

Behoeftesondersteuning in de ouderenzorg



Een kwalitatief onderzoek naar ondersteuning van de psychologische basisbehoeften autonomie en verbondenheid door interactie tussen verzorgenden en bewoners van een verpleeghuis

UNIVERSITEIT TWENTE.

Myrthe Evers

Masterthese Psychologie

Geestelijke Gezondheidsbevordering

Augustus 2012

Colofon

UNIVERSITEIT TWENTE.

Onderwijsinstelling: Universiteit Twente

Faculteit Gedragwetenschappen

Studie Psychologie

Master Geestelijke Gezondheidsbevordering

Drienerlolaan 5

7522 NB Enschede

Afstudeerdocenten: Eerste begeleider: Dr. G.J. Westerhof

Tweede begeleider: Dr. M. van Vuuren

Auteur: Myrthe Evers

studentnummer: s0219207

Heidevlinder 10

7534 LS Enschede

myrtheevers@hotmail.com

Afstudeerdatum: 17 augustus 2012

Periode: februari 2012 - augustus 2012

Voorwoord

In het kader van de afronding van de Master ‘Geestelijke Gezondheidsbevordering’ van de studie Psychologie aan de Universiteit Twente is in het afgelopen half jaar deze masterthese geschreven. Dit onderzoek richt zich op de ondersteuning van de basisbehoeften autonomie en verbondenheid bij bewoners van een verpleeghuis. Momenten tijdens de ochtendzorg van deze bewoners zijn geobserveerd en geanalyseerd en op deze manier is er onderzocht of er gedragingen in de communicatie te vinden zijn die de autonomie of verbondenheid ondersteunen. De gevonden resultaten zijn vergeleken met eerdere resultaten van soortgelijke onderzoeken en met relevante beschreven literatuur.

Wanneer ik dit half jaar evalueer kom ik al snel tot de conclusie dat het een interessante en leerzame tijd is geweest. Graag wil ik mijn begeleider Dr. G.J. Westerhof bedanken voor zijn ondersteuning en bijdrage tijdens dit onderzoek. Zijn positieve houding en onmisbare feedback tijdens de begeleidingsmomenten hebben mij geholpen om deze these tot een goed einde te brengen. Daarbij heeft ook de feedback en inzet van Dr. M. van Vuuren geholpen en hem wil ik dan ook graag bedanken. Daarnaast wil ik mijn medestudente Michelle Koopman bedanken voor de prettige samenwerking tijdens delen van dit onderzoek. Verder wil ik de bewoner, verzorgenden en onderzoekers die meegewerkt hebben aan de totstandkoming van het videomateriaal bedanken. Het was leerzaam deze opnames te mogen gebruiken en te analyseren. Tot slot wil ik mijn naasten bedanken voor hun onvoorwaardelijke steun en het zorgen voor de juiste condities om deze studie tot een succesvol einde te brengen.

Allen hartelijk dank!

Myrthe Evers

Enschede, augustus 2012

Samenvatting

Doel: Door de vergrijzing worden steeds meer ouderen afhankelijk van zorg en zijn er minder jonge mensen om hen te verzorgen. Daarnaast is er door de bezuinigingen minder tijd voor de verzorging van een bewoner. Dit kan gevolgen hebben voor de communicatie tussen verzorgenden en bewoners. Deze communicatie is juist van belang gebleken in ondersteuning van basisbehoeften. In dit onderzoek wordt onderzocht door welke gedragingen de ondersteuning van psychologische basisbehoeften autonomie en verbondenheid van de Zelfdeterminatie theorie van Ryan en Deci (2001, 2002) tot stand komt.

Methode: Er zijn drie video-opnames geanalyseerd van verschillende verzorgenden met dezelfde bewoner tijdens de verlening van de ochtendzorg. Uit deze drie opnames zijn negen fragmenten gekozen, waarvan de ondersteuning van de behoeften autonomie en verbondenheid is geobserveerd. Deze fragmenten zijn eerst getranscribeerd. Daarna zijn ze feitelijk beschreven, geïnterpreteerd en is er een koppeling met de literatuur gemaakt.

Resultaten: Ter ondersteuning van autonomie zijn meerdere gedragingen gevonden, te weten de bewoner laten weten wat er gaat gebeuren door de zorgtaken te benoemen of door middel van non-verbale communicatie, keuzemogelijkheden geven aan de bewoner, de bewoner zelf taken laten uitvoeren of zijn/haar zelfstandigheid bevorderen, vragen naar de opinie/wensen van de bewoner, de bewoner vrijheid geven om zijn/haar behoeften aan te geven en geduldig wachten wanneer de bewoner zelf taken uitvoert. Ook kan de bewoner aangeven wat zijn/haar wensen zijn of initiatief nemen om een taak uit te voeren. Ter ondersteuning van verbondenheid geldt als verbale interactie: praten over ditjes en datjes, een grapje maken (samen met de bewoner lachen), praten over onderwerpen die van belang zijn voor de bewoner, saamhorigheid creëren door aan te sluiten bij de bewoner en niet de eigen mening opdringen. Als non-verbale interactie: oogcontact maken met de bewoner. Een bewoner kan ook oogcontact maken, grapjes maken en een gesprek beginnen over wat belangrijk voor hem/haar is.

Conclusie en discussie: De bevindingen bleken in lijn te liggen met de literatuur. Echter zijn er nieuwe gedragingen gevonden die autonomie en verbondenheid kunnen bevorderen. Voor vervolgonderzoek is het interessant om autonomie en verbondenheid kwantificeerbaar te maken. Ook is, een grotere groep respondenten, videomateriaal van verschillende momenten en verpleeghuizen en dezelfde verzorgende met verschillende bewoners onderzoeken, aan te raden. Aanbevelingen voor de praktijk zijn video-opnames bekijken met verzorgenden en communicatietrainingen voor verzorgenden. Daarnaast kan dit onderzoek waarde hebben voor andere gebieden, zoals topsport, gehandicaptenzorg en het onderwijs.

Summary

Goal: By ageing are increasingly elderly depending on care and there are fewer young people to care for them. In addition there is by the cuts less time for the care of a resident. This may affect communication between caretakers and residents. This communication is found important in support of basic needs. In this study is being investigated which behaviors support the psychological basic needs autonomy and connectedness of the self determination theory of Ryan and Deci (2001, 2002).

Method: There are three video-recordings analyzed of different caretakers with the same resident during the provision of the morning care. From these three recordings, nine fragments are chosen, whose support of the needs autonomy and connectedness is observed. These fragments are first transcribed. Then they are actually described, interpreted and there is a link created with the literature.

Results: In support of autonomy are found multiple behaviors, namely let the resident know what is going to happen by name the care tasks or with non-verbal communication, to give the residents choices, let the resident run tasks itself or promote the independence of the resident, ask the opinion/wishes of the resident, give the resident freedom to indicate his/her needs and wait patiently when a resident does tasks. The resident can also decide what his/her needs are or take the initiative to complete a task. In support of connectedness is considered verbal interaction: small talk, make a joke (laughing with the resident), talking about topics of interest to the resident, create togetherness by associate with the resident and not to impose the own opinion. If non-verbal interaction: make eye contact with the resident. A resident can also make eye contact, make jokes and start a conversation about what is important to him/her.

Conclusion and discussion: The findings in this study were in line with the literature. However, there are new behaviors found that support autonomy and connectedness. For follow-up research it could be useful to make autonomy and connectedness quantifiable. Also, a larger group of respondents, video material of different moments and nursing homes and investigate the same caregiver with several residents, is advisable. Recommendations for practice are viewing video-recordings with caregivers and communication training for caregivers. In addition, this research may have value for other areas, such as sport, care of the disabled and education.

Inhoudsopgave

1	Inleiding.....	7
2	Theoretisch kader.....	8
2.1	Verzorgenden van een verpleeghuis.....	8
2.2	Zelfdeterminatie theorie.....	12
2.3	Communicatie.....	17
2.4	Zelfdeterminatie theorie en communicatie.....	19
2.5	Onderzoeksvragen.....	22
3	Methode.....	24
3.1	Participanten.....	24
3.2	Procedure en materialen.....	25
3.3	Gegevens van de bewoner en verzorgenden.....	25
3.4	Analyseplan.....	27
4	Resultaten.....	29
4.1	Video 1- Verzorgende 1 Karin.....	29
4.2	Video 2- Verzorgende 2 Agnes.....	43
4.3	Video 3- Verzorgende 3 Marion.....	54
4.4	Beantwoorden van de onderzoeksvragen.....	67
5	Conclusie en discussie.....	77
5.1	Conclusie.....	77
5.2	Discussie.....	78
6	Referenties.....	86
	Bijlage 1.....	92

1. Inleiding

Door de vergrijzing in Nederland worden vroeg of laat steeds meer ouderen afhankelijk van zorg en zijn er minder jonge mensen beschikbaar om hen te verzorgen (Rijksoverheid, 2012). Lang niet alle ouderen zijn content met de kwaliteit van de geboden zorg, vooral als het om zorg in verpleeghuizen gaat. Door bezuinigingen hebben verzorgenden minder tijd per bewoner, wat er toe kan leiden dat er minder genegenheid, bemoediging, begrip en bezorgdheid bestaat voor de bewoner (Caris-Verhallen, Kerkstra & Bensing, 1997).

Er zijn dus meer ouderen die moeten worden verzorgd en minder verzorgenden beschikbaar. Dit leidt tot minder tijd en meer druk voor deze verzorgenden. Een mogelijk gevolg hiervan is dat de zorg die geboden is erg taakgericht is en minder gericht is op psychologische behoeften (Caris-Verhallen et al., 1997).

Door de gestegen werkdruk van verzorgenden is het moeilijk om een goede bewoner-verzorgende relatie op te bouwen en deze relatie is juist zo belangrijk voor goede zorg (Hagerty & Patusky, 2003). Uit onderzoek van McCabe (2004) blijkt dat bewoners verzorgenden vaak te druk vinden en dat ze meer bezig zijn met het uitvoeren van hun taken dan met communiceren met de bewoners. Hierdoor is het van belang om te kijken naar de interactie tussen verzorgenden en bewoners tijdens de geleverde zorg. Wanneer de communicatie en de zorg van goede kwaliteit zijn, zal dit positieve invloed hebben op het welzijn van bewoners (Bitzan & Kruzich, 1990).

In onderzoek van Custers, Westerhof, Kuin & Riksen-Walraven (2010) werd al aangetoond dat het contact tussen verzorgenden en bewoners een belangrijke rol speelt in de vervulling van psychologische basisbehoeften. Echter was het onduidelijk door welke communicatieve gedragingen deze basisbehoeften worden vervuld.

In dit onderzoek zal de communicatie tussen drie verzorgenden en één bewoner van een verpleeghuis en de ondersteuning van de basisbehoeften autonomie en verbondenheid worden onderzocht. In het theoretisch kader zal eerst, om de context te schetsen, worden ingegaan op de rol van verzorgenden in de zorg en de communicatie. Daarna zullen aan de hand van de Zelfdeterminatie theorie, de psychologische basisbehoeften worden behandeld. Vervolgens zal het begrip communicatie en het belang ervan worden beschreven. Ook wordt er onderscheid gemaakt tussen taakgerichte communicatie en emotiegerichte communicatie. Als laatste zullen dan de hieruit voortkomende onderzoeksvragen worden behandeld.

2. Theoretisch kader

2.1 Verzorgenden van een verpleeghuis

In dit onderzoek ligt de focus op de verzorgenden en wel op de manier waarop de verschillende verzorgenden al dan niet de basisbehoeften autonomie en verbondenheid bij bewoners weten te ondersteunen. Vanuit dit oogpunt is het zinvol om literatuur over verzorgenden te beschrijven.

