordt het ook mogelijk om nieuwe innovaties uit te proberen zonder dat het product gelijk aangeschaft hoeft te worden. Daarnaast geeft de werkgroep aan dat voor verschillende generaties de ene technologie beter aansluit dan andere. De werkgroep vindt het belangrijk om voor ogen te houden wie je voor je hebt en wat diegene belangrijk vindt aan de bestaande of actuele technische mogelijkheden. Daarnaast, om technologieën goed toe te passen, is het belangrijk dat het als interventie wordt gezien die een aanvulling is op de wens van zingeving, anders dan een activiteit.

Modellen en methoden

Met het literatuur onderzoek zijn er [modellen](#) gevonden die gebruikt worden voor het faciliteren van zingevende daginvulling en het uitstippelen wat daarvoor binnen een zorginstelling moet gebeuren. Dat zijn de volgende modellen: het ABLE-model, de dementiAbility Methode en de BAM-methode^{72 61}. De modellen worden door de werkgroep niet herkend of gebruikt. Echter, de werkgroep benadrukt dat er verschillende modellen en stromingen zijn, waarbij het belangrijk is dat de zorgverleners onderzoeken welke passend is voor de desbetreffende cliënt en werkend voor de zorgverlener. Ook kan het inzetten van geluiden de momenten in de dag markeren en kan er met kleuren gewerkt worden om een bepaalde sfeer te creëren of duidelijkheid te scheppen.

Ethische overwegingen

Zorgverleners moeten zich bewust zijn dat het toepassen van zingevende daginvulling kan worden beïnvloed door interventies die ingezet zijn vanuit de Wet zorg en dwang (Wzd)⁶⁴. Hoewel de wet bedoeld is om dwang te minimaliseren en alternatieven te bevorderen, blijft het een uitdaging om de balans te vinden tussen noodzakelijke zorgmaatregelen en het bieden van activiteiten die het leven van cliënten verrijken en betekenis geven⁷³. Interventies vanuit de Wzd kunnen de autonomie van cliënten beperken, wat hun vermogen beïnvloedt om zelfstandig keuzes te maken over hun daginvulling. Dit kan het aanbieden van zingevende daginvulling bemoeilijken. Daarnaast moeten zorgverleners balanceren tussen veiligheid en welzijn, wat de focus op zingevende activiteiten kan bemoeilijken. Aan de andere kant, goed afgestemde daginvulling heeft ook een positieve invloed op het gedrag van de cliënten en kan onbegrepen gedrag verminderen.

De werkgroep adviseert om altijd in gesprek met de cliënt te blijven over welke mogelijkheden er zijn. Hoewel de Wzd zorgverleners stimuleert om creatieve en persoonsgerichte oplossingen te vinden, vereist dit extra training en inspanning. Voor meer aanbevelingen hierover kan ook de richtlijn 'het

toepassen van drang en het voorkomen van verzet' geraadpleegd worden (deze richtlijn is bij SKILZ in ontwikkeling).

6. Organisatie van zorg

Autorisatiedatum 25-02-2025 Beoordelingsdatum 25-02-2025

6.1 Organisatie van zorg

In dit hoofdstuk staat de organisatie van zorg rondom zingevende daginvulling centraal. Op welke wijze kan de organisatie van zorg bijdragen aan een goed georganiseerde, zingevende daginvulling?

De complexe zorgvraag van cliënten die langdurige zorg ontvangen en de breedte van het thema zingevende daginvulling maken dat er veel verschillende disciplines bij betrokken zijn. Dit zorgt ervoor dat efficiënt samenwerken complex is. In een zorginstelling, maar ook onderling tussen zorginstellingen, zijn heldere afspraken nodig. Daarnaast is ook de samenwerking met cliënten en naasten van groot belang.

In Nederland is een grote diversiteit aan organisatievormen binnen de langdurige zorg. Dit maakt de uitwerking en uitvoering van zingevende daginvulling een uitdaging.

De aandachts- en verbeterpunten die uit de [knelpunteninventarisatie](#) naar voren komen, laten zien dat de zorg rondom zingevende daginvulling in de praktijk verbetering behoeft. Deze verbeterpunten kwamen met name naar voren op het gebied van samenwerking, efficiëntie en continuïteit van zingevende daginvulling. Ook het tekort aan vast personeel speelt hierbij een rol. Het is echter niet zo dat alle gevonden knelpunten ook daadwerkelijk gelden voor alle instellingen die hebben deelgenomen aan deze inventarisatie.

6.1.1 Efficiëntie in taakverdeling, samenwerking en verantwoordelijkheden

Bepaal bij de start van zorg op welke wijze de cliënt in staat is om mee te denken met diens eigen zorgproces. Overweeg om de cliënt te laten deelnemen aan het multidisciplinair overleg waar de zorg van de cliënt wordt besproken.

Zorg voor nauw contact met de naasten. Betrek hen bij het identificeren van persoonlijke waarden, de levensgeschiedenis en voorkeuren van de cliënt, maar moedig hen ook aan om deel te nemen aan (zingevende) activiteiten die passen bij de cliënt.

Iedere zorgprofessional kan vanuit de eigen expertise een rol spelen bij het in beeld brengen van de cliënt, het identificeren van zingeving behoeften en het toepassen van zingevende daginvulling.

Overweeg een aandachtsvelder of participatiecoach zingevende daginvulling aan te stellen die oog houdt voor de zingevende daginvulling binnen de instelling.

Laat de eerstverantwoordelijke zorgverlener van de cliënt zicht houden op de zingevende daginvulling van de cliënt. Dit omvat het bewaken dat zingevende daginvulling wordt opgestart, bijgesteld wordt waar nodig en het zorgen dat alle betrokkenen op de hoogte zijn.

Laat informele zorgverleners een rol spelen bij het toepassen van zingevende daginvulling.

De inrichting van de zorgverlening voor zingevende daginvulling vraagt om aandacht van de zorgaanbieder en om afstemming tussen alle betrokken disciplines. Of dit nu intramuraal of extramuraal is, deze samenwerking is altijd belangrijk.

Een zorgverlener in de langdurige zorg kan een langdurige zorgrelatie met een cliënt hebben. In een zorgomgeving is samenwerking tussen cliënten, hun naasten en zorgprofessionals een belangrijk onderdeel. Door open communicatie en betrokkenheid van alle partijen kan er een ondersteunend netwerk gecreëerd worden dat de behoeften en wensen van de cliënt centraal stelt. Cliënten kunnen hun persoonlijke ervaringen en voorkeuren delen, terwijl naasten waardevolle inzichten en ondersteuning bieden vanuit een vertrouwde positie. Zorgprofessionals brengen expertise, begeleiding en zorgplannen in om de best mogelijke zorg te bieden. Samen vormen deze partijen de drie hoekstenen van de samenwerkingsdriehoek. Een van de belangrijkste punten voor een efficiënte samenwerking tussen deze drie partijen is het hebben van een gedeelde visie en doelen.

Samenwerkingsdriehoek



Figuur 6.1: De samenwerkingsdriehoek. De volledige afbeelding is te vinden in deze [bijlage](#).

De cliënt

De betrokkenheid van de cliënt is cruciaal bij het organiseren van een zingevende daginvulling. De aandacht ligt hierbij op het afstemmen van zorg zodat deze aansluit op de specifieke behoeften, voorkeuren en doelen van de cliënt. Dit maakt de zorg voor de cliënt persoonlijker en effectiever.

Het bevorderen van zelfbeschikking en autonomie van de cliënt is van fundamenteel belang. De kennis en ervaring van de cliënt over diens gezondheid en levensstijl zijn belangrijk voor zorgverleners om effectieve zorg en ondersteuning te kunnen bieden. Daarnaast is het belangrijk voor de eigenwaarde van de cliënt om zelf te doen wat hij zelf (nog) kan en ondersteuning te krijgen waar nodig. Dit geldt niet alleen voor fysieke zorg, maar juist ook voor het maken van beslissingen over wat iemand zelf belangrijk vindt. Onderzoek toont aan dat betrokkenheid van cliënten bij hun zorgproces leidt tot betere uitkomsten en hogere tevredenheid ⁷⁴.

Samenwerking met cliënten kan op verschillende manieren worden vormgegeven. Bij de start van de zorg kan worden geïdentificeerd op welke wijze een cliënt in staat is om mee te denken met diens eigen zorgproces. Het is belangrijk dat deze afspraken worden vastgelegd in het digitale patiëntendossier om effectiviteit te bewaken.

Wanneer er een multidisciplinair overleg plaatsvindt, raadt de werkgroep aan daar, indien mogelijk, een cliëntoverleg van te maken. Dit houdt in dat de cliënt deelneemt aan het eigen overleg.

Naasten

Naasten, waaronder mantelzorgers, hebben een belangrijke rol. Het is belangrijk dat zorgverleners en naasten actief samenwerken. Nauw contact met naasten zal helpen bij het identificeren van persoonlijke waarden, de levensgeschiedenis en voorkeuren van de cliënt. Daarnaast kunnen naasten bijdragen aan het creëren van een vertrouwde en stimulerende omgeving voor zingevende activiteiten die passen bij de cliënt. Zorgverleners kunnen naasten actief aanmoedigen om ook deel

te nemen aan zingevende activiteiten, binnen de zorginstelling of tijdens bezoeken. Leuke activiteiten samen met kinderen, kleinkinderen, partner of andere familieleden kunnen als zeer waardevol worden ervaren. Niet alleen door de cliënt maar ook door de naasten zelf. Bij de start van de zorg kan in beeld worden gebracht welke rol naasten willen behouden. Dit kan worden vastgelegd in het zorgdossier maar moet ook cyclisch worden geëvalueerd voor veranderingen. Als laatste moedigt de werkgroep aan om naasten ook actief toegang te geven tot het digitale zorgdossier. Als naasten mee kunnen lezen (of zelfs schrijven) zal dit de samenwerking met zorgverleners helpen, maar ook waardevolle informatie opleveren.

Zorgprofessionals

Het is van belang dat de taakverdeling en verantwoordelijkheden van zorgprofessionals bij zingevende daginvulling helder zijn. Zingevende daginvulling is, met de drukte in de zorg, iets dat gemakkelijk vergeten kan worden, en vrijwel alle disciplines kunnen hier een rol van betekenis in hebben.

Per zorgorganisatie, het type zorgbehoefte van de cliënt en de beschikbare middelen, kunnen de taakverdeling en verantwoordelijkheden verschillen. Maar de werkgroep erkent een aantal belangrijke punten voor de samenwerking die overstijgend aanbevolen worden.

Alle disciplines kunnen, vanuit hun eigen expertise, belangrijke waarden in beeld brengen en behoeften identificeren. Zij kunnen deze kennis uiteindelijk samenbrengen in het zorgdossier en toepassen voor een zingevende daginvulling. Een volledig overzicht met alle mogelijk betrokken disciplines en voorbeelden van de specialisatieachtergrond wat betreft zingevingsbehoeften is te vinden in [deze bijlage](#).

Het toepassen van zingevende daginvulling kan bij iedere discipline belegd worden. Het is daarbij wel van belang dat zorgprofessionals voldoende kennis hebben van zingevende daginvulling om de mogelijkheden optimaal te benutten⁷⁵. Bij de keuze welke zorgverlener(s) gesprekken over zingevende daginvulling voeren, moet de kwaliteit van de vertrouwensrelatie tussen cliënt en zorgverlener in acht worden genomen. Daarnaast adviseert de werkgroep om, waar mogelijk, gezamenlijk op te trekken als zorgverleners, en kennis te bundelen in het zorgdossier. Zo wordt voorkomen dat hetzelfde gesprek meerdere keren met een cliënt gevoerd wordt.

In de langdurige zorg wordt vaak een splitsing gemaakt tussen expertise van 'dagbesteding' en 'wonen'. Om zingevende daginvulling goed in te richten, raadt de werkgroep een samenwerking aan van beide expertises. Deze samenwerking kan ingevuld worden door afstemming van de wensen en behoeften van een cliënt gedurende de hele dag en avond.

Binnen een instelling kan een aandachtsvelder of participatiecoach worden aangewezen die oog houdt voor de zingevende daginvulling binnen de instelling. Deze medewerker houdt overstijgend de mogelijkheden, nieuwe ontwikkelingen en de toepassingen in de gaten.

Daarnaast raadt de werkgroep aan dat de eerst verantwoordelijke zorgverlener van de cliënt oog houdt voor de zingevende daginvulling van diens cliënt. De eerst verantwoordelijke medewerker bewaakt de start van de zingevende daginvulling, het vastleggen en opvolgen van afspraken en het

op de hoogte houden van alle betrokkenen. De eerst verantwoordelijke medewerker hoeft niet alles alleen uit te voeren; elke zorgverlener kan signaleren dat zingeving behoeften geïndiceerd zijn of activiteiten uitvoeren met cliënten.

