

2011

Behoeftevervulling in de ouderenzorg

De invloed van communicatie in het vervullen van de psychologische basisbehoefte autonomie bij bewoners in het verpleeg- of verzorgingshuis



UNIVERSITEIT TWENTE.

Lotte van de Kempe
Masterthesis Psychologie
Universiteit Twente
November 2011

Colofon

UNIVERSITEIT TWENTE.

Onderwijsinstelling: Universiteit Twente
Faculteit gedragswetenschappen
Master Geestelijke Gezondheidsbevordering
Drienerlolaan 5
7522 NB Enschede

Afstudeerdocenten: Eerste begeleider: Dr. G.J. Westerhof
Tweede begeleider: Dr. M. van Vuuren

Auteur: Lotte van de Kempe
Studentnummer: s0216437
Pasbree 58
7103 BS Winterswijk
lottevandekempe@hotmail.com

Datum: 25 november 2011

Projectperiode: maart 2011 – november 2011

Voorwoord

Deze masterthesis is geschreven ter afsluiting van de master psychologie, richting Geestelijke Gezondheidszorg, aan de Universiteit Twente. Dit onderzoek richt zich op het vervullen van de psychologische basisbehoefte autonomie bij verpleeg- of verzorgingshuisbewoners. Via literatuurstudie is onderzocht of er aspecten in de communicatie zijn die bij kunnen dragen aan het vervullen van de psychologische basisbehoefte autonomie. Daarnaast is er met behulp van videofragmenten onderzocht hoe deze aspecten gebruikt worden in de communicatie tussen de verzorgenden en bewoners tijdens de ochtendzorg om de psychologische basisbehoefte autonomie te vervullen.

Middels dit voorwoord wil ik tevens de mensen bedanken die er mede voor gezorgd hebben dat ik mijn masterthesis heb kunnen afronden. Ik wil Gerben Westerhof bedanken voor de diverse begeleidingsafspraken en de feedback. Zijn toegankelijkheid en enthousiasme hebben mij geholpen tijdens het proces en het schrijven van mijn masterthesis. Ook wil ik Mark van Vuuren bedanken voor zijn inzet en feedback. Verder wil ik mijn medestudent Suzan Keizer bedanken voor de prettige samenwerking, goede feedback en kritische houding tijdens dit onderzoek. Tot slot wil ik mijn familie en vrienden bedanken, zij zorgden voor de juiste randvoorwaarden waardoor ik deze studie succesvol kon afronden.

Bedankt!

Winterswijk, november 2011

Lotte van de Kempe

Samenvatting

De laatste jaren is de ouderenzorg geregeld negatief in het nieuws. Er komen steeds meer ouderen die zorg nodig hebben, maar er is steeds minder geld en een te hoge werkdruk in de zorg. Deze factoren staan de focus in de weg dat de verzorgende gericht moet zijn op de behoeftes van het individu. Het blijkt dat het contact tussen verzorgenden en bewoners een belangrijke rol speelt in de alledaagse vervulling van basisbehoeften, maar het is echter onduidelijk waardoor deze behoeften worden vervuld. Het doel van dit onderzoek is dan ook om te onderzoeken hoe de communicatie tussen verzorgenden en verpleeg- en verzorginghuisbewoners tijdens de ochtendzorg kan bijdragen aan een hogere mate van geestelijk welbevinden.

Het bevorderen van geestelijke gezondheid is een relatief nieuw doel binnen de volksgezondheid. Om de geestelijke gezondheid te kunnen bevorderen worden er drie psychologische basisbehoeften (autonomie, competentie en verbondenheid) als voorwaarden genoemd om persoonlijke doelen van mensen te kunnen realiseren. In dit onderzoek is getracht te onderzoeken hoe de basisbehoefte autonomie vervuld kan worden door middel van aspecten in de communicatie, waardoor het welbevinden van verpleeg- of verzorginghuisbewoners verbeterd kan worden. Allereerst is er een literatuurstudie gedaan om te kijken welke aspecten gericht zijn op de vervulling van autonomie. Daarna zijn er verschillende videofragmenten van de ochtendzorg geselecteerd en geanalyseerd door middel van een conversatieanalyse.

Dit onderzoek laat zien dat er voor de vervulling van de basisbehoefte autonomie drie communicatiestructuren gevonden zijn. Zo blijkt dat wanneer de bewoner inspraak heeft, de autonomie vervulling vergroot wordt. Dit kan op verschillende manieren; de bewoner kiest zelf, de bewoner heeft inspraak, maar wordt beïnvloed door de mening van de verzorgende en de bewoner heeft inspraak na een gesloten vraag van de verzorgende. Daarnaast is het voor de behoefte vervulling van autonomie van belang dat wat de bewoner zelfstandig kan, dit ook doet. Een bewoner kan bijvoorbeeld alleen een zorghandeling uitvoeren of de verzorgende stimuleert de zelfstandigheid tijdens de zorg door de bewoner kleine handelingen zelf uit te laten voeren. Tot slot viel op dat wanneer de verzorgende vertelt wat er gaat gebeuren, de bewoner duidelijkheid ervaart en daardoor de mogelijkheid krijgt om inspraak te hebben. De bewoner kan op zo'n moment namelijk aangeven of hij het ermee eens is of niet. Het aangeven van wat er gaat gebeuren kan zowel non-verbaal als verbaal. Opvallend is dat het stimuleren van autonomie gedaan kan worden door zowel de bewoner als de verzorgende. De bewoner kan zelf initiatief nemen om een handeling alleen uit te voeren of een wens kenbaar te maken. De verzorgende kan de autonomie stimuleren door de bewoner inspraak te laten hebben door het geven van keuzes of door te vertellen wat er gaat gebeuren, maar ook door de bewoner handelingen uit te laten voeren die hij nog zelfstandig kan.

Voor vervolgonderzoek wordt aanbevolen om een vragenlijst over de mate van behoefte vervulling af te nemen bij de bewoners, om de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten. Daarnaast zijn een grotere respondentengroep, opnames op verschillende momenten van de dag en onderzoek gericht op alle drie de basisbehoeften gewenst om resultaten te verbreden en te generaliseren. Aanbevelingen voor de praktijk zijn video-interactie begeleiding en een training voor de verzorgenden gericht op de drie basisbehoeften.

Summary

The care for the elderly has been negative in the news for quite some times in the last years. There are more and more elderly people who need care, but there is less and less money and an excessive work overload in care. These factors make it difficult to focus on the needs of the individual. It appears that the contact between caregivers and residents plays an important role in identifying and fulfilling those needs and as a result may lead to higher state of mental wellbeing. However it is unclear how the needs of the elderly are met through communication. The aim of this study is therefore to investigate how the communication between caregivers and nursing home residents during morning care can contribute to higher levels of mental wellbeing.

The psychological wellbeing can be stimulated by fulfilling the three basic psychological needs: autonomy, competence and relatedness. This study attempted to answer the question how communication aspects, which fulfill the need of autonomy, are used in health care so that residents of nursing homes can fulfill their need for autonomy and can achieve a higher level of wellbeing. By a literature study and conversation analysis have several video fragments of the morning care been analyzed.

This study shows that there are three communication structures that can fulfill the need for autonomy. It appears that when the resident have participation, the fulfillment of autonomy is increased. There are different ways to do this; the resident chooses, the resident has a say, but is influenced by the opinion of the caregiver and the resident has a say after a closed question of the caregiver. A second aspect that is found is that the resident can do what he or she is still able to do. Within this aspect there are two variations. The first is that the resident does it by his or herself. The second is that the caregivers stimulates the independences of the resident by stimulating him or her to do small tasks. Finally it was found that when the caregiver told the resident what will happen, the resident experienced clarity and had a feeling he or she had a say in it. The resident could be informed in what will happen by both verbal or non-verbal communication. Remarkably, the stimulation of autonomy can be done by the resident and caregiver. By example, the resident can take the lead by doing a care task by him or herself. Or he or she can give her opinion before the caregiver ask him or her for their opinion. The caregiver can stimulate the autonomy by giving choices to the resident or by telling what will happen, but also by the residents to perform actions that they can do independently.

For further research there are some recommendations; generate a larger group of respondents, do not only use video fragments of the morning care, do not focus on one basic need but on all three basic needs. The results will be much more generalizable. Also it is important to use questionnaires to measure the extent to which the resident says that the communication has been fulfilling. Recommendations regarding the daily practice are using a video-interaction guidance and training of the caregivers in fulfilling the basic needs.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	2
2	Theoretisch kader	4
2.1	Geestelijke gezondheid en kwaliteit van leven	4
2.2	Communicatie	6
2.3	Zelfdeterminatietheorie	9
3	Methode.....	14
3.1	Onderzoeksmethode	14
3.2	Deelnemers	15
3.3	Video-opname procedure	16
3.4	Analyse procedure.....	16
4	Resultaten	18
4.1	Ochtendzorg aan de heer S.	18
4.2	Ochtendzorg aan mevrouw J.....	23
4.3	Ochtendzorg aan mevrouw B.....	27
5	Conclusie en discussie	33
5.1	Bevindingen en conclusies	33
5.2	Beperkingen en aanbevelingen	36
6	Referenties	39
	Bijlage 1	43

1 Inleiding

'Twee op de vijf bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen vindt dat het personeel te weinig tijd en aandacht voor hen heeft.' ("Zorg verpleeghuis is gehaast", 2010, juni 6)

De laatste jaren is de ouderenzorg geregeld negatief in het nieuws geweest. Hierbij gaat het om bezuinigingen in de zorg en de kwaliteit van de zorg die onder druk staat en achteruit gaat. Daarnaast willen steeds minder mensen in de zorg werken. De verwachting is dat in 2020 nog slechts aan 60% van de behoeften aan zorg kan worden voldaan. Het aantal ouderen zal volgens de verwachtingen toenemen, zo zal het aandeel 65-plussers in de maatschappij tot 2030 toenemen tot een kwart van de bevolking en daarmee ook het aantal ouderen met lichamelijk, psychische en sociale problemen en ongemakken (Hintum, 2011). Door bezuinigingen in de zorg, zal er flink gesneden moeten worden in de ouderenzorg. Dit heeft tot gevolg dat zorgverleners dezelfde zorg moeten leveren in een kortere tijd, waardoor de kwaliteit van de zorg zal verminderen. Onder tijdsdruk tonen zorgverleners namelijk minder genegenheid, bemoediging, begrip en bezorgdheid voor de oudere cliënt (Caris-Verhallen, Kerkstra & Bensing 1997). Doordat de zorg in een kortere tijd geleverd moet worden, is het moeilijk, maar wel van belang dat de zorg die geleverd wordt, kwalitatief goed is.

Uit recent onderzoek van Menzis (2010) blijkt dat zorgverleners niet positief zijn over de toekomst van de zorg. Bijna 63% van de verzorgenden verwacht dat de kwaliteit van de zorg binnen vier jaar afneemt. Belangrijke redenen hiervoor zijn dat er te weinig geld is voor de zorg, er een te hoge werkdruk is en dat er teveel tijd aan administratie moet worden besteed. Deze factoren staan de focus in de weg dat de verzorgenden gericht moeten zijn op de behoeftes van het individu. Niet alleen tijd en geld staan de ontevredenheid binnen de zorg in de weg. Communicatie blijkt ook een belangrijke rol te spelen. Caris-Verhallen en collega's (1997) toonden aan dat communicatie essentieel is om de individuele behoeftes van de cliënt te achterhalen. Als de communicatie tussen de cliënt en de verzorgende namelijk faalt, kan er een onbevredigend gevoel achter blijven (Staab & Hodges, 1996). Het is daarom van belang dat er gekeken wordt naar de interactie tussen de verzorgende en de bewoner. Wanneer men tevreden is over de zorg en de communicatie tijdens de zorg, zal diegene zich gezien en gehoord voelen, wat het gevoel van welbevinden van die persoon versterkt.

Vaak wordt er in de zorg gekeken naar wat het probleem is, wat de klachten zijn. Deze visie is vanuit het medisch model: de nadruk wordt sterk op de ziekte gelegd. Ook de ouderenzorg gaat meestal uit van dit medische model. Er wordt weinig naar de behoeften van de persoon gekeken, waardoor de oudere zich niet goed gehoord voelt. Het is belangrijk om te beseffen dat ouderen niet alleen gebaat zijn bij het wegnemen van een ziekte of een klacht, maar dat er ook aandacht moet zijn voor de individuele behoeftes van de persoon. Vrijwel alle literatuur over verpleeghuizen en/of ouderenzorg gaat over wat er mis gaat in de zorg. Waar veel onderzoeken in gaan op negatieve aspecten, zal er in dit onderzoek ingegaan worden op het positieve: wat wordt er door de verzorgenden gedaan, in de communicatie tijdens de ochtendzorg, om het welbevinden van de bewoner te vergroten? Er is weinig tot geen onderzoek gedaan naar specifieke aspecten in een communicatie die van invloed kunnen zijn op het welbevinden. Custers, Westerhof, Kuin & Riksen-Walraven (2010) toonden wel aan dat het contact tussen verzorgden en bewoners een belangrijke rol speelt in de alledaagse vervulling van psychologische basisbehoeften, maar het is echter

onduidelijk waardoor deze basisbehoeften worden vervuld. Het is dus bekend dat verzorgenden het welbevinden van bewoners kunnen vergroten, maar er is weinig onderzoek gedaan naar welke aspecten in de communicatie hier specifiek aan bijdragen (Caris-Verhallen et al., 1997). Dit onderzoek zal zich daarom gaan richten op de communicatie tussen verpleeg- en verzorgingshuisbewoners en hun verzorgenden. Het doel is om te ontdekken hoe de communicatie tussen verzorgenden en verpleeg- en verzorgingshuisbewoners gebruikt wordt om bij te dragen aan een hogere mate van geestelijk welbevinden. Het is hierbij van belang om eerst te weten wat geestelijke gezondheid betekent. Pas daarna kan er gekeken worden hoe geestelijk welbevinden vergroot kan worden met behulp van communicatie. Daarbij is het belangrijk om te weten waarbij men rekening moet houden in de communicatie met ouderen. Deze begrippen zullen daarom in het volgende hoofdstuk besproken worden.

2 Theoretisch kader

2.1 Geestelijke gezondheid en kwaliteit van leven

Omdat er in dit onderzoek onderzocht wordt hoe het welbevinden van verpleeghuisbewoners vergroot kan worden door middel van communicatie, zal er uitleg gegeven moeten worden over welbevinden. Welbevinden is een onderdeel van de geestelijke gezondheid en daarom zal in dit hoofdstuk het begrip geestelijke gezondheid worden uitgelegd. Welbevinden is een veelvoorkomend begrip in de psychologie. In de ouderenzorg wordt dit begrip echter minder gebruikt, daar gebruiken ze vaker het begrip 'kwaliteit van leven'. Dit begrip wordt daarom eerst uitgelegd in dit hoofdstuk, daarna zal geestelijke gezondheid beschreven worden en tot slot zal beschreven worden waarom het van belang is om in te gaan op de geestelijke gezondheid van ouderen.

2.1.1 Kwaliteit van leven

Zoals net al is omschreven, wordt het begrip 'kwaliteit van leven' veel gebruikt in de ouderenzorg. Het is een belangrijke uitkomstmaat in de ouderenzorg, omdat de nadruk wordt gelegd op het perspectief van de ouderen (Poortvliet, van Beek, de Boer, Gerritsen & Wagner, 2006). Kwaliteit van leven wordt door de World Health Organisation (1996) omschreven als: "De perceptie van een persoon van zijn of haar positie in het leven in relatie tot de culturele context en de waardesystemen waarin zij leven in relatie tot hun eigen doelen, normen, standaarden en verwachtingen" (WHO, 1996, p.5). Hoewel de kwaliteit van leven altijd deels afhankelijk is van gebeurtenissen in het leven van mensen, is de verwachting dat goede zorg een belangrijke bijdrage kan leveren aan de kwaliteit van leven van mensen (Merten, van Beek, Gerritsen, Poortvliet, de Leeuw & Wagner, 2007). In 2004 heeft Arcares door middel van literatuuronderzoek en interviews met cliënten, kwaliteit van leven in de ouderenzorg in kaart gebracht (Van Nispen, van Beek & Wagner, 2005). Er zijn daaruit vier domeinen van kwaliteit van leven gedefinieerd: lichamelijk welbevinden/gezondheid, woon-/leefsituatie, participatie en mentaal welbevinden. Lichamelijk welbevinden heeft te maken met de ervaren gezondheid en de lichamelijke beperkingen, maar ook met lichamelijke verzorging en het kunnen genieten van eten en drinken. Bij woon-/leefsituatie gaat het om de mate waarin mensen zich thuis voelen en een eigen plek hebben. Ook gaat dit domein in op de ervaren veiligheid, zelf bepalen van de dagindeling, tijdsbesteding en de financiële situatie van mensen. Participatie omvat contacten met anderen, bijvoorbeeld familieleden, vrienden, andere bewoners en verzorgenden. Hierbij gaat het niet alleen om de contacten op zich, maar ook hoe een bewoner de contacten ervaart. Het domein mentaal welbevinden gaat in op de manier waarop men in het leven staat. Aspecten hierbij zijn gevoelens van onafhankelijkheid, het hebben van privacy, de eigen identiteitsbeleving, de interesse om nieuwe dingen te leren en spiritualiteit (Poortvliet et al., 2006).

2.1.2 Geestelijke gezondheid

Het welbevinden van mensen valt onder geestelijke gezondheid. De World Health Organisation (World Health Organization, 2009) omschrijft geestelijke gezondheid als:

'Een staat van welbevinden waarin elk individu zijn of haar potenties realiseert, om kan gaan met dagelijkse stress, productief kan werken en in staat is om een bijdrage te leveren aan zijn of haar gemeenschap'.

De geestelijke gezondheidszorg is een vakgebied van de gezondheidszorg dat zich bezig houdt met de psychische gezondheid van mensen. De geestelijke gezondheidszorg richt zich op vier zaken:

- Het voorkomen van psychische aandoeningen;
- Het behandelen en genezen van psychische aandoeningen;
- Het zo goed mogelijk laten deelnemen van mensen met een chronische psychische aandoening aan de samenleving;
- Het bieden van (ongevraagde) hulp aan mensen die ernstig verward en/of verslaafd zijn en die uit zichzelf geen hulp zoeken ("De GGZ-sector", z.d.).