Het is belangrijk te vermelden dat er is gevonden dat bewoners verschillen van verzorgenden wat betreft hun perceptie van zorg, vooral als het gaat om ‘kwaliteit’ of ‘goede zorg’. Aangezien bewoners de ontvangers van de zorg zijn, is het belangrijk om hun perceptie van zorg te identificeren evenals de mate waarin verzorgenden en bewoners hetzelfde begrip delen (Suhonen et al., 2011). Er is bijvoorbeeld een groot risico op paternalisatie wanneer verzorgenden worden verleid om met hun eigen oordeel, die van de bewoner te vervangen, vooral wanneer zij denken dat ze een betere perceptie hebben op wat de bewoner nodig heeft qua zorg (Sherwin and Winsby, 2010). Florin et al. (2006) hebben gevonden dat verzorgenden zich niet altijd bewust waren van het perspectief van hun bewoners en neigden om de bereidheid van hun bewoners te overschatten om een actieve rol in hun zorg te vervullen. Dit heeft invloed op de manier waarop de bewoners benaderd worden: als zorgverleners taken overnemen die de bewoner zelf wel kan, brengen zij daarmee impliciet de boodschap over dat de bewoner het zelf niet goed doet. Dit kan er toe leiden dat bewoners tevens nog het laatste stukje (fysieke) zelfstandigheid kwijtraken. Het is immers zo gemakkelijk als de verzorgende de handeling even snel uitvoert (Van der Kruk, Salentijn & Schuurmans, 2007). Tevens zijn verzorgenden geneigd om de kwaliteit van leven van hun bewoners te onderschatten op het gebied van sociale verhoudingen met hun omgeving (Suhonen et al., 2011).

Boeije (1994) heeft een kwalitatief onderzoek gedaan naar de kwaliteit van zorg in verpleeghuizen. Ze heeft zich vooral gericht op problemen en strategieën van verzorgenden. Haar onderzoek heeft belangrijke inzichten opgeleverd. Daarom zullen deze inzichten in dit stuk behandeld worden, ondanks dat het onderzoek al iets gedateerd is.

Zo schrijft Boeije (1994) dat verzorgenden worden geconfronteerd met problemen wanneer ze zorg van goede kwaliteit willen leveren. Het gaat dan om moeilijke situaties die keuzes vereisen van de verzorgenden om adequaat te kunnen handelen. De problemen zijn de opgave van het nooit eindigende werk, de onzekerheid over het verloop van contacten met bewoners en het probleem van de spanning tussen betrokkenheid en afstand houden.

De kern van de dagelijkse werkzaamheden van een verzorgende bestaat uit de verzorging, verpleging en behandeling van bewoners. Tijdens deze werkzaamheden wordt er ook getracht aandacht te besteden aan de relationele zorg die betrekking heeft op de sociale interactie tussen bewoner en verzorgende (Boeije, 1994). Verzorgenden klagen dat hun takenpakket zo groot is dat ze niet alle werkzaamheden met evenveel zorgvuldigheid kunnen uitvoeren. Door de hoge werkdruk zijn ze gedwongen om taken te laten liggen en prioriteiten te stellen. Het relationele aspect van de zorg wordt dan vaak minder vervuld. Voor verzorgenden is het sneller om bewoners zelf te wassen en aan te kleden, dan om de bewoners de gelegenheid te geven zoveel mogelijk zelf te doen. Zelfstandigheid wordt dan afgewogen tegen de doelmatigheid waarmee de handelingen kunnen worden uitgevoerd. De basisbehoefte autonomie bij bewoners komt dan in het geding (Boeije, 1994).

Een ander probleem is dat verzorgenden omgaan met ouderen, die er door bijvoorbeeld ziekte anders uit zien dan andere mensen, gebreken hebben en waarvan sommigen zich afwijkend gedragen. Gezien wordt dat de interactie tussen de ouderen en de verzorgende problematisch kan zijn. Het brengt veel onzekerheid en spanning met zich mee en het verloopt vaak moeizaam, ondanks dat verzorgenden professioneel zijn en ervaren zijn in het omgaan met bewoners. De verzorgenden kunnen zich ongemakkelijk voelen, doordat ze angstig zijn de belangstelling van de bewoner voor een situatie te overdrijven en bang zijn dat ze onvoorspelbaar reageren. Sommige bewoners hebben afasie en anderen hebben geen wens tot communicatie. Deze aspecten, gevoelens en gedachten kunnen bijdragen aan een geforceerd contact tussen bewoners en verzorgenden. Enerzijds willen verzorgenden de bewoners zo 'normaal' mogelijk benaderen en anderzijds leidt confrontatie met de beperkingen van de bewoners tot de ontdekking dat de omgang met hen niet verloopt zoals gebruikelijk is. Doordat het inzicht in mogelijkheden en beperkingen van bewoners lang niet altijd volledig is, wordt dit probleem nog gecompliceerder (Boeije, 1994).

Verzorgenden willen zich graag inzetten voor goede relationele zorg. Om dit uit te voeren is het noodzakelijk dat ze zich betrokken voelen bij de bewoners, zich in kunnen leven in hun situatie en hen liefde kunnen geven. Aandacht, contact en gezelschap spelen dan een belangrijke rol evenals vertrouwen, herkenning en binding. Tegelijkertijd wordt er beroepsmatig afstand houden gevraagd van de verzorgenden, omdat persoonlijke binding met bewoners kan leiden tot bemoeilijking van het verdragen van gevoelens wanneer er zich een aangrijpende situatie voordoet, als overplaatsing, ernstige ziekte of overlijden.

Dat verzorgenden enerzijds betrokkenheid moeten tonen en anderzijds afstand moeten nemen, vormt een groot spanningsveld. Het houdt in dat ze tijdens de verzorging voortdurend bezig zijn op het wankele evenwicht tussen beide polen in stand te houden. De basisbehoefte verbondenheid is dus voor verzorgenden erg dubbel om te vervullen (Boeije, 1994).

Grijpdonck (2000) beschrijft dat in het werk van verzorgenden hun attitude richting ouderen een belangrijke rol speelt. Ook al proberen verzorgenden ‘bewonergericht’ met zorgvragers om te gaan, door onbewuste stereotypering kunnen ze geneigd zijn gedrag te vertonen dat niet in overeenstemming is met de behoeften en wensen van de individuele oudere. De attitude die een verzorgende ten opzichte van bewoners heeft, beïnvloedt het verzorgend handelen. Een negatieve attitude ten opzichte van ouderen heeft een negatieve invloed op de zorg die de verzorgende aan de bewoner verleent (Bekker, 1994). Uit onderzoek blijkt dat de negatieve houding die veel verzorgenden in de jaren zestig en zeventig van de vorige eeuw tegenover ouderen hadden, in de laatste decennia is verbeterd tot een neutrale of positieve houding (Beullens, 1998). Een positieve houding ten opzichte van ouderen is zichtbaar in ‘bewonergericht’ gedrag dat een verzorgende ten opzichte van een oudere vertoont. Dit ‘bewonergerichte’ gedrag is zichtbaar in de wijze van communiceren, het verstrekken van informatie, het bespreken van emotionele problemen en het tonen van echte belangstelling.

In onderzoek van van Weert, van Dulmen & Benzing (2006) komt naar voren dat tevredenheid van verzorgenden over hun werk een rol speelt in de omgang met bewoners. Verzorgenden die positiever zijn over hun werk, gaan ook positiever om met bewoners. Zo zijn verzorgenden die meer tevreden zijn, meer op de bewoners gericht en gebruiken zij meer non-verbale communicatie, zoals aankijken en lachen. Verzorgenden die minder stress ervaren op het werk, maken langer en meer contact met bewoners.

Geconcludeerd kan worden dat verzorgenden het belangrijk vinden om naast de zorgtaken ook aandacht te besteden aan de sociale interactie. Attitude en bewonergericht gedrag spelen hierbij een belangrijke rol. Echter zijn er, zoals beschreven, verschillende aspecten die een positieve attitude, bewonergericht gedrag en aandacht besteden aan sociale interactie naast de zorgtaken bemoeilijken en beïnvloeden (Boeije, 1994 & Grijpdonck, 2007). Naast deze moeilijkheden van verzorgenden is het tevens van belang om dieper in te gaan op de bewoner-verzorgende relatie.

2.1.1 Verzorgenden in relatie met bewoners

De bewoner-verzorgende relatie wordt beschouwd als het fundament van de zorg, de context waarin de verzorgende werkt. Het is een inter-persoonlijk proces dat zich ontwikkelt in de tijd tussen bewoners en verzorgenden.

Een goede bewoner-verzorgende relatie wordt traditioneel gekarakteriseerd door de volledige aandacht van verzorgenden, erbij gaan zitten en praten tegen de bewoners (Botti et al., 2006). Dit kost vaak veel tijd en juist die tijd hebben verzorgenden tegenwoordig niet meer. Door economische, populatie en service druk is de zorg veranderd en is de werkintensiteit sterk verhoogd (Duffield et al., 2008). Dit heeft aandachtig communiceren met bewoners moeilijker gemaakt (Waterworth, 2003).

Zorg waar de bewoner centraal staat is belangrijk. Dit wordt bereikt door met effectieve communicatie de gedachten en gevoelens van de bewoners naar voren te halen en te bespreken. Een barrière om effectieve communicatie toe te passen voor verzorgenden kunnen tijdsbeperkingen en personeelstekorten zijn (Sherwin & Winsby, 2010). Toch is tijd niet het belangrijkste om een goede relatie op te kunnen bouwen. Voor een goede relatie is communicatie met sensitiviteit, empathie, verbondenheid en ervaringen nodig. Liu et al. (2005) stellen dat bewoners gevoelig zijn voor verbale en non-verbale communicatie, voor uiting van enthousiasme, vriendschap en vriendelijkheid.

Medvene en Coleman (2012) beschrijven dat een bewoner-verzorgende relatie soms onpersoonlijk en onverschillig is. Barrières om een hechte relatie op te bouwen zijn rolconflicten tussen institutionele eisen voor gestandaardiseerde taakvoltooiing tegenover het toestaan van gepersonaliseerde interactie (Hullett, McMillan, & Rogan, 2000), culturele verschillen tussen bewoners en verzorgenden (Berdes & Eckert, 2007) en emotionele terugtrekking als anticipatie op de dood van een bewoner (Campbell, 2003). Mittal, Rosen en Leana (2009) stellen dat een goede relatie tussen bewoner en verzorgende kan zorgen voor werktevredenheid bij de verzorgende. Dus niet alleen voor de behoeften van bewoners is een goede bewoner-verzorgende relatie belangrijk, maar ook voor de verzorgenden zelf.

In dit onderzoek zal worden onderzocht in welke mate verzorgenden, ondanks de moeilijkheden die zij tegenkomen in de zorg en communicatie, de basisbehoeften autonomie en verbondenheid van bewoners trachten te ondersteunen. Om dit te onderzoeken zijn er meerdere onderzoeksvragen opgesteld.

2.2 Zelfdeterminatie theorie

Dit onderzoek is gebaseerd op de Zelfdeterminatie theorie van Ryan en Deci (2001, 2002), die inhoudt dat het welbevinden van een persoon afhangt van de vervulling van zijn of haar psychologische basisbehoeften. Deze theorie wordt in dit onderzoek toegepast met betrekking tot het welbevinden van bewoners en verzorgenden tijdens de ochtendzorg voor bewoners.

Er zijn drie universele psychologische basisbehoeften belangrijk voor psychologische groei en welbevinden van personen. Uit eerder onderzoek is gebleken dat het vervullen van deze basisbehoeften gerelateerd is aan een hoger niveau van welbevinden. De eerste basisbehoefte is: ‘*Verbondenheid*’ en refereert naar het gevoel verenigd te zijn met anderen of het gevoel te hebben ergens bij te horen. De tweede basisbehoefte ‘*Autonomie*’ verwijst naar de ervaring dat iemand zijn activiteiten kan kiezen, beslissingen kan maken en gedrag kan reguleren in overeenstemming met zijn of haar eigen individuele doelen. De derde basisbehoefte ‘*Competentie*’ verwijst naar het gevoel effectief te zijn in het nastreven en behalen van deze doelen. Volgens de Zelfdeterminatie theorie wordt het vervullen van deze drie basisbehoeften sterk beïnvloed door de sociale context (Ryan & Deci, 2002). Aangezien verzorgenden één van de belangrijkste aspecten vormen in de zorgomgeving, heeft hun interactie met de bewoners grote invloed op het steunen of verhinderen van de vervulling van de basisbehoeften van de bewoners.