Informele zorgverleners

Ten slotte kunnen vrijwilligers, en eventueel mantelzorgers, een rol spelen bij het toepassen van zingevende daginvulling. Het betrekken van jonge vrijwilligers kan voor zowel de jongeren als cliënten voordelige effecten hebben. Jongeren kunnen een positiever beeld van de zorg krijgen en cliënten kunnen het gevoel van verbondenheid en participatie met de gemeenschap ervaren. Vrijwilligers kunnen ingezet worden ter ondersteuning van activiteiten en werkdruk wegnemen van zorgprofessionals.

6.1.2 Continuïteit en inrichting van zorg

Laat zingevende daginvulling onderdeel zijn van de reguliere langdurige zorg.

Faciliteer de continuïteit en inrichting van zingevende daginvulling door middel van bijvoorbeeld:

- Een individueel zorgplan met daarin de voorkeuren, behoeften en doelen van de cliënt over zingevende daginvulling.
- Een frequent multidisciplinair teamoverleg waarin ook de inrichting en continuïteit van zorg besproken worden.
- Goede communicatiekanalen met informele zorgverleners (waaronder naasten).
- Een procedure opstellen over het vastleggen van doelstellingen en activiteiten en de evaluatie daarvan.
- Scholing en training van de zorgmedewerkers over zingevende daginvulling.
- Een betere verdeling van zorgpersoneel over dag en avond.

De organisatie van zingevende daginvulling is ook een belangrijk onderdeel van de continuïteit. Hierbij kan gedacht worden aan een betere verdeling van het zorgpersoneel over de dag en avond. De organisatie van de zingevende daginvulling is ook van invloed op hoe zorg (consistent) kan worden aangeboden. Veel activiteiten vinden overdag tussen 09.00 uur en 16.00 uur plaats. De zorgvraag wat betreft zingevende daginvulling van de cliënt is echter 24 uur per dag aanwezig. In de avonden zijn er minder zorgmedewerkers aanwezig waardoor er weinig ruimte is om iets anders te bieden dan de nodige zorg. Daarnaast wordt er vaak een tekort aan zorgpersoneel ervaren. Deze feiten vragen om een nieuwe wijze voor het inrichten van de zingevende daginvulling waarbij de

beleving en zingevende betekenis en zelfstandig ingevulde activiteiten meer centraal komen te staan. Om zorg op die manier in te richten, wordt recht gedaan aan zowel de behoeften van de cliënt als de medewerker. Dit draagt bij aan de duurzame inzetbaarheid van personeel. Uiteraard rekening houdend met de haalbaarheid en de mogelijkheden van eventuele veranderingen in de zorgomgeving of personeelssamenstelling. Het is belangrijk dat zingevende daginvulling onderdeel is van de reguliere langdurige zorg. Om dit te bewerkstelligen is er onder andere een cultuurverandering nodig in de houding van zorgprofessionals. Door zingevende daginvulling een terugkerend onderdeel uit te laten maken van reguliere zorgplanbesprekingen, kan afgestemd worden wat ieders rol en verantwoordelijkheid is bij het toepassen van zingevende daginvulling bij cliënten die langdurige zorg ontvangen.

Organisatorische inrichting

Een aantal suggesties van de werkgroep om continuïteit en de inrichting van zingevende daginvulling te faciliteren:

- Een eenduidige visie: vanuit de organisatie is het belangrijk om een eenduidige visie te hebben op wat zingevende daginvulling inhoudt en hoe dit kan worden toegepast. Daarbij is het belangrijk om als organisatie duidelijk te hebben welke waarden je gezamenlijk wilt nastreven en hierop te reflecteren. Op die manier werk je binnen een organisatie allemaal aan hetzelfde doel en heb je een basis om op terug te vallen.
- Individueel zorgplan: maak een gedetailleerd zorgplan, waarin de voorkeuren, behoeften en doelen van de cliënt over zingevende daginvulling worden beschreven. Ook moet dit zorgplan regelmatig worden geëvalueerd en geüpdatet om veranderingen in de gezondheidstoestand en voorkeuren van de cliënt op te vangen. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij de zorgverleners op de werkvloer.
- Multidisciplinaire teamoverleggen: organiseer regelmatig multidisciplinaire teamvergaderingen. Hierdoor ontstaat er gezamenlijk begrip voor de behoeften van de cliënt en een gecoördineerde aanpak van zorg. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij de eerst verantwoordelijke.
- Communicatie en overdracht: zorg voor een goede overdracht van informatie over de cliënt, inclusief veranderingen in de gezondheidstoestand of voorkeuren van de cliënt. Gebruik hierbij een gestructureerd systeem, zoals bijvoorbeeld een elektronisch cliëntendossier. De organisatie is verantwoordelijk voor het aanbieden van goed werkende en gestructureerde systemen.
- Informele zorgverleners (waaronder naasten): naast zorgprofessionals, kunnen ook informele zorgverleners veel inzicht geven in voorkeuren van de cliënt. Ook draagt hun betrokkenheid bij aan een samenhangende aanpak. Zorg voor heldere communicatiekanalen met informele zorgverleners om informatie uit te wisselen en samen te werken aan de doelen. Zorgprofessionals op de werkvloer zijn verantwoordelijk deze contacten te leggen. De organisatie is verantwoordelijk om dit te faciliteren.
- Standaardisatie van procedures en richtlijnen: het implementeren van standaardprocedures voor het documenteren van doelstellingen, activiteiten en evaluaties, kan bijdragen aan de continuïteit van zingevende daginvulling. De organisatie is verantwoordelijk voor het invoeren van standaardprocedures, zorgprofessionals zijn verantwoordelijk voor het in de praktijk brengen van deze standaardprocedures.

- Technologische ondersteuning: gebruik elektronische cliëntendossiers en andere technologische hulpmiddelen. De organisatie is verantwoordelijk voor het aanbieden van juiste technologieën.
- Continue educatie en scholing: train zorgprofessionals over het belang van zingevende daginvulling en de implementatie van consistente benaderingen voor een samenhangende zorgverlening. De organisatie is verantwoordelijk voor het aanbieden van trainingen.
- Open communicatie: zorg voor open en transparante communicatie tussen teamleden en deel informatie over voorkeuren, interesses en behoeften van cliënten om ervoor te zorgen dat activiteiten aansluiten bij hun individuele zingeving.
- Verschillende disciplines met aangepaste werktijden: als er verschillende disciplines na 17.00 uur aanwezig zijn, ontstaat er meer ruimte voor de cliënt. De instelling is verantwoordelijk voor de organisatie hiervan.
- Bekijk de mogelijkheden in de directe omgeving van de cliënt : denk hierbij aan: (sport)verenigingen, wijkcentra en sociale ondernemingen als mogelijke samenwerkingspartners voor het aanbieden van een zingevende daginvulling.

6.1.3 Financiering

Inventariseer welke financiële mogelijkheden er zijn om de zingevende daginvulling van cliënten te realiseren.

Voor het implementeren van zingevende daginvulling speelt de financiering een rol. De belangrijkste worden hieronder op een rijtje gezet ⁷⁶.

- Wet langdurige zorg (Wlz): de Nederlandse langdurige zorg wordt gefinancierd via de Wlz. Zorginstellingen moeten op de hoogte zijn van regels en voorwaarden van de Wlz-financiering om te zorgen dat zingevende daginvulling hieronder valt en vergoed wordt.
- Persoonsgebonden budget (PGB): binnen de Wlz bestaat de mogelijkheid voor cliënten om een PGB aan te vragen. Met een PGB kunnen cliënten zelf zorg inkopen, inclusief zingevende daginvulling die aansluit op hun behoeften. Het is van belang dat zorginstellingen, zorgprofessionals, cliënten en naasten op de hoogte zijn van de procedures en voorwaarden voor het aanvragen en beheren van een PGB.
- Zorgprofielen (voorheen zorgzwaartepakketten): zorgprofielen spelen een rol bij de indicatiestelling; elk zorgprofiel heeft specifieke eisen en financieringsniveaus. Om de financiering te waarborgen, is het van belang dat de zingevende daginvulling past binnen het indicatieprofiel.
- Samenwerking met gemeenten (Wet maatschappelijk ondersteuning, Wmo): voor bepaalde vormen van dagbesteding kan financiering plaatsvinden via de Wmo, die wordt uitgevoerd door gemeenten. Gemeenten hebben een eigen verantwoordelijkheid voor de financiering van onder

andere dagbesteding voor specifieke doelgroepen. Zorginstellingen moeten samenwerken met gemeenten en op de hoogte te zijn van de lokale regelgeving en financieringsmogelijkheden.

- Eigen bijdrage: cliënten kunnen te maken krijgen met een eigen bijdrage, afhankelijk van hun inkomen en vermogen. Het is belangrijk cliënten en hun naasten goed te informeren over de financiële consequenties van zingevende daginvulling.

7. Onderbouwing: samenvatting van de literatuur

Autorisatiedatum 25-02-2025 Beoordelingsdatum 25-02-2025

7.1 Signaleren van zingevingsbehoeften

Ter beantwoording van de volgende uitgangsvraag is wetenschappelijk literatuuronderzoek uitgevoerd: *Hoe signaleer je zingevingsbehoeften rondom daginvulling van cliënten die langdurige zorg ontvangen?*

Zoekvraag

Voor deze specifieke zoekvraag is de (bovenstaande) uitgangsvraag gebruikt als zoekvraag voor de literatuur.

De zoekstrategie voor deze zoekvraag is gebundeld in één overkoepelende zoekstrategie. Dit betekent dat er gezocht is naar systematische literatuurreviews en individuele studies over zingevende daginvulling in de langdurige zorg in het algemeen. Bij het selecteren van de artikelen is specifiek gekeken of de gevonden artikelen een antwoord op de bovenstaande zoekvraag bevatten. In totaal zijn er acht systematische reviews, een narratieve review en een observationele studie geïnccludeerd voor het literatuuronderzoek voor deze zoekvraag. De verantwoording van het literatuuronderzoek is in [deze bijlage](#) terug te vinden.

Beschrijving van de resultaten

Hieronder wordt een korte samenvatting per type signaleringswijze gegeven.

Life Stories

In de systematische review van Abrahamsen Grøndahl wordt door drie relevante studies gekeken naar de effecten van het gebruik van 'life stories' bij cliënten met dementie⁴⁵. De bevindingen van deze review suggereren dat 'life-stories'-interventies positieve effecten kunnen hebben op de communicatie, kwaliteit van leven, het gevoel gehoord te worden, en het trots kunnen zijn op het eigen leven. Eén van de studies uit de review van Abrahamsen Grøndahl (Haight 2006) vond een significant verschil tussen de interventie- (dat wil zeggen 'life story') en controlegroep op communicatiescore (bij nadere bestudering van individuele studie: $F = 23.36$, $p < 0.0005$)⁴⁵. De tweede kwantitatieve studie (Subramaniam 2014) uit deze review heeft op zijn beurt gevonden dat de interventiegroep (dat wil zeggen zelf actief werken aan een 'life-stories-boek') bij twaalf weken follow-up significant beter scoorde op QoL dan de controlegroep (dat wil zeggen een door een familielid gemaakt levensverhaalboek ontvangen)⁴⁵. De derde, kwalitatieve studie (McKweon 2010) uit deze review rapporteerde enkel dat life-story-methoden ervoor lijken te zorgen dat cliënten met dementie zich beter gehoord voelen, en meer het gevoel hebben trots te zijn op hun leven⁴⁵.

De gevonden studies maken indirect aannemelijk dat lifestories kunnen helpen bij het signaleren van zingeving behoeften.

Foto-ondersteunde gesprekken met hondentherapeut

De bevindingen van de observationele studie van Nordgren suggereren dat cliënten met dementie over het algemeen positief (45 keer geobserveerd) en alert (45 keer geobserveerd) zijn bij foto-ondersteunde gesprekken met een hondentherapeut ⁴⁶. Daarnaast zijn bij de analyse van de video-opnames ook in mindere mate gevoelens van angst (13 keer geobserveerd) en verdriet (7 keer geobserveerd) gevonden. Auteurs vonden ook dat cliënten over het algemeen betrokken en aandachtig waren bij de gesprekken ⁴⁶. Tot slot hebben de auteurs vier thema's geobserveerd als gevolg van de foto-ondersteunde gesprekken met de hondentherapeut: de foto's riepen warme en prettige gevoelens op bij cliënten. Dit droeg bij aan een band tussen de hondentherapeut en cliënt; de foto-ondersteunde gesprekken stelden de hondentherapeut in staat om de cliënt bevestiging te geven over goede eigenschappen van zijn identiteit (bijvoorbeeld dat cliënt iemand is die goed met dieren omgaat), de foto-ondersteunde gesprekken boden cliënten de mogelijkheid zichzelf te herkennen. Deze studie is hiermee slechts indirect relevant voor de huidige uitgangsvraag, maar biedt wel perspectief op een communicatiemethode die eventueel ingezet zou kunnen worden om zingeving behoeften te bespreken ⁴⁶.