Als het gaat om geestelijke gezondheid richt de psychologie zich op klachten en stoornissen. Niet zozeer de gezondheid, maar de ziekte staat centraal. Er wordt vaak gekeken vanuit het medische model. Er is sprake van reductie: een versmalling van de aandacht tot datgene wat er misgaat. De gerichtheid op klachten vindt men terug in de diagnostiek, behandeling en wetenschappelijk onderzoek (Westerhof & Bohlmeijer, 2010). Het belangrijkste doel van de geestelijke gezondheidszorg is het voorkomen en behandelen van psychopathologie. Er is weinig aandacht voor het positieve functioneren. Tegenwoordig wordt er wel steeds meer aandacht besteed aan het positieve welbevinden van de mens. Waar vroeger alleen aandacht besteed werd aan het voorkomen en genezen van geestelijke stoornissen is er nu steeds meer aandacht voor de positieve aspecten van het menselijk functioneren. Het maximaliseren van het positief functioneren vult daarmee de focus op het minimaliseren van disfunctioneren goed aan. Het ingaan op positieve ervaringen, karaktertrekken, relaties en instituties past binnen de positieve psychologie (Seligman & Csizsentmihalyi, 2000). Het gaat om het ervaren van positieve gevoelens: in hoeverre voelt iemand zich gelukkig en tevreden? Het doel van de positieve psychologie is niet alleen kennis te verzamelen over deze positieve aspecten van het menselijk functioneren, maar ook om deze te bevorderen. De positieve psychologie is er dus op gericht om de geestelijke gezondheid van mensen te bevorderen. De bevordering van geestelijke gezondheid is een relatief nieuw doel binnen de volksgezondheid (Westerhof & Bohlmeijer, 2010).

Geestelijke gezondheid wordt door Westerhof en Bohlmeijer (2010) onderverdeeld in drie componenten; emotioneel welbevinden, psychologisch welbevinden en maatschappelijk welbevinden. Emotioneel welbevinden omvat de mate waarin positieve gevoelens aanwezig zijn, de mate waarin negatieve gevoelens afwezig zijn en de mate waarin mensen tevreden zijn met hun leven. Zowel gevoelens als cognities spelen een belangrijke rol. Maar ook de ervaringen die mensen in hun leven gehad hebben, de maatschappelijke positie die ze innemen en de cognitieve interpretatieprocessen die zij gebruiken spelen een rol. Geluk is hierin de kerncomponent. Psychologisch welbevinden gaat over de percepties van het proces van zelfrealisatie. Zelfrealisatie verwijst naar een proces van persoonlijke ontwikkeling en groei, waarbij mensen in het algemeen volgens eigen wensen en mogelijkheden hun leven en activiteiten in relatie met anderen vorm geven. Zes criteria spelen een belangrijke rol bij het realiseren van het eigen potentieel: doelgerichtheid, persoonlijke groei, autonomie, omgevingsbeheersing, zelfacceptatie en positieve relaties. Maatschappelijk welbevinden gaat over de mate waarin men tevreden is met de samenleving waarin ze leven. Hierin staan begrippen als sociale cohesie, cultureel kapitaal en sociaal welbevinden centraal. Emotioneel, psychologisch en maatschappelijk welbevinden samen bepalen de mate waarin een persoon zich geestelijk 'wel' bevindt (Westerhof & Bohlmeijer, 2010).

2.1.3 Het belang van geestelijke gezondheid

De begrippen kwaliteit van leven en geestelijke gezondheid zijn ieders apart uitgelegd, maar wat is nu het verschil en de overeenkomst tussen deze twee? Kwaliteit van leven wordt veel gebruikt in de ouderenzorg en het geestelijk, sociaal en lichamelijk functioneren staan hierbij centraal. Geestelijk en sociaal functioneren komen overeen met de componenten emotioneel, psychologisch en maatschappelijk welbevinden uit de geestelijke gezondheid. Lichamelijk functioneren komt hier niet in terug. Omdat dit onderzoek vanuit een psychologische invalshoek wordt bekeken, zal het lichamelijk functioneren niet mee genomen worden. Kwaliteit van leven richt zich meer op de geneeskunde en geestelijke gezondheid richt zich op de geestelijke gezondheidszorg. Dit onderzoek zal zich daarom richten op geestelijke gezondheid.

Zoals in de vorige paragraaf aangegeven is, wordt er in veel onderzoeken ingegaan op een ziekte of een klacht. In Nederland verblijven circa 158.000 ouderen in verzorgings- en verpleeghuizen (den Draak, 2010). In onderzoeken naar ouderen in verzorgings- en verpleeghuizen wordt er vaak gekeken naar de problemen die voorkomen bij deze bewoners. Een veelvoorkomend probleem bij bewoners in een verpleeghuis is depressie. Uit onderzoek van Eisses (2005) blijkt dat 13% van de bewoners te kampen heeft met depressieve klachten. Opvallend is dat binnen verzorgings- en verpleeghuizen 4% van de bewoners te maken heeft met ernstige depressieve klachten, wat bijna twee keer zoveel is als daarbuiten (Eisses, 2005). Depressie is een aanslag op de kwaliteit van iemands leven; het leidt tot beperkingen in sociaal, emotioneel en lichamelijk functioneren. Daarnaast heeft depressie ook grote economische gevolgen. Depressieve mensen maken extra gebruik van medische voorzieningen ("gevolgen depressie", 2010, mei 12). De kwaliteit van leven neemt af met de ernst van depressie (Kruijshaar, Hoeymans, Bijl, Spijker, Essink-Bot, 2003).

Door het hoge percentage depressie onder bewoners van verzorg- en verpleeghuizen is het van belang dat men preventief te werk gaat. Hierbij is het van belang om niet alleen te kijken naar de mate waarin een depressie voorkomt, maar ook om te kijken hoe het geestelijk welbevinden van iemand te vergroten is. Waar bij onderzoek naar depressie veel gekeken wordt vanuit een negatieve invalshoek: het aanwezig zijn van een depressie, zal er in dit onderzoek gekeken worden vanuit een positieve invalshoek. Hierbij ligt de nadruk op de positieve psychologie: wat kan iemand en hoe kan dit bevorderd worden?

Van Dulmen, van Weert & Janssen (2011) en Custers en collega's (2010) geven aan dat communicatie bijdraagt aan het welbevinden van mensen. Daarom zal er nu eerst ingegaan worden op de communicatie in het algemeen en vervolgens op de communicatie met ouderen.

2.2 Communicatie

We weten nu het een en ander over ouderen op psychologisch vlak, maar hoe verloopt de communicatie met ouderen? Tijdens het verzorgen van een bewoner vindt er interactie plaats tussen de verzorgende en de bewoner. Tijdens deze interactie vindt er behoeftevervulling plaats. Het is daarom van belang om te weten wat communicatie voor invloed heeft en wat belangrijk is in de communicatie in het algemeen en specifiek gericht op ouderen. Deze onderwerpen zullen in deze paragraaf allereerst behandeld worden, waarna aan het eind de verhouding tussen geestelijke gezondheid en communicatie beschreven wordt.

2.2.1 Communicatie in het algemeen

Communicatie is een informatie-uitwisselingsproces tussen twee of meer personen. Door communicatie wil iemand kennis, opvattingen, of gevoelens van de ander beïnvloeden. Interactie met andere mensen biedt ondersteuning, comfort, liefde en affectie, wat behoeften zijn die we allemaal hebben. Communicatie kan onderverdeeld worden in verbale communicatie (praten) en non-verbale communicatie. Non-verbale communicatie bevat alle vormen van communicatie wat niet gesproken is; oogcontact, knikken, lachen en lichaampositie. Non-verbale communicatie kan erg belangrijk zijn in het contact met mensen. Wanneer iemand bijvoorbeeld steeds met de rug naar de ander toe gaat zitten, kan het zijn dat de ander denkt dat diegene niet luistert en zich niet interesseert in hem/haar. Of als iemand iets verdrietigs vertelt en er ondertussen bij lacht, dan kan men twijfelen aan datgene dat verteld wordt. Non-verbale communicatie kan dus een grote impact hebben op het contact tussen mensen.

Caris-Verhallen, Kerkstra en Bensing (1999) hebben communicatie verder uitgewerkt voor de zorg en verdelen verbale communicatie in vijf clusters:

- *Sociale communicatie*. Dit is de mate waarin de verpleging een sociaal gesprek voert dat geen bijzondere functie heeft in verpleegkundige activiteiten, zoals persoonlijke verklaringen, grappen en gekkigheid.
- *Affectieve communicatie*. Dit is de mate waarin de verpleegkundige verbale aandacht, belangstelling, empathie en sympathie toont met de patiënt.
- *Communicatie die de ontmoeting structureert*. Dit zijn uitingen die leiding en begeleiding aangeven, zoals oriëntering en instructie, verzoeken om verduidelijking, vragen om begrip en vragen om advies.
- *Communicatie over verpleging en gezondheid*. Dit zijn gesprekken over medische of therapeutische onderwerpen.
- *Communicatie over leefstijl en gevoel*. Dit zijn de gesprekken over levensstijl of emotionele onderwerpen.

Door de tijdsdruk die de verzorgenden tegenwoordig opgelegd krijgen in de zorg, is het van belang dat de tijd die er is kwalitatief goed wordt benut. Het is daarom van belang dat de communicatie effectief verloopt. Maar wanneer is communicatie effectief? Steehouder, Jansen, van der Staak, de Vet, Witteveen en Woudstra (1999) noemen verschillende eisen waaraan communicatie moet voldoen om het doel te bereiken en dus effectief is. Allereerst is het van belang dat de informatie voldoende aansluit bij de voorkennis van de ontvanger, evenals het taalgebruik dat aan moet sluiten bij de ontvanger. Daarnaast moet het gestructureerd zijn: een goede uitleg gaat van makkelijk naar moeilijk. Ook moet de informatie boeiend, met een beetje spanning en humor, gebracht worden. Wanneer er een instructie wordt gegeven, is het van belang dat de instructie volledig is, de juiste mate van detail heeft en in de juiste volgorde genoemd wordt (Steehouder et al., 1999).

Voor oudere mensen is effectieve communicatie essentieel voor hun gevoel van tevredenheid, onafhankelijkheid en gezondheid. Als communicatie faalt, kunnen de behoeften van patiënten onbevredigd blijven en kan hun socialisatieproces worden verstoord en afnemen (Staab & Hodges, 1996). Ook van Dulmen en collega's (2011) geven aan dat communicatie een invloedrijk instrument is en dat communicatie bijdraagt aan het welbevinden van veel patiënten.

2.2.2 Communicatie met ouderen

Communiceren met ouderen vraagt specifieke aandacht. Tijdens de zorg is de communicatie vaak taakgericht. Taakgerelateerde communicatie houdt in dat de verzorgende met de bewoner communiceert over de verzorgende taken waarbij de verzorgende de bewoner helpt. De communicatie is alleen gericht op de verzorging (Grainger, 1993). Het kan zijn dat dit onduidelijk is voor ouderen, maar het kan ook zijn dat de verzorgenden de activiteiten door middel van communicatie goed structureren. In de communicatie met ouderen zijn er specifieke zaken waar rekening mee gehouden moet worden. Zo moet er rekening gehouden worden met verminderd geheugen, gehoor, gezichtsvermogen en het sociale vangnet. Maar ook met de zorgen en vragen van de oudere en diens behoefte aan informatie (van Dulmen et al., 2011). Er wordt vaak gesproken over ouderen als een groep, maar het is belangrijk te realiseren dat er grote variatie is tussen ouderen onderling. Tijdens de communicatie is het belangrijk een beeld te krijgen van de sterke en zwakke kanten van de oudere. Zo kan men aansluiten bij wat voor de oudere, welke behoefte, op dat moment het meest relevant is. Het is belangrijk om informatie over verschillende momenten te verspreiden en de belangrijkste informatie nog eens te herhalen, zodat de oudere de informatie goed op kan nemen. Daarnaast is het goed om structuur aan te brengen in het gesprek, medisch jargon zoveel mogelijk te vermijden, niet te snel van onderwerp veranderen en als dat toch gebeurt, bruggetjes bouwen van het ene naar het andere onderwerp. Oogcontact is van belang, zo laat men interesse blijken. Ook is het goed om ouderen actief te betrekken bij het gesprek en uit te nodigen om vragen te stellen (Jansen & van Weert, 2008). Betuttelende communicatie, ook wel 'secondary baby talk' genoemd, komt veel voor in verpleeghuizen. Het kan de afhankelijkheid van ouderen provoceren en het kan zijn dat ouderen zich hierdoor niet serieus genomen voelen. Dit soort interactie wordt gekenmerkt door weinig oogcontact, een hoge stem en een overdreven intonatie (Custers, Kuin, Riksen-Walraven & Westerhof, 2011). Het is van belang om respect te tonen in alles wat men zegt of doet en het is belangrijk om met een normale toon te spreken. Wanneer de oudere het niet verstaat wat er gezegd wordt, is het belangrijk om het rustig en duidelijk te herhalen. Als laatste is het belangrijk te beseffen dat er niet elk moment gepraat moet worden, een stilte kan soms ook comfortabel zijn (Goodman, 2006).

2.2.3 Geestelijke gezondheid en communicatie

In dit onderzoek zal er gekeken worden naar de rol van communicatie in het vergroten van het geestelijk welbevinden van een bewoner. Communicatie blijkt een belangrijke rol te spelen in de tevredenheid over de zorg. Ong, Heas, Hoos en Lammes (1995) en Stewart (1995) onderzochten dat effectieve communicatie leidt tot hogere tevredenheid met de zorg, meer begrip, minder depressie, minder angst, verbetering van zelfzorg, verbetering van de therapietrouw, verbetering van algemeen welbevinden en kwaliteit van leven. Caris-Verhallen et al. (1997) hebben aangetoond dat communicatie essentieel is om de individuele behoeftes van de cliënt te achterhalen.

Custers en collega's (2010) toonden aan dat het contact tussen verzorgenden en bewoners een belangrijke rol speelt in de alledaagse vervulling van de psychologische basisbehoeftes. Ook observaties in de ochtendzorg met behulp van video-opnames laten zien dat interacties die ondersteunend zijn voor het welbevinden samengaan met de positieve en negatieve emoties van de bewoners (Custers et al. 2010). Uit het bovenstaande blijkt dat het van belang is om te onderzoeken of er binnen de communicatie tussen bewoners en verzorgenden aspecten zijn te ontdekken die kunnen bijdragen aan een hogere mate van geestelijk welbevinden.

Om het welbevinden van mensen te beïnvloeden is het daarom van belang dat er in gegaan wordt op de communicatie tijdens de ochtendzorg. In het volgende hoofdstuk zal worden uitgelegd waar er in dit onderzoek concreet op ingegaan zal worden en hoe dit onderzocht zal worden.

2.3 Zelfdeterminatietheorie

Reeds is besproken dat dit onderzoek zich zal richten op geestelijke gezondheid en dan met name op de positieve psychologie. De begrippen kwaliteit van leven, geestelijke gezondheid en communicatie zijn uitgelegd in de paragrafen 2.1.1, 2.1.2 en 2.2. We weten nu wat deze begrippen inhouden, maar voor het onderzoek is het belangrijk om deze begrippen nog specifiek te maken. Positieve psychologie heeft een brede visie, maar in dit onderzoek zal specifiek onderzoek gedaan worden naar het bevorderen van het psychologisch welbevinden. Daarom zal er gekozen moeten worden voor een theorie, binnen de positieve psychologie, die zich alleen richt op het psychologisch welbevinden. De zelfdeterminatietheorie van Deci en Ryan (Deci & Ryan, 2000) biedt goede handvatten om het bevorderen van het psychologisch welbevinden beter onderzoekbaar te maken. Volgens deze theorie zijn mensen actieve en op groei gerichte organismen. De mogelijkheden om het eigen leven vorm te geven en zo bij te dragen aan de eigen ontwikkelingen staan centraal in deze theorie. De zelfdeterminatietheorie gaat over goed leven en sluit aan bij Aristoteles filosofie van eudaimonia. Eudaimonia gaat om een goed leven en niet alleen om een goed gevoel. Het is van belang om onderscheid te maken tussen emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden, want deze geven namelijk aan dat het om verschillende wegen naar een goed leven gaat, die elkaar ook kunnen aanvullen (Westerhof & Bohlmeijer, 2010). Emotioneel welbevinden wordt als een uitkomst van het goede leven gezien. Streven naar zelfrealisatie en maatschappelijke integratie zijn hierbij belangrijke begrippen. Eudaimonisch leven is gericht op het vervullen van intrinsieke behoeften. Een intrinsieke behoefte is niet te herleiden tot andere behoeftes en bestaan ook niet om andere behoeftes te vervullen, bijvoorbeeld liefde. Intrinsieke behoeftes worden ook wel psychologische behoeftes genoemd. De psychologische basisbehoeftes zijn: autonomie, verbondenheid en competentie. Autonomie verwijst naar de ervaring dat iemand activiteiten kan kiezen, beslissingen kan nemen en gedrag kan reguleren in overeenstemming met de eigen doelen. Bij competentie gaat het om de perceptie dat het eigen gedrag resulteert in bedoelde uitkomsten en effecten. Verbondenheid verwijst tot slot naar een basisbehoefte om nabije relaties met anderen te hebben (Westerhof & Bohlmeijer, 2010). Deze drie psychologische basisbehoeften zijn volgens Deci en Ryan (2000) de voorwaarden waaronder mensen hun persoonlijke doelen kunnen realiseren.

Zoals eerder werd vermeld toonden Custers et al. (2010) aan dat het contact tussen verzorgenden en bewoners een belangrijke rol speelt bij het vervullen van de psychologische basisbehoeftes. Custers et al. (2010) toonden aan dat het vervullen van de psychologische basisbehoeftes leidt tot een grotere mate van psychologisch welbevinden. De psychologische basisbehoeftes zijn belangrijk voor het functioneren van mensen. Dat de vervulling van basisbehoeftes belangrijk is, blijkt uit het volgende voorbeeld van Westerhof en Bohlmeijer (2010). Zij stellen dat voor het optimaal functioneren van mensen de vervulling van de psychologische basisbehoeftes net zo belangrijk is als het vervullen van de biologische behoeftes als honger, dorst en veiligheid. Wanneer basisbehoeftes niet vervuld worden, zal dit volgens Westerhof & Bohlmeijer (2010) leiden tot negatieve consequenties wat uiteindelijk leidt tot een verminderd gevoel van welbevinden. Men weet echter niet precies wanneer de behoeften van iemand vervuld zijn. Bij onderzoeken met de zelfdeterminatietheorie wordt er vaak gebruik gemaakt van zelfinvullijsten en op basis daarvan worden er uitspraken gedaan over de mate waarin iemand zijn behoefte vervuld is. Of een behoefte

vervuld is, zal afhangen van een subjectieve beoordeling van een individu en zal voor niemand gelijk zijn.