2.2.1 Autonomie & Verbondenheid

In eerdere onderzoeken van Keizer (2011) en van de Kempe (2011) is onderzocht op welke manier de basisbehoeften autonomie en verbondenheid bij bewoners worden vervuld tijdens de ochtendzorg in een verpleeghuis. Er is dus per onderzoek gekeken naar één specifieke basisbehoefte. Om te onderzoeken of de onderzochte aspecten in de communicatie van invloed zijn op een hogere mate van welzijn van bewoners en verzorgenden, zal er onderzoek moeten worden gedaan naar beide psychologische basisbehoeften. Dit omdat handelingen die ten goede komen aan het vervullen van autonomie, het tegenovergestelde effect kunnen hebben op de basisbehoefte verbondenheid.

De derde basisbehoefte van de Zelfdeterminatietheorie is competentie (Deci & Ryan, 2000). In dit onderzoek wordt de vervulling van deze behoefte niet onderzocht, maar alleen onderzoek gedaan naar autonomie en verbondenheid. De redenen hiervoor zijn dat competentie het minst gemakkelijk te operationaliseren is en competentie lastig uit elkaar te

houden is met autonomie, aangezien aspecten van deze behoeften elkaar deels overlappen (Custers et al., 2010). Zelfstandigheid wordt namelijk genoemd bij autonomie, maar past ook bij competentie. In de context van het onderzoek, als vervolg op de onderzoeken van Custers et al. (2010), Keizer (2011) en van de Kempe (2011) is er daarom gekozen om de behoeften autonomie en verbondenheid samen te onderzoeken.

Autonomie

Autonomie heeft volgens de van Dale (2005) de betekenis van zelfstandigheid en zelfbestuur. Zelfstandigheid houdt in dat iemand onafhankelijk is (van Dale, 2005). In de trant van de Zelfdeterminatietheorie wordt autonomie omschreven als het ervaren van zelfbepaling en wilskracht. Zelfbepaling houdt in dat er activiteiten worden uitgevoerd die in overeenstemming zijn met het eigen inzicht. Wilskracht wordt omschreven als het verlangen van de mens om gedrag en ervaringen zelf te organiseren (Deci & Ryan, 2000). Volgens Kasser en Ryan (1999) gaat autonomie om vrijwilligheid, het gevoel dat iemands gedrag afkomstig is van diegene zelf. Wanneer iemand autonoom is, worden acties gekarakteriseerd door een gevoel van vrijheid en keuzemogelijkheid. Wanneer autonomie zich uit in gedrag, kunnen daarin twee fasen worden onderscheiden. De eerste fase is het nemen van besluiten en de tweede fase is het uitvoeren van die besluiten. Voor de zorgverlening is het van belang dat die twee fasen duidelijk te onderscheiden. Zo kan iemand zelfstandig voor een bepaalde activiteit kiezen, terwijl hij/zij bij het uitvoeren van die handeling hulp nodig heeft (Van der Kruk et al., 2007).

Gedrag dat autonomie ondersteunt, is het erkennen van de gedachten en gevoelens van anderen, het bevorderen van het zelf keuzes maken, het bevorderen van zelfinitiatie, iemand zijn/haar eigen gedrag laten reguleren en het minimaliseren van eisen en druk om anderen te controleren. Het helpt niet om anderen onder druk te zetten om te denken, te voelen en zich te gedragen in overeenstemming met de behoeften van de ander (Amorose & Anderson-Butcher, 2007). Autonomie blijkt belangrijk te zijn voor bewoners van een verpleeghuis, maar de mate van behoefte daaraan is per individu verschillend (Van der Kruk et al., 2007). Sherwin en Winsby (2010) schrijven dat het breed geaccepteerd is dat bewoners het recht hebben om belangrijke beslissingen te nemen over hun leven, hun lichaam en hun gezondheidszorg. Autonomie houdt volgens hen dus in dat een individu autoriteit heeft over beslissingen die zijn/haar leven en lichaam beïnvloeden. Uit een onderzoek van Kasser en Ryan (1999) blijkt dat bewoners die aangemoedigd worden om verantwoordelijkheid te nemen en eigen

beslissingen te nemen, zich meer alert, actief en gelukkig voelen dan bewoners waarbij dit niet wordt aangemoedigd. Gebleken is dat bewoners die een groter gevoel van autonomie hebben, lager scoren op depressie en hoger scoren op eigenwaarde, levenstevredenheid en levenszin. Uit onderzoek van (Suhonen et al., 2011) blijkt dat autonomie en de kwaliteit van leven van een bewoner bevorderd kan worden door geïndividualiseerde zorg te leveren. Dit houdt in dat elke bewoner wordt gezien als een afzonderlijke entiteit waarbij verzorgenden leren van elke bewoner door hem/haar te verzorgen als uniek individu.

Autonomie loopt een bijzonder risico in een klinische setting, wat voor een groot gedeelte voort komt uit de verhoogde afhankelijkheid en kwetsbaarheid die gepaard gaan met ziekte. Wanneer men ziek is, ervaart men grotere afhankelijkheid en daarmee bestaat er een grotere kans dat interesses en waarden worden overheerst door anderen (Sherwin and Winsby, 2010).

Autonomie kan dus betekenen dat er zo min mogelijk restricties aan de bewoner worden opgelegd: er is sprake van maximale ruimte of vrijheid. Dit is lastig wanneer de oudere niet meer in staat is zelfstandig te beslissen of verantwoordelijkheid te dragen. Vaak is er dan nog wel de mogelijkheid om de bewoner te laten kiezen uit verschillende mogelijkheden. Dit is de vorm van autonomie waar het in bewoner-verzorgende relaties vaak om gaat. Daarbij ligt echter wel het gevaar van betutteling op de loer en het gevaar van projectie van de keuzes van de verzorgende op de bewoner (Van der Kruk et al., 2007).

Het geven van informatie aan de bewoner blijkt een belangrijke manier te zijn om de autonomie te bevorderen (Jacelon, 2002). Jacelon stelt dat de autonomie van de bewoner bevorderd wordt door hem/haar van tevoren informatie te geven over een bepaalde gebeurtenis of activiteit.

Verzorgenden kunnen ook op andere manieren de ouderen ondersteunen in het bevorderen van autonomie. Dit kan bijvoorbeeld door keuzemogelijkheden aan te bieden over het tijdstip of de manier waarop gedoucht wordt, wat er wanneer wordt gegeten en de gewoonten en wensen rond de toiletgang. Een uitgebreide anamnese waarin ruimte is voor de betekenis van persoonlijke gewoonten kan hierbij van grote waarde zijn. Daarnaast leert de verzorgende in de dagelijkse zorg de oudere met al zijn gewoonten steeds beter kennen. Deze kennis is van groot belang voor het verlenen van bewonergerichte zorg. Door de dagelijkse verzorgende handelingen met woorden toe te lichten, maakt de verzorgende het mogelijk grote en kleine keuzes te bespreken. Voorlichting over handelingen die worden uitgevoerd

biedt de bewoner de mogelijkheid een goed onderbouwde keuze te maken (Van der Kruk et al., 2007)

Het gebruik van woorden die de bewoner de mogelijkheid geven een keuze te maken, draagt ook bij aan het bevorderen van autonomie. Woorden als ‘moeten’ en het geven van opdrachten kunnen beter vermeden worden. Open vragen geven de bewoner de ruimte om te kiezen. Het is daarnaast van belang dat verzorgenden de tijd nemen om het antwoord af te wachten en in handelingen aansluiten bij het tempo en de lichaamstaal van de oudere, zodat deze in zijn/haar gedrag gerespecteerd wordt (Van der Kruk et al., 2007).

Daarnaast zullen de verzorgenden ook in zekere zin met onzekerheden moeten kunnen omgaan. Zij moeten kunnen omgaan met risico's, bijvoorbeeld valrisico's. Als deze vermeden worden, kan de oudere zodanig in zijn functioneren beperkt worden, dat dit ten koste kan gaan van de autonomie en de kwaliteit van leven (Van der Kruk et al., 2007).

Van de Kempe (2011) heeft onderzocht door welke manier van communiceren en welke gedragingen van de verzorgende de basisbehoefte autonomie kan worden bevorderd. Uit haar onderzoek komt naar voren dat de psychologische basisbehoefte autonomie kan worden vervuld wanneer de verzorgende er voor zorgt dat de bewoner inspraak heeft over de geleverde zorg, wanneer de verzorgende er voor zorgt dat de zelfstandigheid van de bewoner wordt behouden en/of verbeterd en wanneer de verzorgende aangeeft aan de bewoner wat er staat te gebeuren.

Dat de bewoner inspraak heeft houdt in dat 1) de bewoner mag kiezen wat hij doet, 2) dat de bewoner inspraak heeft, maar dat de verzorgende een eigen mening geeft of 3) dat de bewoner inspraak heeft na een gesloten vraag van de verzorgende.

De zelfstandigheid van de bewoner wordt behouden en/of verbeterd doordat 1) de bewoner een zorghandeling alleen uitvoert of 2) dat de verzorgende de bewoner stimuleert op het gebied van zelfstandigheid.

Dat de verzorgende aangeeft wat er gaat gebeuren kan door middel van 1) verbale communicatie van de verzorgende of 2) door middel van non-verbale communicatie.

Verbondenheid

In de Van Dale (2005) wordt verbondenheid beschreven als saamhorigheid en het gevoel van één zijn met anderen. Gebrek aan verbondenheid is samen met hopeloosheid een risicofactor voor suïcidale gedachten en gedrag (Daniel & Goldston, 2011). Het gebrek aan verbondenheid wordt bepaald door verschillende aspecten, maar over het algemeen verwijst

het naar gebrek aan sociale steun, slechte integratie in een sociaal netwerk of waarnemingen van sociale isolatie (Kaminski et al., 2010). In het onderzoek van Kasser en Ryan (1999) wordt verbondenheid omschreven als de behoefte om zich veilig verenigd te voelen met iemand en zich geliefd te voelen door iemand. Individuen van alle leeftijden blijken beter te functioneren, stressbestendiger te zijn en minder psychologische moeilijkheden aan te geven wanneer ze ervaren dat anderen achter hen staan met liefde en affectie. Ook verbondenheid is dus een belangrijke behoefte voor het ervaren van welzijn.

Uit het onderzoek van Keizer (2011) blijkt dat de psychologische basisbehoefte verbondenheid wordt vervuld wanneer de verzorgende over onderwerpen praat die voor de bewoner belangrijk zijn, wanneer de verzorgende samen met de bewoner praat over ditjes en datjes en wanneer er samen gelachen kan worden. Het samen lachen, kan als gevolg hebben dat de bewoner zich meer openstelt voor sociaal contact doordat hij/zij een gevoel van warmte ervaart en voelt dat de verzorgende geïnteresseerd is. Het praten over ditjes en datjes door verzorgenden en bewoners zorgt ervoor dat bewoners zich behandeld voelen als individuen (Fosbinder 1994) en draagt bij aan hun emotionele welzijn (Williams & Irurita 2004).

Uit onderzoek van Chan et al. (2011) blijkt dat het opbouwen van een relatie tussen een verzorgende en een bewoner niet per se gebaseerd hoeft te zijn op lange termijn ontmoetingen tussen een verzorgende en een bewoner, maar ook korte, herhalende interacties manieren bieden om verbondenheid te creëren bij bewoners. Daarnaast stellen zij dat verzorgenden zich onbewust zijn van het potentiële belang van het praten over koetjes en kalfjes.