Meetinstrumenten rond 'betekenisvolle activiteiten'

In de geïnccludeerde reviews worden meerdere vragenlijsten beschreven die gebruikt kunnen worden bij het signaleren van zingeving behoeften.

Drie vragenlijsten brengen direct zingevende activiteiten in beeld: Meaningful Activity Participation Assessment (MAPA) ⁷⁷, Meaning in Life Questionnaire (MIL-Q) ⁷⁸, en Preferences for Everyday Living-Nursing Home Version ⁷⁸.

Maten voor spiritueel welzijn/spirituele behoeften

Daarnaast zijn er meerdere vragenlijsten gevonden die maten van het spirituele welzijn en behoeften in beeld brengen. Deze vragenlijsten zijn vaak gericht op een specifieke doelpopulatie of diagnosegroep.

- Integrative Palliative Care Outcome Scale (IPOS/POS) ⁷⁹,
- Needs Assessment Tools: Progressive Disease—Heart Failure (NAT:PD-HF) ⁷⁹,
- Heart Failure Needs Assessment Questionnaire (HFNAQ) ⁷⁹.
- Functional Assessment of Chronic Illness Therapy: Spiritual Wellbeing (FACIT-Sp12) ^{80 78 81 82},
- Spiritual Wellbeing Self-Rating Scale (SSRS) ⁸⁰,
- Psychological/Spiritual subschaal van de Quality of Life Index (QLI-PS) ⁸⁰,
- Spirituality Index of Well-Being (SIW) ⁸⁰,
- Impaired Spirituality Index ⁸¹,
- Spiritual Wellbeing Scale ⁸¹,

- Spiritual Wellbeing Questionnaire (SWBQ) ⁸¹ ,
- Pinto Pais-Ribeiro Spirituality Scale (PP-RSS) ⁸¹ ,
- 21-Item Meaning in Life Scale (MiLS) ⁸¹ ,
- Spiritual Beliefs Scale ⁸¹ ,
- Spiritual Coping Strategies Scale (SCS) ⁸¹ ,
- WHO-BREF Assessment Questionnaire ⁸¹ .

Tot slot hebben vier van de zestien studies gebruikgemaakt van interviews om spiritualiteit in kaart te brengen (bijvoorbeeld Colaizzi's methodologische interviewmodel uit 1978, de Royal Free Interview for Spiritual and Religious Beliefs (RFI) en andere niet nader gespecificeerde interviewmodellen) ⁸¹ .

De narratieve review van Loynes stelt net als eerder besproken reviews voor dat spirituele behoeften in kaart gebracht moeten worden met assessment vragenlijsten ⁸³ . De auteurs hebben geen inventarisatiemethoden gevonden die specifiek gericht zijn op cliënten met een verstandelijke beperking of geestelijke gezondheidsproblematiek. Daarom bespreken zij aanbevelingen die bedoeld zijn voor de algemene populatie met mogelijke aanpassingen voor cliënten met een verstandelijke beperking. De auteurs geven aan dat vijf kernthema's besproken moeten worden in een screening-evaluatie van de cliënt: 1) de religieuze achtergrond van de cliënt, 2) de rol die spirituele overtuigingen en gewoonten spelen in het omgaan met ziekte, 3) overtuigingen die mogelijk invloed hebben of in conflict treden met medische beslissingen, 4) de betrokkenheid van cliënt bij spirituele gemeenschappen en de steun die hieruit ervaren wordt, en 5) spirituele behoeften die aanwezig zijn bij de cliënt ⁸³ .

De auteurs noemen hierbij twee assessments die bovengenoemde thema's geheel of gedeeltelijk meenemen, en die als uitgangspunt kunnen worden genomen als zij worden aangepast aan de relevante populatie:

- De Hope, Personal spirituality and practices, and Effects (HOPE) assessment ⁸³ ,
- De Faith, Importance of beliefs, Community and Address (FICA) assessment ⁸³ .

Tot slot stellen de auteurs dat het voor een diepgaand begrip van de cliënt en diens behoeften altijd belangrijk is om het gesprek aan te gaan (en niet simpelweg vragen af te vinken).

De systematische review van Santana-Berlana (2020) maakt melding van zes vragenlijsten in het domein van spiritueel welzijn die gebruikt zijn om kwaliteit van leven onder ouderen in zorginstellingen te meten. Het gaat hierbij om:

- De Spiritual Distress Assessment Tool (SDAT) ⁸² ,
- De Positive Evaluation of Life Scale (PELS) ⁸² ,
- De Thriving of Older People Assessment Scale (TOPAS) ⁸² ,
- De Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (PGCMS) ⁸² ,
- De Herth Hope Index (HHI) ⁸² .

Dementia Care Mapping

De systematische review van Barbosa heeft als onderwerp de inzet van Dementia Care Mapping (DCM) in de zorg voor cliënten met dementie⁵¹. Dementia Care Mapping (DCM) is een systematische observatiemethode waarbij een observator de stemming, betrokkenheid, gedrag en bezigheden van bewoners met dementie vastlegt. DCM geeft een onderbouwd beeld van wat er gebeurt met en rondom een bewoner en welk effect dat op hem heeft. Hierdoor geeft het inzicht in de mogelijke oorzaken van onbegrepen gedrag. De ‘mapper’ observeert op een vaste gestructureerde manier. Elke vijf minuten registreert hij welk gedrag de persoon met dementie vertoont en wat diens stemming daarbij is. Daarnaast noteert de ‘mapper’ het effect van de handelingen en communicatie van de zorgprofessionals op de bewoner. Dit gebeurt zes uur lang, iedere vijf minuten. Hoewel de resultaten van de door Barbosa geïnccludeerde studies niet relevant zijn voor de huidige uitgangsvraag (zie beschrijving horende bij deze studie), benoemen de auteurs wel in hun artikel dat DCM een gestructureerde observationele tool is die ingezet kan worden om het welzijn en de kwaliteit van leven van cliënten in kaart te brengen⁵¹.

De gevonden studie maakt slechts zeer indirect aannemelijk dat DCM kan helpen bij het signaleren van zingevingsbehoeften, des te meer omdat de methode geen gesprekken met de cliënt zelf lijkt te bevatten.

GRADE evidence-profielen

Gezien de aard van de huidige uitgangsvraag zijn er géén GRADE-evidence-profielen opgesteld.

Conclusie

Op basis van de gevonden literatuur is het mogelijk dat life stories, foto-ondersteunde gesprekken met een hondentherapeut en vragenlijsten over spiritueel welzijn gebruikt kunnen worden voor het signaleren van zingevingsbehoeften bij cliënten in de langdurige zorg, als deze aangepast worden aan de context en populatie. Dit geldt des te meer voor de gevonden vragenlijsten rond betekenisvolle activiteiten. De inzetbaarheid van Dementia Care Mapping voor het signaleren van zingevingsbehoeften bij cliënten in de langdurige zorg is daarentegen zeer onzeker.

7.2 Elementen voor passende en zingevende daginvulling

In deze paragraaf worden de resultaten van het wetenschappelijk literatuuronderzoek beschreven voor het beantwoorden van de uitgangsvraag: *Wat zijn elementen voor passende en zingevende daginvulling voor cliënten die langdurige zorg ontvangen?*

Zoekvraag

Voor deze specifieke zoekvraag is de (bovenstaande) uitgangsvraag gebruikt als zoekvraag voor de literatuur.

De zoekstrategie voor deze zoekvraag is gebundeld in één overkoepelende zoekstrategie. Dit betekent dat er gezocht is naar systematische literatuurreviews en individuele studies over zingevende daginvulling in de langdurige zorg in het algemeen. Bij het selecteren van de artikelen is specifiek gekeken of de gevonden artikelen een antwoord op de bovenstaande zoekvraag bevatten. In totaal zijn er zes systematische reviews, twee narratieve reviews, drie systematische syntheses,

een review en een kwalitatieve studie geïnccludeerd voor het literatuuronderzoek voor deze zoekvraag. De verantwoording van het literatuuronderzoek is in [deze bijlage](#) terug te vinden.

Beschrijving van de resultaten

In totaal rapporteerden de studies over twintig elementen die bijdragen aan zingevende daginvulling voor cliënten die langdurige zorg ontvangen.

Plezier en boeiendheid

Plezier wordt benoemd als een van de vijf kernelementen van zingevende activiteiten ⁵⁵. Gerelateerd hieraan is een tweede kernelement dat genoemd wordt, namelijk 'engagement' (in het Nederlands nog het best gevat in het woord 'betrokkenheid'). Hiermee wordt de balans tussen uitdaging en haalbaarheid bedoeld waar een activiteit aan moet voldoen om de persoon voldoende geboeid te houden ⁵⁵.

Autonomie

Autonomie en zelfbeschikking worden als belangrijke elementen genoemd als het gaat om daginvulling en cliënten die langdurige zorg ontvangen ^{62 61}. Er wordt benadrukt dat het belang van zelf de activiteiten kunnen kiezen, bijdraagt aan zingeving. Daarnaast worden ook zelfstandigheid in het initiëren van het invullen van een dag en zelfbeschikking om activiteiten zelfstandig uit te voeren, beschreven als belangrijke elementen ^{63 44 56 43}.

Variatie

Variatie in mogelijkheden voor daginvulling is van belang is voor het gevoel van zingevendheid ⁶³.

Alleen of met sociale contacten

Het belang van zowel sociale als individuele activiteiten voor het ervaren van zingeving wordt benadrukt in de literatuur ^{44 60}. Het onderhouden van bestaande sociale contacten en het aangaan van nieuwe relaties is van belang voor cliënten die de overgang naar de langdurige zorg maken ⁶¹. Sociale contacten en betekenisvolle relaties, zowel binnen als buiten zorginstellingen, dienen als bouwstenen voor het gevoel van zingeving ^{69 67}. Cliënten die langdurige zorg ontvangen, streven naar een balans tussen gezamenlijke en individuele activiteiten. Dit wijst op de behoefte aan zowel verbondenheid als autonomie ⁶³. Hoewel sociaal contact waardevol blijft, wordt in de literatuur ook de betekenis van zelfstandige bezigheden benadrukt, vooral bij cliënten met dementie, voor een verbetering van de levenskwaliteit ⁵⁶.

Natuur

Er is gebleken dat cliënten met dementie behoefte hebben aan een gevoel van verbondenheid met de natuur en fysieke leefomgeving, bijvoorbeeld door interactie met dieren ^{67 66}.

Rust en tijd voor jezelf

In lijn met een aantal bevindingen in het sociale domein wordt ook het belang van eigen tijd om bij te komen en te ontspannen, zonder onderbrekingen van anderen, benoemd ⁶⁷.

Soms is passief ook prettig

Gerelateerd aan het thema van 'tijd voor jezelf' is de bevinding dat er vaak door omstanders negatief wordt gekeken naar activiteiten van cliënten die vrij passief zijn (bijvoorbeeld in een stoel zitten en uit het raam kijken) ⁴³. Er wordt gesteld dat dit door de cliënten zelf vaak juist als een prettige activiteit wordt ervaren. Dit onderstreept wederom waarom het van belang is om goed uit te zoeken wat de behoeften zijn van individuele cliënten ⁴³.

Productiviteit en nuttigheid

Het gevoel hebben nuttig te zijn, wordt gekenmerkt als een belangrijk element van zingevende activiteiten ⁶¹. Het gevoel nuttig te zijn, draagt bij aan het behouden van een eigen identiteit ⁶⁷. Ook hoeven werk-gerelateerde activiteiten niet te worden uitgesloten, omdat ook deze als zingend kunnen worden ervaren door cliënten ⁴⁴.

Zorg voor andere cliënten

zorgen voor andere bewoners in het verpleeghuis wordt door sommige cliënten als zingend ervaren, bijvoorbeeld het dekken van de tafel voor het eten. Dit haakt tevens in op het thema-element 'productiviteit/gevoel van nuttigheid' ⁴³.