2.3.1 Autonomie

Om het onderzoek meer richting te geven en meer gedetailleerd te onderzoeken is er voor gekozen om één psychologische basisbehoefte van de zelfdeterminatietheorie van Deci en Ryan te onderzoeken. Dit onderzoek zal zich gaan richten op autonomie.

Binnen de zelfdeterminatietheorie duidt autonomie op het ervaren van zelfbepaling en verwijst het naar wilskracht. Met zelfbepaling wordt hier bedoeld dat men activiteiten uitvoert in overeenstemming met het eigen zelfbesef. Wilskracht is het verlangen van het organisme om ervaringen en gedrag zelf te organiseren (Deci & Ryan, 2000). De Nederlandse Vereniging voor verpleeghuiszorg (NVV) geeft als uitgangspunt voor autonomie dat de verpleeghuisbewoner waar mogelijk en ondanks de zorgafhankelijkheid een eigen leven moet kunnen leiden en eigen keuzes moet kunnen maken (van Thiel, 1993). Autonomie richt zich op individuele controle in het maken van beslissingen (Lothian & Philp, 2001). De oudere wordt gestimuleerd, zodat de zelfstandigheid en de zelfredzaamheid blijft behouden of wordt verbeterd. De Van Dale (2005) stelt dat iemand zelfstandig is als hij onafhankelijk is. Zelfredzaamheid wordt door de Van Dale (2005) omschreven als het vermogen dat iemand heeft om te leven zonder professionele hulpverlening. Indien dit niet mogelijk is, moet de omgeving ondersteuning bieden. Het is niet de bedoeling dat de hele zorg overgenomen wordt, maar dat de bewoner ondersteund wordt in de zorg, zoals bijvoorbeeld die gedeeltes van het lichaam wassen wat de bewoner niet kan en dat wat hij wel kan hem zelf laten doen. Het is van belang om dat wat de bewoners zelfstandig kunnen, in stand te houden. De mate waarin bewoners hun eigen leven kunnen leiden is volgens het Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC) een belangrijke behoefte van bewoners (LOC, 1999). Ook van Sprundel en van Thiel (1996) onderschrijven het belang van autonomie als kwaliteitscriterium. Wanneer de autonomie ontnomen wordt, is het voor te stellen dat iemand zich klein en nutteloos kan voelen. Iemand kan gefrustreerd raken als hij het gevoel heeft zelf nog dingen te kunnen beslissen of uit te voeren, maar de ander dit over neemt.

Uit onderzoek van Kasser en Ryan (1999) komt naar voren dat bewoners die werden aangemoedigd om verantwoordelijkheid te nemen en zelf beslissingen te nemen, meer alert, actief en gelukkig waren dan bewoners die daar niet toe gestimuleerd werden. De bewoners die een grotere autonomie ervaren laten een lagere score zien op depressie en een groter gevoel van eigenwaarde, tevredenheid met het leven en zin in het leven (Kasser & Ryan, 1999).

Verhaest (2003) geeft aan dat er verschillende vormen van autonomie zijn:

- *Uitvoeringsautonomie*: de bewoner kan volledig zelfstandig beslissen en uitvoeren. Een oudere beslist bijvoorbeeld te gaan wandelen en kan dan zelf zijn jas en schoenen aan doen en een wandeling gaan maken.
- *Beslissingsautonomie*: de bewoner neemt zoveel mogelijk zelf beslissingen, maar de verzorgende helpt of ondersteunt hem bij de uitvoering. De oudere kiest bijvoorbeeld zelf welke schoenen hij aan wil, maar heeft hulp nodig om deze aan te doen.
- *Gedelegeerde autonomie*: de bewoner moet veel zaken uit handen geven. De bewoner verwacht bijvoorbeeld dat zijn kamer schoon gehouden wordt, maar hij laat het aan het

personeel over om te bepalen hoe dikwijls er moet worden geпоетst, met welke producten en in welke volgorde.

De uitdaging voor verzorgenden in een verzorgings- of verpleeghuis is om zoveel mogelijk van de gedelegeerde autonomie op het niveau van de beslissingsautonomie te brengen, door zoveel mogelijk hele kleine keuzes (opnieuw) in handen van bewoners te geven (Verhaest, 2003). Iemand kan dus ook autonoom zijn als hij/zij zelf kiest om de zorg niet meer te doen, maar door iemand anders uit te laten voeren. Verhaest (2003) en Jansen & van Weert (2008) geven diverse mogelijkheden om de autonomie van een bewoner te vergroten. Zo stellen ze dat wanneer de bewoner inspraak heeft tijdens de zorg, dit de autonomie vergroot. Het is van belang de wens van de bewoner als norm te nemen: de bewoner mag bepalen wat er moet gebeuren en hoe. Hierbij is het belangrijk dat er naar de mentale mogelijkheden van de bewoner gekeken wordt. Het kan zijn dat de bewoner zelf initiatief neemt om zijn wens te benoemen, maar anders is het aan de verzorgende om de wens na te vragen of keuzes te geven (bijv. koud of warm water, veel of weinig zeep). Het is goed om steeds toestemming te vragen, voordat de verzorgende iets bij de bewoner gaat doen. De bewoner mag zelf kiezen wat hij draagt of hoe hij gewassen wordt. De inspraak van de bewoner wordt zo vergroot en daardoor kan het gevoel van autonomie vergroot worden (Verhaest, 2003). Verhaest (2003) geeft daarnaast aan dat bij bewoners met beperktere mogelijkheden altijd medegedeeld moet worden wat men zal doen en waarom. Voor te stellen is dat dit voor de bewoner een gevoel van duidelijkheid geeft. Door uit te leggen wat men doet, houdt men rekening met de ander. Het kan voor een bewoner geruststellend zijn om te weten wat er gaat gebeuren en hierdoor krijgt de bewoner de kans om te reageren op de zorg en kan hij/zij eventueel een andere wens kenbaar maken. Als de verzorgende bijvoorbeeld aangeeft dat ze nu 'nat' gaat scheren, dan kan de bewoner nog aangeven dat hij liever geschoren wil worden met een scheerapparaat. De bewoner krijgt zo, door de duidelijkheid over wat er gaat gebeuren, de ruimte om zijn wens kenbaar te maken. Een 'waarom' geven, zal waarschijnlijk niet altijd nodig zijn. Als een bewoner dag in dag uit gedoucht wordt, weet de bewoner wel waarom dit is en zal het vervelend zijn als elke dag weer uitgelegd wordt waarom hij gedoucht wordt. Wanneer de verzorgende een nieuwe handeling uitvoert in de zorg, is het goed om te benoemen waarom dit gebeurt. Zo weet de bewoner waarom het van belang is dat deze handeling uitgevoerd wordt.

Zoals hiervoor aangegeven is, kan autonomie door middel van verschillende aspecten vergroot worden. Deze aspecten kunnen gestimuleerd worden door de omgeving, maar ook door de persoon zelf. Zo kan een bewoner bijvoorbeeld zelf initiatief nemen om zijn mening/wens aan te geven en kan een verzorgende vragen naar de mening/wens van een bewoner. De autonomiebehoefte staat volgens de zelfdeterminatietheorie onder druk wanneer de omgeving weinig of geen gelegenheid biedt voor het kunnen nemen van eigen initiatief, voor het kenbaar maken van de eigen visie en voor het maken van persoonlijke keuzes. De zelfsturing kan hierdoor afnemen; de keuzes die de persoon maakt worden veelal beïnvloed door invloeden van buitenaf (Evelein, 2005). Om tot een goede behoeftevervulling te komen is een combinatie van het stimuleren van autonomie door verzorgenden en daarnaast het eigen initiatief nemen tot autonomie van de bewoner het meest wenselijk. Wanneer beide partijen hier aan werken zal de behoeftevervulling van autonomie vergroot worden.

2.3.2 Geestelijke gezondheid, communicatie en autonomie

Dit onderzoek zal zich richten op de communicatie tussen verzorgenden en verpleeg- en verzorgingshuisbewoners. Het doel is om te onderzoeken hoe de communicatie bijdraagt aan de

vervulling van de psychologische basisbehoefte autonomie. Deze behoeftevervulling kan weer bijdragen aan een hogere mate van geestelijke gezondheid. In dit hoofdstuk is door middel van wetenschappelijke literatuur beschreven wat er op dit moment bekend is over de behoeftevervulling van autonomie. In deze afsluitende paragraaf van het theoretisch kader zullen de belangrijkste punten uit dit hoofdstuk herhaald worden en zal de onderlinge samenhang beschreven worden om vervolgens tot een specifieke onderzoeksvraag te komen.

In de eerste paragraaf (2.1) is geestelijke gezondheid besproken. Hierin wordt duidelijk dat er de laatste jaren steeds meer aandacht is voor het positieve welbevinden van de mens, de positieve psychologie (Westherhof & Bohlmeijer, 2010). Om het welbevinden van mensen te vergroten kan communicatie bijdragen (van Dulmen et al., 2011 en Custers et al., 2010). In paragraaf 2.2.1 is beschreven wat communicatie inhoudt en in paragraaf 2.2.2 is aangegeven waar men specifiek rekening mee moet houden in de communicatie met ouderen.

Caris-Verhallen en collega's (1997) toonden aan dat communicatie essentieel is om de individuele behoeftes van de cliënt te achterhalen. Om te onderzoeken hoe deze behoeftes vervuld kunnen worden is ervoor gekozen om de zelfdeterminatietheorie te gebruiken. De zelfdeterminatietheorie (2.3) is een theorie die zich richt op de mogelijkheden om het eigen leven vorm te geven en zo bij te dragen aan de eigen ontwikkeling. Het sluit aan bij Aristoteles filosofie van eudaimonia, waarbij het gaat om een goed leven. Eudaimonisch leven is gericht op psychologische basisbehoeften: autonomie, verbondenheid en competentie. Deze behoeften zijn volgens Deci en Ryan (2000) voorwaarden waaronder mensen hun persoonlijke doelen kunnen realiseren.

Omdat dit onderzoek zich richt op het vervullen van autonomie is er in paragraaf 2.3.1 omschreven wat er zoal bekend is over de behoeftevervulling van autonomie. Het blijkt uit onderzoek van Kasser en Ryan (1999) dat autonomie bijdraagt aan een hoger geestelijk welbevinden. Uit de literatuur van Deci en Ryan (2000), Evelein (2005), Janssen en van Weert (2008), Kasser en Ryan (1999), LOC (1999), Lothian en Philp (2001), van Sprundel en van Thiel (1996), van Thiel (1993) en Verhaest (2003) komen verschillende benaderingen voor de vervulling van autonomie naar voren. Hieruit blijkt dat het moeilijk is om een eenduidige definitie te geven hoe autonomie vervuld kan worden. Opvallend is echter wel dat in de diverse literatuur van Deci en Ryan (2000), Evelein (2005), Janssen en van Weert (2008), Kasser en Ryan (1999), LOC (1999), Lothian en Philp (2001), van Sprundel & van Thiel (1996), van Thiel (1993) en Verhaest (2003) telkens een aantal aspecten terug komen, namelijk: inspraak hebben, zelfstandigheid behouden/verbeteren en duidelijk weten wat er gaat gebeuren.

Volgens Verhaest (2003) en Jansen & van Weert (2008) kan het gevoel van autonomie vergroot worden als bewoners inspraak hebben tijdens de zorg. Deze inspraak kunnen verzorgenden stimuleren door de bewoner keuzes te geven, toestemming te vragen (Verhaest, 2003) en de bewoner te laten beslissen (Lothian & Philp, 2001). Van Thiel (1993) geeft aan dat een bewoner ondanks de zorgafhankelijkheid een eigen leven moet kunnen leiden. Voor het stimuleren van autonomie is het van belang dat de zelfstandigheid van iemand blijft behouden of wordt verbeterd. Verhaest (2003) brengt daarnaast onder de aandacht dat een verzorgende een bewoner met beperktere mogelijkheden altijd moet mededelen wat er gaat gebeuren. Dit kan een bewoner een gevoel van duidelijkheid geven en als de bewoner het er niet mee eens is, kan hij/zij dit nog aangeven. Hierdoor kan de mate van inspraak vergroot worden en daarmee de autonomie. Er worden in de literatuur meerdere aspecten besproken, maar tijdens het analyseren van de videofragmenten zal er gelet worden op veelvoorkomende aspecten uit de literatuur, namelijk:

- De bewoner heeft inspraak
- De zelfstandigheid van de bewoner blijft behouden of wordt verbeterd
- De verzorgende deelt mede wat er gaat gebeuren

In het onderzoek zal er ook gelet worden op het feit dat autonomie gestimuleerd kan worden door de omgeving (relationele zin) en door de persoon zelf. De verzorgende kan bijvoorbeeld naar de wens van een bewoner vragen, maar de bewoner kan zijn/haar wens ook uit zichzelf aangeven. Om tot een goede behoeftevervulling te komen is een combinatie van deze twee (stimulatie door de omgeving en initiatief van de bewoner) het meest wenselijk.

Om te onderzoeken of deze aspecten het gevoel van autonomie bevorderen, zal er gebruik gemaakt worden van videofragmenten van de ochtendzorg in verpleeg- verzorgingshuizen uit het onderzoek van Custers en collega's (2010). Tijdens het analyseren van de videofragmenten zal er zo objectief mogelijk gekeken worden of de aspecten van Janssen en van Weert (2008), Verhaest (2003) en van Thiel (1993) gebruikt worden en of daarmee het gevoel van autonomie bij de bewoner lijkt te bevorderen. Er zal hierbij gekeken worden hoe de verzorgenden de autonomie door middel van deze aspecten proberen te vergroten en ook naar het initiatief van de bewoners zelf in het vervullen van autonomie. Daarnaast zal er naar de reacties van de bewoners gekeken worden na het toepassen van de aspecten te zien of er aan behoeftevervulling lijkt te worden voldaan. De vraag die in dit onderzoek centraal staat is:

Hoe worden de aspecten die in de literatuur worden beschreven, om de psychologische basisbehoefte autonomie te vervullen, toegepast in de ochtendzorg zodat bewoners van verpleeg- of verzorgingshuizen hun behoefte aan autonomie kunnen vervullen?

3 Methode

In dit hoofdstuk zal allereerst ingegaan worden op de onderzoeksmethode. Vervolgens zal er uitleg gegeven worden hoe de deelnemers van het onderzoek verworven zijn en welke deelnemers er mee gedaan hebben aan dit onderzoek. Tot slot zal beschreven worden welke procedure gebruikt is om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden.

Alle data die verzameld zijn vormen een onderdeel van een onderzoeksproject gedaan door Custers en collega's (2010) aan de Radboud Universiteit in Nijmegen. Zij hebben onderzoek gedaan naar zelfdeterminatie, adaptatie en het welbevinden van bewoners gedurende het eerste jaar dat ze in een somatisch verpleeghuis wonen. Dit onderzoek heeft toestemming gekregen om een analyse te doen met behulp van de data die gedurende het onderzoeksproject zijn verzameld.

3.1 Onderzoeksmethode

Om de video-opnames te analyseren moet er een methode gekozen worden die het meest passend is bij de data. Er zijn verschillende methodes om kwalitatieve data te analyseren. Twee veel voorkomende methodes zijn de discoursanalyse en de conversatieanalyse. Discoursanalyse is onderzoek naar de manier waarop meningen en werkelijkheden in taal geconstrueerd worden. Bij discoursanalyse gaat het over taal in de ruime zin van het woord (Berg, 2004). Discoursanalyse valt onder de linguïstiek. Bij conversatieanalyse gaat het om taalgedrag in sociale interacties. Het richt zich dus ook op taal, maar het heeft tegelijkertijd een sociale invloed. Het kennisdoel van conversatieanalyse is inzicht geven in hoe alledaagse gesprekken zijn georganiseerd. Een onderzoeker bepaalt de betekenis van een uiting in een gesprek aan de hand van de uiting die daaraan vooraf ging en de uiting die er op volgt. Op deze manier worden uitingen geïnterpreteerd, waarbij het vooral gaat om de betekenis van de uitingen in de interactie (Blazis, 2005).

De vraag van dit onderzoek is: hoe worden de aspecten die in de literatuur genoemd worden over de vervulling van autonomie, toegepast in de ochtendzorg met bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen, zodat zij hun behoefte autonomie kunnen vervullen? Gezien de vraag lijkt de conversatieanalyse de meest passende methode. De conversatieanalyse gaat in op de interacties in gesprekken, er wordt gekeken naar methoden die de deelnemers gebruiken om tijdens het gesprek structuur aan te brengen en er zijn vooraf geen verwachtingen. Dit in tegenstelling tot de discoursanalyse waarbij gesprekken gezien worden als sociale acties. Gesprekken worden als geheel geanalyseerd in plaats van als losse zinnen en fragmenten (Blazis, 2005). Het gaat bij discoursanalyse vooral om de taal, terwijl het bij conversatieanalyse ook over de sociale invloed gaat. Met deze methode is het mogelijk om inzicht te krijgen in het werkelijke verloop van gesprekken. Het blijkt een geschikte methode om een hulpverlenersgesprek en de bijbehorende advisering te onderzoeken (Blazis, 2005; ten Have, 2006). Vandaar dat er gekozen is om door middel van conversatieanalyse de communicatie tussen verzorgenden en bewoners tijdens de ochtendzorg te onderzoeken.

3.1.1 Conversatieanalyse

De conversatieanalyse is een methode die onderzoekt waarmee gespreksdeelnemers hun interactie organiseren. De nadruk ligt op de analyse van de interactie en zicht krijgen op sociale structuren (Mazeland & Sauer, 1995). Het gebruik van opnamen en de daarvan gemaakte gedetailleerde transcripties zijn kenmerkend voor een conversatieanalyse. Het gaat om directe informatie, waar (in eerste instantie) geen interpretatie of vervorming van de onderzoeker in zit.