Zoals beschreven zijn verbondenheid en autonomie belangrijke psychologische behoeften als het gaat om het welzijn van bewoners in een verpleeghuis. De vervulling van deze behoeften en de gedragingen die kunnen bijdragen aan deze vervulling vinden doorgaans plaats in de interactie tussen de verzorgende en de bewoner. Te stellen is dat de interactie tussen hen van groot belang is tijdens de verzorging. Deze interactie wordt gekenmerkt door communicatie tussen de verzorgende en de bewoner, zowel verbaal als non-verbaal. Daarom is het belangrijk om dieper in te gaan op communicatie. In de volgende paragraaf zal kort het begrip communicatie worden beschreven en daarna zullen verschillende soorten communicatie aan bod komen. Vervolgens zal er een koppeling gemaakt worden tussen de soorten communicatie en de eerder beschreven Zelfdeterminatie theorie van Ryan en Deci (2001, 2002).

2.3 Communicatie

Met communicatie wordt ‘het uitwisselen van informatie met bepaalde doelen’ bedoeld (Cherry, 1978). Het is niet alleen een vaardigheid, maar ook een menselijke dimensie van relaties en interacties (Doane & Varcoe 2005). Communicatie is een ruim begrip en in dit onderzoek ligt de focus op communicatie in de ouderenzorg.

Uit meerdere onderzoeken blijkt dat slechte communicatie de grootste bron van ontevredenheid is bij bewoners (Macleod Clark, 1985, Ley, 1988 en Davies & Fallowfield, 1991). Mensen in verpleeghuizen zijn vaak meer geïsoleerd van sociale contacten, terwijl zij hier wel behoefte aan hebben. Voor mensen die afhankelijk van zorg zijn, betekent dit dat er een situatie is ontwikkeld waarin zij voornamelijk afhankelijk zijn van de verzorgenden. Dit houdt in dat de verzorgenden, naast het feit dat ze goede communicatieve vaardigheden moeten bezitten om tegemoet te komen aan de behoeften van een bewoner en zorg te bieden die is afgestemd op de bewoner, ook moeten kunnen communiceren met de bewoner op een manier waardoor een goede inter-persoonlijke relatie wordt opgebouwd, die ruimte biedt voor socialisatie, affectie en empathie (Caris-Verhallen, Kerkstra en Bensing, 1999).

In zorgverlening aan ouderen is communicatie dus het sleutelwoord. Communiceren gebeurt niet alleen met woorden, maar ook non-verbaal (Penninx, 1995). Bij goede communicatie is er sprake van tweerichtingsverkeer: praten en luisteren. Penninx (1995) stelt hoe verschillen in tempo en tijdsbeleving ruis kunnen veroorzaken in het communicatieproces tussen ouderen en jongeren. In de huidige maatschappij speelt tijdsdruk een grote rol, vooral in de gezondheidszorg. Bij het ouder worden gaat men meestal iets langzamer praten en heeft men in een gesprek iets meer tijd nodig om te reageren. Als er alleen maar in ‘hoog tempo’ gecommuniceerd wordt, kan het voorkomen dat ouderen het gesprek soms niet meer bijbenen en lopen ze het gevaar niet meer gehoord te worden. Daarnaast kan een bestaande handicap als visus en gehoorstoornissen een rol spelen.

Samenvattend kan er gesteld worden dat communicatie invloedrijk is in het bijdragen aan het welzijn van bewoners (van Dulmen, van Weert & Jansen, 2011). Echter zijn er ook aspecten die ruis in de, erg van belang gebleken, communicatie tussen bewoners en verzorgenden kunnen veroorzaken (Penninx, 1995).

2.3.1 Taakgerichte communicatie vs. emotiegerichte communicatie

In communicatie tijdens zorg kan onderscheid gemaakt worden tussen taakgerichte communicatie en emotiegerichte communicatie. Taakgerichte communicatie houdt in dat er alleen wordt gecommuniceerd tussen een verzorgende en een bewoner over de verzorging die geboden wordt (Grainger, 1993). Tijdens de geboden zorg wordt er dan gepraat over de handelingen die worden verricht. Het emotionele vlak wordt niet meegenomen, zoals een goede relatie opbouwen met de bewoner, vertrouwen geven aan de bewoner en de bewoner zich comfortabel laten voelen. Bij emotiegerichte communicatie gebeurt dit wel (Caris-Verhallen et al., 1997).

Ouderen hebben in hun behoefte aan zorg twee doelen. Ten eerste willen ze informatie en uitleg over de zorg die ze krijgen en daadwerkelijk de fysieke zorg ontvangen. Dit komt overeen met de taakgerichte communicatie en is dus instrumenteel van aard. Ten tweede hebben ze emotionele behoeften, zoals bezorgdheid, geruststelling en begrip. Dit is affectief van aard en komt overeen met de emotiegerichte communicatie (Caris-Verhallen et al., 1997). Ouderen hebben dus behoefte aan beide aspecten van communicatie, zowel taakgerichte communicatie als emotiegerichte communicatie. Doordat verzorgenden steeds minder tijd hebben per bewoner om zorg te leveren, wordt de communicatie steeds minder emotiegericht en steeds meer gericht op de taken die worden uitgevoerd (Caris-Verhallen et al., 1997). Onderzoeken tonen dat emotionele steun voor bewoners het meest achterwege wordt gelaten wanneer er weinig tijd is (Botti et al., 2006). Ook verzorgenden geven in een onderzoek van Pearcey (2010) aan dat ze erg druk zijn met de fysieke zorg en geen tijd hadden voor de emotionele zorg aan bewoners.

Communicatie met bewoners is dus één van de belangrijkste aspecten in de zorg voor oudere mensen. (Caris-Verhallen, de Gruijter, Kerkstra & Bensing, 1999). Caris-Verhallen et al. (1999) hebben de communicatie in de zorg opgedeeld in vijf clusters:

1. *Sociale communicatie*. Deze bevat informatie over de mate waarin de verzorgende sociale conversatie gebruikt, zoals persoonlijke gesprekken, geklets en plagerijen, die geen bepaalde functie hebben in verzorgende activiteiten.
2. *Affectieve communicatie*. Deze impliceert uitingen die verbale aandacht, bezorgdheid en empathie naar de bewoner uitdrukken.
3. *Communicatie die de ontmoeting structureert*. Deze bevat uitingen die richting en leiding geven, zoals oriëntering en instructie, verzoeken om verduidelijking, vragen om begrip en vragen naar opinie.

4. *Communicatie over verzorging en gezondheid.* Deze omvat alle punten met betrekking tot verzorging, gezondheid, medische of therapeutische onderwerpen.
5. *Communicatie over levensstijl en gevoel.* Deze bevat alle punten met betrekking tot levensstijl en emoties.

2.4 Zelfdeterminatietheorie en communicatie

Wanneer de vijf beschreven clusters van communicatie volgens Caris-Verhallen et al. (1999) worden gekoppeld aan taakgerichte en emotiegerichte communicatie en de Zelfdeterminatietheorie van Ryan en Deci (2001, 2002), zijn er verschillende koppelingen mogelijk (zie tabel 1).

Communicatie				
Taakgerichte communicatie		Emotiegerichte communicatie		
Communicatie die de ontmoeting structureert	Communicatie over verzorging & gezondheid	Sociale communicatie	Affectieve communicatie	Communicatie over levensstijl & gevoel
Autonomie	Verbondenheid of Autonomie	Verbondenheid	Verbondenheid	Verbondenheid & Autonomie

Tabel 1: Koppelingen tussen communicatievormen en de Zelfdeterminatietheorie (Ryan & Deci, 2001, 2002)

Het begrip communicatie is al beschreven in deze masterthese. Daarnaast is duidelijk geworden dat communicatie in de zorg onderverdeeld kan worden in taakgerichte communicatie en emotiegerichte communicatie. Ook de vijf communicatie clusters van Caris-Verhallen et al. (1999) zijn behandeld. Aangezien er overlap is tussen deze clusters en taakgerichte- en emotiegerichte communicatie, is er onderzocht welke clusters overeenkomen met de taakgerichte- of emotiegerichte communicatie. Daarna is onderzocht welke clusters bijdragen aan de psychologische basisbehoeften, autonomie en verbondenheid, uit de Zelfdeterminatietheorie (Ryan & Deci, 2001, 2002). Hieronder zullen deze koppelingen verder worden toegelicht.

De eerste twee clusters *sociale communicatie* en *affectieve communicatie* komen overeen met de beschreven emotiegerichte communicatie, waarbij er aandacht is voor de bewoner en de aandacht niet gericht is op de zorgtaken. Deze vormen van communicatie kunnen bijdragen aan het ondersteunen van de basisbehoefte verbondenheid bij bewoners door verzorgenden. Zoals beschreven is voor verbondenheid belangrijk het gevoel van één zijn met anderen te ervaren (Van Dale, 2005) en te ervaren geliefd te zijn door iemand (Kasser en Ryan, 1999). Sociale en affectieve communicatie kan hieraan voldoen, doordat er over de bewoner zelf wordt gepraat, er empathie wordt getoond, maar ook doordat er over ditjes en datjes kan worden gepraat.

Cluster drie *communicatie die de ontmoeting structureert* kan aspecten van taakgerichte communicatie bevatten, aangezien het leidinggeven, instructie, vragen naar opinie en vragen om verduidelijking bevat (Caris-Verhallen et al., 1999). Dit kan over de zorgtaken gaan die worden uitgevoerd, waar het om draait bij taakgerichte communicatie (Grainger, 1993). Vooral de aspecten vragen naar opinie en vragen om verduidelijking kunnen bijdragen aan het ondersteunen van de basisbehoefte autonomie. Autonomie is namelijk beschreven als zelfbepaling, waarbij het belangrijk is om de mening van de bewoner mee te laten tellen (Deci & Ryan, 2000). Daarnaast hoort bij autonomie dat een bewoner keuzemogelijkheden heeft en dat activiteiten worden uitgevoerd die in overeenstemming zijn met het eigen inzicht van de bewoner (Kasser & Ryan, 1999). Dit is het geval bij communicatie die de ontmoeting structureert (Caris-Verhallen et al., 1999). Echter dragen niet alle aspecten van cluster drie bij aan het bevorderen van de basisbehoefte autonomie. Leidinggeven en uitingen die richting geven kunnen de behoefteondersteuning van autonomie in de weg staan, doordat er wellicht te weinig rekening wordt gehouden met de zelfbepaling en vrijheid van de bewoner. De bewoner ervaart dan niet het gevoel dat de activiteiten afkomstig zijn van diegene zelf (Kasser & Ryan, 1999) en niet overeenkomen met het eigen inzicht (Deci & Ryan, 2000), maar opgelegd worden door de verzorgende.

Cluster vier *communicatie over verzorging en gezondheid* komt sterk overeen met taakgerichte communicatie. De communicatie, vallend onder dit cluster, gaat over de verzorging, gezondheid, medische of therapeutische onderwerpen (Caris-Verhallen et al., 1999). De communicatie is dus erg gericht op het medische en verzorgende aspect. Wanneer dit voor de bewoner belangrijke onderwerpen zijn, kan dit bijdragen aan het ondersteunen van de behoefte verbondenheid (Keizer, 2011). Echter kan het ook het tegenovergestelde effect hebben met betrekking tot het ondersteunen van verbondenheid, namelijk wanneer er vooral

aandacht wordt besteed aan het verzorgende aspect en het sociale en emotionele vlak niet voldoende aan bod komt, terwijl dit vlak zeker belangrijk is in de communicatie met ouderen (Caris-Verhallen et al., 1997). Wanneer de communicatie vooral gericht is op de zorgtaken kan dit bijdragen aan het ondersteunen van de basisbehoefte autonomie. Doordat er met de bewoner gepraat wordt over de taken, wordt er wellicht een beroep gedaan op de zelfbepaling van de bewoner en wordt er om de mening over de taken gevraagd. Het is voor te stellen dat de bewoner meer autonomie over de verzorging heeft, wanneer deze zorgtaken uitgebreid besproken worden. Dit hoeft niet het geval te zijn, want verzorgenden kunnen het in de communicatie ook over de zorgtaken hebben die zij uitvoeren en daarbij geen beroep doen op de opinie en zelfbepaling van de bewoner. In dit laatste geval zal de ondersteuning van de basisbehoefte autonomie minder groot zijn.