Maatwerk

Een belangrijk onderdeel van maatwerk is het aanpassen van de activiteiten aan de individuele behoeften van deelnemers ^{84 44 43}. Dit maatwerk, zoals beschreven door diverse onderzoekers, omvat onder andere het rekening houden met individuele voorkeuren, zelfs op oppervlakkige niveaus zoals welke geluids- en lichthoeveelheid als prettig worden ervaren ⁵⁶. Verschillende studies hebben de effecten van op maat gemaakte activiteiten op de kwaliteit van leven van cliënten met dementie onderzocht. De resultaten van deze onderzoeken zijn echter gemengd. Eén studie vindt een lichte stijging in kwaliteit van leven in de maatwerkgroep ten opzichte van de controlegroep. Een tweede studie heeft daarentegen geen effect gevonden van maatwerk op kwaliteit van leven, en de derde studie rapporteert bij proxy-beoordelingen van kwaliteit van leven zelfs dat die achteruit lijkt te gaan in de maatwerkgroep vergeleken met de controlegroep. Deze derde studie heeft hierbij ook een aantal cliënten zelf om een beoordeling gevraagd, en de resultaten daarvan suggereren dat er ofwel een zeer klein ofwel geen verschil is tussen de maatwerkgroep en de controlegroep ^{53 54}.

Verbondenheid met thuisomgeving en het eigen verleden

Verbondenheid met de oorspronkelijke thuisomgeving en het persoonlijke verleden wordt in de literatuur als een belangrijk element van zingevende daginvulling genoemd ⁶¹. Gerelateerd aan de verbondenheid met het verleden, wordt op meerdere punten beschreven dat reminiscentie-gerelateerde activiteiten (al dan niet met een handwerk-aspect, zoals bijvoorbeeld tijdens het koken of knutselen) door cliënten als zingend wordt ervaren ⁴⁴.

Verbondenheid met identiteit

In de literatuur wordt het belang van het behouden van de eigen identiteit als belangrijk onderdeel voor zingevende daginvulling genoemd ^{67 56 55}. Dit omvat het behoud van eigen gebruiken,

gewoonten en routines, evenals het gevoel van verbondenheid met de thuisomgeving ⁶⁷. Activiteiten worden als zingevend ervaren als ze cliënten in staat stellen om hun identiteit, persoonlijke waarden en interesses te behouden ⁵⁶.

Integreren van eigen vaardigheden en interesses

In de literatuur wordt het belang van het integreren van individuele vaardigheden en interesses in activiteiten en zorgplanning benadrukt ^{69 56}. Dit omvat het verwerken van eigen bestaande vaardigheden en interesses uit het verleden in dagelijkse bezigheden om zingevendheid te bevorderen ⁴⁴. Het is van belang om te begrijpen wat de cliënt motiveert voor een bepaalde activiteit, zodat de daginvulling succesvol kan worden aangepast aan de individuele behoeften en voorkeuren ⁶⁰. Ook wordt benadrukt dat een goede aansluiting op de persoonlijke doelen van een cliënt essentieel is voor het bereiken van zingevendheid ⁵⁵.

In lijn met gewoonten

Cliënten die langdurige zorg ontvangen, hebben vanuit hun eerdere levensfasen gewoonten opgebouwd. Rekening houden met of zelfs daginvulling aanpassen aan de gewoonten van cliënten die langdurige zorg ontvangen, wordt genoemd als belangrijke factor in de zingevendheid van de daginvulling ^{61 60}. Cliënten hechten hier waarde aan waardoor het zingeving gevoel wordt verhoogd.

Fysieke activiteit

Uit de literatuur blijkt het belang van actief blijven als een cruciaal element van zingevende daginvulling voor cliënten die langdurige zorg ontvangen ⁶¹. Daarnaast worden fysio- en ergotherapie, naast muziek- en kunsttherapie, genoemd als essentiële elementen ⁶⁹. Hoewel fysieke activiteiten vaak worden gewaardeerd door naasten en zorgverleners als bijdragend aan zingeving, blijkt uit onderzoek dat dit aspect voor cliënten zelf mogelijk minder belangrijk is ⁴⁴.

Onderdeel van de dagelijkse routine

Het inbedden van zingevende daginvulling in de dagelijkse routine wordt vaker als een belangrijk element van zingevende daginvulling beschreven ^{61 63 69}. Cliënten hechten vaak waarde aan routine (met name het kunnen behouden van eigen gewoonten).

Betrokkenheid van mantelzorgers

De betrokkenheid van mantelzorgers wordt benoemd als faciliterende factor voor zingevendheid bij het vormgeven van zingevende daginvulling ⁶⁰. Zo kunnen zij creatief zijn in het bedenken en voorstellen van zingevende activiteiten op basis van hun kennis over de cliënt. Ook kunnen zij zelf betrokken worden bij de activiteiten ⁶⁰.

Bewegingsvrijheid

Uit literatuur blijkt dat cliënten op open of semi-open zorginstellingen hoger scoren op kwaliteit van leven dan cliënten op gesloten zorginstellingen ⁸⁵. Bij gesloten zorginstellingen (bijvoorbeeld waar

de onbegeleide bewegingsvrijheid van de cliënt beperkt is tot de eigen zorgunit) ligt de kwaliteit van leven van de cliënt lager. Wel wordt er, weliswaar door managers van zorginstellingen, een groter gevoel van veiligheid gerapporteerd ⁸⁵.

7.3 Toepassen van zingevende daginvulling

In deze paragraaf worden de resultaten van het wetenschappelijk literatuuronderzoek beschreven ter beantwoording van de uitgangsvraag: *Wat kun je als zorgverlener doen om zingevende daginvulling te bevorderen bij cliënten die langdurige zorg ontvangen?*

Zoekvraag

Deze uitgangsvraag is omgezet naar een zoekvraag voor de literatuur: *Hoe moet je handelen bij het toepassen van zingevende daginvulling bij cliënten die langdurige zorg ontvangen?*

De zoekstrategie voor deze zoekvraag is gebundeld in één overkoepelende zoekstrategie. Dit betekent dat er gezocht is naar systematische literatuurreviews en individuele studies over zingevende daginvulling in de langdurige zorg in het algemeen. Bij het selecteren van de artikelen is specifiek gekeken of de gevonden artikelen een antwoord op de bovenstaande zoekvraag bevatten. In totaal zijn er veertien studies geïnccludeerd voor het literatuuronderzoek voor deze zoekvraag. De verantwoording van het literatuuronderzoek is in [deze bijlage](#) terug te vinden.

Beschrijving van de resultaten

Er zijn verschillende factoren en modellen in de literatuur beschreven. Hieronder wordt een korte samenvatting van de resultaten gegeven.

Factoren waarbij zorgverleners een rol kunnen spelen bij het toepassen van zingevende daginvulling

Opbouwen van een cultuur van zorg en goede communicatie ^{86 60 87 71}

Het welzijn van cliënten in de zorg moet altijd centraal staan, boven de taken die uitgevoerd moeten worden. Zorgverleners moeten zich ook bewust zijn van zorg als een continu leerproces, waarbij ze openstaan voor voortdurende ontwikkeling en verbetering.

Het belang van directe interactie tussen zorgverlener en cliënt, buiten de noodzakelijke zorgtaken om, mag niet onderschat worden. Dit persoonlijke contact draagt bij aan het welzijn van de cliënt.

Verschillende communicatiestrategieën kunnen een positieve impact hebben op de relatie tussen zorgverlener en cliënt. Het gebruik van koosnaampjes kan bijvoorbeeld affectie en erkenning van individualiteit overbrengen, waardoor de afstand tussen zorgverlener en cliënt wordt verkleind ⁷¹. Andere concrete strategieën, zoals het gebruik van visuele hulpmiddelen, het stellen van ja/nee-vragen en het opschrijven van belangrijke informatie, kunnen ook effectief zijn. Non-verbale communicatie is hierbij essentieel, maar het vergt ook tijd voor zorgverleners om de cliënt goed te leren kennen, zodat deze vorm van communicatie optimaal benut kan worden.

Daarnaast wordt er genoemd dat zorgverleners ook druk ervaren van hogerop om altijd 'dingen aan het doen' te zijn, en dat het 'er simpelweg zijn' voor en met cliënten soms niet goed op waarde wordt geschat door het management⁷¹. Deze taakgerichte oriëntatie van zorginstellingen kan dus op gespannen voet staan met de behoeften van cliënten én zorgverleners voor het toepassen van zingevende daginvulling.

Het kennen van de cliënt als geheel^{86 60 87}

Het is van belang dat zorgmedewerkers elke cliënt en diens achtergrond grondig kennen, om zo beperkingen en behoeften nauwkeurig te kunnen vaststellen. Het vermijden van frequente personeelsswisselingen is hierbij essentieel om continuïteit in de zorg te waarborgen. Daarnaast moeten zorgverleners rekening houden met en ruimte maken voor de persoonlijke routines van de cliënt, en ook de inzichten van mantelzorgers benutten. Het is van belang om bij het organiseren van een actieve daginvulling rekening te houden met de fysieke gesteldheid en capaciteiten van de cliënt, evenals diens communicatievaardigheden. Door deze aspecten te integreren in de zorgpraktijk kunnen zorgverleners een holistische en gepersonaliseerde zorgervaring bieden die optimaal aansluit bij de individuele behoeften van de cliënten.

Bieden en stimuleren van eigen keuze, onafhankelijkheid en autonomie door cliënten^{86 72}

Het is van essentieel belang dat cliënten worden erkend en gerespecteerd als waardevolle individuen, net als ieder persoon. Hierbij heeft luisteren naar hun behoeften en wensen een centrale rol in het ondersteunen van hun waardigheid. Tegelijkertijd is het belangrijk een evenwicht te vinden tussen het bevorderen van zelfstandigheid en het beheer van de risico's die daarmee gepaard gaan. Het aanmoedigen van het vragen om hulp en het begrijpen van individuele beperkingen zijn ook cruciale aspecten, waarbij een holistische benadering van het kennen van de cliënt als geheel van groot belang is.

Vormgeven van de omgeving en het creëren van een thuisomgeving^{72 86 88}

Het is belangrijk om na te denken over hoe de omgeving de interacties tussen cliënten beïnvloedt. Dit kan door de omgeving te verrijken met persoonlijke voorwerpen en gepersonaliseerde ruimtes te bieden, wat continuïteit voor de cliënt bevordert.

Ondersteunende technologieën bieden ook mogelijkheden om de omgeving van bijvoorbeeld cliënten met dementie te verrijken en hun welzijn en sociale interactie te bevorderen⁸⁸. Voorbeelden hiervan zijn virtuele natuurprojecties die cliënten het gevoel geven buiten te zijn⁸⁸. Het betrekken van cliënten bij het creatie- en implementatieproces van deze verrijkingen is essentieel.

Faciliteren van sociale interactie, vormen van interne en externe relaties, en het betrekken van familieleden^{72 89 86}

Familieleden en oude vrienden spelen nog steeds een belangrijke rol voor de ervaring van een cliënt. Hierbij moet wel rekening worden gehouden met de aard van de relatie en het verleden.

Spirituele behoeften

Spirituele behoeften van cliënten zijn een belangrijk [element van zingevende daginvulling](#). Voor de

zorgverleners ligt een rol om hier voldoende aandacht voor te hebben ^{83 90}. Allereerst moeten [spirituele behoeften in beeld gebracht](#) worden. Het is van belang dat zorgverleners bij de intake van een cliënt in de langdurige-zorg-setting vaststellen wat eventuele barrières zijn voor cliënten om aan spirituele zingeving te doen nu zij niet meer thuis kunnen wonen ⁸³. Daarnaast is het van belang dat zorgverleners een gevoel van verbinding faciliteren bij cliënten, of dit nu met anderen, met de natuur, of met een hogere macht is ⁹⁰. Ook wordt genoemd dat het nuttig kan zijn voor zorgverleners om te reflecteren op hun eigen spiritualiteit. Een training voor spirituele zorg kan zorgverleners helpen beter om te gaan met spirituele behoeften van cliënten. Ook non-verbale communicatie is een belangrijke component voor het vormgeven van zingevende daginvulling met aandacht voor spiritualiteit: voelen, luisteren of simpelweg in stilte aanwezig zijn, worden als prettig ervaren ⁹⁰. Een gebrek aan tijd of vermogen om met spirituele behoeften om te gaan, worden genoemd als barrières in het betreffende artikel, evenals de aanname van sommige zorgverleners dat cliënten met dementie spirituele overwegingen toch niet (meer) kunnen begrijpen.