Vooral details die in analyses betekenisvol gebleken zijn voor de organisatorische loop van het gesprek worden gepresenteerd. Het is belangrijk om zoveel mogelijk belangrijke gegevens op papier te krijgen, maar het moet ook goed leesbaar zijn. Er zijn twee typen analyses te onderscheiden:

1. Singel case analysis: Er wordt één gespreksepisode geanalyseerd en aan de hand daarvan wordt een bepaald thema ontwikkeld.
2. Collection studies: Er wordt een verzameling aangelegd van gevallen, die op de een of andere manier vergelijkbaar zijn. Er wordt dan een redenering opgezet in termen van die verzameling, waarbinnen dan vaak verschillende categorieën onderscheiden.

Er komen ook mengvormen tussen de twee typen voor (ten Have, 1999). Omdat er in dit onderzoek verschillende videofragmenten worden bekeken en hierin verschillende categorieën onderscheiden worden, gaat het hier om 'collection studies'

De conversatieanalyse heeft zich ontwikkeld tot een vrij duidelijk gecodificeerde discipline met een eigen begrippenapparaat. Belangrijke begrippen zijn beurtwisseling en sequenties. Via beurtwisselingen proberen gespreksdeelnemers een gesprek zo makkelijk en goed mogelijk te laten voorlopen, dus zonder elkaar te onderbreken en te overlappen. De gedachte is dat deelnemers op allerlei manieren in de interactie bepaalde eenheden produceren waarmee ze aangeven wanneer hun beurt afgelopen is (ten Have, 1999). Er is tijdens een analyse veel af te leiden uit opeenvolgende beurten. Bij een sequentie gaat het om een reeks beurten die samen een interactionele activiteit tot stand brengen. Een van de belangrijkste soorten is het aangrenzende paar. Het blijkt dat bepaalde uitingen, bijvoorbeeld vraag/antwoord of uitnodiging/afwijzing, altijd in paren verschijnen. Een vraag wordt dan het eerste paardeel genoemd en het antwoord het tweede paardeel. In de praktijk kan het zo zijn dat het tweede paardeel niet direct volgt. Deze inzichten kunnen belangrijke informatie opleveren. Met een tweede paardeel laat een gesprekspartner namelijk zien of hij het eerste paardeel begrepen heeft en wat zijn reactie daarop is. Beurtwisselingen en sequenties maken het mogelijk om gesprekken te analyseren vanuit de gespreksdeelnemers zelf, zodat de analyses niet afhankelijk zijn van de interpretaties van de onderzoeker (Blazis, 2005).

3.2 Deelnemers

De deelnemers zijn bewoners en verzorgenden van vier verpleeg- of verzorgingshuizen en werken of wonen op de langverblijf afdelingen. Gemiddeld waren er 20 bewoners per afdeling en ongeveer 1 verzorgenden per 5 á 6 bewoners. Bewoners van ziekte-specifieke afdelingen en van de rehabilitatie afdeling zijn tijdens dit onderzoek niet geïnccludeerd. Inclusiecriteria zijn gebaseerd op de procedure van de Amsterdam Groningen Elderly Depression Study (Smalbrugge, Jongenelis, Pot, Eefsting, Ribbe & Beekman, 2006); deelnemers moesten 50 jaar of ouder zijn, Nederlands praten, geen communicatieproblemen ervaren als gevolg van afasie of gehoorverlies en ze mochten geen ernstige cognitieve problemen hebben.

Ethische goedkeuring voor het onderzoek werd verleend door de Ethische commissie van Behavioural Scientific Research (ECG) aan de Radboud Universiteit Nijmegen, welke handelt overeenkomstig met de Nederlandse wetgeving. Na toestemming van het management van het verpleeg- of verzorgingshuis werd met de psycholoog of manager van elke unit overlegd welke individuen betrokken konden worden bij het onderzoek.

Bewoners die aan de inclusie criteria voldoen ontvingen geschreven informatie over het onderzoek. Een week later bezocht mevrouw A. Custers de benaderde bewoners om hen meer uitleg te geven over het project en om eventuele vragen omtrent het onderzoek te beantwoorden. Na het geven van schriftelijke toestemming voor deelname aan het onderzoek ontvingen de bewoners een korte vragenlijst met betrekking tot hun socio-demografische variabelen.

Er hebben twintig bewoners (11 vrouwen, 8 mannen, gemiddelde leeftijd 79,1 jaar) van verpleeg- of verzorgingshuizen mee gedaan aan het onderzoek van Custers en collega's (2010). De duur van het verblijf in het verpleeg- of verzorgingshuis varieerde van één tot tweeënzeventig maanden, met een gemiddelde van 1,5 jaar. De voornaamste redenen voor opname in het verpleeg- of verzorgingshuis waren; beroerte (30%), ernstige fysieke problemen (20%) en de ziekte van Parkinson (15%).

De unit manager informeerde de verzorgenden over het project en deelde hen informatie uit. De werknemers konden vragen stellen over de studie en de video-opnames die zouden worden gemaakt tijdens de aanwezigheid van de onderzoeker. Deelname verklaringen werden door alle verzorgenden ingevuld. Tevens vulden alle werknemers een korte vragenlijst in betreffende hun werk. Van de 40 benaderde verzorgenden waren er 31 (30 vrouwen, 1 man) verzorgenden bereid deel te nemen aan het onderzoek. De gemiddelde leeftijd van de verzorgenden was 38,7 jaar oud (variërend van 20 tot 60 jaar). De gemiddelde werkervaring in het verpleeghuis lag rond de 13,7 jaar (variërend van 1 maand tot 31 jaar) en gemiddeld werken ze 28 uur per week (variërend van 15 tot 36 uur).

3.3 Video-opname procedure

De video-opnames werden verzameld tijdens de ochtendzorg, omdat dit de tijd van de dag is die de meeste informatie verschaft betreffende de kwaliteit van de interactie tussen de bewoner en de verzorgenden. De interacties werden opgenomen met een handbediende camera. De duur van de interactie periode varieert van tien tot veertig minuten. Op momenten dat een bewoner ontkleed is werd de video camera gericht op het gezicht van de bewoner of het gezicht van de verzorgende. De bewoners hadden de mogelijkheid om de opnames te stoppen op elk ogenblik dat zij dat graag wilden. Dit werd bijvoorbeeld gedaan op het moment dat ze naar het toilet gingen.

Alle twintig bewoners werden drie keer gefilmd tijdens de ochtendzorg, telkens met een andere verzorgende. De drie opnames van de bewoner werden binnen een tijdsbestek van twee weken opgenomen. In totaal resulteerde dit in zestig video-observaties. Negen verzorgenden werden drie maal geobserveerd, elf verzorgenden werden twee maal geobserveerd en de overige elf verzorgenden werden één maal geobserveerd.

3.4 Analyse procedure

Om de data van dit onderzoek te analyseren, wordt als methode conversanalyse gebruikt. Ten Have (1999) geeft een stappenmodel voor een conversatieanalyse:

1. De verzameling van het onderzoeksmateriaal: men produceert (of verkrijgt op andere wijze) opnamen van 'natuurlijke' interactie.
2. De transcriptie van het materiaal waarbij men zich zoveel mogelijk beperkt tot 'horen en verstaan'.
3. De onderzoeker selecteert een episode in het materiaal voor nadere bestudering.
4. De onderzoeker gaat de gekozen episode interpreteren op basis van zijn eigen kennis.

5. De analyse in engere zin: de onderzoeker probeert zijn interpretatie te expliciteren. Hij probeert precies na te gaan op welke gronden en met welke redeneringen hij de episode als geheel en de onderdelen waaruit deze is samengesteld heeft getypeerd als voorbeeld(en) van de categorie(ën) in termen waarvan hij deze begrepen heeft.
6. De onderzoeker kan proberen in het videomateriaal verdere steun te vinden voor zijn interpretaties en analyses.
7. De analyse van het ene geval wordt uitgebreid, gespecificeerd en ondersteund of aangepast op basis van een systematische vergelijking met andere gevallen. Zo kan het specifieke functioneren van bepaalde elementen beter bepaald worden.

De volgorde van de stappen is vaak als tendens te herkennen, maar deze wordt meestal niet strikt gehandhaafd. In latere fases zal men vaak terugkeren naar eerdere fases, men zal vaak heen en weer gaan tussen de fases.

Om transcripten te maken en te lezen is er gebruik gemaakt van de transcriptieconventies die in bijlage 1 te vinden zijn. Om antwoord te kunnen geven op de vraag hoe de communicatie wordt toegepast in de ochtendzorg om tot een hogere mate van welbevinden te komen zijn er case studies uitgevoerd. De eerste stap 'verzamelen van het onderzoeksmateriaal' is in eerder onderzoek gedaan. Elke opname van de ochtendzorg bij een bewoner binnen het onderzoek vormt een case. Bij de resultaten worden de oorspronkelijke namen van de bewoners geanonimiseerd. Voor de beschrijving en analyse worden zes cases geanalyseerd. De selectie van deze zes cases is op basis van de toestemmingsverklaringen om de video-opnamen ook buiten de onderzoeksgroep te mogen gebruiken, bijv. op een congres of voor onderzoek.

Elke case zal meerdere malen bekeken worden. De eerste keer kijken is om een indruk te krijgen van hoe het videofragment verloopt en kijken of er opvallendheden zijn. De tweede keer worden er in globale lijnen transcripties gemaakt over opvallende momenten in het videofragment. Er zal niet helemaal 'blind', zonder voorinformatie, naar de video-opnamen gekeken worden. Er zal namelijk informatie meegenomen worden vanuit de literatuur die bestudeerd is. Vanuit daar zullen de videofragmenten gekozen worden. Deze videofragmenten kunnen vervolgens de literatuur bevestigen of ontcrachten. Vervolgens wordt de video net zo vaak herhaald als nodig is om de transcripties zo gedetailleerd mogelijk te maken (stap 2). Na het bestuderen en transcriberen van de videofragmenten zal er een rangschikking gemaakt worden (stap 3). De videofragmenten worden met name geselecteerd op het laten zien van veel variatie. Deze videofragmenten zullen geïnterpreteerd worden op basis van eigen kennis (stap 4), die vervolgens explicieter gemaakt wordt door te kijken in welke mate de mogelijkheid tot behoeftevervulling aanwezig is (stap 5). Vervolgens wordt er gekeken of er nog meer onderbouwing in de opnames en/of in de literatuur te vinden is voor de interpretaties van de onderzoeker (stap 6 & 7).

4 Resultaten

In dit hoofdstuk zullen de transcripties van verschillende videofragmenten worden geanalyseerd. Het gaat steeds om verschillende filmpjes met verschillende bewoners en verzorgenden. Allereerst zal er uitgelegd worden om welk filmpje het gaat en in welke situatie het zich afspeelt. Er worden steeds drie opvallende fragmenten uit het filmpje besproken en later zullen deze transcripten voorzien worden van interpretaties over de communicatie met ouderen. Vervolgens zullen er interpretaties gegeven worden die gericht zijn op het vervullen van de psychologische basisbehoefte autonomie. In elk transcript wordt de verzorgende met een V aangeduid en de bewoner met een B.

4.1 Ochtendzorg aan de heer S.

In dit fragment wordt er ochtendzorg verleend aan een 85-jarige man. Hij woont sinds twee jaar samen met zijn vrouw op een tweepersoonskamer in het verpleeghuis. Hij heeft een CVA gehad, waardoor hij halfzijdig verlamd is. De bewoner wordt verzorgd door een 47-jarige vrouw die sinds vier jaar op deze afdeling werkt en al dertig jaar in een verpleeghuis werkt. De bewoner wordt uit bed gehaald, om vervolgens gedoucht te worden. Allereerst komt de verzorgende op de kamer van de bewoner:

- 1 V: De bewoner van S.!
- 2 (1.0)
- 3 B: Ja
- 4 V: Goei::e::morgen!=
- 5 B: =Ja.. (er is) een verrassing
- 6 V: (wou je) naar de toilet toe?
- 7 (2.0)
- 8 V: Nou.. dan pak ik even de BEA (.) D'erbij
- 9 B: Ja *((De bewoner probeert zichzelf omhoog te trekken, zucht en kijkt richting de verzorgende))*
- 10 (4.0) *((Verzorgende loopt naar dhr. toe en haalt de deken van de bewoner af))*
- 11 V: Dan moeten we maar even van onder aankleden dan he voordat je naar de toilet gaat? Kan dat nog?
- 12 B: Joah
- 13 V: Ja? Of is er haast bij?
- 14 B: (.) Nou...
- 15 (1,5)
- 16 V: Is de nood hoog? *((loopt weg van bewoner))*
- 17 (2,5)
- 18 B: mm kan nog wel
((De bewoner probeert zichzelf omhoog te trekken en gaat weer liggen. Kijkt om zich heen en houdt zijn hand vast aan de steun die boven het bed hangt))

Dit fragment begint met een begroeting, waarna over wordt gegaan op de ochtendzorg. De bewoner ligt op zijn bed. Hij geeft meteen bij de begroeting aan dat hij naar het toilet moet (regel 5). De verzorgende gaat hierop in en vraagt aan de bewoner of hij nog kan wachten en eerst aangekleed kan worden (regel 11). De verzorgende kijkt de bewoner aan en de bewoner is even stil (regel 15). De verzorgende vraagt het nog eens op een andere manier (regel 13 en 16) en dan geeft de bewoner zijn antwoord (regel 14 en 18).

De bewoner lijkt vermoeid en kijkt wat ernstig. Dit is te zien aan zijn ogen die wat samen geknepen zijn, zijn mondhoeken die naar beneden staan en zijn zucht als hij aangeeft dat hij naar het toilet moet. Hij lijkt last te hebben van het feit dat hij naar het toilet moet. De verzorgende komt vrolijk (zegt het woord goedemorgen wat langgerekt en met een uitroepachtige prosodie) binnen, maar de reactie van de bewoner lijkt kortaf (regel 3) en de bewoner gaat niet in op de begroeting, maar begint meteen over het naar het toilet moeten (regel 5). In regel 11 geeft de verzorgende aan dat 'we dan maar even van onder moeten aankleden'. Dit lijkt in eerste instantie betuttelend (Custers et al, 2011): de verzorgende heeft namelijk weinig oogcontact met de bewoner en door het woord 'we' komt het wat kinderlijk over. Toch zegt de verzorgende de zin 'dan moeten we maar even van onder aankleden' niet met een hoge of overdreven toon, waardoor het niet betuttelend over komt.

In dit fragment lijkt het alsof er aan de behoeftevervulling van autonomie voldaan wordt. De bewoner mag namelijk zelf een beslissing maken of hij meteen naar het toilet wil of dat hij nog even kan wachten (regel 11). Deze beslissing wordt door de verzorgende gestimuleerd; de verzorgende vraagt toestemming. De bewoner reageert echter wat twijfelend, want hij geeft niet meteen het antwoord en zegt niet overtuigend ja of nee, maar hij zegt 'joah' (regel 12) en als de verzorgende doorvraagt is hij stil en zegt dan 'nou' (regel 14). De verzorgende checkt dan nog eens of de bewoner echt kan wachten met naar het toilet gaan. Ze vraagt dit een aantal keren, steeds op een andere manier (regel 13 en 16). Volgens Janssen en van Weert (2008) bepaalt inspraak van de oudere het gevoel van autonomie. Doordat de bewoner hier inspraak krijgt, kan zijn gevoel van autonomie versterkt worden. De bewoner beslist zelf, waarna de verzorgende hem ondersteunt met naar het toilet gaan. Verhaest (2003) noemt dit beslissingsautonomie. Daarnaast structureert de verzorgende de situatie door te vertellen wat ze gaat doen (regel 8), waardoor het voor de bewoner duidelijk wordt wat er gaat gebeuren. Zo kan hij het gevoel krijgen de regie toch nog deels in handen te hebben, hij weet zo namelijk wat er komen gaat en heeft dan nog de kans om zijn mening hierover kenbaar te maken.

Wanneer er gekeken wordt naar de mate van zelfstandigheid, blijkt dat de bewoner in dit fragment niet zelfstandig handelingen uitgevoerd heeft. Wel valt op dat de bewoner zichzelf in dit fragment omhoog probeert te trekken met de steun die boven zijn bed hangt (regel 18). Het lijkt echter niet te lukken en hij kijkt dan wat betreurd (mondhoeken recht, gefronst voorhoofd, ogen iets dicht) om zich heen. Deze handelingen van de bewoner komen over alsof hij graag zelfstandig zichzelf omhoog wil trekken. Hij wil het in ieder geval proberen. Het lijkt dan ook van belang dat de verzorgende de bewoner laat helpen tijdens de zorg: de dingen die hij zelf kan, zelf laten doen. Hoe meer iemand zelfstandig kan doen, hoe groter het gevoel van controle. Zo kan het gevoel van autonomie meer versterkt worden.

Het kan ook zo zijn dat de bewoner zelf keuzes mag maken, maar hierin gestuurd wordt door de verzorgende. Dit kan komen doordat de verzorgende sterk zijn/haar eigen mening geeft. In het volgende fragment, waar het gaat over zwachtelen, is dit zichtbaar:

- 1 V: Heeft u een beetje kunnen slapen °na gister?° ((Doet het bed van de bewoner omhoog))
- 2 (1,5)
- 3 B: Slecht geslapen
- 4 V: Heb je slecht ↑geslapen?

- 5 B: Ja... Hele nacht krampen gehad (.) in mijn been
6 V: ↑O::oh?
7 (1,0) (*Verzorgende doet de zijkant van het bed naar beneden*)
8 B: Het was gisteravond helemaal rood he (.) rood door het zwachtelen.
9 V: Door het zwachtelen? Heb ik het.. had ik het te strak gedaan dan?=
10 B: =Jà
11 V: En had je daar overdag geen last van dan?
12 (1,0)
13 B: Nee..
14 V: Niet?
15 (1,0)
16 V: Weet je waar...(*Verzorgende kijkt in lade*) o hier.
17 (1,0)
18 V: Ik had toch het idee dat ik het niet strak euh..
19 (1,0) (*Bewoner kijkt naar verzorgende*)
20 B: Ik doe ze vandaag ook niet om (.) Moe oh (.) Moet ook nog naar therapie =
21 V: = Nou dan lijkt het me het toch wel slimmer dat je het wel doet
22 B: Ne::ej.. (*Kijkt verzorgende aan*) loop ik veel beter!
23 (1,0)
24 V: Wil je ze niet om?
25 B: Nee... nèe (*Bewoner schudt 'nee' en draait zijn hoofd naar voren*)
26 V: mmm =
27 B: =Beslist niet..
28 V: Ja..
29 B: Ik heb nou nog pijn aan mijn been! (*Beweegt zijn been en kijkt richting verzorgende*)
30 V: Ja?
31 B: °Ja°
32 V: Nou... Ja het is uw beslissing. He?