Cluster vijf *communicatie over levensstijl en gevoel* bevat alle aspecten van de levensstijl en de emoties van de bewoner (Caris-Verhallen et al., 1999). Dit komt sterk overeen met emotiegerichte communicatie. Er is dan aandacht voor de bewoner en de mogelijkheid bestaat om een goede relatie op te bouwen, doordat er meer inzicht komt in de emoties en de levensstijl van de bewoner (Caris-Verhallen et al., 1997). Hij of zij kan zich geliefd voelen (Kasser en Ryan, 1999) en ervaren één te zijn met anderen (Van Dale, 2005), wat belangrijk is voor de ondersteuning van de basisbehoefte verbondenheid. Van deze ondersteuning van verbondenheid is tevens sprake wanneer de bewoner warmte voelt en ervaart dat de verzorgende geïnteresseerd is (Keizer, 2011) dat een gevolg kan zijn van communicatie over levensstijl en gevoel. Bij de ondersteuning van de behoefte autonomie kan communicatie over levensstijl en gevoel ook een bijdrage leveren, doordat er meer inzicht ontstaat bij de verzorgende over de levensstijl en over de kijk van de bewoner op zorgtaken. Dit inzicht kan de verzorgende meenemen in de verzorging. Zodoende kan er een beroep gedaan worden op de eigen mening van de bewoner en is er ruimte voor zelfbepaling door de bewoner. De keuzes die de verzorgenden aanbieden in hun verzorging kunnen gebaseerd zijn op de inzichten die verkregen zijn door de communicatie over levensstijl en emoties, waardoor er meer autonomie ontstaat voor de bewoner.

2.5 Onderzoeksvragen

Zoals beschreven draagt communicatie tussen verzorgenden en bewoners van een verpleeghuis bij aan het ondersteunen van psychologische basisbehoeften bij bewoners dat leidt tot een verbeterd welzijn van de bewoners (Custers et al., 2010). Verzorgenden ervaren echter moeilijkheden om aandacht te besteden aan autonomie en verbondenheid. Onderzocht is reeds, bij verschillende verzorgenden en bewoners, op welke manier deze behoeften ondersteund kunnen worden. Echter is nog niet bekend op welke manier dit gebeurt door verschillende verzorgenden bij dezelfde bewoner. Verzorgenden hebben wellicht een eigen stijl wat betreft de verzorging van de bewoner en communicatie met de bewoner waardoor de basisbehoeften al dan niet ondersteund worden. Door verschillende verzorgenden te onderzoeken bij dezelfde bewoner kan deze eigen stijl duidelijk worden. Tevens zijn de basisbehoeften autonomie en verbondenheid nog niet gezamenlijk onderzocht. Zoals eerder vermeld kunnen deze behoeften met elkaar botsen. Dit omdat handelingen die ten goede komen aan het ondersteunen van autonomie, het tegenovergestelde effect kunnen hebben op de basisbehoefte verbondenheid. Het is dus van belang autonomie en verbondenheid gezamenlijk te onderzoeken. Daarnaast zijn de moeilijkheden die verzorgenden ervaren in het ondersteunen van de behoeften nog niet eerder meegenomen in een onderzoek. De onderzoeksvraag die in dit onderzoek centraal staat, luidt:

- *“Op welke manier worden, door verzorgenden, de basisbehoeften autonomie en verbondenheid van bewoners ondersteund tijdens de ochtendzorg die plaatsvindt tussen een verzorgende en een bewoner in een somatisch verpleeghuis?”*

Het is lastig om de hoofdvraag te beantwoorden, omdat het niet gaat om iets meetbaars. Daarom zal er gebruik gemaakt worden van deelvragen om concreet te kijken naar gedragingen van de verzorgenden die betrekking hebben op de behoefteondersteuning van de bewoner. Uit onderzoek van Keizer (2011) en van de Kempe (2011) zijn per behoefte, te weten verbondenheid en autonomie, drie concrete gedragingen in de communicatie gevonden die bijdragen aan de bevordering van deze basisbehoeften. Deze resultaten zullen in dit onderzoek meegenomen worden bij het beantwoorden van de hoofdvraag. Echter zal er ook worden onderzocht of er nog andere gedragingen naar voren komen in de ochtendzorg, die een belangrijke rol spelen in het al dan niet ondersteunen van de psychologische basisbehoeften.

De daarbij behorende deelvragen zijn:

- *“Welke gedragingen zijn waar te nemen bij de verzorgenden als het gaat om de ondersteuning van de behoeften autonomie en verbondenheid?”*
- *“Door welke communicatiestijlen (emotiegerichte communicatie of taakgerichte communicatie) en door welke van de vijf communicatieclusters worden de behoeften autonomie en/of verbondenheid ondersteund?”*
- *“Gaat het ondersteunen van de behoeften autonomie en verbondenheid samen?”*
- *“Verschillen de verzorgenden in de manier waarop de basisbehoeften worden ondersteund?”*
- *“Komt de visie van de verzorgenden op de ondersteuning van de behoeften overeen met wat er geobserveerd is tijdens de ochtendzorg?”*

3. Methode

De vraagstelling die in dit onderzoek centraal staat, zal worden onderzocht aan de hand van videomateriaal dat verzameld is door Custers et al. (2010). Zij hebben aan de Radboud Universiteit in Nijmegen onderzoek gedaan naar adaptatie, zelfdeterminatie en het welbevinden van bewoners van een somatisch verpleeghuis. Er is door bewoner, verzorgenden en onderzoekers toestemming verleend om enkele video-opnames van zorggesprekken tijdens de ochtendzorg, die destijds zijn gemaakt, in dit onderzoek te analyseren.

3.1 Participanten

Aan het onderzoek van Custers et al. (2010) hebben 20 bewoners van verpleeg- of verzorgingshuizen deel genomen. De 20 bewoners bestonden uit 11 vrouwen en 9 mannen met een gemiddelde leeftijd van 79,1 jaar. Variërend woonden de bewoners 1 tot 72 maanden in het verpleeg- of verzorgingshuis, met een gemiddelde duur van 1,5 jaar. Er waren drie voornaamste redenen voor opname van deze bewoners in het verpleeg- of verzorgingshuis. 30% van de deelnemers woont er als gevolg van een beroerte, 20% van de deelnemers heeft ernstige fysieke problemen en 15% van de deelnemers heeft de ziekte van Parkinson.

De inclusiecriteria van het onderzoek zijn gebaseerd op de procedures van de Amsterdam Groningen Elderly Depression Study (Smalbrugge et al., 2006) en bedragen dat de deelnemers 50 jaar of ouder moeten zijn, Nederlands moeten praten, geen communicatieproblemen mogen ervaren als het gevolg van afasie of gehoorverlies en geen ernstige cognitieve problemen mogen hebben (Mini Mental State Examination Score >15).

Daarnaast hebben 31 verzorgenden deelgenomen aan het onderzoek. Deze groep bestond uit 30 vrouwen en 1 man. De leeftijden van de verzorgenden varieerden van 20 tot 60 jaar, met een gemiddelde van 38,7 jaar oud. De werkervaring varieerde van 1 maand tot 31 jaar, met een gemiddelde van 13,7 jaar. Het aantal uren per week dat de verzorgenden werken varieerde tussen de 15 en 36 uur, met een gemiddelde van 28 uur per week.

3.2 Procedure en materialen

Van Weert et al. (2005) hebben gevonden dat tijdens de ochtendzorg de meeste informatie naar voren komt als het gaat om de kwaliteit van de interactie tussen de bewoners en de verzorgenden in vergelijking met zorg op andere momenten van de dag. Daardoor is er in het onderzoek van Custers et al. (2010) gekozen om de video-observaties te laten plaatsvinden tijdens de ochtendzorg. Hiervoor werd een handbediende camera gebruikt. De observaties hadden een duur variërend van 10 tot 40 minuten. De bewoners hadden de mogelijkheid om te allen tijde de opnames te stoppen.

De 20 bewoners zijn in totaal drie keer geobserveerd tijdens de ochtendzorg, steeds met een andere verzorgende. Tussen de eerste en laatste opname bij één bewoner zat een tijdsbestek van maximaal twee weken. Dit leverde in totaal 60 video-opnames op.

Van deze 60 video-opnames worden er in dit onderzoek drie gebruikt. Deze drie opnames worden geanalyseerd op de ondersteuning van de behoeften autonomie en verbondenheid van één en dezelfde bewoner met drie verschillende verzorgenden.

Naast de video-observaties zijn er ook vragenlijsten afgenomen bij de bewoner en de verzorgenden om algemene gegevens in kaart te brengen en om hun visie op de geleverde zorg helder te krijgen. Deze verkregen gegevens zullen tevens meegenomen worden in de analyse en bij het beschrijven van de resultaten van dit onderzoek.

3.3 Gegevens van de bewoner en de verzorgenden

De bewoner die te zien is op de video-opnames in dit onderzoek is meneer Z. Hij is 85 jaar. Meneer Z. is getrouwd met zijn vrouw, die in dit onderzoek Truus wordt genoemd en heeft geen kinderen. Zijn hoogst genoten opleiding is de lagere school. Sinds 26 maanden woont hij in het verpleeghuis, nadat hij getroffen werd door een beroerte. Meneer Z. geeft aan dat hij zijn gezondheid als slecht ervaart. Hij scoort 16 punten op de Activities of Daily Living-Scale bij een range van 6-24. Hierbij geldt hoe hoger de score, hoe meer beperkingen iemand ervaart. De Geriatric Depression Scale-score van meneer Z. is 4 uit 8 tegenover een gemiddelde score van 2,55 van alle 20 deelnemers. Deze score is indicatief voor depressie. Hij scoort 3.2 van 5 als levenstevredenheidsscore, waaruit blijkt dat meneer Z. redelijk tevreden is met zijn leven. De gemiddelde levenstevredenheid van alle deelnemers is 3.5. Op de afgenomen schalen voor behoeftevervulling (autonomie, verbondenheid en competentie) scoort hij gemiddeld 4,67 op een schaal van 5. Meneer Z. ervaart dus een hoge behoeftevervulling.

Verzorgende 1 is een 38 jarige vrouw. In dit onderzoek wordt ze Karin genoemd. Ze is in 2008 gestart met de verkorte opleiding voor verpleegkunde niveau 4. Karin is sinds oktober 2008 werkzaam op de afdeling van de bewoner. Sinds april 1989 werkt ze in een verpleeghuis. Het aantal uren dat ze werkt is gemiddeld 32 uur per week. Ze geeft aan haar werk af en toe als druk te ervaren en dat ze weleens een pauze overslaat. Qua tevredenheid scoort verzorgende 1 gemiddeld 4 punten op een schaal van 5. Dit houdt in dat ze tevreden is over de werkzaamheden, het contact met collega's, de mate waarin ze de bewoners graag mag, de leidinggevende en de mate waarin ze plezier heeft in het werk.

Verzorgende 2 is een 50 jarige vrouw. In dit onderzoek wordt ze Agnes genoemd. Haar hoogst genoten opleiding is middelbaar beroepsonderwijs en werkt als verzorgende niveau 3. Sinds september 2004 is ze werkzaam in een verpleeghuis en werkzaam op de afdeling van deze bewoner. Het gemiddeld aantal uren per week dat ze werkt is 24 uur. Ze geeft aan dat ze af en toe haar werk als druk ervaart, echter slaat ze nooit wegens drukte een pauze over. Qua tevredenheid scoort verzorgende 2 gemiddeld 4 punten op een schaal van 5. Dit betekent dat ze tevreden is over de werkzaamheden, het contact met collega's, de mate waarin ze de bewoners graag mag, de leidinggevende en de mate waarin ze plezier heeft in het werk.