Faciliteren van passende dagelijkse activiteiten ^{72 89}

Het is van belang voor zorgverleners om actief betrokken te zijn bij de daginvulling van een cliënt. Een zorgverlener kan samen met de cliënt nadenken wat een fijne daginvulling is en wat er binnen de mogelijkheden (van zowel het kunnen van de cliënt als de materialistische mogelijkheden) ligt. Eén-op-één betrokkenheid wordt met name belangrijk gevonden.

Gebruikmaken van technologie voor het vormgeven van gepersonaliseerde zingevende daginvulling ^{91 60}

Technologieën kunnen door zorgverleners worden ingezet voor verschillende vormen van zingende daginvulling. Denk hierbij aan: geheugenondersteuning, gedragsmanagement, het stimuleren van betrokkenheid in een activiteit of het faciliteren van communicatie. Technologiën die in de literatuur worden genoemd zijn:

- Draagbare camera's, apps (zoals Our Story, myBook, InspireD en Music ePartner) en touchscreens kunnen gebruikt worden voor het ondersteunen van reminiscentie en het geheugen van de cliënt;
- Sociale robots, PowerPoint-presentaties en apps (zoals Memory Keeper, Memory Box) kunnen gebruikt worden om cliënten met dementie betrokken te houden;
- Multimedia touchscreens en tablets kunnen worden gebruikt om het gedrag van cliënten met dementie te managen;
- Apps (zoals GoTalk NOW, CIRCUS en Ticket to Talk) kunnen gebruikt worden om communicatie te ondersteunen met cliënten met dementie.

Rekening houden met culturele achtergronden en verschillen ^{89 92 93 94}

Voor zorgverleners is het belangrijk aandacht te hebben voor verschillende culturele achtergronden en bijbehorende behoeften. Hierbij kan de zorgverlener een rol spelen door rekening te houden met de cultuur van de cliënt evenals eventuele culturele trauma's, het bieden van ruimte voor culturele, traditionele, spirituele en religieuze overtuigingen, uitingen en vooral ook activiteiten, en het stimuleren van een gevoel van verbondenheid met de eigen cultuur door middel van aanhoudend

contact met familie en de gemeenschap ⁸⁹. Specifiek kan dit gedaan worden door het creëren van een gezamenlijke taal (tweetaligheid van zorgverleners en het ontwikkelen van een non-verbaal communicatiesysteem kunnen hierbij helpen), het aanbieden van traditioneel voedsel of toegang bieden tot cultuurspecifieke activiteiten of vieringen ^{92 93}. Daarnaast komen er uit de literatuur nog een aantal aanbevelingen aan zorgverleners ter bevordering van zingevende daginvulling van cliënten met verschillende etnische achtergronden:

- Volgen van training in ‘cross-culturele zorgverlening’ voor het verbeteren van culturele competenties;
- In staat zijn om op verschillende wijzen cross-culturele communicatie mogelijk te maken, bijvoorbeeld door het betrekken van familieleden, het inzetten van vertalers of ondersteunende technologieën, of tweetaligheid;
- Vragen om feedback van cliënten met betrekking tot cross-culturele communicatie, zodat deze verbeterd kan worden ⁹⁴.

Modellen ter ondersteuning van zingevende daginvulling

Het ABLE-Model voor zorg is gebaseerd op Montessori-principes ⁷². Hierbij wordt met name gefocust op het rekening houden met de vaardigheden en mogelijkheden en achtergrond van de cliënt, leiderschap en cultuurveranderingen in zorginstellingen. Tot slot stuurt dit model ook aan op fysieke veranderingen aan de leefomgeving van cliënten in lijn met Montessori-principes, zoals het gebruik van veel kleur, huiselijke kamers voor diverse activiteiten (bijvoorbeeld lezen, muziek, etc.). Bij de implementatie van belang wordt genoemd dat het betrekken van ‘stakeholders’ (cliënten zelf, familieleden, therapeuten, etc.) en het trainen van zorgmedewerkers in het ABLE-model.

De DementiAbility Methode is een uitbreiding op het ABLE-model met een nog grotere nadruk op het rekening houden met de cliënt (bijvoorbeeld niet alleen vaardigheden en mogelijkheden, maar ook interesses, behoeften en sterke punten) ⁷². Daarnaast benadrukt de DementiAbility methode het belang van zingevende activiteiten voor cliënten in een fysieke omgeving die daartoe ondersteunt. De DementiAbility methode bevat de volgende elementen: 1) waarheidsvinding (de cliënt leren kennen), 2) het ontwikkelen van een programmaplan waarin rollen, doelen en routines worden vastgesteld, 3) het implementeren van het plan, en 4) het evalueren van de uitkomsten. Het uiteindelijke doel is om het verleden van cliënten in contact te brengen met hun huidige vaardigheden, interesses en behoeften.

De BAM- (Because Activities should be Meaningful) methode is gericht op het faciliteren van zingevende daginvulling en het uitstippelen wat daarvoor binnen een zorginstelling moet gebeuren ⁶¹. De auteurs baseren hun methode op de uitgangspunten van ‘person-centered care’ en hebben de BAM-methode opgebouwd in vier elementen/stappen:

- De eerste fase van de BAM-methode staat in het teken van het leren kennen van de cliënt.
- In de tweede fase worden samen met de cliënt doelen gesteld met betrekking tot zingevende activiteiten.
- In de derde fase wordt een plan opgesteld door de zorgverleners, bestaande uit de door de

cliënt gestelde doelen en daarbij horende concrete actiepunten.

- In de vierde en laatste fase van de BAM-methode wordt het uitgevoerde actieplan geëvalueerd op uitkomsten.

8. Verantwoording

Autorisatiedatum 25-02-2025 Beoordelingsdatum 25-02-2025

8.1 Algemene achtergrondgegevens

Deze richtlijn is ontwikkeld en wordt beheerd door Stichting Kwaliteitsimpuls Langdurige Zorg (SKILZ). De richtlijn werd gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De financier heeft geen invloed gehad op de inhoud van de richtlijn.

8.2 Samenstelling werkgroep en klankbordgroep

Voor het ontwikkelen van de richtlijn is in 2023 een multidisciplinaire werkgroep ingesteld, bestaande uit de volgende personen:

- **Drs. L.J.M. (Laura) Lodder- Buijs (voorzitter)**, Verpleegkundig specialist, Aafje, namens Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN).
- **C.B.M. (Carmen) van Soest**, geregistreerd master neurologisch muziektherapeut, Ubuntu Muziektherapie te Soest en Stichting Inovum te gemeente Wijdmeren, namens de Federatie voor vaktherapeutische beroepen (FVB).
- **Drs. D. (Dieuwertje) de Moed**, geestelijk verzorger, GGz Breburg Tilburg, namens de Vereniging voor Geestelijk Verzorgers (VGVZ).
- **E. (Erwin) Pijper**, clientvertegenwoordiger, namens KansPlus.
- **Drs. H. (Hilke) van Cuylenborg**, GZ-ouderenspsycholoog, Careyn en Maasstad ziekenhuis Rotterdam, namens de Nederlandse Vereniging van Psychologen (NIP).
- **J. (Jesse) Besselink**, coach ondersteuningsteam, Cordaan Amsterdam, namens de Beroepsvereniging voor Professionals in Sociaal Werk (BPSW).
- **P. (Paulien) Duinkerken - van Gelderen**, ergotherapeut, 's Heeren Loo Ermelo, namens Ergotherapie Nederland (EN).
- **Drs. R. (Romy) Zweers**, geestelijk verzorger, KleinGeluk Apeldoorn, namens de Vereniging voor Geestelijk Verzorgers (VGVZ).

Voor het ontwikkelen van het kwaliteitsinstrument is in 2023 een multidisciplinaire klankbordgroep ingesteld, bestaande uit de volgende personen:

- **J. (Josephine) Lambregts-Rusche**, clientvertegenwoordiger, namens Alzheimer Nederland.
- **Drs. A. (Anke) Marsman**, Othopedagoog-Generalist, Zonnehuisgroep IJssel-Vecht Zwolle, namens de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).
- **J. (Jeşim) Saltik**, muziektherapeut en ondernemer, de multiculturele muziektherapeut en stichting Carintreggeland, op persoonlijke titel.

Met ondersteuning van:

- **Dr. T.I. (Tanja) Mol**, procesbegeleider richtlijnontwikkeling, SKILZ Utrecht.
- **Dr. D. (Danique) Bos** (per september 2023), procesbegeleider richtlijnontwikkeling, SKILZ Utrecht.
- **Dr. ir. F.A. (Francine) van den Driessen Mareeuw** (tot augustus 2023), procesbegeleider richtlijnontwikkeling, SKILZ Utrecht.
- **A. (Annemieke) Brink**, redigent en secretaresse, SKILZ Utrecht.
- **I. (Ingeborg) van Dusseldorp**, informatiespecialist, Maatschap Van Dusseldorp, Delvaux & Ket.
- **Dr. N. (Nastasia) Griffioen**, literatuuronderzoeker.

8.3 Belangenverklaringen

Alle werkgroepleden hebben bij aanvang en bij afronding van de richtlijn de belangenverklaring behorend bij de 'KNAW-Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling' ondertekend, zie de bijlage [Samenvattingstabel belangenverklaringen](#). Hiermee geven zij aan onafhankelijk gehandeld te hebben bij het opstellen van de richtlijn. Alle werkgroepleden hebben schriftelijk verklaard of ze in de laatste drie jaar directe financiële belangen of indirecte belangen hebben gehad. Uit de belangenverklaringen bleken geen belemmeringen voor deelname in de richtlijnwerkgroep. De ondertekende belangenverklaringen zijn op te vragen via richtlijnenlangdurigezorg@skilz.nu.

8.4 Autoriserende partijen

De volgende partijen hebben de richtlijn zingevende daginvulling geautoriseerd:

- Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW)
- Ergotherapie Nederland (EN)
- Federatie Vaktherapeutische Beroepsverenigingen (FVB)
- Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
- Nederlandse Vereniging van Pedagogogen en Onderwijskundigen (NVO)
- Vereniging van Geestelijk VerZorgers (VGZ)
- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)

De volgende partijen hebben een verklaring geen bezwaar afgegeven voor de richtlijn zingevende daginvulling:

- Alzheimer Nederland
- KansPlus
- Nederlandse Vereniging Artsen Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG)

8.5 Juridische betekenis

Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften, maar op 'evidence' gebaseerde inzichten en aanbevelingen waaraan zorgverleners moeten voldoen om kwalitatief goede zorg te verlenen. Na

autorisatie van de richtlijn door een beroepsvereniging, wordt de richtlijn gezien als deel van de 'professionele standaard'. Aanbevelingen in een richtlijn zijn hoofdzakelijk gebaseerd op de 'gemiddelde' cliënt, en zijn dus mogelijk niet op elke individuele cliënt van toepassing. Er kunnen zich feiten of omstandigheden voordoen waardoor de zorgverlener beslist dat het wenselijk is om in het belang van de cliënt van de richtlijn af te wijken. Wanneer van de richtlijn wordt afgeweken, dient dit beargumenteerd en gedocumenteerd te worden.

8.6 Publicatiedatum en herziening

De publicatiedatum van deze richtlijn is 25 februari 2025. Uiterlijk in 2030 bepaalt het bestuur van SKILZ of (modulaire) herziening van deze richtlijn gewenst is. De aan de werkgroep verbonden organisaties delen de verantwoordelijkheid voor het actualiseren van de richtlijn. Zo nodig wordt een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om de richtlijn te herzien. De geldigheid van de richtlijn komt eerder te vervallen als nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn een herzieningstraject te starten.

8.7 Financiële gevolgen

Bij de richtlijn is conform de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) een kwalitatieve raming uitgevoerd of de aanbevelingen mogelijk leiden tot substantiële financiële gevolgen. Bij het uitvoeren van deze beoordeling zijn richtlijnmodules op verschillende domeinen getoetst.

Uit de kwalitatieve raming blijkt dat er waarschijnlijk geen substantiële financiële gevolgen zijn, zie onderstaande tabel.

Module	Uitkomst raming	Toelichting
De cliënt in beeld	Geen financiële gevolgen	-
Elementen van zingevende daginvulling	Geen financiële gevolgen	-
Toepassen van zingevende daginvulling	Geen financiële gevolgen	-
Organisatie van zorg	Geen financiële gevolgen	-

8.8 Procesinformatie ontwikkeling richtlijn

Deze richtlijn is opgesteld conform de richtlijnmethode van SKILZ. Dit document beschrijft een stappenplan dat gebaseerd is op de kwaliteitscriteria uit de volgende documenten: de AQUA-Leidraad (2021) ⁹⁵, de HARING-tools (2013) ⁹⁶ en AGREE-II (2010) ⁹⁷.