In dit fragment gaat het over het slechte slapen van de bewoner. De bewoner geeft aan dat hij krampen in zijn been heeft gehad (regel 5) en begint over het zwachtelen (regel 8). De verzorgende gaat hier vervolgens op in (regel 9, 11, 14 en 18). Waarna de bewoner aangeeft de zwachtels vandaag niet meer om te doen (regel 20). De verzorgende geeft daarop haar mening (regel 21) en vraagt na een reactie van de bewoner (regel 22) nogmaals of hij de zwachtels niet om wilt (regel 24). De bewoner geeft dan nog eens aan dat hij dit niet wil (regel 25, 27 en 29), waarna de verzorgende zich bij de beslissing van de bewoner neerlegt (regel 32).

De verzorgende begint allereerst met affectieve communicatie (Caris-Verhallen et al., 1999): ze toont empathie, belangstelling en sympathie naar de cliënt door te vragen of hij goed geslapen heeft (regel 1). Doordat de verzorgende empathie toont naar de bewoner, zal de bewoner zich meer begrepen voelen. De interactie gaat over de krampen in de benen van de bewoner, door het zwachtelen. Wanneer de bewoner aan geeft dat hij vandaag niet gezwachteld wil worden (regel 20), geeft de verzorgende haar mening (regel 21). Het lijkt alsof ze de bewoner zo wil overtuigen dat hij het toch wel moet doen, want ze zegt meteen na het antwoord van de bewoner dat het slimmer is dat hij dit wel doet. Ze begint hierbij met het woord 'nou' (regel 21), wat verdedigend over kan komen. De bewoner geeft dan nog een keer duidelijk aan dat hij dit niet wil (regel 22). Hij kijkt de verzorgende hierbij aan en geeft een 'nee' met reden (dan loopt hij beter). De verzorgende vraagt dan nog een keer of hij de zwachtels niet om wil (regel 24). Het lijkt alsof de bewoner dan wat

geïrriteerd is, omdat hij meteen 'nee, nee' zegt, een gefronst gezicht heeft en zijn hoofd weg draait van de verzorgende (regel 25). Hierdoor lijkt het alsof de bewoner het vervelend vindt dat de verzorgende er op door gaat, terwijl hij duidelijk zijn mening heeft gegeven. De bewoner zet hier door middel van non-verbale communicatie (boos kijken, weg draaien van de verzorgende) kracht bij aan zijn reactie. Uiteindelijk laat de verzorgende de beslissing bij de bewoner liggen (regel 32). De bewoner beslist zelf over zijn eigen lichaam, waarmee hij verantwoordelijkheid over zijn eigen lichaam laat blijken. De bewoner laat hierbij zien zelf initiatief te nemen in het nemen van een beslissing, hij claimt deze beslissing van de verzorgende. Volgens Kasser en Ryan (1999) ervaren mensen een groter gevoel van autonomie als mensen meer verantwoordelijkheid nemen, zelf beslissingen nemen en inspraak hebben. Deze drie aspecten zijn in dit videofragment behaald, doordat de bewoner zelf initiatief nam om zijn mening te geven, de verzorgende heeft hier niet naar gevraagd. Er lijkt door het gebruik van deze drie aspecten sprake te zijn van de vervulling van autonomie, maar de bewoner heeft echter wel veel moeite moeten doen om de verzorgende te overtuigen van zijn beslissing. Hierdoor kan het gevoel van autonomie verminderen. De verzorgende laat in regel 32 doorschemeren dat het zijn keuze is, waarmee ze nogmaals laat blijken dat zij het er niet mee eens is. Ze zegt allereerst 'nou' en is dan even stil en zegt dat het zijn beslissing is. Door vervolgens ook nog het woord 'he' te gebruiken, komt het wat kinderlijk over. Het lijkt zo alsof ze zijn beslissing niet steunt en niet respecteert. De verzorgende lijkt wat door te schieten in het willen overtuigen van de bewoner en lijkt zeker te willen weten of hij achter zijn beslissing staat.

Zelfstandigheid stimuleren en het bieden van structuur kwamen in dit fragment niet duidelijk naar voren. De bewoner en de verzorgende hadden alle aandacht gericht op de interactie over de zwachtels.

In het voorgaande fragment was dus te zien dat de bewoner een keuze mocht maken, maar de verzorgende sterk haar mening liet horen. In het volgende fragment is er sprake van het nemen van een beslissing aan de hand van een gesloten vraag, waardoor de bewoner gestuurd kan worden in zijn uiteindelijke keuze. De bewoner zit op het toilet en de verzorgende wil de bewoner gaan scheren:

- 1 V: Wil je nat scheren? ((Geluid van water in de wasbak))
 2 (3,0) ((Bewoner pakt kin vast en kijkt naar de verzorgende))
 3 B: Joah mag wel (.) Als je het vel er maar op laat zitten ((Kijkt naar camera en lacht))
 4 V: ↓Oh ((Lacht))
 5 (1.0) ((Verzorgende wast het hoofd van de bewoner))
 6 B: Esmee deed 't vorig week ermee afhalen dus
 7 V: (.) Wie. Het vel?
 8 B: Nee Esmee
 9 V: Ja::a, maar deed die het vel ermee afhalen dan?
 10 B: J (.) Ja die heeft mij nat gescho::ren. =
 11 V: = Ja
 12 B: Ja::a
 13 (1,0)
 14 V: En toen?
 15 (4,5)
 16 B: ((Glimlacht)) Had ik de hele kin kapot. ((Raakt kin aan))
 17 V: Ja maar je hebt ook niet echt fijne mesjes moet ik zegg::en, J!
 18 (1.0)

- 19 B: mm? *((Haalt wenkbrauwen op))*
 20 V: Je hebt ook niet echt fijne scheermesjes (.)
 21 B: Mmja
 22 (1,0)
 23 V: Het zijn van die weg=werp
 24 B: = Ik had... Ik had zo'n scheermesje °van Gilet°
 25 V: Gillette? (.) Dat is wel fijn
 26 B: °Ja°
 27 V: Die scheren ook beter he? (.)
 Nou even de lip!
 28 (3,5)
 29 V: Ben je een tuinkabouter nou (.) hè?
 30 (17,0) *((Verzorgende loopt uit beeld. Bewoner kijkt glimlachend naar verzorgende. Als verzorgende terug loopt draait de bewoner zijn gezicht iets en verzorgende begint met scheren))*
 31 V: (Het) is gelukkig niet zo (warm buiten) (.) mm?
 32 (15,5)
 33 V: ↑Even omhoog
 34 (25,5)
 35 V: Je lip.
 36 (2,5)
 37 V: Weet je wat ik vergeten ben?
 38 B: (mm)
 39 V: Je bovengebitt *((Lacht))*
 40 *((Bewoner glimlacht))*
 41 V: Valt uw lip zo terug
 42 (5,0)
 43 V: Zo::ow... *((Verzorgende loopt naar wasbak, bewoner volgt haar))*

In dit fragment wordt de bewoner geschoren en wordt er tijdens het scheren gepraat over scheren. De verzorgende vraagt of de bewoner nat geschoren wil worden (regel 1). De bewoner geeft antwoord (regel 3) en geeft vervolgens een voorbeeld waarbij het scheren misgegaan is (regel 6). De verzorgende gaat hierop door (regel 7, 9 en 14) en begint vervolgens over de scheermesjes van de bewoner (regel 17), waar ze op door gaat in regel 20, 23, 25 en 27. Daarna gaat de communicatie verder over de activiteit, het scheren (regel 27, 33, 35 en 37).

De communicatie in dit fragment was allereerst taakgerelateerd, het ging namelijk over scheren. De verzorgende vraagt aan de bewoner of hij nat geschoren wilt worden (regel 1). De bewoner kan hier ja of nee op antwoorden. De bewoner denkt even na, pakt zijn kin vast en zegt wat voorzichtig dat het goed is (regel 3 en 4). Het lijkt alsof de bewoner een sociaal wenselijk antwoord geeft, omdat hij het niet vol overtuiging zegt ('joah mag wel') en hij vervolgens begint over een situatie waarin het nat scheren verkeerd ging. De verzorgende geeft dan aan dat de bewoner geen fijne scheermesjes heeft. De bewoner lijkt niet zo goed te weten wat hij ermee moet, hij geeft namelijk twee keer 'mmm' als antwoord (regel 19 en 21). Dit komt over alsof hij niet weet wat hij hiermee moet. Waarschijnlijk halen anderen de scheermesjes voor de bewoner, dus lijkt het niet zinvol om hierover kritiek te geven aan de bewoner, hij kan hier immers weinig mee. Vervolgens maakt de verzorgende een grap over de bewoner als 'de tuinkabouter' (regel 29), waar de bewoner om kan lachen (regel 30). Tussen de communicatie over de zorg door is er dus ook ruimte voor sociale communicatie (een

grap) (Caris-Verhallen et al., 1999). Hierna gaat de communicatie vooral over het scheren en vallen er veel stiltes (regel 30, 32, 34 en 36). Opvallend is dat de bewoner stil is, één keer wat mompelt (regel 38) en wat glimlacht (regel 40).

De bewoner heeft in dit fragment een eigen keuze mogen maken, nadat de verzorgende deze keuze aan bood (regel 1). Deze keuze werd gestuurd door de verzorgende, doordat het een gesloten vraag was (regel 1). Daarnaast heeft de bewoner zichzelf niet geschoren en ook geen andere handelingen zelfstandig uitgevoerd, waardoor het gevoel van zelfstandigheid waarschijnlijk minimaal is. De verzorgende gaf tijdens het scheren weinig duidelijkheid over het scheren. Zo wast ze zijn hoofd (regel 5) zonder dit te zeggen en pakt ze een scheermesje, waarmee ze gelijk begint met scheren (regel 30). De bewoner lijkt af en toe te willen weten wat ze aan het doen is, omdat hij dan richting de verzorgende kijkt (regel 30 en 43). De verzorgende brengt zo nu en dan structuur aan in wat ze gaat doen (regel 27, 33 en 35). Al met al lijkt het alsof het gevoel van autonomie in dit fragment niet vervuld is. De bewoner kreeg wel de keuze aangeboden of hij nat geschoren wilde worden, maar werd hierbij gestuurd door de gesloten vraag van de verzorgende (regel 1). De bewoner had zo niet een open keuze, omdat hij door de gesloten vraag een richting opgestuurd werd. Er is geen sprake van zelfstandigheid en de aangeboden zorg wordt weinig gestructureerd door middel van communicatie. Zowel de bewoner als de verzorgende stimuleren de autonomie in dit fragment niet of nauwelijks. De vervulling van autonomie is daarom minimaal te noemen.

4.2 Ochtendzorg aan mevrouw J.

In dit fragment wordt er ochtendzorg verleend aan een 83-jarige vrouw. Ze woont sinds twee jaar in het verpleeghuis na een hersenbloeding, waardoor ze slecht ter been werd. De bewoonster wordt verzorgd door een 46-jarige vrouw die sinds drie maanden als helpende (niveau 2) in opleiding werkt. De bewoonster wordt allereerst uit bed gehaald om vervolgens gedoucht te worden:

- 1 V: Lekker gesla::pe?
 2 B: O::ja, maar (.) ik ben al zo lang wakker.
 3 V: Ja::a? (.) Dat is vervelend
 4 B: En dan ga ik zo dromen en dan slaap je in en dan ga ik zo dromen en ik ben klie dernat. Weer! *((Kijkt tijdens het vertellen naar boven))*
 5 V: Hè=
 6 B: =Ja.. Vervelend
 7 V: Nou lekker douchen.. hè?
 8 B: *((Zucht))*Ja.
 9 *((5,5)) ((Verzorgende doet het bed omhoog))*
 10 B: ↓Dit zit allemaal verkeerd*((Zit aan plasbroekje en wenkbrauwen zijn gefronst))*
 11 *((2,0)) ((Verzorgende is bezig met het bed omhoog doen, kijkt bewoonster niet aan))*
 12 B: Au! *((Doet ogen dicht en mond open)) ((Zucht))*
 13 *((5,0)) ((Verzorgende doet de bedrand naar beneden, bewoonster kijk voor zich uit))*
 14 V: Even de Crocs aan!
 15 B: *((Zucht en probeert zichzelf rechter op te zetten in bed))*
 16 *((Verzorgende helpt de bewoonster met 1 hand))*
 17 V: Oeps *((zet crocs neer en pakt de bewoonster met beide armen))* Kom maar... 1, 2 hooopaké!
 18 B: Auw...
 19 V: Ja:a.. *((Kijkt bewoonster aan))*

- 20 B: Au!! ((Kijkt verzorgende aan))
 21 V: Ja was het zo hard?
 22 B: Ja!
 23 V: Kom maar.
 24 ((Bewoonster kijkt met gefronste wenkbrauwen, verzorgende trekt de crocs aan))
 25 (14.0) ((Verzorgende zet de rollator voor de bewoonster neer))
 26 B: °Ik denk dat ik kliedernat ben. (.) dat weet ik wel zeker°
 27 (7,5) ((Verzorgende pakt arm van de bewoonster vast, helpt haar te staan en kijkt naar het broekje))
 28 B: Zie!
 29 V: ↓Ja::a.
 30 B: Zucht... ((Beweegt wat met de rollator en kijkt hierna))
 31 V: ↑Ja? Kunnen we?
 32 B: ((Zucht))=
 33 V: =Of nog even wachten?
 34 B: ((Zucht))
 35 B: ((Kijkt naar haar ketting en pakt deze vast)) God heb ik dat ding nog om?
 36 V: Mmm
 37 B: (probeert te gaan lopen)
 38 V: (houdt de bewoonster vast en het broekje)
 39 (11.0)
 40 B: Ja hou die met lopen maar vast
 41 V: Ja::a ik houd hem vast. (.) Er kan NIKS ↓gebeuren!
 42 ((Bewoonster loopt met de rollator))
 43 V: Zò ((loopt achter de bewoonster aan en houdt het broekje vast))

De bewoonster wordt hier uit bed gehaald, waarna het gaat over het slechte slapen van haar. De verzorgende vraagt of de bewoonster lekker geslapen heeft (regel 1), waarop de bewoonster aangeeft van wel, maar dat ze al zo lang wakker is (regel 2). De verzorgende gaat hierop in (regel 3) en de bewoonster geeft dan aan dat ze klie dernat is (regel 4). De verzorgende geeft aan dat ze gaan douchen (regel 7). De bewoonster zegt dat het broekje verkeerd zit en dat ze pijn heeft (regel 12, 18 en 20). De verzorgende wil de crocs aan doen (regel 14) en helpt de bewoonster overeind te komen (regel 17 en 23). Vervolgens worden er voorbereidende handelingen getroffen om tot lopen over te gaan. De verzorgende vraagt of ze kunnen lopen (regel 31) of dat ze nog moeten wachten (regel 33). Vervolgens lopen ze samen richting de badkamer (regel 42 en 43).

In eerste instantie gaat de verzorgende in op de bewoonster door empathie te tonen voor het lange wakker liggen (regel 3 en 5), waardoor er sprake is van affectieve communicatie (Caris-Verhallen et al., 1999). Empathie is te zien in regel 3 en 5, waar de verzorgende laat merken dat ze het echt vervelend vindt voor de bewoonster. Wanneer de bewoonster hier op door gaat, wordt het gestopt door de verzorgende die weer verder gaat met de zorg (regel 7). Taakgerichte communicatie heeft vanaf dat moment de overhand. Grainger (1993) noemt dat de verzorgende bij taakgerichte communicatie met een bewoner communiceert over de verzorgende taken waarbij de verzorgende de bewoner helpt. De communicatie is alleen gericht op de verzorging. De verzorgende gaat snel over tot de verzorging en staat niet lang stil bij de gevoelens van de bewoner. Zo geeft ze aan dat ze maar snel gaan douchen (regel 7), wil ze de crocs aan doen (regel 14) en wil ze snel gaan lopen met de bewoonster. Als de bewoonster aangeeft dat ze pijn heeft (regel 18), lijkt dit gebagatelliseerd te worden, want de verzorgende gaat hier nauwelijks op in en gaat verder met het aantrekken van de crocs (regel 23). Ook als de bewoonster aangeeft dat haar broekje klie dernat is (regel 26), wordt hier

niet op in gegaan. Het lijkt alsof het voor de bewoonster op dat moment belangrijk is, omdat ze dit een aantal keren benadrukt (regel 4 en 26). Voor te stellen is dat de bewoonster zich niet gehoord voelt, doordat de verzorgende hier niet op in gaat. Het zuchten, het herhalen dat het vervelend is en het fronsende gezicht kunnen hier signalen voor zijn. De bewoonster zet door middel van non-verbale communicatie (zuchten, fronsend gezicht) kracht bij aan haar reactie. Maar de verzorgende lijkt hier geen oog voor te hebben, ze gaat namelijk door met de handelingen, zonder gehoor te geven aan de gevoelens van de bewoner. Er is hierdoor geen sprake meer van affectieve communicatie.

Wanneer er gericht gekeken wordt naar het vervullen van autonomie dan kan er gezegd worden dat er gewerkt is aan behoeftevervulling. Zowel de verzorgende als de bewoonster proberen de autonomie te stimuleren. Zo geeft de verzorgende de bewoonster de tijd om op te staan. Ze legt de keus bij de bewoonster neer of ze al kan lopen of dat ze nog even zullen wachten (regel 33), waardoor de bewoonster zelf kan beslissen. De bewoonster zucht, wacht en benoemt dat ze de ketting nog om heeft. De verzorgende gaat hier niet diep op in, maar geeft door 'mmm' aan dat ze de bewoonster gehoord heeft. De bewoonster neemt vervolgens initiatief tot zelfstandigheid; ze staat zelf op om te gaan lopen. Het gevoel van autonomie van de bewoonster kan met het nemen van een beslissing versterkt worden (Verhaest, 2003). De bewoonster wordt, naast het eigen initiatief, ook door de verzorgende gestimuleerd in haar zelfstandigheid, want de verzorgende laat de bewoonster eerst proberen om zelf op te staan (regel 15) en de bewoonster loopt zelf achter een rollator. De verzorgende en de bewoonster bepalen hier samen wanneer ze gaan lopen. De verzorgende vraagt of de bewoonster al kan lopen (regel 31 en 33) en wacht dan. Ze geeft de bewoonster hier de tijd om zelfstandig op te staan. Uiteindelijk loopt de bewoonster zelf (met lichte ondersteuning van de verzorgende) achter de rollator. Hierbij is sprake van een combinatie van eigen initiatief van de bewoner en stimulatie van de verzorgende, wat zorgt voor een grotere vervulling van de zelfstandigheid. Deze combinatie van geven en nemen is wenselijk voor de behoeftevervulling van autonomie.