Verzorgende 3 is een 47 jarige vrouw met het diploma ziekenverzorgende. In dit onderzoek wordt ze Marion genoemd. Haar functie op de afdeling is verzorgende niveau 3. Sinds juni 2004 werkt ze op de afdeling van deze bewoner. Sinds augustus 1979 is ze werkzaam in een verpleeghuis. Ze werkt gemiddeld 18 uur per week. Marion ervaart haar werk af en toe als druk en slaat weleens wegens drukte een pauze over. Qua tevredenheid scoort ze gemiddeld 4 punten op een schaal van 5. Dit houdt in dat ze tevreden is over de werkzaamheden, het contact met collega's, de mate waarin ze de bewoners graag mag, de leidinggevende en de mate waarin ze plezier heeft in het werk.

Wanneer de drie verzorgenden met elkaar vergeleken worden, valt op dat Karin een stuk jonger is dan Agnes en Marion (respectievelijk 12 en 9 jaar). Karin is het hoogst opgeleid met de opleiding verpleegkunde niveau 4. Marion en Agnes hebben allebei MBO niveau 3 afgerond. Marion heeft de meeste werkervaring in een verpleeghuis, namelijk 31 jaar tegenover 6 jaar van Agnes en 21 jaar van Karin. Agnes en Marion werken beiden 6 jaar op de afdeling van deze bewoner en Karin werkt 2 jaar op deze afdeling. Karin werkt het meest aantal uren in de week, namelijk 32. Agnes werkt 24 uren per week en Marion heeft de minste uren in de week, namelijk 18. Alle drie de verzorgenden ervaren hun werk af en toe als

druk. Er zit echter wel verschil in het overslaan van een pauze. Karin en Marion geven aan dat ze weleens een pauze overslaan, Agnes zegt dit niet te doen. Wat betreft werktevredenheid scoren alle drie de verzorgenden 4 punten op een schaal van 5. Hun tevredenheid over de werkzaamheden komt dus overeen.

3.4 Analyseprocedure

De filmpjes die in dit onderzoek worden gebruikt, worden geanalyseerd aan de hand van de conversatieanalyse methode, aangezien dit de meest passende methode is bij de te analyseren data (Keizer, 2011 & van de Kempe, 2011). De nadruk ligt hierbij op de analyse van de interactie en het zicht krijgen op sociale structuren (Mazeland & Sauer, 1995). Voor deze methode bestaat het volgende stappenplan (ten Have, 1999):

1. Verzameling van het onderzoeksmateriaal. Het produceren of verkrijgen van opnamen van 'natuurlijke' interactie.
2. Transcriptie van dit materiaal. Hierbij moet zoveel mogelijk gericht zijn op 'horen en verstaan'.
3. Uit het materiaal wordt een episode geselecteerd voor nadere bestudering.
4. De gekozen episode wordt geïnterpreteerd op basis van de alledaagse kennis van de onderzoeker. Er wordt getracht tot een typering te komen van de activiteiten die tijdens de episode plaatsvinden.
5. De analyse in engere zin. De onderzoeker probeert zijn eerdere interpretatie uit te werken in de zin dat er precies wordt nagegaan op welke gronden en met welke redeneringen de episode is getypeerd als voorbeeld(en) van de categorie(ën) in termen waarvan deze begrepen zijn.
6. Er kan getracht worden verdere steun te vinden in het materiaal voor de interpretaties en analyses van de onderzoeker.
7. Om het specifieke functioneren van bepaalde elementen beter te bepalen, wordt de analyse van het ene geval uitgebreid, gespecificeerd en ondersteund of aangepast op basis van een systematische vergelijking met andere gevallen.

De analyse is een iteratief proces, wat inhoudt dat de volgorde van het stappenplan meestal niet strikt wordt gehandhaafd en er heen en weer wordt gegaan tussen de fasen. Vaak wordt er in de latere fasen teruggekeerd naar eerdere fasen.

De eerste stap, de verzameling van het materiaal is in het onderzoek van Custers et al. (2010) voltooid, waarvan in dit onderzoek drie video-observaties werden geanalyseerd. De

transcripties van dit materiaal zijn uitgevoerd aan de hand van de transcriptieconventies (Bijlage 1). Om de video-observaties goed te kunnen analyseren werden ze allemaal meerdere keren bekeken. Hierbij werd nagegaan welke fragmenten al dan niet informatie opleveren over de ondersteuning van de behoeften autonomie en verbondenheid en daarop werden zij geselecteerd. De selectie van de fragmenten kwam tot stand doordat twee observatoren apart van elkaar de video's hadden bekeken. Zij gingen na in welke fragmenten er wel of geen sprake leek van ondersteuning van autonomie en/of verbondenheid. Ook keken zij of er fragmenten zijn waarin beide basisbehoeften bevorderd worden of waarin de basisbehoeften juist met elkaar botsen. Daarnaast werd nog gekeken naar fragmenten van verschillende verzorgenden die dezelfde zorghandelingen uitvoeren, zodat de manier waarop de verzorgenden omgaan met autonomie en verbondenheid goed vergeleken kan worden. Nadat de twee observatoren dit apart van elkaar hadden gedaan, kwamen zij samen en bespraken zij hun bevindingen met elkaar. Samen hebben zij de fragmenten, die de meeste informatie opleveren voor het onderzoek, geselecteerd op de net behandelde punten. Nadat de fragmenten geselecteerd waren, zijn deze zorgvuldig getranscribeerd aan de hand van de transcriptieconventies (Mazeland, 2003), zie bijlage 1. Ook werd er in deze transcripties beschreven wat er te zien is in de fragmenten qua handelingen en non-verbale communicatie.

Deze fragmenten werden bestudeerd en daarna feitelijk beschreven. Vervolgens vond de analyse in engere zin plaats, door te analyseren in welke mate de behoeften autonomie en verbondenheid wel of niet bevorderd worden door de verzorgende. Daarna werd er in alle fragmenten nagegaan of er verdere steun te vinden is voor de interpretaties en analyses die tot dan hebben plaatsgevonden. Als laatste werd er gekeken er of steun te vinden is voor de interpretaties en analyses in de literatuur. Tevens werd tijdens de analyse gekeken welke nieuwe inzichten de video-opnames aan het licht brengen.

Eveneens werd er tijdens het observeren van de video's op zoek gegaan naar overeenkomsten en verschillen tussen de drie verzorgenden in hun manier van behoefteondersteuning betreffende autonomie en verbondenheid. Tijdens de analyse werd per video-opname nagegaan in hoeverre deze behoeften worden bevorderd, zoals beschreven in het stappenplan. Tevens werd er gelet op welke manier deze behoefteondersteuning wordt bewerkstelligd door de verzorgenden. Dit gebeurde bij alle drie de video-opnames en de verkregen uitkomsten over de manier van behoefteondersteuning werden met elkaar vergeleken. Op deze manier werd helder welke overeenkomsten en verschillen er zijn in de aanpak van de drie verzorgenden die centraal staan in dit onderzoek.

4. Resultaten

Na het bekijken van de video's van de geleverde ochtendzorg zijn er verschillende fragmenten per video uitgekozen om verder te analyseren. Deze fragmenten zijn getranscribeerd en zullen in dit deel eerst feitelijk beschreven worden. Daarnaast zal getracht worden deze fragmenten te interpreteren kijkend naar autonomie en verbondenheid. Daarna zal worden gekeken welke overeenkomsten en verschillen uit deze bevindingen naar voren komen in vergelijking met de eerder beschreven literatuur uit het theoretisch kader.

Om de hoofdvraag *“Op welke manier worden, door verzorgenden, de basisbehoeften autonomie en verbondenheid van bewoners ondersteund tijdens de ochtendzorg die plaatsvindt tussen een verzorgende en een bewoner in een somatisch verpleeghuis?”* en de daar bij behorende deelvraag *“Welke gedragingen zijn waar te nemen bij de verzorgenden als het gaat om de ondersteuning van de behoeften autonomie en verbondenheid?”* te beantwoorden, zijn er in de paragrafen 4.1 tot en met 4.3 beschrijvingen weergegeven van alle fragmenten en is er te lezen of en in hoeverre er bevordering plaatsvindt van autonomie en/of verbondenheid.

4.1 Video 1 - Verzorgende 1 Karin

In video 1 is de bewoner, meneer Z. te zien samen met verzorgende 1, Karin (zie paragraaf 3.3 voor de beschrijving van de bewoner en verzorgende). De fragmenten die gekozen zijn, zullen hieronder verder worden uitgewerkt en beschreven.

4.1.1 Fragment 1

In het eerste fragment is Karin het been van meneer van Z. aan het zwachtelen. Ze is dan ruim drie minuten op de kamer van de bewoner aanwezig. In die drie minuten is ze bij hem op de kamer gekomen en heeft ze een praatje met hem gemaakt over hoe meneer Z. heeft geslapen. Ze heeft enkele spullen klaar gezet, zoals een bak met water en ze start dan met het verlenen van de ochtendzorg.

Transcriptie van het fragment

V: °Noh°, het wordt vandaag beter weer als gisteren. Beloofd de krant ons! ((*Verzorgende maakt oogcontact met de bewoner*))

B: =°hm° ((*Bewoner zoekt oogcontact met de verzorgende*))

V: =°hm°

B: (1.0) Merken we hier niet veel van ((*Bewoner glimlacht naar de camera en de verzorgende*))

V: (.) Gister was het heel slecht ↑he? °Oh° wat hebben we toch een regen gehad! ((*Maakt oogcontact met de bewoner en lacht naar hem*)) ((*Verzorgende verzorgt ondertussen het been van de bewoner*))

B: =Ja

V: °nou° de KLOK weer verzet van het weekend=

B: =Ja

V: (2.0) Heeft u daar last van? Zo met opstaan en °naar bed°=((*Verzorgende heeft oogcontact met bewoner*))

B: =Nee

V: (5.0) Heb ik zelf ook niet hoor! ((*Verzorgende is nog bezig het been van de bewoner te zwachtelen en richt haar aandacht op het werk*))

V: (7.0) °Noh°, krijgen we de donkere dagen voor kerst weer.=

B: =Ja

V: (.) °Oh°

B: (.) Tis al kort bij!

V: (3.0) Kunnen we samen gaan zingen? De herdertjes lagen bij nachten he ↓=((*Verzorgende heeft oogcontact met de bewoner en de verzorgende glimlacht naar hem*))

B: =Ja, ik ben niet zo'n zanger ((*Bewoner lacht bij zijn uitspraak*))

V: (1.0) Ja nee ik ook niet hoor! ((*Verzorgende lacht met de bewoner mee*)) ((*Verzorgende is nog bezig met zwachtelen van been van de bewoner*))

V: (15.0) Voelt het goed de zwachtel? ((*Bewoner komt overeind en kijkt naar zijn gezwachtelde been*))

V: (4.0) Niet te strak?=((*Kijkt bij haar vraag naar de bewoner voor antwoord*))

B: =°nee nou nog niet nee°

V: (1.5) Mocht u er vandaag nog last van krijgen °trek maar aan de bel ↑he!° °Geef maar aan° ((*Verzorgende zoekt en heeft oogcontact met de bewoner door naar hem te kijken*))

B: (.) Ja

V: °Geef het maar aan bij mij, geen probleem° ((*Verzorgende is klaar met zwachtelen en begint met opruimen*))

Feitelijke beschrijving van het fragment

Dit fragment start wanneer de verzorgende bezig is om het been van de bewoner te zwachtelen. Terwijl ze daar mee bezig is, begint ze een gesprek met de bewoner over het weer en kijkt ze de bewoner even aan. De bewoner reageert daarop met een grapje, waar ze beide om moeten lachen. Ook dan is er weer oogcontact tussen de bewoner en de verzorgende. Er wordt nog even verder gepraat over het weer en telkens wanneer de verzorgende iets zegt, is er even oogcontact met de bewoner, doordat ze naar hem kijkt en de bewoner terug kijkt. Daarna verandert de verzorgende het onderwerp. Er wordt gepraat over het verzetten van de klok afgelopen weekend. Daaruit voortvloeiend wordt er gesproken over de donkere dagen voor kerst. De verzorgende maakt een opmerking dat ze samen kunnen gaan zingen over de herdertjes lagen bij nachten. Ook nu zoekt ze weer oogcontact met de bewoner door naar hem te kijken. Dit lukt, want de bewoner kijkt haar ook aan. De bewoner reageert erop door te zeggen dat hij niet zo'n zanger is en moet glimlachen. Ook de verzorgende glimlacht. Ondertussen is de verzorgende nog bezig met het zwachtelen van het been. De bewoner kijkt af en toe mee hoe ze dat doet. Nadat er een stilte is gevallen, waarin de verzorgende het zwachtelen afmaakte, vraagt de verzorgende of de bewoner de zwachtel goed aan vindt voelen. Hier wordt over gesproken en de verzorgende benadrukt dat de bewoner aan kan geven wanneer hij last van de zwachtel krijgt. Wanneer dit besproken wordt, zoekt en krijgt de verzorgende oogcontact tijdens de antwoorden van de bewoner. Het fragment eindigt wanneer de verzorgende klaar is met zwachtelen en begint op te ruimen.