8.8.1 Inbreng van cliëntenperspectief

Tijdens de ontwikkeling van deze richtlijn is het cliëntenperspectief in alle fasen meegenomen. Bij de knelpunteninventarisatie hebben cliëntenvertegenwoordigers de online vragenlijst ingevuld. Het cliëntenperspectief in de werkgroep is vertegenwoordigd door KansPlus. In de klankbordgroep werd het cliëntenperspectief vertegenwoordigd door Alzheimer Nederland. Actieve betrokkenheid van cliënten/cliëntvertegenwoordigers is belangrijk voor het bewaken van de wensen van cliënt en naasten bij het opstellen van de inhoud van een richtlijn.

8.8.2 Klankbordgroep

De klankbordgroep werd op twee momenten gedurende het richtlijnproces betrokken waarbij zij feedback gaven op de (concept)documenten:

1. Voor de start van het literatuuronderzoek op de (concept)uitgangsvragen.
2. Voor de commentaarfase op de conceptversie van de richtlijn.

Het ontvangen commentaar werd bekeken en besproken met de werkgroep en meegenomen in het schrijven van de definitieve teksten.

8.8.3 Van knelpunten naar aanbevelingen

Knelpunteninventarisatie

Voorafgaand aan de knelpunteninventarisatie zijn bestaande relevante (onderdelen van) kwaliteitsinstrumenten, lopende initiatieven en onderzoeken rondom het thema geïnventariseerd. Vervolgens werd de knelpunteninventarisatie uitgevoerd door middel van het uitzetten van een vragenlijst. Voor de knelpunteninventarisatie werden leden van relevante beroepsverenigingen, cliëntenverenigingen en andere relevante zorgorganisaties uitgenodigd. De voorzitter(s), de werkgroepleden en de procesbegeleiding hebben de knelpunten besproken, geanalyseerd en geprioriteerd. Een verslag van de knelpunteninventarisatie is terug te vinden in [deze bijlage](#).

Opstellen uitgangsvragen en uitkomstmaten

Op basis van de uitkomsten van de knelpuntenanalyse zijn door de werkgroep uitgangsvragen opgesteld. Vervolgens inventariseerde de werkgroep per uitgangsvraag welke uitkomstmaten voor de cliënt relevant zijn. De conceptuitgangsvragen zijn in de eerste werkgroepbijeenkomst op 26 juni 2023 met de werkgroep besproken en vervolgens aan de klankbordgroep voorgelegd. Zij hebben hun inbreng gegeven op de inhoud, formulering en methode voor de beantwoording van de uitgangsvragen. In september 2023 werden de uitgangsvragen vervolgens vastgesteld.

Methode literatuuronderzoek

In deze richtlijn werden drie uitgangsvragen beantwoord met behulp van systematisch literatuuronderzoek:

- Uitgangsvraag 1: hoe signaleer je zingevingsbehoeften rondom daginvulling van cliënten die langdurige zorg ontvangen?
- Uitgangsvraag 2: wat zijn elementen voor passende en zingevende daginvulling voor cliënten die langdurige zorg ontvangen?
- Uitgangsvraag 3: wat is de rol van de zorgverlener bij het toepassen van zingevende daginvulling bij cliënten die langdurige zorg ontvangen?

De werkgroep heeft, samen met de procesbegeleiding en een literatuuronderzoeker, een literatuurprotocol opgesteld met daarin weergegeven de zoekvragen, PICO (Population, Intervention, Comparison, Outcome) of PDO (Population, Determinant, Outcome), zoekstrategie en selectiecriteria. Een uitgebreide beschrijving van de strategie voor het zoeken en selecteren van de literatuur is te vinden in [deze bijlage](#), de verantwoording van het literatuuronderzoek bij uitgangsvraag 1 is te vinden in [deze bijlage](#), de verantwoording van het literatuuronderzoek bij uitgangsvraag 2 is te vinden in [deze bijlage](#) en de verantwoording van het literatuuronderzoek bij uitgangsvraag 3 is te vinden in [deze bijlage](#). In [module 7 in de richtlijn](#) zijn een korte samenvatting van de methode en resultaten van het literatuuronderzoek per module te vinden.

Selecteren en includeren van studies

Literatuurselectie gaat via twee selectiestappen, gebruikmakend van de vooraf opgestelde inclusie- en exclusiecriteria:

1. Selectie waarbij op basis van titel en abstract wordt bepaald of een artikel mogelijk relevante informatie bevat voor de uitgangsvraag; vervolgens bij de overgebleven artikelen.
2. Selectie waarbij op basis van het lezen van het volledige artikel beoordeeld wordt of het relevante informatie bevat voor de uitgangsvraag en de uitkomstmaat.

Het selecteren en includeren is door één literatuuronderzoeker uitgevoerd. De procesbegeleiding van SKILZ voerde aanvullend 30% uit. Onduidelijkheden werden met een tweede procesbegeleider als onafhankelijke bediscussieerd om overeenstemming te bereiken over de selectie.

Kwaliteitsbeoordeling van studies

Individuele studies werden systematisch beoordeeld, op basis van op voorhand opgestelde methodologische kwaliteitscriteria, om zo het risico op vertekende studieresultaten (bias) te kunnen inschatten. De kwaliteitsbeoordeling is door één onderzoeker uitgevoerd. Onduidelijkheden werden met een tweede onderzoeker bediscussieerd om overeenstemming te bereiken over de kwaliteitsbeoordeling. Deze beoordelingen kunt u vinden in de risk-of-bias-tabellen, zie bijlagen met verantwoordingen van de hoofdstukken [zingevingsbehoeften](#), [elementen](#) en [toepassen](#). Voor de richtlijn zingevende daginvulling is het volgende beoordelingsinstrument gebruikt om de kwaliteit van

de afzonderlijke studies te beoordelen: de AMSTAR-2 checklist (Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews, Canada) ⁹⁸.

Samenvatten van de literatuur

De relevante onderzoeksgegevens van alle geselecteerde artikelen zijn weergegeven in evidence-tabellen en beschreven per studie en per uitgangsvraag. De resultaten uit de literatuur werden per module beschreven in de bijlage Resultaten literatuuronderzoek.

Overwegingen (van bewijs naar aanbeveling)

Voor het formuleren van een aanbeveling zijn naast de resultaten en kwaliteit van bewijs van het wetenschappelijk onderzoek, vaak ook nog andere factoren van belang ⁹⁹. De werkgroep bediscussieerde de kennis uit de literatuur, en plaatste daarbij haar overwegingen. Dit werd in twee stappen uitgevoerd: 1) de werkgroepleden werden via een online vragenlijst uitgenodigd om hun overwegingen te plaatsen bij het literatuuronderzoek, en hun expertise bij een uitgangsvraag te delen 2) de resultaten uit deze vragenlijst werden bediscussieerd tijdens werkgroepbijeenkomsten, waarna overwegingen en aanbevelingen werden opgesteld. In deze richtlijn werd een uitgangsvraag niet beantwoord met systematisch literatuuronderzoek:

- Waar moeten zorgprofessionals rekening mee houden bij het in beeld brengen van een cliënt die langdurige zorg ontvangt?

En een module ging niet uit van een uitgangsvraag met aanbevelingen maar van een beschrijvende module: [Organisatie van zingevende daginvulling](#). Deze vragen werden expert-based beantwoord, op basis van de expertise van de werkgroep en best-practice. In de overwegingen kunnen de volgende aspecten meegenomen zijn:

- Gezondheidswinst,
- Waarden, voorkeuren en ervaringen van cliënten en zorgverleners met betrekking tot interventies en uitkomsten van zorg,
- Balans van gewenste en ongewenste effecten van interventies ten opzichte van geen of andere interventies,
- Aanvaardbaarheid van interventies,
- Ethische overwegingen,
- Kosten(implicaties),
- Veiligheid,
- Duurzaamheid,
- Haalbaarheid van een aanbeveling.

Deze aspecten worden per module (indien van toepassing) besproken onder het kopje 'Overwegingen'.

Formuleren van de aanbevelingen

De aanbevelingen geven een antwoord op de uitgangsvragen en zijn gebaseerd op het beste

beschikbare wetenschappelijke bewijs en de belangrijkste overwegingen. De kracht van het wetenschappelijk bewijs en het gewicht dat door de werkgroep is toegekend aan de overwegingen bepalen samen de sterkte van de aanbeveling. De sterkte van een aanbeveling verwijst naar de mate van zekerheid dat de voordelen van de interventie opwegen tegen de nadelen (of vice versa), gezien over het hele spectrum van cliënten waarvoor de aanbeveling is bedoeld. De sterkte van een aanbeveling heeft duidelijke implicaties voor cliënten, behandelaars en beleidsmakers (zie tabel 8.1).

Randvoorwaarden (organisatie van zorg)

In de knelpunteninventarisatie en bij de ontwikkeling van de richtlijn is expliciet rekening gehouden met de organisatie van zorg: alle aspecten die randvoorwaardelijk zijn voor het verlenen van zorg (zoals coördinatie, communicatie, (financiële) middelen, menskracht en infrastructuur).

Randvoorwaarden die relevant zijn, worden beschreven in hoofdstuk [Organisatie van zorg](#) van deze richtlijn.

Tabel 8.1: Implicaties van sterke en zwakke aanbevelingen voor verschillende richtlijngebruikers

	Sterke aanbeveling	Zwakke (conditionele) aanbeveling
Voor cliënten	De meeste cliënten zouden de aanbevolen interventie of aanpak kiezen en slechts een klein aantal niet.	Een aanzienlijk deel van de cliënten zouden de aanbevolen interventie of aanpak kiezen, maar veel cliënten ook niet.
Voor behandelaars	De meeste cliënten zouden de aanbevolen interventie of aanpak moeten ontvangen.	Er zijn meerdere geschikte interventies of aanpakken. De cliënt moet worden ondersteund bij de keuze voor de interventie of aanpak die het best aansluit bij diens waarden en voorkeuren.
Voor beleidsmakers	De aanbevolen interventie of aanpak kan worden gezien als standaardbeleid.	Beleidsbepaling vereist uitvoerige discussie met betrokkenheid van veel stakeholders. Er is een grotere kans op lokale beleidsverschillen.

8.8.4 Van conceptrichtlijn tot publicatie

Opstellen van het implementatieplan

De werkgroep heeft een implementatieplan opgesteld waarin een advies voor beroepsverenigingen en instellingen wordt gegeven voor de implementatie. Deze staat beschreven in de bijlage

Implementatieplan.

Formuleren van kennislacunes

Tijdens de ontwikkeling van deze richtlijn is systematisch gezocht naar onderzoek waarvan de resultaten bijdragen aan een antwoord op de uitgangsvragen. Bij elke uitgangsvraag is door de werkgroep nagegaan of er (aanvullend) wetenschappelijk onderzoek gewenst is. Een overzicht van aanbevelingen voor nader/vervolgonderzoek staat in de bijlage [Kennislacunes](#).

Commentaar- en autorisatiefase

De conceptrichtlijn is aan de betrokken (wetenschappelijke) verenigingen en andere relevante partijen voorgelegd voor commentaar. In de periode van 1 augustus 2024 tot 21 september 2024 konden de partijen de richtlijn becommentariëren via het platform Richtlijnen Langdurige Zorg. De commentaren werden verzameld en besproken met de werkgroep. Naar aanleiding van de commentaren werd de conceptrichtlijn aangepast en definitief vastgesteld door de werkgroep. De definitieve richtlijn is aan de betrokken (wetenschappelijke) verenigingen voorgelegd voor autorisatie en door hen geautoriseerd.

De volgende partijen hebben commentaar geleverd op de richtlijn zingevende daginvulling:

Partijen		
ActiZ	Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)	Kennisplatform EVB+
Alzheimer Nederland	Nederlandse Vereniging van Pedagogogen en Onderwijskundigen (NVO)	Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)
Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW)	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)
Landelijke Federatie Belangenverenigingen onderling sterk (Het LFB)		

Publicatie

Nadat de richtlijn is geautoriseerd door de betrokken verenigingen, is de richtlijn gepubliceerd op het

platform Richtlijnen Langdurige Zorg.