De verzorgende geeft weinig tot geen structuur in de communicatie. Zo doet ze zonder er iets van te zeggen, het bed omhoog (regel 9) en later ook de bedrand naar beneden (regel 13). Het is voor de bewoonster zo niet duidelijk wat er gaat gebeuren, wat een onveilig gevoel kan geven.

Het niet vertellen wat er gaat gebeuren, is ook terug te zien in het volgende fragment waar de verzorgende de bewoonster aan het afdrogen en aankleden is:

- 1 *((Verzorgende is de rug van de bewoonster aan het drogen))*
 2 V: En de borsten goed droog? *((Verzorgende voelt tijdens het vragen))*
 3 B: Ja::a!
 4 V: Ja
 5 (23.0)
 6 *((Verzorgende pakt bh en houdt deze voor de bewoonster, de bewoonster doet haar armen in de beha en verzorgende gaat verder met het aantrekken van de beha))*
 7 V: Zitten ze erin de bewoonster J.?
 8 B: Ja::a, geloof het wel *((Lacht))*
 9 V: O, oké
 10 B: *((Lacht))* °even kijken°
 11 V: We kijken zo even

De bewoonster heeft zich net voor dit fragment zelf afgedroogd. De verzorgende vraagt in dit fragment of de borsten goed droog zijn (regel 2), waar de bewoonster antwoord op geeft (regel 3). De verzorgende doet een beha aan en vraagt of de borsten er goed in zitten (regel 7), waarop de bewoonster antwoordt (regel 8) en de verzorgende aangeeft te gaan kijken (regel 11).

De verzorgende vraagt de bewoonster of de borsten goed droog zijn, maar wacht niet op het antwoord en voelt meteen (regel 2). De bewoonster geeft snel antwoord en geeft aan dat de borsten droog zijn (regel 3). De controlehandeling van de verzorgende komt wat kinderachtig over en overigens kan het voor de bewoonster vervelend zijn dat ze niet de kans krijgt om eerst te antwoorden voordat er gehandeld wordt. Het taakgerichte en de tijdsdruk lijken hier de overhand te hebben. De bewoonster lacht na de vraag 'zitten ze erin de bewoonster J.?' en geeft antwoord. Het lijkt hierdoor alsof ze deze vraag grappig vindt. De communicatie gaat over de zorg die op dat moment geleverd wordt (afdrogen en aankleden), wat ook wel taakgerelateerde communicatie (Grainger, 1993) of communicatie over verpleging en gezondheid wordt genoemd (Caris-Verhallen et al., 1999).

De autonomieervulling is in dit fragment minimaal te noemen. Volgens Kasser en Ryan (1999) en Janssen en van Weert (2008) ervaren mensen een groter gevoel van autonomie als mensen meer verantwoordelijk nemen, zelf beslissingen nemen en inspraak hebben. In dit fragment heeft de bewoonster nauwelijks inspraak gehad. Wanneer de verzorgende vraagt of de borsten droog zijn, krijgt de bewoonster geen tijd om te antwoorden, want de verzorgende voelt meteen (regel 1 en 2). Wanneer de verzorgende vraagt of de borsten goed in de beha zitten (regel 7), geeft de bewoonster zachtjes aan dat de verzorgende maar even moet kijken (regel 10). De bewoonster neemt hier zelf initiatief tot het vragen van ondersteuning. De verzorgende laat in dit fragment nauwelijks stimulatie van autonomie zien.

De bewoonster heeft zich voor dit fragment zelf afgedroogd, waardoor de zelfstandigheid behouden blijft (van Thiel, 1993). De geleverde zorg in dit fragment wordt niet gestructureerd door verbale communicatie, maar wel door non-verbale communicatie; de verzorgende houdt de beha stil vast voor de bewoonster. De bewoonster lijkt dit niet storend te vinden, want ze doet vrijwel meteen de armen door de beha. Ze blijft naar de beha kijken, waardoor het lijkt alsof de bewoonster geconcentreerd met haar taak bezig is. De bewoonster doet mee met de handelingen, ondanks dat er niet benoemd wordt wat er gaat gebeuren.

In het volgende videofragment benoemt de verzorgende, tijdens het wassen, wel wat er gaat gebeuren:

- | | | |
|---|----|---|
| 1 | V: | Even ↑sta::an |
| 2 | | (5,0) ((Bewoonster staat op)) |
| 3 | V: | Ja? Komtie aan he! |
| 4 | B: | = Njà ((Verzorgende wast vagina, dan de billen en droogt dan af)) |
| 5 | | (26.0) |
| 6 | V: | Voelt het goed aan in de↑ lieze::e? |
| 7 | B: | °ja° ja.. |
| 8 | | (37,0) ((Verzorgende trekt onderbroek en broek aan)) |
| 9 | V: | O::oké! |

In dit fragment wordt de bewoonster gewassen. De verzorgende geeft aan dat de bewoonster moet staan (regel 1) en geeft aan als ze gaat wassen (regel 3). Na een stilte vraagt de verzorgende of de liezen goed aanvoelen (regel 6), waarop de bewoonster 'ja' antwoord (regel 7).

De bewoonster reageert op 'even staan' (regel 1) door meteen te gaan staan. Op de waarschuwing 'komtie aan he' (regel 3) reageert ze door ja te zeggen en houdt zich aan de rolstoel vast. De bewoonster blijft zo staan en de verzorgende zegt vervolgens niet als ze gaat afdrogen. De bewoonster blijft stil met haar gezicht naar de grond kijken. Wanneer de verzorgende een broekje pakt (regel 8) kijkt de bewoonster iets op en kijkt vervolgens weer naar beneden. De verzorgende geeft niet aan wat er gaat gebeuren. Het lijkt alsof de bewoonster wel behoefte heeft om te weten wat er gaat gebeuren, omdat ze op kijkt en daarna weer naar de grond kijkt.

Wanneer er gekeken wordt naar de vervulling van autonomie, wordt er gelet op de mate van inspraak, het zelfstandig uitvoeren van zorghandelingen en het aangeven wat er gaat gebeuren door de verzorgende. Verhaest (2003) geeft aan dat bij bewoners met beperktere mogelijkheden altijd medegedeeld moet worden wat men zal doen en waarom. De verzorgende heeft structuur aangebracht in de zorg door te benoemen wat er gaat komen (regel 1 en 3), maar voert ook geregeld handelingen uit zonder dit hardop te benoemen (regel 4 en 8). Zo trekt ze een broek aan zonder dit te benoemen, de bewoonster stond al goed, dus lijkt er geen last van te hebben dat het niet benoemd is. De bewoonster pakt haar onderbroek en later haar broek en doet deze iets omhoog, hierbij neemt de bewoonster dus initiatief in het helpen aankleden. De verzorgster gaat hier echter niet in mee en neemt het weer over van de bewoonster. De zelfstandigheid wordt in dit fragment dus niet gestimuleerd door de verzorgende.

De mate van inspraak van de bewoner was tijdens dit fragment minimaal; in regel 6 vraagt de verzorgende of het goed aanvoelt in de liezen. De communicatie lijkt in dit fragment nauwelijks aan de vervulling van de basisbehoefte 'autonomie' bij te dragen, want de inspraak en de zelfstandigheid van de bewoner is minimaal. De verzorgende geeft alleen soms aan wat er gaat gebeuren.

4.3 Ochtendzorg aan mevrouw B.

In de volgende transcripten wordt er ochtendzorg verleend aan een 85-jarige weduwe. Ze woont sinds acht maanden in het verpleeghuis vanwege Parkinson. Ze heeft veel hulp nodig met zorghandelingen. De bewoonster wordt verzorgd door een 24-jarige vrouw die sinds vier jaar op deze afdeling werkt. De bewoonster wordt in het eerste fragment gedoucht:

- 1 V: Nou... Eens even kijken wat u van het water vindt
 2 ((De mond van de bewoonster is open en ze kijkt naar voren))
 3 V: Even voelen (.) het water (.) voel maar? (.) °of het lekker is°
 4 B: Oja...
 5 V: Ja is het goed?=
 6 B: =Ja..
 7 V: ↑ Ja? Ga ik u nat sp=
 8 B: = Niet kouder doen hoor!
 9 V: Ne::e dan laat ik hem zo staan
 10 B: °Ja°
 11 V: ↑Ja? =
 12 B: °Ja °
 13 V: Dan ga ik u even nat sproeien

- 14 (4,0) *((Bewoonster kijkt naar voren richting de grond))*
 15 V: Ga ik even uw haren nat maken (.) Komtie hoor!
 16 *((De bewoonster doet de ogen dicht))*
 17 *((Verzorgende maakt de haren van de bewoonster nat))*
 18 (19.0)
 19 V: Lekker of niet?
 20 B: °Heerlijk° *((lacht))*
 21 *((Verzorgende hangt douchekop op))*
 22 V: Pak ik even ↓shampoo.
 23 *((Bewoonster kijkt verzorgende na en heeft de wenkbrauwen en mondhoeken omhoog))*

In dit fragment zijn de verzorgende en de bewoonster in de badkamer om te gaan douchen. Eerst voelt de bewoonster wat ze van de temperatuur van het water vindt (regel 3 en 4). Als ze aangeeft dat het goed is (regel 6), wordt ze gedoucht. De verzorgende geeft aan dat ze de bewoonster nat gaat sproeien (regel 7 en 13), het haar nat gaat maken (regel 15) en de shampoo gaat pakken (regel 22). De verzorgende zegt in regel 3 een aantal keren dat de bewoonster mag voelen aan het water. Wanneer ze voelt zegt ze oja (regel 4), waarop de verzorgende door vraagt of het goed is (regel 5). De bewoonster geeft aan van wel en als de verzorgende aan geeft dat ze dan nu nat gaat sproeien (regel 7) onderbreekt de bewoonster haar en geeft aan dat het niet kouder moet. Wanneer de verzorgende bevestiging heeft (regel 11 en 12), geeft ze nogmaals aan dat ze de bewoonster nat gaat sproeien (regel 13). De bewoonster is dan stil en kijkt naar voren (regel 14) en doet haar ogen dicht (regel 16). Het is dan even stil en de verzorgende stelt dan een gesloten vraag (regel 19) over het douchen. De verzorgende benoemt vervolgens wat ze gaat doen (regel 22).

Caris-Verhallen en collega's (1999) hebben verschillende verbale communicatie clusters uitgewerkt. In dit fragment is er met name sprake van communicatie over verpleging en gezondheid (ook wel taakgerelateerde communicatie genoemd (Grainger, 1993)), maar ook communicatie die de ontmoeting structureert. De communicatie gaat namelijk over het douchen, over de verpleging. Maar doordat de verzorgende vaak vertelt wat ze gaat doen, wordt het douchen ook gestructureerd (regel 1, 13, 15, 22). De bewoonster lijkt te genieten van het douchen, want ze straalt wanneer de verzorgende aan haar vraagt of het lekker is (regel 19). Ze geeft aan dat het heerlijk is en kijkt een stuk vrolijker dan daarvoor. Dit is te zien aan haar wenkbrauwen en haar mondhoeken die omhoog gaan. In regel 19 is er sprake van affectieve communicatie: de verzorgende geeft verbale aandacht en toont sympathie met de bewoonster (Caris-Verhallen et al., 1999). Ze vraagt namelijk aan de bewoonster of het lekker is en lacht dan samen met de bewoonster (regel 19 en 20). De verzorgende laat door haar vraag en non-verbale communicatie (oogcontact en glimlach) blijken dat ze dit oprecht meent, waardoor de bewoonster zich begrepen zal voelen.

In dit fragment lijkt er gewerkt te zijn aan het vergroten van de basisbehoefte autonomie. Ondanks dat de bewoonster weinig kan en vrij weinig zegt, wordt ze door de verzorgende wel betrokken bij (kleine) keuzes in de verzorging. De verzorgende gaat hier de uitdaging aan die Verhaest (2003) noemde door zoveel mogelijk gedelegeerde autonomie op het niveau van beslissingsautonomie te brengen. De verzorgende stimuleert door de keuzes de inspraak van de bewoonster. Zo mag de bewoonster zelf beslissen of het water goed is (regel 1 t/m 12). Als de bewoonster niet reageert op de uitnodiging om het water te voelen, geeft de verzorgende het nog

een aantal keren duidelijk en op een andere manier aan (regel 3). Ze legt hierbij het accent op het woord 'voelen', waardoor het duidelijk wordt wat de bedoeling is, want de bewoonster reageert door 'oja' te zeggen. Ze vraagt hier de bewoonster om toestemming, wat volgens Verhaest (2003) belangrijk is voor het vervullen van de basisbehoefte autonomie. De bewoonster krijgt door deze beslissing de ruimte om te zeggen of ze de temperatuur van het water goed vindt en doet dit dan ook in regel 8. Na de reactie van de verzorgende hierop (regel 9) lijkt de bewoonster gerustgesteld, want ze zegt twee keer zachtjes 'ja'. Daarnaast structureert de verzorgende de situatie door te vertellen wat ze gaat doen (regel 13, 15, 22). Volgens Verhaest (2003) is het van belang dat bij mensen met beperktere mogelijkheden altijd medegedeeld moet worden wat men zal doen en waarom. Voor te stellen is dat dit voor de bewoonster een gevoel van duidelijkheid geeft. De bewoonster kan zich zo voorbereiden op wat er komen gaat. Dit is te zien in regel 16, waar ze haar ogen dicht doet als de verzorgende zegt dat ze de haren nat gaat maken. Als de verzorgende vertelt wat er gaat gebeuren, heeft de bewoonster nog de tijd om een wens kenbaar te maken. In regel 8 deed de bewoonster dit; de bewoonster gaf in regel 7 aan dat ze de bewoonster nat ging sproeien en toen zei de bewoonster nog dat het niet kouder moest (regel 8). De bewoonster neemt hierbij zelf het initiatief tot het kenbaar maken van haar wens.

Er is in dit fragment geen sprake van stimulatie van zelfstandigheid. De verzorgende voert alle zorghandelingen in dit filmpje uit. De bewoonster zal deze handelingen ook niet zelfstandig kunnen uitvoeren, door haar ziekte; Parkinson.

In het volgende fragment is er wederom sprake van taakgerelateerde communicatie. De bewoonster zit in een rolstoel en de verzorgende trekt de broek van de bewoonster aan en doet de mat van de til lift om:

- 1 V: Even uw benen optillen hoor!
 2 (8.5) *((Verzorgende is bezig met het aantrekken van de broek))*
 3 V: °Doe ik deze even aan de kant°
 4 *((Verzorgende stoel van de bewoonster iets om))*
 5 (2.0)
 6 V: Deze ook ↑even.
 7 (6.0)
 8 V: En de benen ook even optillen °alst lukt° dat scheelt zo meteen weer *((piep))*
 9 (16.0) *((Verzorgende pakt mat))*
 10 V: Doen we even de mat ↑erachter
 11 (2.0)
 12 V: Kom maar naar vor::en *((Verzorgende pakt vrouw bij de nek en duwt iets naar voren))*
 13 (3.0)
 14 V: Oh
 15 (25.0) *((Verzorgende maakt de mat vast))*
 16 V: Moet ik even uw benen optillen hoor.. alleen voor de mat.
 17 (5.0)
 18 V: Kan u m even vasthouden voor mij?
 19 (6.5)
 20 V: En deze ook? ↑*((Verzorgende draait stoel, ondertussen geluid van het apparaat))*
 21 V: Ja::a danku
 22 (9.0) *((Verzorgende doet de til lift omhoog en rijdt hem naar patiënt toe))*
 23 B: (niet goed)
 24 (2.)

- 25 B: linker voet
 26 V: We doen hem wel even van opzij, anders komen we zo in de knoei met de lift
 27 B: °ja..°

De verzorgende geeft in dit fragment allereerst aan dat ze de benen op gaat tillen (regel 1) en blijft hierna benoemen wat ze gaat doen (regel 3, 6, 8, 10 en 16). Ook vraagt ze de bewoner te helpen (regel 16, 18 en 20). De bewoonster is weinig aan het woord en geeft alleen aan dat haar linker voet niet goed zit (regel 23 en 25).

In dit fragment zit de bewoonster in een rolstoel en de verzorgende is veel aan het woord. Deze communicatie gaat over de verpleging en structureert de handelingen (regel 1, 3, 6, 8, 10, 12, 16, 26). Caris-Verhallen en collega's (1999) noemen dit communicatie over verpleging en gezondheid en communicatie die de ontmoeting structureert. De bewoonster reageert verbaal nauwelijks op de communicatie van de verzorgende, alleen als er iets niet goed zit benoemt ze het (regel 23, 25, 27). De communicatie is taakgerelateerd, want het gaat alleen over de aangeboden zorg (Grainger, 1993). Er wordt tussendoor niet over iets anders gesproken. Dit zou een reden kunnen zijn dat de bewoonster zo stil is. De bewoonster zit met haar rug naar de camera, waardoor de non-verbale reacties moeilijk af te lezen zijn. Het lijkt alsof de bewoonster stil zit en naar de verzorgende kijkt.

Ondanks de taakgerichte communicatie van dit fragment, lijkt er wel gewerkt te worden aan de basisbehoefte 'autonomie'. De verzorgende geeft namelijk vaak aan wat er gaat gebeuren (regel 1, 3, 6, 8, 10, 12, 16, 26), waardoor de bewoonster duidelijkheid krijgt en daardoor een gevoel van veiligheid kan ervaren. De bewoonster reageert (verbaal) echter niet op deze structureringen. Verder wordt zo nu en dan de zelfstandigheid van de bewoonster gestimuleerd, door haar te vragen of ze haar benen op tilt (regel 9), door te vragen of ze naar voren komt (regel 12) en wordt de bewoonster gevraagd om wat vast te houden voor de verzorgende (regel 18). De bewoonster doet dit steeds en helpt zo toch mee met de zorghandelingen. De dingen die de patiënt nog kan, laat de verzorgende ook doen, waardoor de zelfstandigheid door de verzorgende wordt gestimuleerd. In dit fragment is de bewoonster zelf niet actief bezig geweest met het stimuleren van autonomie en heeft ze geen inspraak gehad.