Interpretatie van het fragment

In dit fragment wordt er in het begin gewerkt aan de basisbehoefte verbondenheid. De verzorgende zet zich in om te kletsen met de bewoner over van alles en nog wat. Ze begint een gesprek en maakt meerdere keren oogcontact. De bewoner kijkt haar ook aan. Tevens lacht ze af en toe naar de bewoner en soms lacht de bewoner ook. Ondertussen worden de zorghandelingen verricht. Op het eind van het gesprek is er sprake van vergroting van de autonomie van de bewoner door de verzorgende. Ze vraagt of de zwachtel goed zit en benadrukt dat de bewoner aan mag geven wanneer hij er last van krijgt. De verzorgende geeft hiermee de bewoner de vrijheid om zijn behoeften aan te geven en geeft de bewoner zelfinitiatie. Geconcludeerd kan worden dat het lijkt dat er in dit fragment vooral sprake is van verbondenheid tussen de verzorgende en bewoner. Aan het einde van het fragment lijkt ook de autonomie van de bewoner te worden bevorderd door de verzorgende.

Koppeling met literatuur

De van Dale (2005) omschrijft autonomie als zelfstandigheid en zelfbestuur. In dit fragment doet de verzorgende een beroep op het zelfbestuur van de bewoner. Ze vraagt naar zijn mening over de zwachtel en ook geeft ze hem de ruimte aan te geven wanneer hij last van de zwachtel krijgt. Op deze manier wordt de zelfinitiatie van de bewoner bevorderd hetgeen de autonomie versterkt (Amorose & Anderson-Butcher, 2007). Daarnaast is er sprake van vrijheid bij de bewoner. Hij heeft de vrijheid om aan te geven wat zijn behoeften zijn. Van der Kruk et al. (2007) beschrijven dat autonomie opgevat kan worden als zoveel mogelijk vrijheid voor de bewoner. De verzorgende voert alle zorghandelingen uit in dit fragment en ze benoemt niet welke handelingen ze uitvoert. Echter kan het benoemen van de handelingen er voor zorgen dat grote en kleine keuzes besproken worden door de verzorgende en de bewoner, wat kan leiden tot autonomie bij de bewoner (Van der Kruk et al., 2007). Op deze manier wordt in dit fragment de autonomie niet bevorderd.

Uit onderzoek van Keizer (2011) blijkt dat de verzorgende de basisbehoefte verbondenheid kan ondersteunen door te praten over ditjes en datjes. Ook helpt het wanneer er samen gelachen kan worden. In dit fragment begint de verzorgende een gesprek over ditjes en datjes. Tevens is er ruimte voor een grapje, waar zowel de verzorgende als de bewoner om moeten lachen. Er kan zodoende gesteld worden dat het lijkt dat de basisbehoefte verbondenheid wordt bevorderd. Ook valt op dat er regelmatig oogcontact is tussen de verzorgende en bewoner. Er is niet gevonden in de literatuur dat dit de verbondenheid beïnvloedt, echter lijkt dit wel het geval te zijn. Aangezien de bewoner en de verzorgende op deze manier naast verbaal contact, ook non-verbaal contact met elkaar hebben.

Er is in dit fragment aan het eind kort sprake van taakgerichte communicatie. Dit is communicatie over de verzorging die geboden wordt (Grainger, 1993). De verzorgende vraagt aan de bewoner of de zwachtel goed zit. Ze hebben het dus over een verzorgingstaak die de verzorgende net heeft uitgevoerd. Er wordt door de verzorgende meer aandacht besteed aan emotiegerichte communicatie. De verzorgende doet haar best om een goede bewoner-verzorgende relatie op te bouwen en de bewoner zich op zijn gemak te laten voelen. Dit komt overeen met de beschrijving van emotiegerichte communicatie van Caris-Verhallen et al. (1997).

Wanneer we naar de vijf communicatie clusters van Caris-Verhallen et al. (1999) kijken kan worden geconcludeerd dat er in dit fragment sprake is van *sociale communicatie*. Er wordt gekletst en gelachen, zonder dat dit een bepaalde functie heeft in de verzorgende

activiteiten. Daarnaast vindt er ook *affectieve communicatie* plaats. De verzorgende geeft de bewoner verbale aandacht met betrekking tot zijn gezwachtelde been. Ook toont ze empathie en een soort bezorgdheid door te zeggen dat de bewoner aan de bel kan trekken wanneer hij last krijgt van zijn benen. Wanneer ze over dit onderwerp met de bewoner praat, is er tevens sprake van *communicatie over verzorging en gezondheid*. De andere twee clusters, *communicatie die de ontmoeting structureert* en *communicatie over levensstijl en gevoel*, worden niet gebruikt in dit fragment.

Gezien wordt dat in dit fragment autonomie wordt ondersteund door taakgerichte communicatie en communicatie over verzorging en gezondheid. Verbondenheid wordt ondersteund door emotiegerichte communicatie, sociale communicatie, affectieve communicatie en communicatie over verzorging en gezondheid. Wanneer dit wordt vergeleken met tabel 1 uit het theoretisch kader blijkt dit overeen te komen. Echter laat de tabel zien dat taakgerichte communicatie ook bij kan dragen aan verbondenheid en dat emotiegerichte communicatie bij kan dragen aan autonomie. In dit fragment draagt taakgerichte communicatie alleen bij aan de bevordering van autonomie en draagt emotiegerichte communicatie alleen bij aan de bevordering van verbondenheid.

4.1.2 Fragment 2

Dit fragment volgt ongeveer negen minuten na het einde van fragment 1. Intussen is meneer Z. van onder gewassen en aangekleed. Daarna is hij verplaatst van het bed naar de rolstoel. Nu hij in de rolstoel zit, wil de verzorgende Karin zijn bovenlichaam gaan wassen en aankleden. Daarmee start fragment 2.

Transcriptie van het fragment

V: °Zo even naar de wasbak toe, zo.° ((Verzorgende rijdt de bewoner in de rolstoel iets naar voren, naar de wasbak toe))

V: E↑ven helpen met het hemdje uitdoen! ((Verzorgende trekt het hemd van de bewoner uit, bewoner leunt iets naar voren))

B: (.)Ja ((Hemd wordt nog steeds uitgetrokken en bewoner helpt door zijn arm op te tillen))

V: (24.0) °Hm, gaatje° ((Verzorgende legt handdoek op schoot van bewoner)) ((Verzorgende maakt een washand nat en houdt deze de bewoner voor. Bewoner steekt zijn hand er in))

V: (15.0) Mag u het gezicht e↑ven wassen, ((Bewoner wast zijn gezicht)) ((Verzorgende maakt ondertussen een andere washand nat))

V: (8.0) Doe ik de brede RUG! ((Bewoner wast zijn voorkant)) ((Verzorgende wast de rug van de bewoner en droogt deze daarna af)) ((Bewoner stopt met wassen, wacht heel even en vraagt dan iets aan de verzorgende))

B: (19.0) °Wil je deze dadelijk uit doen?°= ((Bewoner steekt zijn arm met washand uit naar de verzorgende)) ((Verzorgende legt de handdoek weg en pakt de washand van de bewoner en doet deze om haar hand))

V: =Ja °zal ik even° voor doen. ((Verzorgende wast de arm van bewoner en droogt deze daarna af)) ((Bewoner helpt door zijn arm op te tillen))

V: (24.0) Ja kunt u de andere arm afdrogen, gaat dat luk↑ken?=
 B: =Ja! ((Bewoner droogt zich af en verzorgende pakt een hemd en wacht totdat de bewoner klaar is)) ((Verzorgende droogt de bewoner nog iets af)) ((Verzorgende trekt de bewoner zijn hemd aan)) ((Bewoner kijkt voor zich uit en helpt wanneer hij kan)) ((Verzorgende en bewoner zijn allebei een minuut stil tijdens het aankleden))

Feitelijke beschrijving van het fragment

Dit fragment start wanneer de verzorgende de bewoner wil gaan wassen. De wasbak staat al klaar en de bewoner wordt dichterbij de geschoven. Terwijl de verzorgende dit doet, zegt ze het tegen de bewoner. Ook geeft ze aan dat ze zijn hemdje uit gaat doen. De bewoner probeert hierbij te helpen door zijn arm op te tillen en beiden zijn even stil. De verzorgende begint te praten wanneer ze een natte washand voorhoudt bij de bewoner en benoemt dat hij zijn gezicht mag gaan wassen. De bewoner wast zijn gezicht en de verzorgende maakt een andere washand nat. Zij geeft aan dat ze zijn rug gaat wassen en begint daar ook mee. De bewoner wast ook zijn borst en zijn arm. De verzorgende droogt zijn rug af. Tijdens deze handelingen wordt niet gepraat. Na een stilte vraagt de bewoner of de verzorgende de washand van zijn hand af wil doen. Dit doet de verzorgende en zij wast zijn andere arm. Daarna droogt ze deze arm af en de bewoner helpt door zijn arm op te tillen. Ook nu wordt er niet gepraat. Wanneer de verzorgende klaar is met afdrogen van de borst en arm, geeft ze de handdoek aan de bewoner en vraagt ze of hij de andere arm kan afdrogen. De bewoner droogt zich af en de verzorgende pakt ondertussen een hemd. De verzorgende wacht totdat de bewoner klaar is met afdrogen en droogt hem daarna nog iets af. Vervolgens trekt de verzorgende het hemd aan bij de bewoner. De bewoner helpt hierbij wanneer hij kan en kijkt ondertussen voor zich uit. Tijdens deze handelingen zijn de bewoner en de verzorgende beiden stil. In dit fragment is er geen oogcontact tussen de verzorgende en de bewoner.

Interpretatie van het fragment

In dit fragment lijkt er sprake te zijn van ondersteuning van de behoefte autonomie door de verzorgende. De verzorgende vergroot deze autonomie door te benoemen welke zorghandelingen ze uitvoert. Tevens laat ze de bewoner zelf zorghandelingen uitvoeren, zoals het wassen en afdrogen van zijn gezicht. De verzorgende neemt de tijd, zodat de bewoner dit zelf kan doen. De bewoner doet zelf ook een beroep op zijn autonomie door zijn wensen aan te geven. Hij vraagt namelijk of de verzorgende zijn andere arm wil wassen. Tevens probeert de bewoner een eigen aandeel in de zorg te hebben, door te helpen waar mogelijk. Er lijkt weinig tot geen ondersteuning te zijn van de behoefte verbondenheid in dit fragment. Er wordt niet gekletst over andere onderwerpen dan over de zorghandelingen. Tijdens de zorghandelingen zijn de bewoner en de verzorgende regelmatig stil, op enkele aanwijzingen en benoeringen over de zorg na. Daarnaast toont de bewoner weinig emoties. Wel gaat de verzorging redelijk in overeenstemming. Geconcludeerd kan worden dat er sprake lijkt van ondersteuning van autonomie bij de bewoner en dat er weinig bevordering door de verzorgende is qua verbondenheid tussen de verzorgende en de bewoner in dit fragment.