9. Referentielijst

1. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) (2023). Dagbesteding (volwassenen). Geraadpleegd op: <https://www.regelhulp.nl/onderwerpen/opvang-en-tijdelijk-verblijf/dagbesteding-volwassenen>
2. KansPlus (2023). Belevingsgerichte dagbesteding. Geraadpleegd op: <https://www.kansplus.nl/zorg-en-ondersteuning/dagbesteding-en-werk/belevingsgerichte-dagbesteding/>
3. GGZ standaarden (2017). Daginvulling en participatie. Geraadpleegd op: <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/daginvulling-en-participatie/introductie>.
4. InfoNu (2010). Wat is werk en waarom mensen werken. Geraadpleegd op: <https://mens-en-samenleving.infonu.nl/carriere/60462-wat-is-werk-en-waarom-werken-mensen.html>
5. Zorginstituut (2014). Handreiking passende dagbesteding. Geraadpleegd op: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2014/01/20/handreiking-passende-dagbesteding>
6. Movisie (2017). Themakaart: zingeving. Geraadpleegd op: https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2018-06/zingeving_2017.pdf
7. Huang, X., Zhao, X., Li, B., Cai, Y., Zhang, S., Wan, Q., & Yu, F. (2022). Comparative efficacy of various exercise interventions on cognitive function in patients with mild cognitive impairment or dementia: A systematic review and network meta-analysis. *Journal of sport and health science*, 11(2), 212–223.
8. Angevaere, M. J., Pieters, J. A., Twisk, J. W. R., & van Hout, H. P. J. (2024). Social Activity and Cognitive Decline in Older Residents of Long-Term Care Facilities: A Cohort Study. *Journal of Alzheimer's disease : JAD*, 98(2), 433–443. <https://doi.org/10.3233/JAD-221053>
9. Fioranelli, M., Roccia, M. G., & Garo, M. L. (2023). The role of arts engagement in reducing cognitive decline and improving quality of life in healthy older people: a systematic review. *Frontiers in psychology*, 14, 1232357. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1232357>
10. Hirakawa Y, Yajima K, Chiang C, Aoyama A. (2020). Meaning and practices of spiritual care for older people with dementia: experiences of nurses and care workers. *Psychogeriatrics*. Jan;20(1):44-49. doi: 10.1111/psyg.12454.
11. Wettenbank Overheid.nl. (2016). Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap, New York, 13-12-2006. Geraadpleegd op: <https://wetten.overheid.nl/BWBV0004045/2016-07-14>
12. Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) & Zorgverzekeraars Nederland (ZN). (2022). Transitie naar een toekomstbestendige gehandicaptenzorg. Geraadpleegd op: <https://www.vgn.nl/system/files/2022-02/VGN%20ZN%20transitie%20toekomstbest.%20ghz.pdf>
13. Samenwerkende Academische Netwerken Ouderenzorg (2022). Kennisagenda Langdurige Ouderenzorg. Geraadpleegd op: <https://unoamsterdam.nl/wp-content/uploads/2023/10/Kennisagenda-oktober-2023-V2.pdf>
14. Movisie (2022). Meedoen met een licht verstandelijke beperking. Geraadpleegd op: <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2022-03/220310%20Meedoen%20met%20een%20lvb-%20literatuurverkenning.pdf>

15. Vernooij-Dassen, M., Vasse, E., Zuidema, S., Cohen-Mansfield, J., & Moyle, W. (2010). Psychosocial interventions for dementia patients in long-term care. *International Journal of Psychogeriatrics*. 22(7), 1121-1128. doi: 10.1017/S1041610210001365
16. Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) (2020). Een betekenisvol leven, gewoon meedoen. Geraadpleegd op: <https://www.vgn.nl/achtergrond/onze-visie-2030-een-betekenisvol-eigen-leven-gewoon-meedoen>
17. Maruta, M., Tabira, T., Shimokihara, S., Makizako, H., Ikeda, Y., Han, G., Akasaki, Y., Hidaka, Y., Nakahara, R., Kamasaki, T., Kukizaki, W., Kubozono, T., & Ohishi, M. (2023) Changes in Satisfaction with Meaningful Activities and Onset of Depressive Symptoms among Community-Dwelling Japanese Older Adults: A Population-Based Study Before and During the COVID-19 Pandemic. *Journal of the American Medical Directors Association*. 24(5), 702-709.e3. doi: 10.1016/j.jamda.2023.03.010
18. Imanishi, M., Tomohisa, H., & Higaki, K. (2017) Impact of continuous in-home rehabilitation on quality of life and activities of daily living in elderly clients over 1 year. *Geriatric & Gerontology International*. 17(11), 1866-1872. doi: 10.1111/ggi.12978
19. Mansbach, W.E., Mace, R.A., Clark, K.M., & Firth, I.M. (2017) Meaningful Activity for Long-Term Care Residents With Dementia: A Comparison of Activities and Raters. *The gerontologist*. 1;57(3), 461-468. doi: 10.1093/geront/gnv694
20. Kennis Informele Zorg (2024). Geraadpleegd op: kennisinformelezorg.nl
21. Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) (2021). Richtlijn Mantelzorg. Geraadpleegd op: <https://www.venvn.nl/media/u5oboc0o/richtlijn-mantelzorg-21-9-2021-2.pdf>
22. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) (z.d.). Samenwerken met mantelzorgers - wetgeving en verantwoordelijkheden. Geraadpleegd op: <https://www.igj.nl/onderwerpen/inzet-personeel-in-de-zorg/samenwerken-met-mantelzorgers/wetgeving-en-verantwoordelijkheid>
23. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. (z.d.) Definition of Intellectual Disability. Geraadpleegd op: <https://aaidd.org/intellectual-disability/definition#.WbvNURJJJaUI>.
24. Zorg voor Beter (2024). Aan de slag met het sociaal netwerk. Geraadpleegd op: <https://www.zorgvoorbeter.nl/tips-tools/tools/wegwijzer-aan-de-slag-met-sociale-netwerken>
25. Nolan, S., Saltmarsh, Ph., & Leget, C. (2011) Spiritual care in palliative care: working towards an EAPC Task Force. *Eur Journal of Palliative Care*, 18(2);869
26. Loden, M. (1996). *Implementing Diversity*. Chicago ILL: Irwin Professional Publishing.
27. Schouten, B. (2017). Kwaliteit van bestaan: een praktijkonderzoek naar de kwalitatieve en kwantitatieve meerwaarde van de Persoonsgerichte Ondersteuningsuitkomsten Schaal (POS). *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen*. 1:35-52.
28. Trimbos. (z.d.). Implementatie van Persoonsgericht werken in de ouderenzorg. Geraadpleegd op: <https://www.trimbos.nl/kennis/ouderen/persoonsgerichte-zorg-dementie/>
29. Sociaal en Cultureel Planbureau. (2017). Gelukkig in een verpleeghuis? Geraadpleegd op: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/blg-818756.pdf>
30. Bhattacharyya, K. K., Molinari, V., & Hyer, K. (2022). Self-Reported Satisfaction of Older Adult Residents in Nursing Homes: Development of a Conceptual Framework. *The Gerontologist*, 62(8), e442–e456. <https://doi.org/10.1093/geront/gnab061>

31. Murphy, K., Cooney, A., & Casey, D. (2014). Improving the quality of life for older people in long-term care settings. *Journal of comparative effectiveness research*, 3(3), 301–315. <https://doi.org/10.2217/cer.14.20>
32. KansPlus. (2013). Handreiking kwaliteit van leven. Geraadpleegd op: <https://www.kansplus.nl/wp-content/uploads/2013/06/%E2%80%9CHandreiking-kwaliteit-van-leven%E2%80%9D.pdf>
33. Strick, K., Abbott, R., Thompson Coon, J., & Garside, R. (2021). Meta-ethnography of the purpose of meaningful occupation for people living with dementia. *International journal of older people nursing*, 16(5), e12391. <https://doi.org/10.1111/opn.12391>
34. Cooney, A., Dowling, M., Gannon, M. E., Dempsey, L., & Murphy, K. (2014). Exploration of the meaning of connectedness for older people in long-term care in context of their quality of life: a review and commentary. *International journal of older people nursing*, 9(3), 192–199. <https://doi.org/10.1111/opn.12017>
35. Schweighart, R., O'Sullivan, J. L., Klemmt, M., Teti, A., & Neuderth, S. (2022). Wishes and Needs of Nursing Home Residents: A Scoping Review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 10(5), 854. <https://doi.org/10.3390/healthcare10050854>
36. Shiells, K., Pivodic, L., Holmerová, I., & Van den Block, L. (2020). Self-reported needs and experiences of people with dementia living in nursing homes: a scoping review. *Aging & mental health*, 24(10), 1553–1568. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1625303>
37. Jing, W., Willis, R., & Feng, Z. (2016). Factors influencing quality of life of elderly people with dementia and care implications: A systematic review. *Archives of gerontology and geriatrics*, 66, 23–41. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.04.009>
38. Cadieux, M.A., Garcia, L.J., & Patrick, J. (2013). Needs of people with dementia in long-term care: a systematic review. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*. 28(8), 723-733. doi: 10.1177/1533317513500840.
39. 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*. 17,12:381-397. doi: 10.2147/CIA.S117637.
40. Schalock, R.L. and Verdugo, M.A. (2002). *Handbook on Quality of Life for Human Service Practitioners*. American Association on Mental Retardation, Washington DC.
41. Jenaro, C., Verdugo, M. A., Caballo, C., Balboni, G., Lachapelle, Y., Otrebski, W., & Schalock, R. L. (2005). Cross-cultural study of person-centred quality of life domains and indicators: a replication. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 734-739.
42. Claes, C., van Loon, J., Van Hove, G., & Schalock, R. (2008). POS : Persoonlijke Ondersteuningsuitkomsten Schaal. Garant.
43. Sandvoll, A. M., Hjertenæs, A.-M., & Board, M. (2020). Perspectives on activities in nursing homes. *International Practice Development Journal*, 10, 1–12. <https://doi.org/10.19043/ipdj.10Suppl.006>
44. Du Toit, S. H. J., Shen, X., & McGrath, M. (2019). Meaningful engagement and person-centered residential dementia care: A critical interpretive synthesis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 26(5), 343–355. <https://doi.org/10.1080/11038128.2018.1441323>
45. Abrahamsen Grøndahl, V., Persenius, M., Bååth, C., & Helgesen, A. K. (2017). The use of life

- stories and its influence on persons with dementia, their relatives and staff—A systematic mixed studies review. *BMC Nursing*, 16, 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0223-5>
46. Nordgren, L., Arvidsson, A., Vincze, M., & Asp, M. (2022). Photo-elicited conversations about meetings with a therapy dog as a tool for communication in dementia care: An observational study. *Dementia* (14713012), 21(7), 2248–2263. <https://doi.org/10.1177/14713012221118214>
 47. Kennisplein gehandicaptensector (2019). Remiscentie (herinneringen ophalen). Geraadpleegd op: <https://www.kennispleingehandicaptensector.nl/tips-tools/tools/remiscentie-herinneringen-ophalen>
 48. BTSG (2022). Remiscentie. Geraadpleegd op: <https://btsg.nl/remiscentie/>
 49. Visual thinking strategies (2025). Geraadpleegd op: <https://vtshome.org/>
 50. Gerdner, L.A. (2005). Use of individualized music by trained staff and family: translating research into practice. *Journal of Gerontological Nursing*, 31(6), 22-30.
 51. Barbosa, A., Lord, K., Blighe, A., & Mountain, G. (2017). Dementia Care Mapping in long-term care settings: A systematic review of the evidence. *International Psychogeriatrics*, 29(10), 1609–1618. <https://doi.org/10.1017/S1041610217001028>
 52. Meetinstrumenten in de zorg (2017). Dementia Care Mapping. Geraadpleegd op: <https://meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/dementia-care-mapping/>
 53. Mohler, R., Calo, S., Renom, A., Renom, H., & Meyer, G. (2023). Personally tailored activities for improving psychosocial outcomes for people with dementia in long-term care. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD009812. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009812.pub3>
 54. Möhler, R., Renom, A., Renom, H., & Meyer, G. (2020). Personally tailored activities for improving psychosocial outcomes for people with dementia in community settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010515.pub2>
 55. Tierney, L., & Beattie, E. (2020). Enjoyable, engaging and individualised: A concept analysis of meaningful activity for older adults with dementia. *International Journal of Older People Nursing*, 15(2), e12306. <https://doi.org/10.1111/opn.12306>
 56. Kristensen, H. K., & Peoples, H. (2020). Experiences related to quality of life in people with dementia living in institutional settings-A meta-aggregation. *The British Journal of Occupational Therapy*, 83(3), 145–161. <https://doi.org/10.1177/0308022619879080>
 57. Smit, J. (2015). *Antwoord geven op het leven zelf. Een onderzoek naar de basismethodiek van de geestelijke verzorging*. Delft: Eburon.
 58. Hart, J. (2014). *Geloven binnen en buiten verband*. Geraadpleegd op: <http://dx.doi.org/10.48592/554>
 59. De Vereniging van Geestelijke VerZorgers. (2015). *Beroepsstandaard*. Geraadpleegd op: <https://vgvz.nl/over-de-vgvz/beroepsstandaard-gv-2015/>
 60. Groenendaal, M., Smaling, H. J. A., Achterberg, W. P., & Caljouw, M. A. A. (2022). Maintaining meaningful activities for persons with dementia during transitions of care: A systematic review. *Geriatric Nursing* (New York, N.Y.), 44, 176–183. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2022.01.017>
 61. De Vriendt, P., Cornelis, E., Vanbosseghem, R., Desmet, V., & Van de Velde, D. (2019). Enabling meaningful activities and quality of life in long-term care facilities: The stepwise