In het volgende fragment krijgt de bewoonster echter wel verschillende keuzes aangeboden. De verzorgende trekt het jasje bij de bewoonster aan en doet haar sieraden om:

- 1 V: Gewoon open laten?
 2 B: Ja!
 3 (3.0)
 4 V: Hier zit een schoudervulling in
 5 B: Ja::a
 6 V: ((Lacht)) Een flinke ook!
 7 (5.5)
 8 V: ((loopt weg van bewoonster en kijkt dan om naar haar)) En welke ketting wil u om?=
 9 B: =Ja ik wou net zeggen, die anderen, daar ((wijst) ligt er nog wel één
 10 V: ↑Ja? Ik zal eens even kijken. Doe ik gelijk maar even de gordijnen open.
 11 (10.0) ((Verzorgende kijkt in het bakje met armbanden))
 12 V: Wil u die groene armband ook om?
 13 B: He?

- 14 V: Die groene armband wil u die ook om?
15 (1.0)((Kijkt naar de bewoonster))
- 16 V: De groene armband!
- 17 B: °Ja°
- 18 V: Ja?
19 (3.0)
- 20 V: En die andere ketting moet hier ook liggen?
21 B: °Ja daar ergens°
22 (8.0)((Verzorgende zoekt))
- 23 V: Nou ik ↑zie hem niet ((Loopt richting bewoonster)) Misschien in de sieradendoos.
24 B: °Oh°
- 25 V: Dat kan ook nog.
26 (0,5)
- 27 B: Daar geloof ik niets van, want ik heb hem gister nog aan gehad
28 (1,0)
- 29 V: Di::e andere ketting?
30 B: °ja°. O nee! Die andere ketting die (.) die heb ik niet aangehad.
31 V: °nee°. Aan welke kant wil u de↑ze?
32 B: hie.. °deze arm°
33 (1,0)
- 34 V: Onder uw truitje?
35 (3,5)
- 36 V: En de armband?
37 (1,5)
- 38 B: °ook hi°
- 39 V: Ook hier?
40 (5,0)((Bewoonster kijkt naar haar arm))
- 41 V: Zo?
42 B: °ja° lets omhoog.
(2,5)
- 43 V: ↑Anders zit die zo strak he? Zo::o

In dit fragment mag de bewoonster beslissen of haar jasje open blijft (regel 1). Vervolgens gaat het over dit jasje (regel 4) en mag de bewoonster beslissingen nemen over welke sieraden ze om wil (regel 8, 12). De verzorgende vraagt de bewoonster mee te denken over waar de ketting kan liggen (regel 20). De verzorgende laat de bewoonster vervolgens kiezen hoe ze de sieraden om wil (regel 34, 36 en 39).

De bewoonster zit in dit fragment met de rug naar de camera toe, waardoor de non-verbale gedragingen van haar niet goed te volgen zijn. Opvallend is dat de bewoonster vaak korte antwoorden geeft die ze op een zachte toon vertelt (regel 5, 17, 24). Wanneer ze betrokken wordt bij het vinden van een ketting, zegt ze steeds meer (regel 21, 27,30). Het kan zijn dat dit de bewoonster een gevoel geeft dat ze belangrijk is, doordat haar gevraagd wordt mee te denken. Er is in dit fragment sprake van taakgerelateerde communicatie (Grainger, 1993). De interactie gaat namelijk over de handelingen die de verzorgende verricht.

Wanneer er gekeken wordt naar de vervulling van de basisbehoefte 'autonomie' dan kan geconcludeerd worden dat hier op verschillende momenten in het fragment aan gewerkt wordt. De bewoonster krijgt namelijk verschillende keuzes aangeboden, waardoor ze inspraak heeft. De

bewoonster mag kiezen of haar jas open blijft (regel 1), welke sieraden ze om wil (regel 8, 12, 14, 16) en hoe ze deze sieraden om wil (regel 31, 34, 36, 39, 41). Doordat de verzorgende kleine keuzes aanbiedt, wordt er gewerkt om gedelegeerde autonomie naar beslissingsautonomie te brengen (Verhaest, 2003). De bewoonster moet veel zaken uit handen geven door haar ziekte (Parkinson), maar doordat ze zelf mag kiezen kan het gevoel van autonomie behouden blijven (Verhaest, 2003). Het lijkt door de snelle reacties van de bewoonster (regel 31, 28 en 42) dat ze precies weet wat ze graag wil en daarom is het goed dat de verzorgende hierin mee gaat, zo kan het gevoel van autonomie van de bewoonster in stand blijven. De verzorgende geeft in dit fragment weinig aan wat ze gaat doen, alleen in regel 10 geeft ze het aan. Toch lijkt dit niet storend te zijn voor de bewoonster. De verzorgende vraagt namelijk wel steeds wat over de handelingen, waardoor het vaak al duidelijk is wat er gaat gebeuren (regel 20, 31, 34, 36, 40, 42). Er is weinig zelfstandigheid te zien in dit fragment, wat waarschijnlijk komt doordat de bewoonster nog maar weinig zelfstandig kan, vanwege haar ziekte Parkinson. De autonomie wordt in dit fragment gestimuleerd door de verzorgende die keuzes geeft aan de bewoonster, zodat ze inspraak heeft. Volgens Verhaest (2003) en Jansen & van Weert (2003) kan het gevoel van autonomie vergroot worden door de inspraak die bewoners hebben tijdens de zorg.

5 Conclusie en discussie

In dit hoofdstuk zal er antwoord gegeven worden op de onderzoeksvraag. In voorgaande hoofdstukken is er door middel van literatuurstudie en het analyseren van videofragmenten geprobeerd informatie te vinden om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag. De bevindingen en conclusies hieruit zullen in paragraaf 5.1 worden geformuleerd. Daarnaast zal er in paragraaf 5.2 kritisch naar het onderzoek gekeken worden en zullen er kanttekeningen geplaatst worden bij diverse aspecten. In paragraaf 5.2 zullen er ook aanbevelingen voor vervolgonderzoek en ten aanzien van de praktijk gedaan worden.

5.1 Bevindingen en conclusies

Uit de literatuur blijkt dat het bevorderen van geestelijke gezondheid een relatief nieuw doel binnen de volksgezondheidszorg is (Westerhof & Bohlmeijer, 2010). Om de geestelijke gezondheid te kunnen bevorderen geven Deci en Ryan (2000) in de zelfdeterminatietheorie aan dat er drie psychologische basisbehoeften zijn die voorwaarden zijn om persoonlijke doelen van mensen te kunnen realiseren. Vanuit de literatuur is bekend dat het contact tussen verzorgenden en bewoners een belangrijke rol speelt bij het vervullen van deze psychologische basisbehoeften (Custers et al., 2010), maar het is echter onduidelijk waardoor deze basisbehoeften worden vervuld. Daarom is er in dit onderzoek gekeken hoe de communicatie tussen verzorgenden en verpleeg- of verzorgingshuisbewoners bij kan dragen aan behoeftevervulling. Onderzoek naar aspecten in de communicatie die de psychologische basisbehoefte autonomie ondersteunen en bevorderen sluit goed aan bij de groeiende aandacht voor de positieve psychologie. Als men weet wat helpend is om de psychologische basisbehoefte autonomie te vergroten, biedt dit nieuwe perspectieven in de communicatie tussen verpleeg- en verzorgingshuisbewoners en hun verzorgenden om bij te dragen aan behoeftevervulling en daarbij aan een hoger geestelijk welbevinden. Uit onderzoek van Kasser en Ryan (1999) blijkt namelijk dat autonomie bijdraagt aan een hoger geestelijk welbevinden. Dit onderzoek trachtte te onderzoeken hoe de aspecten die in de literatuur genoemd worden over de vervulling van autonomie, toegepast worden in de communicatie tussen verzorgenden en verpleeg- en verzorgingshuisbewoners tijdens de ochtendzorg, zodat bewoners de behoefte autonomie kunnen vervullen.

Allereerst zullen algemene opvallendheden in de communicatie tussen verzorgenden en bewoners genoemd worden. Vervolgens zal beschreven worden hoe de aspecten die in de literatuur gevonden zijn om autonomie te vervullen, aan bod komen tijdens de ochtendzorg.

5.1.1 Communicatie in het algemeen

Uit de resultaten blijkt dat de communicatie tussen bewoners en hun verzorgende vaak taak gerelateerd is. Taakgerelateerde communicatie houdt in dat de verzorgende met de bewoner communiceert over de verzorgende taken waarbij de verzorgende de bewoner helpt. De communicatie is alleen gericht op de verzorging (Grainger, 1993). Er worden tijdens de ochtendzorg veel vragen over de zorg gesteld en de gesprekken gaan vaak over de zorg die op dat moment verleend wordt. Tussendoor is er ook sprake van affectieve communicatie, waarbij de verzorgende verbale aandacht, belangstelling, empathie en sympathie toont met de patiënt (Caris-Verhallen et al., 1999). Maar vaak neemt taakgerelateerde communicatie al vrij snel de overhand. Praten over de zorg kan positief zijn, want hierdoor kan de ontmoeting worden gestructureerd (Caris-Verhallen et

al., 1999). Taakgerelateerde communicatie kan ook een negatief gevoel geven bij bewoners. Een voorbeeld hiervan is dat een verzorgende niet in gaat op de pijn die een bewoner aangeeft, maar over gaat op de zorghandelingen die gedaan moeten worden. De bewoner kan hierdoor het gevoel hebben niet gehoord te worden. Er is op dat moment geen sprake meer van affectieve communicatie; de verzorgende toont geen sympathie en verbale aandacht met de patiënt. Tijdsdruk kan hierbij een belangrijke rol spelen. De zorg moet binnen een bepaalde tijd af zijn, maar voor de bewoner kan dit een gevoel geven dat hij/zij niet gehoord en serieus genomen wordt.

Een andere bevinding uit de video-fragmenten op het gebied van communicatie is dat bewoners non-verbale communicatie inzetten om kracht bij te zetten aan hun woorden. Zo vertelde een bewoner dat hij beslist niet zijn zwachtels om wil, waarbij hij boos (wenkbrauwen omlaag, gefronst gezicht) keek en zijn gezicht vervolgens weg draaide van de verzorgende. Hij laat zo duidelijk merken dat hij een andere mening heeft dan de verzorgende. Een ander voorbeeld is een vrouw die haar pijn duidelijk wilde maken aan de verzorgende, door dit te benoemen en dit wilde versterken door de verzorgende aan te kijken met een pijnlijk gezicht.

5.1.2 Aspecten in de communicatie die autonomie ondersteunen

Vanuit de literatuurstudie blijkt dat het moeilijk is om eenduidige richtlijnen te geven hoe de behoeftevervulling van autonomie bepaald kan worden. Opvallend is echter wel dat in de diverse literatuur van Deci en Ryan (2000), Evelyn (2005), Janssen en van Weert (2008), Kasser en Ryan (1999), LOC (1999), Lothian en Philp (2001), van Sprundel & van Thiel (1996), van Thiel (1993) en Verhaest (2003) telkens een aantal aspecten terug komen, namelijk:

1. De bewoner heeft inspraak
2. De zelfstandigheid van de bewoner blijft behouden of wordt verbeterd
3. De verzorgende geeft aan wat er gaat gebeuren

Deze aspecten zijn ook terug gezien in de resultaten. Hieronder zullen de gevonden conclusies van elk aspect apart uitgelegd worden.

De bewoner heeft inspraak

Autonomie richt zich volgens Lothian en Philp (2001) op individuele controle in het maken van beslissingen. Verhaest (2003) geeft aan dat het van belang is om zoveel mogelijk op beslissingsautonomie van een bewoner te gaan zitten, wat men doet door zoveel mogelijk kleine keuzes (opnieuw) in handen van bewoners te geven. Dit kwam vrijwel in elk videofragment terug; de bewoners kregen vaak een keuze aangeboden en mochten dan zelf een beslissing nemen. Uit de resultaten zijn er in het maken van beslissingen drie verschillende variaties gevonden. Ten eerste mag de bewoner zelf beslissen na een aangeboden keuze van de verzorgende, bijvoorbeeld zelf beslissen wanneer naar het toilet te gaan en zelf de temperatuur bepalen van het water tijdens het douchen. Ten tweede heeft de bewoner inspraak, maar wordt hierbij gestuurd, doordat de verzorgende zijn/haar mening geeft. Ten derde mag de bewoner een beslissing nemen na een gesloten vraag. Hierdoor wordt men al snel in een bepaalde richting gestuurd. Wanneer de verzorgende een open vraag zal stellen, zal de bewoner eerder zijn eigen mening kenbaar maken.

De bevindingen komen overeen met onderzoek van Verhaest (2003) en Janssen & van Weert (2008), die concludeerden dat de autonomie vergroot kan worden door de inspraak die de bewoners hebben tijdens de zorg.

Zelfstandigheid behouden of verbeteren

In sommige fragmenten liet de verzorgende de bewoner handelingen die hij/zij zelf kon, ook alleen doen. Voorbeelden hiervan zijn scheren, afdrogen en zelfstandig lopen achter de rollator. Ook stimuleren van de zelfstandigheid is waargenomen, bijvoorbeeld dat de verzorgende de bewoner stimuleert om alleen op te staan.

Van Thiel (1993) geeft aan dat een verpleeghuisbewoner ondanks de zorgafhankelijkheid een eigen leven moet kunnen leiden. Dit kan gedaan worden door een bewoner te ondersteunen in de zorg en niet geheel alles over te nemen. Het is van belang dat wat bewoners zelfstandig kunnen, in stand gehouden wordt. Uit de resultaten blijkt dat dit meestal gedaan wordt. Zo werd een bewoonster die weinig meer zelf kon, gestimuleerd om de dingen die ze nog kon, ook te blijven doen, zoals het optillen van haar been en dingen vasthouden. Iemand heeft zo nog het gevoel mee te kunnen helpen aan de zorghandelingen, waardoor het gevoel van autonomie wordt vergroot.

Aangeven wat er gaat gebeuren

Verhaest (2003) geeft aan dat het bij bewoners met beperkte mogelijkheden altijd medegedeeld moet worden wat men zal doen en waarom. Het is voor een bewoner geruststellend om te weten wat er gaat gebeuren en hierdoor krijgt de bewoner de kans om te reageren op de zorg, door eventueel een andere wens kenbaar te maken. Uit de resultaten blijkt dat er op verschillende manieren medegedeeld kan worden wat er gaat gebeuren. Ten eerste geeft de verzorgende aan wat er gaat gebeuren door middel van verbale communicatie. Zo vertelt een verzorgende aan een bewoner dat ze de haren nat gaat sproeien. De bewoner bereidt zich hier op voor door de ogen dicht te doen. Ook als er veel gepraat wordt over de handelingen kan het duidelijk zijn wat er komen gaat, zonder dat dit expliciet genoemd is. Ten tweede kan het zo zijn dat de verzorgende aan geeft wat er gaat gebeuren door middel van non-verbale communicatie. Zo houdt een verzorgende bijvoorbeeld een beha voor de borsten van een bewoonster, waardoor de bewoonster snapt wat de bedoeling is en het daardoor dus niet storend is dat er niet verteld wordt wat de bedoeling is. Het kan ook zo zijn dat de verzorgende niet aan geeft wat er gaat gebeuren. De verzorgende is dan vaak druk met de zorghandelingen en praat ondertussen met de bewoner over een ander onderwerp. Dit hoeft niet storend te zijn, maar als er eenmaal een stilte is, kijkt de bewoner de verzorgende veel aan, wat erop kan wijzen dat hij wil weten wat er gaat gebeuren.

Om aan autonomieervulling bij te dragen is het van belang dat de verzorgende aan geeft wat er gaat gebeuren. Een combinatie van non-verbaal aangeven wat er gaat gebeuren met verbaal aangeven wat er gaat gebeuren is hierbij het meest wenselijk. Bewoners weten zo wat ze te wachten staan en kunnen eventueel nog aangeven als ze het er niet mee eens zijn, waardoor indirect de inspraak van de bewoners ook gestimuleerd wordt.

Uit de resultaten blijkt dat autonomie gestimuleerd kan worden door de omgeving (relationele zin) en door de persoon zelf. De verzorgende kan bijvoorbeeld naar de wens van een bewoner vragen, maar de bewoner kan zijn/haar wens ook uit zichzelf aangeven. Een voorbeeld hiervan is dat een bewoner zichzelf steeds omhoog probeerde te trekken in bed, hij nam hierbij initiatief in het alleen uitvoeren van een handeling. Daarnaast is gezien dat een verzorgende een bewoner in eerste instantie alleen laat proberen om op te staan, maar als dit niet lukt biedt ze ondersteuning aan. Om tot een goede behoefteervulling te komen is een combinatie van deze twee (stimulatie door de omgeving en initiatief van de bewoner) het meest wenselijk.

5.1.3 Samenvattende conclusie

Dit onderzoek heeft een interessante bijdrage geleverd aan de bestaande literatuur ten aanzien van autonomievervulling en de mogelijke rol van communicatie daarin. Custers et al. (2010) toonden aan dat het contact tussen verzorgenden en bewoners een belangrijke rol speelt bij het vervullen van de drie psychologische basisbehoeften, maar het is echter onduidelijk waardoor deze basisbehoeften worden vervuld. Dit onderzoek trachtte daarom te onderzoeken hoe de aspecten die in de literatuur worden omschreven om de psychologische basisbehoefte autonomie te vervullen, gebruikt worden in de communicatie tussen verzorgenden en verpleeg- en verzorgingshuisbewoners.

Dit onderzoek laat zien dat er voor de vervulling van de basisbehoefte autonomie drie aspecten in de communicatie gevonden zijn. Hieronder zullen deze aspecten nogmaals kort genoemd worden, met daaronder de varianten waarin deze aspecten voorkomen:

1. De bewoner heeft inspraak
 - a. De bewoner mag kiezen wat hij doet
 - b. De bewoner heeft inspraak, maar de verzorgende geeft een eigen mening
 - c. De bewoner heeft inspraak na een gesloten vraag van de verzorgende
2. De zelfstandigheid van de bewoner wordt behouden en/of verbeterd
 - a. De bewoner voert een zorghandeling alleen uit
 - b. De verzorgende stimuleert de bewoner op het gebied van zelfstandigheid
3. De verzorgende geeft aan wat er gaat gebeuren
 - a. De verzorgende geeft door middel van verbale communicatie aan wat er gaat gebeuren
 - b. De verzorgende geeft door middel van non-verbale communicatie aan wat er gaat gebeuren

Deze aspecten in de communicatie komen overeen met de bestaande literatuur ten aanzien van behoeftevervulling van autonomie en de mogelijke rol van communicatie daarin. Uit onderzoek van Kasser en Ryan (1999) en Janssen en van Weert (2008) blijkt dat mensen die meer verantwoordelijkheid nemen, zelf beslissingen nemen en inspraak hebben, een groter gevoel van autonomie ervaren. Volgens Kasser & Ryan draagt autonomie bij aan een hoger geestelijk welbevinden. Dit onderzoek laat zien dat autonomie vervuld kan worden als de bewoner inspraak heeft, de zelfstandigheid van de bewoner wordt behouden en/of verbeterd en de verzorgende aan geeft wat er gaat gebeuren. Het algemeen welbevinden van een bewoner kan zo gestimuleerd worden, wat ervoor zal zorgen dat de bewoner zich geestelijk wel bevindt. De drie gevonden aspecten in de communicatie voor de vervulling van autonomie kunnen dus leiden tot een grotere mate van geestelijke gezondheid.

5.2 Beperkingen en aanbevelingen

Hoewel de bevindingen in overeenstemming zijn met eerder onderzoek van Custers et al. (2010), Kasser & Ryan (1999), Janssen & van Weert (2008) en Verhaest (2003) zijn er enkele factoren die als kanttekeningen kunnen worden geplaatst bij de conclusies van dit onderzoek. Deze kanttekeningen zullen allereerst toegelicht worden, waarna vervolgens aanbevelingen gedaan worden voor vervolgonderzoek en voor de dagelijkse praktijk.

5.2.1 Beperkingen

Met betrekking tot het onderzoek zijn er enkele beperkingen. De respondentengroep van het onderzoek is erg klein, waardoor het moeilijk is om resultaten te generaliseren. Het is echter wel de vraag of een grotere respondentengroep tot andere resultaten had geleid, want uit vrijwel elk filmpje kwamen soortgelijke resultaten. Een grotere respondentengroep zal echter wel kunnen leiden tot meer onderbouwde conclusies.

Daarnaast zijn de videofragmenten alleen gemaakt gedurende de ochtendzorg. Het is mogelijk dat de vervulling van de basisbehoeften gedurende andere momenten van de dag ook plaatsvindt. Mogelijk zullen er dan nog andere aspecten in de communicatie ontdekt worden die bijdragen aan de vervulling van autonomie.

Een andere beperking van dit onderzoek is dat dit onderzoek gericht is op een specifieke psychologische basisbehoefte, namelijk autonomie. Om te zien of de onderzochte aspecten in de communicatie echt bijdragen aan een hogere mate van geestelijk welbevinden, zal er naar alle drie de psychologische basisbehoeften gekeken moeten worden. Het kan namelijk zo zijn dat een bepaald aspect stimulerend kan zijn voor de autonomieervulling, maar beperkend kan zijn voor de vervulling van verbondenheid of competentie. Zo blijkt uit onderzoek van Keizer (2011) dat het samen uitvoeren van handelingen bevorderend is voor de verbondenheid. Dit is echter niet bevorderend voor de autonomie.

Ten aanzien van het analyseren van de videofragmenten is er gebruik gemaakt van de subjectieve beoordeling van de onderzoeker. Hoewel daarbij zoveel mogelijk getracht is een gestandaardiseerde werkwijze te handhaven is het onmogelijk om alle subjectieve componenten te ondervangen. De onderzoeker heeft altijd een eigen mening over de zorg en communicatie, wat onbewust toch mee genomen zal worden tijdens het analyseren van de videofragmenten. In dit onderzoek is geprobeerd om de videofragmenten zo goed en zo objectief mogelijk te beoordelen. Eerst is er feitelijk beschreven wat er gezien is en daarna heeft de onderzoeker hier interpretaties aan gegeven gericht op de voorinformatie over autonomie uit de literatuur. Er is hiervoor gekozen om zo duidelijk en gecontroleerd mogelijk te werk te gaan. Het is dus subjectief, maar er is wel zoveel mogelijk geprobeerd om deze subjectiviteit te controleren.

5.2.2 Aanbevelingen

Vanuit de beperkingen van dit onderzoek zijn er een enkele aanbevelingen waar in volgend onderzoek rekening mee gehouden kan worden. Deze aanbevelingen zullen allereerst genoemd worden, waarna vervolgens aanbevelingen ten aanzien van de praktijk aan bod zullen komen. Allereerst is het aan te bevelen om een grotere groep respondenten te selecteren, om zo meer vergelijkingsmateriaal te hebben. De conclusies kunnen zo door meerdere fragmenten ondersteund worden, waardoor de conclusies beter onderbouwd zijn. Daarbij is het van belang dat er ook videomateriaal bij zit van dezelfde bewoner met verschillende verzorgenden. Zo kan men de verschillende werkwijzen met elkaar vergelijken, met de reactie van de bewoners hierop en vanuit daar concluderen wat helpend is om de basisbehoefte autonomie te stimuleren. Ook kan het van belang zijn om de respondenten meerdere dagen te volgen. De stemming van iemand kan elke dag anders zijn, wat van invloed kan zijn op de communicatie tijdens de zorg. De reacties van de mensen en de omgevingsfactoren kunnen zo specifiek en beter met elkaar vergeleken worden. Wat betreft het selecteren van de respondenten is het van belang dat het videomateriaal uit verschillende verpleeg- of verzorgingshuizen komt. Elke tehuis heeft vaak zijn eigen cultuur en eigen werkwijze. Zo

kan men kijken of er verschillen zijn tussen de verzorgenden in het stimuleren van autonomie en goed kijken wat helpend is voor de bewoners.

Tevens is het aan te bevelen om een instrument te gebruiken, naast het analyseren van videofragmenten, waarin de respondenten aan kunnen geven in welke mate hij of zij vindt dat zijn of haar behoefte aan autonomie vervuld is. Door bijvoorbeeld een vragenlijst te gebruiken kan de betrouwbaarheid van het onderzoek verhoogd worden. Men kan zo de bevindingen uit de videofragmenten checken bij de meningen van de bewoners, waardoor de bevindingen op twee manieren onderzocht zijn en daardoor dus betrouwbaarder zullen zijn.

Dit onderzoek heeft zich alleen gericht op de psychologische basisbehoefte autonomie. Voor vervolgonderzoek is het van belang om het onderzoek breder te trekken en de bevindingen van alle drie de psychologische basisbehoeften te gaan bekijken. Het kan zijn dat bepaalde aspecten in de communicatie elkaar tegen werken, zo kan een bepaalde communicatiestructuur wel goed zijn voor het stimuleren van autonomie, maar minder goed zijn voor verbondenheid. Daarom is het van belang een soort gelijk onderzoek uit te voeren gericht op de drie basisbehoeften (autonomie, verbondenheid, competentie), waarbij het vergroten van het psychologisch welbevinden centraal staat en de resultaten onderling vergeleken kunnen worden.

Vanuit de bevindingen en beperkingen van dit onderzoek zijn er ook enkele aanbevelingen voor de dagelijkse praktijk geformuleerd. Een eerste aanbeveling is dat er samen met de verzorgenden gekeken wordt wat er anders kan in de communicatie tijdens de zorg. Hierbij worden de gevonden structuren besproken en gekeken hoe deze invulling kunnen krijgen tijdens de zorg, waarbij rekening gehouden moet worden met factoren als het aantal personeelsleden en tijdsdruk. Deze bespreking zal gedaan kunnen worden aan de hand van video-interactie begeleiding. Hierbij kunnen de onderzoeker en de verzorgenden samen de videofragmenten terug kijken en bespreken of het klopt wat de onderzoeker ziet.

Caris-Verhallen et al. (2000) toonden aan dat door middel van training de communicatie van verzorgenden beïnvloed kan worden en daardoor beter kan aansluiten op de behoeften van de bewoners. Daarom is een volgende aanbeveling dat de verzorgenden van verpleeg- of verzorgingshuizen worden opgeleid in het geven van persoon georiënteerde verzorging met betrekking tot de drie basisbehoeften (autonomie, competentie en verbondenheid). Enkele inhoudelijke aspecten die in deze training meegenomen moeten worden op het gebied van communicatie in het algemeen en de basisbehoefte autonomie, zijn:

- Ingaan op datgene wat de bewoners zeggen, zodat ze zich gehoord voelen
- Kijken naar de non-verbale signalen van de bewoner en deze benoemen
- Datgene wat de bewoner nog zelfstandig kan, ook zelfstandig uit laten voeren
- De bewoners inspraak geven, zodat ze keuzes kunnen maken in hun eigen zorg
- Aangeven wat er gaat gebeuren doormiddel van verbale en non-verbale communicatie, zodat de bewoners zich voor kunnen bereiden op wat er gaat komen

6 Referenties

- Berg, H. van den (2004). Discourseanalyse. *KWALON*, 26 (2). 29-39.
- Blazís, M. (2005). Deel 2: kwalitatief onderzoek naar de gesprekken van de I&A-lijn met behulp van conversatieanalyse. Doctoraalscriptie. Universiteit Utrecht, Utrecht.
- Caris-Verhallen, W.M.C.M., Kerkstra, A. & Bensing, J.M. (1997). The role of communication in nursing care for elderly people: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 915-933.
- Caris-Verhallen, W.M.C.M., Kerkstra A. & Bensing J.M. (1999). Non-verbal behaviour in nurse-elderly patient communication. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (4), 808-818.
- Custers, A.F., Westerhof, G.J. Kuin, Y. & Riksen-Walraven, M. (2010). Need fulfillment in caring relationships: Its relation with well-being of residents in somatic nursing homes. *Ageing & Mental Health*, 14 (6), 731-739.
- Custers, A.F.J., Kuin, Y., Riksen-Walraven, M. & Westerhof, G.J. (2011). Need support and wellbeing during morning care activities: an observational study on resident-staff interaction in nursing homes. *Ageing & Society*, 1-18.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The 'what' and 'why' of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.
- De GGZ-sector (z.d). *Het GGZ-werkveld*. Verkregen op 6 juni 2011, van: www.ggznederland.nl/de-ggz-sector.html.
- Draak, M., den (2010). *Landelijk overzicht van de leefsituatie van ouderen in instellingen 2008/2009*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Dulmen, S. van, Weert, J. van & Jansen, J. (2011). *Communiceren in de zorg*. Groningen: Noordhoff.
- Eisses, A.H. (2005). *Depressie bij verzorgingshuisbewoners: prevalentie, incidentie, risicofactoren en effecten van vroegsignalering*. Doctoraalscriptie. Rijksuniversiteit Groningen, Groningen.
- Evelein, F. G. (2005). *Psychologische basisbehoeften van docenten-in-opleiding. Een onderzoek naar het verband tussen de basisbehoeftenvervulling van docenten-in-opleiding, hun interpersoonlijk functioneren en de inzet van kernkwaliteiten*. Nieuwegein: Budde-Elinkwijk Grafische Producties.

-
- Gevolgen depressie (2010). Verkregen op 6 juni 2011, van:
www.trimbos.nl/onderwerpen/psychische-gezondheid/depressie/gevolgen
- Goodman, R. (2006). Strategies to help you have a meaningful and rich visit with an elderly loved one. *Visiting with elders*, 2, 24-29.
- Grainger, K. (1993). "That's a lovely bath dear": Reality construction in the discourse of elderly care. *Journal of aging studies*, 7 (3), 247-262.
- Have, P. ten (1999). *Een basisprocedure voor conversatie-analytisch onderzoek*. Verkregen op 21 september 2011, van: www.paultenhaven.nl/basis.htm
- Have, P. ten (2006). Conversatieanalyse: orde in de details. *KWALON*, 3 (2), 16-21.
- Hintum, M. van (2011). *Kwetsbare ouderen in de praktijk*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Janssen, J., & Weert, J. van. (2008). Effectieve communicatie met oudere bewoners met kanker. Leermenu Ouderen & Kanker, module Communicatie, theoretisch kader.
- Kasser, V.G. & Ryan, R.M. (1999). The relation of psychological needs for autonomy and relatedness to vitality, well-being, and mortality in a nursing home. *Journal of Applied Social Psychology*, 29 (5), 935-954.
- Keizer, S.(2011). Behoeftevervulling in de ouderenzorg. De invloed van communicatie in het vervullen van de psychologische basisbehoefte verbondenheid bij bewoners in het verpleeg- of verzorgingshuis. Masterthesis. Universiteit Twente, Enschede.
- Kruijshaar, M.E., Hoeymans, N., Bijl, R.V., Spijker, J.& Essink-Bot, M.L. (2003). Levels of disability in Major Depression. Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Journal of Affective Disorders*, 77 (1) 53-64.
- Landelijke Organisatie Cliëntenraden (1999). *Verantwoorde zorg: referentiekader verpleeghuiszorg vanuit bewonersoptiek*. Zoetermeer: LOC.
- Lothian, K. & Philp, I. (2001). Maintaining the dignity and autonomy of older people in the healthcare setting. *BMJ*, 322, 668-670.
- Mazeland, H. & Sauer, C. (1995). Communiceren, waarnemen, analyseren: bijdragen tot het taalbeheersingonderzoek. Rijksuniversiteit Groningen, Groningen.
- Menzis (2010). *Wat leeft er in de zorg? Samenvatting uitkomsten Nationale Enquête 'Werken in de Zorg' 2010*. Enschede: Stichting Menzis Beheer.

-
- Merten, H., Beek, A.P.A. van, Gerritsen, D.L., Poortvliet, M.P., de Leeuw, J.R.J. & Wagner, C. (2007). *Dagelijkse bezetting van personeel en de kwaliteit van leven van bewoners met psychogeriatrische problemen*. Utrecht: NIVEL.
- Nispen, R.M.A., van, Beek, A.P.A., van & Wagner, C. (2005). *Verantwoorde zorg en kwaliteit van leven bij cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen*. Deelrapport 1. Utrecht: Nivel.
- Poortvliet, M.C., Beek, A.P.A., van, Boer, M.E. de, Gerritsen, D.L. & Wagner, C. (2006). *Het vaststellen van kwaliteit van leven bij cliënten in de ouderenzorg*. Utrecht: NIVEL.
- Ong, L.M.L., Haes, J.C.J.M., Hoos, A.M. & Lammes, F.B. (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social Science Medicine*, 40 (7) 903-918.
- Seligman, M.E.P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14
- Smalbrugge, M., Jongenelis, K., Pot, A.M., Eefsting, J.A., Ribbe M.W. & Beekman, A.T.F. (2006). Incidentie en beloop van depressie bij verpleeghuispatiënten. *Tijdschrift voor verpleeghuisgeneeskunde*, 31(5):40.
- Sprundel, C. van & Thiel, G.J.M.V., van (1996). *Eigen leven: omgaan met autonomie en afhankelijk van verpleeghuisbewoners*. Utrecht: NVVZ.
- Staab, A.S. & Hodges, L.C. (1996). *Essentials of Gerontological Nursing: adaptation to the aging process*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Steehouder, M., Jansen, C., Staak J. van der, Vet, D. de, Witteveen, M. & Woudstra E. (1999). *Handboek voor mondelinge en schriftelijke communicatie*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Stewart, M.A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Canadian Medical Association Journal*, 152 (9) 1423-1433.
- Thiel, van (1993). *Omgang met autonomie van verpleeghuisbewoners hangt van situatie af*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor verpleeghuiszorg
- Van Dale (2005). *Van Dale woordenboek van de Nederlandse Taal- Editie 14*. Utrecht : Van Dale Lexicografie.
- Verhaest, P. (2003). *Kwaliteitsvolle zorg voor woon- en leefklimaat*. Diegem: Kluwer.
- Westerhof, G.J. & Bohlmeijer, E. (2010). *Psychologie van de Levenskunst*. Amsterdam: Boom.

World Health Organization (2009). *Mental Health: a state of well-being*. Verkregen op 25 april 2011, van: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/

World Health Organization (1996). *WHOQOL-BREF. Introduction, administration, scoring and generic version of assessment*. Ontleend op 25 april 2011, van: http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf

Zorg verpleeghuis is gehaast (2010). Verkregen op 6 juni 2011, van: <http://www.nu.nl/binnenland/2265566/zorg-verpleeghuis-gehaast.html>

Bijlage 1

Transcriptieconventies

(1,5)	Een stilte met een duur van het aantal aangegeven secondes (indien tussen 2 beuren dan op een aparte regel .
(.)	Stilte korter dan 0.2 seconde
Tekst= = tekst	Geen waarneembare stilte tussen de beuren van twee op elkaar volgende sprekers.
[spreker 1] [spreker 2]	Deze twee gespreksdeelnemers beginnen tegelijkertijd een beurt
.	De punt wijst op een dalend intonatieverloop aan het eind van het betreffende uitingsdeel
,	De komma wijst op een licht stijgend intonatieverloop
?	het vraagteken wijst op een sterk stijgende intonatie aan het einde van het betreffende uitingsdeel (het hoeft hier niet om een vraag te gaan)
!	Uitroepeteken: de spreker produceert het betreffende deel met een uitroepachtige prosodie
↑	toonbeweging omhoog (voor de duur van één lettergreep, of binnen een lettergreep)
↓	toonbeweging omlaag (voor de duur van één lettergreep, of binnen een lettergreep)
Aksent	de onderstreepte lettergreep of klank is geaccentueerd
Re::kken	de betreffende (mede)klinker is opvallend langer dan normaal
LUID	de in hoofdletters geschreven tekst wordt relatief luid uitgesproken
°zacht°	relatief zacht uitgesproken (als een fragment steeds zachter wordt, markeren met afsluitende rondjes: °steeds zachter°°)
.hHh.	duidelijk waarneembare inademing; elke h staat voor een duur van ongeveer 0.2 van een seconde. De hoofdletter H staat voor een relatief luidere inademing of een deel ervan
((snuift))	karakterisering van een non-verbale activiteit, of andere opvallende verschijnselen (handelingen, kuchten, ironie, gezichtsuitdrukkingen)
()	spreker zegt iets dat de maker van het transcript niet kan verstaan
(iets)	de transcribeerder is er niet zeker van dat de tussen haakjes vermelde tekst een correcte weergave is van de gesproken tekst