- development of a participatory client-centred approach in Flanders. *The British Journal of Occupational Therapy*, 82(1), 15–26. <https://doi.org/10.1177/0308022618775880>
62. Brownie, S., Horstmanshof, L., & Garbutt, R. (2014). Factors that impact residents' transition and psychological adjustment to long-term aged care: A systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(12), 1654–1666. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.04.011>
 63. Jessen-Winge, C., Petersen, M. N., & Morville, A.-L. (2018). The influence of occupation on wellbeing, as experienced by the elderly: A systematic review. *JBISRI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 16(5), 1174–1189. <https://doi.org/10.11124/JBISRI-2016-003123>
 64. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2024). Wet zorg en dwang. Geraadpleegd op: <https://www.dwangindezorg.nl/wzd>
 65. Movisie. (2017). Zingeving & sociale contacten. Geraadpleegd op: https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2018-06/zingeving_2017.pdf
 66. Tillmann S., Tobin D., Avison W., & Gilliland, J. (2018). Mental health benefits of interactions with nature in children and teenagers: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*;72:958-966
 67. Han, A., Radcliff, J., McDowd, J. M., & Sabata, D. (2016). Perspectives of people with dementia about meaningful activities: A synthesis. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 31(2), 115–123. <https://doi.org/10.1177/1533317515598857>
 68. Westerhof, G. J., & Kuin, Y. (2007). Persoonlijke zingeving en ouderen: Een overzicht van theorie, empirie en praktijk, *Psyche en Geloof* 18(3), 118-135.
 69. Desch, A., Förstner, B., Artmann, J., Häusler, A., Hauptmann, M., Altin, S., Rapp, M., & Holmberg, C. (2022). A theory of change of an innovation for therapeutic care and meaningful living in a German nursing home. *BMC Geriatrics*, 22(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03462-0>
 70. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (2024). HAN Zintuigenlabo. Geraadpleegd op: <https://www.han.nl/projecten/2022/zintuigenlabo/>
 71. Windle, G., Algar-Skaife, K., Caulfield, M., Pickering-Jones, L., Killick, J., Zeilig, H., & Tischler, V. (2020). Enhancing communication between dementia care staff and their residents: An arts-inspired intervention. *Aging & Mental Health*, 24(8), 1306–1315.
 72. Bourgeois, M. S., Brush, J., Elliot, G., & Kelly, A. (2015). Join the Revolution: How Montessori for Aging and Dementia can Change Long-Term Care Culture. *Seminars in Speech and Language*, 36(3), 209–214.
 73. Zorg voor Beter (2020). Alternatievenbundel voor meer vrijheid in de zorg. Geraadpleegd op: <https://www.zorgvoorbeter.nl/tools/alternatievenbundel-voor-meer-vrijheid-in-de-zorg>
 74. Bosch, F.A.J., Heij, K., & Volberda, H.W. (2013). Naar betere zorg door co-creatie met cliënten. *Executive management*. 67(5):125-140.
 75. Strandenaes, M. G., Lund, A., & Rokstad, A. M. M. (2019). Facilitation of activities for people with dementia in day care: A qualitative study exploring the experiences of staff. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 12, 503–513. <https://doi.org/10.2147/jmdh.s198024>
 76. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) (z.d.). Vergoeding van dagbesteding.

- Geraadpleegd op: <https://www.regelhulp.nl/onderwerpen/opvang-en-tijdelijk-verblijf/dagbesteding-volwassenen/financiering>
77. Martín-María, N., Lara, E., Cresswell-Smith, J., Forsman, A. K., Kalseth, J., Donisi, V., Amaddeo, F., Wahlbeck, K., & Miret, M. (2021). Instruments to evaluate mental well-being in old age: A systematic review. *Aging & Mental Health*, 25(7), 1191–1205. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1774742>
 78. Mast, B. T., Molony, S. L., Nicholson, N., Kate Keefe, C., & DiGasbarro, D. (2021). Person-centered assessment of people living with dementia: Review of existing measures. *Alzheimer's and Dementia: Translational Research and Clinical Interventions*, 7(1). <https://doi.org/10.1002/trc2.12138>
 79. Ament, S. M. C., Couwenberg, I. M. E., Boyne, J. J. J., Kleijnen, J., Stoffers, H. E. J. H., van den Beuken, M. H. J., Engels, Y., Bellersen, L., & Janssen, D. J. A. (2021). Tools to help healthcare professionals recognize palliative care needs in patients with advanced heart failure: A systematic review. *Palliative Medicine*, 35(1), 45–58. <https://doi.org/10.1177/0269216320963941>
 80. Britt, K. C., Kwak, J., Acton, G., Richards, K. C., Hamilton, J., & Radhakrishnan, K. (2022). Measures of religion and spirituality in dementia: An integrative review. *Alzheimer's and Dementia: Translational Research and Clinical Interventions*, 8(1). <https://doi.org/10.1002/trc2.12352>
 81. Burlacu, A., Artene, B., Nistor, I., Buju, S., Jugrin, D., Mavrichi, I., & Covic, A. (2019). Religiosity, spirituality and quality of life of dialysis patients: A systematic review. *International Urology and Nephrology*, 51(5), 839–850. <https://doi.org/10.1007/S11255-019-02129-X>
 82. Santana-Berlanga, N. D. R., Porcel-Gálvez, A. M., Botello-Hermosa, A., & Barrientos-Trigo, S. (2020). Instruments to measure quality of life in institutionalised older adults: Systematic review. *Geriatric Nursing (New York, N.Y.)*, 41(4), 445–462. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.01.018>
 83. Loynes, B., & O'Hara, J. (2015). How can mental health clinicians, working in intellectual disability services, meet the spiritual needs of their service users? *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 9(1), 9–18. <https://doi.org/10.1108/AMHID-10-2014-0035>
 84. Shryock, S. K., & Meeks, S. (2022). Activity, Activity Personalization, and Well-Being in Nursing Home Residents With and Without Cognitive Impairment: An Integrative Review. *Clinical Gerontologist*, 45(5), 1058–1072. <https://doi.org/10.1080/07317115.2020.1844356>
 85. van Liempd, S., Verbiest, M., Stoop, A., & Luijkx, K. (2023). Influence of Freedom of Movement on the Health of People With Dementia: A Systematic Review. *The Gerontologist*, 63(8), 1351–1364. <https://doi.org/10.1093/geront/gnac114>
 86. Davies, M., Zúñiga, F., Verbeek, H., Simon, M., & Staudacher, S. (2023). Exploring Interrelations Between Person-Centered Care and Quality of Life Following a Transition Into Long-Term Residential Care: A Meta-Ethnography. *Gerontologist*, 63(4), 660–673.
 87. Haythorne, R., Gega, L., Knapp, P., & Crawford, H. (2021). What are the barriers and facilitators to participation in active recreation for people with learning disabilities? A scoping review. *British Journal of Learning Disabilities*, No-Specified.
 88. Ludden, G. D. S., van Rompay, T. J. L., Niedderer, K., & Tournier, I. (2019). Environmental

- design for dementia care—Towards more meaningful experiences through design. *Maturitas*, 128, 10–16.
89. Brooks, D., Johnston, S., Parker, C., Cox, L., Brodie, M., Radbourne, C., & MacAndrew, M. (2022). Elements of long-term care that promote quality of life for Indigenous and First Nations Peoples: A mixed methods systematic review. *The Gerontologist*.
 90. Toivonen, K., Stolt, M., & Suhonen, R. (2015). Nursing Support of the Spiritual Needs of Older Adults Living With Dementia. *Holistic Nursing Practice*, 29(5), 303–312.
 91. Goodall, G., Taraldsen, K., & Serrano, J. A. (2021). The use of technology in creating individualized, meaningful activities for people living with dementia: A systematic review. *Dementia (London, England)*, 20(4), 1442–1469.
 92. Cabote, C., Salamonson, Y., Trajkovski, S., Maneze, D., & Montayre, J. (2023). The needs of older people with dementia from culturally and linguistically diverse backgrounds living in residential aged care: An integrative review. *Journal of clinical nursing*, 32(17-18), 5430–5444. <https://doi.org/10.1111/jocn.16617>
 93. McGrath, M., Bagul, D., & Du Toit, S. H. J. (2022). Barriers and facilitators of meaningful engagement among older migrants living with dementia in residential aged care facilities: A mixed studies systematic review. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 29(7), 530–541.
 94. Xiao, L. D., Chen, L., Han, W., Meyer, C., Müller, A., Low, L., Brijnath, B., & Mohammadi, L. (2022). Optimising social conditions to improve autonomy in communication and care for ethnic minority residents in nursing homes: A meta synthesis of qualitative research. *Nursing Inquiry*, 29(3), 1–14.
 95. AQUA-Leidraad (2021). Zorginstituut Nederland. Geraadpleegd op: <https://www.zorginzicht.nl/ontwikkeltools/ontwikkelen/aqua-leidraad>
 96. Hilbink, M., Ouwens, M., & Kool, T. (2013). De HARING-tools. Dertien instrumenten voor ondersteuning bij het opstellen, herzien, implementeren en evalueren van richtlijnen. ZonMw. Geraadpleegd op: <https://www.iqhealthcare.nl/media/56707/eindrapport.pdf>
 97. AGREE Next Steps Consortium. (2009). AGREE II. Instrument voor de beoordeling van richtlijnen. Geraadpleegd op: <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/ontwikkeltools-ontwikkelen/AGREE+instrument.pdf>
 98. Shea, B.J., Reeves, B.C., Wells, G., Thuku, M., Hamel, C., Moran, J., Moher, D., Tugwell, P., Welch, V., Kristjansson, E., & Henry, D.A. (2017). AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 358. doi: 10.1136/BMJ.J4008
 99. Alonso-Coello, P., Oxman, A.D., Moberg, J., Brignardello-Petersen, R., Akl, E.A., Davoli, M., Treweek, S., Mustafa, R.A., Vandvik, P.O., Meerpohl, J., Guyatt, G.H., & Schünemann, H.J. (2016). GRADE Working Group. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 2: Clinical practice guidelines. *BMJ*, 353, i2089. doi: 10.1136/bmj.i2016

10. Disclaimer

Op www.richtlijnenlangdurigezorg.nl publiceert SKILZ richtlijnen voor de langdurige zorg. Ondanks de zorg en aandacht die wordt besteed aan de informatie op www.richtlijnenlangdurigezorg.nl is het mogelijk dat inhoud niet volledig en/of onjuist is.

Aansprakelijkheid

SKILZ sluit alle aansprakelijkheid voor de opmaak en de inhoud van de richtlijnen uit, evenals gevolgen die de toepassing van de richtlijnen in de langdurige zorg mocht hebben uit. Richtlijnen Langdurige Zorg staat open voor het attenderen op (vermoedelijke) fouten c.q. onjuistheden in de inhoud of opmaak van de richtlijnen. Hiervoor kan contact worden opgenomen met vraag@richtlijnenlangdurigezorg.nl.

Intellectueel eigendom

Het intellectueel eigendom van de richtlijnen en de afgeleide producten, ligt bij de beheerder van de richtlijn. Voor eigen gebruik mag informatie worden gedownload en/of afgedrukt worden. Zonder voorafgaande toestemming van SKILZ mogen gepubliceerde bestanden (of delen daarvan) niet worden overgenomen, gepubliceerd of op een andere manier openbaar gemaakt of verveelvoudigd worden. U kunt een verzoek voor toestemming sturen aan SKILZ via bureau@skilz.nu SKILZ zal uw verzoek behandelen.

Het is toegestaan een directe link naar www.richtlijnenlangdurigezorg.nl te plaatsen op een andere website of direct te linken naar de richtlijnen op dit platform.