Koppeling met literatuur

Autonomie lijkt te worden bevorderd in dit fragment doordat de verzorgende de zorghandelingen die ze uitvoert, benoemt. Jacelon (2002) stelt dat de autonomie van de bewoner bevorderd wordt door hem/haar van tevoren informatie te geven over een bepaalde gebeurtenis of activiteit. Van der Kruk et al. (2007) stellen dat door de dagelijkse verzorgende handelingen toe te lichten, er goed onderbouwde keuzes gemaakt kunnen worden dat de autonomie kan bevorderen. De van Dale (2005) omschrijft autonomie onder meer als het hebben van zelfstandigheid. De verzorgende doet in dit fragment een beroep op de zelfstandigheid van de bewoner, door hem zelf handelingen te laten uitvoeren, waardoor de autonomie van de bewoner wordt bevorderd. De bewoner heeft een keuze of hij deze handelingen wil uitvoeren. Waar mogelijk helpt de bewoner ook mee met de zorghandelingen. Hierdoor heeft de bewoner een aandeel in zijn eigen zorg. Uit het onderzoek van van de Kempe (2011) blijkt ook dat de basisbehoefte autonomie vervuld wordt door de bewoner zelfstandig taken uit te laten voeren of zijn/haar zelfstandigheid te bevorderen.

Wanneer gekeken wordt naar de literatuur over verbondenheid kan gesteld worden dat er in dit fragment geen sprake lijkt van ondersteuning wat betreft verbondenheid. Om verbondenheid te ondersteunen, kan er volgens Keizer (2011) gepraat worden over ditjes en

datjes, gepraat worden over onderwerpen die belangrijk zijn voor de bewoner en kan er samen gelachen worden. In dit fragment gebeurt dit niet. Daarnaast is het tijdens de zorghandelingen vaak stil en wordt er weinig oogcontact gemaakt. Daarom lijkt het dat de behoefte verbondenheid niet bevorderd wordt.

Kijkend naar de communicatie wordt duidelijk dat er sprake is van taakgerichte communicatie, aangezien de communicatie alleen gaat over de verzorging die wordt geboden (Grainger, 1993). Daardoor is er geen ruimte voor emotiegerichte communicatie, want het emotionele vlak van de bewoner wordt niet besproken (Caris-Verhallen et al., 1997).

Wanneer er een vergelijking gemaakt wordt met de vijf communicatie clusters (Caris-Verhallen et al., 1999) kan gesteld worden dat er sprake is van *communicatie over verzorging en gezondheid*. Er wordt vooral over de zorghandelingen gesproken. Tevens is er sprake van *communicatie die de ontmoeting structureert*, aangezien de verzorgende uitingen doet die richting en leidinggeven. Ze geeft de bewoner instructies, door aan te geven dat hij een bepaalde handeling mag gaan uitvoeren. De andere drie clusters, *sociale communicatie*, *affektieve communicatie* en *communicatie over levensstijl en gevoel*, komen niet aan bod in dit fragment.

Gezien wordt dat in dit fragment autonomie wordt ondersteund door taakgerichte communicatie, communicatie die de ontmoeting structureert en communicatie over verzorging en gezondheid. Wanneer dit wordt vergeleken met tabel 1 uit het theoretisch kader blijken er geen verschillen te bestaan. In de tabel komt ook naar voren dat deze communicatiestijlen autonomie kunnen bevorderen. Communicatie over verzorging en gezondheid kan ook bijdragen aan verbondenheid, echter is daar in dit fragment geen sprake van.

4.1.3 Fragment 3

Het tweede fragment stopt wanneer meneer Z. van boven is gewassen. Vervolgens wordt hij aangekleed. Het aankleden gebeurt in de vier minuten die tussen het tweede en derde fragment zitten. Vlak voordat fragment 3 begint, staat de bewoner rechtop met een hulpstuk in plaats van dat hij in zijn rolstoel zit. Het fragment start op het moment dat Karin het overhemd van meneer Z. in zijn broek doet en aangeeft dat ze zo nog even moeten scheren.

Transcriptie van het fragment

V: Zo nog even sche::ren, °dan is het klaar° ((Verzorgende kleedt de bewoner aan en is met haar taak bezig))

B: (3.5) dat moet dan beter gebeuren dan dat ze gister gedaan hebben!= ((Bewoner zoekt oogcontact met de verzorgende))

V: =met ↑SCHEREN ja, ik zie het aan de kin, ((Verzorgende kleedt de bewoner verder aan))
((Verzorgende en bewoner lachen))

B: (.) Ja

V: (1.0) Daar is iets misgegaan?

V: (3.0) Doet u altijd nat ↑scheren of liever met scheerapparaat?=
B: =ik doe het zelf altijd met de elektrische.=

V: =°ja ja°=

B: =hebben ze me nat geschoren en ↓ja

[V: °een beetje°]

[B: dat ging een beetje mis]

V: een beetje gehavend uit de strijd gekomen he? =((Verzorgende lacht naar de bewoner))

B: =JA! ((Bewoner lacht hard op))

V: (.) Ik zie het ja °ooh° ((Verzorgende kleedt bewoner aan))

V: (5.0) JA u mag weer komen zitten= ((Verzorgende helpt de bewoner met het zitten door hem te ondersteunen wanneer hij gaat zitten))

B: =(iets) Mag ik het zwartje jasje aan hebben? ((Bewoner wijst naar het zwarte jasje dat in de kamer hangt)) ((Verzorgende kijkt naar hetgeen waar de bewoner naar wijst))

V: (.) Ja volgens mij wel ik zal eens even kijken, ((Verzorgende ruimt het hulpstuk op waarmee de bewoner kan blijven staan))

B: (.)

V: (1.5) Mag u uw voeten eraf laten °glijden°. ((Verzorgende kijkt naar voeten van de bewoner)) ((Bewoner zet zijn voeten van het materiaal af))

V: (.) ((Verzorgende gaat op zoek naar het zwarte jasje van bewoner)) ((Bewoner gaat anders zitten om beter te kunnen kijken wat de verzorgende doet))

B: (7.0) °Ja, dat°

V: (.) Deze?=((Verzorgende zoekt naar jasje en laat hem aan de bewoner zien))

B: =Ja!

V: (1.0) °en een tasje?°

((Verzorgende en bewoner doen samen het jasje aan)) ((Bewoner doet zijn eigen rits dicht en werkt samen met de verzorgende))

(42.0)

V: °het zit nog niet helemaal naar mijn zin.°° ((Verzorgende is bezig met jasje van de bewoner recht te trekken))

B: (.) Wat?=
 V: =Ik zei, HET ZAT NOG NIET HELEMAAL NAAR MIJN ZIN=((Verzorgende lacht naar de bewoner en herhaalt zichzelf))

V: =°Zo zittie goed! ° ((Verzorgende doet de mouw van bewoner recht)) ((Bewoner kijkt naar verzorgende))

V: (11.0) °u wilt het tasje er altijd doorheen he? ° ((Verzorgende legt haar hand op die van de bewoner wanneer zijn arm goed ligt en pakt het tasje))

B: (.)°hm°° ((Verzorgende doet tasje bij de bewoner om))

V: (20.0) °het scheerapparaat? ° = ((Verzorgende zoekt in de kast naar het scheerapparaat)) ((Bewoner haalt zijn wenkbrauwen op en kijkt naar de verzorgende))

B: =Nee het scheerapparaat ligt () ((Bewoner wijst met zijn duim naar achter in de kamer))

V: (.) In de badkamer↑? = ((Verzorgende volgt instructie van de bewoner op en loopt naar achter)) ((Bewoner volgt kijkend de verzorgende))

B: =°nee hier° ((Bewoner wijst naar de plek waar het scheerapparaat ligt)) ((Verzorgende volgt de aanwijzing van de bewoner op))

V: (1.0) Och↑ hier °ja° ((Verzorgende pakt het scheerapparaat en gaat naar de bewoner toe))

V: (7.0) Wilt u graag voor de spie↑gel scheren °of gewoon hier bij het bed°? ((Verzorgende knielt neer bij de bewoner op ooghoogte en kijkt hem aan)) ((Bewoner maakt ook oogcontact met de verzorgende))

B: () °Ik heb daar nog wel spiegeltje staan°° =((Verzorgende gaat op zoek naar de spiegel)) ((Bewoner draait zich bij om te kijken waar de verzorgende naar toe gaat))

V: =een klein spiegeltje.=

B: =ja!

(23.0) ((Verzorgende maakt de spullen klaar voor het scheren)) ((Bewoner volgt elke beweging van de verzorgende en wacht af))

V: °even scheren°° ((Verzorgende geeft scheerapparaat aan de bewoner en houdt een spiegel voor zijn gezicht, ook schuift ze hem iets dichterbij)) ((Bewoner neemt scheerapparaat aan en begint te scheren))

B: ()

(25.0) ((*Verzorgende houdt de bewoner vast en kijkt toe hoe hij zichzelf scheert*)) ((*Bewoner scheert zijn gezicht*))

V: Zal ik even he::lpen? ((*Verzorgende neemt scheerapparaat over van de bewoner*))

B: JA! ((*Bewoner geeft het scheerapparaat aan verzorgende*))

V: (3.0) Mag u de spiegel vasthouden als u dat wilt. ((*Verzorgende geeft spiegel aan de bewoner en neemt het scheren over*))

V: (3.5) (iets) kunt u kijken naar uw mooie baard↓! ((*Verzorgende scheert de baard van de bewoner en houdt hem ondertussen vast*))

V: (7.0) Klein↑ stukje naar voren, °heb ik iets meer snoer°. ((*Verzorgende rijdt de rolstoel van de bewoner naar voren*))

V: (.)°Zou dat kunnen?°= ((*Verzorgende haalt de rem van de rolstoel en vraagt ondertussen toestemming om de bewoner te verplaatsen*))

B: =Ja! ((*Verzorgende rijdt bewoner naar voren en gaat verder met scheren*)) ((*Verzorgende ondersteunt het hoofd van de bewoner tijdens het scheren*))

Feitelijke beschrijving van het fragment

Dit fragment start wanneer de bewoner staat, zodat de verzorgende het overhemd in de broek van de bewoner kan stoppen. Ondertussen zegt de verzorgende tegen hem dat ze zo nog gaan scheren. De bewoner maakt daarop een opmerking en begint te lachen. Zodoende ontstaat er een gesprekje over de scheerbeurt van gisteren. De verzorgende heeft oogcontact met de bewoner wanneer ze begint met praten en ondertussen kleedt ze de bewoner verder aan. Ze vraagt naar de scheergewoonten van de bewoner. Wanneer de bewoner aangeeft dat hij normaal elektrisch scheert, maar dat er gister nat geschoren is, maakt de verzorgende een grapje en kijkt ze naar het gezicht van de bewoner. De bewoner en de verzorgende moeten beiden om het grapje lachen. Op het moment dat de verzorgende klaar is met het aankleden van de bewoner geeft ze aan dat hij weer mag komen zitten. Hierbij ondersteunt ze de bewoner. De bewoner kijkt voor zich uit, vraagt of hij het zwarte jasje aan mag en wijst ernaar. De verzorgende kijkt naar hetgeen waar de bewoner naar wijst en geeft aan dat ze voor hem gaat kijken. Ze ruimt eerst het hulpstuk op en gaat daarna op zoek om het jasje te pakken. De bewoner gaat verzitten om te kunnen zien wat de verzorgende doet. De verzorgende vraagt om bevestiging bij de bewoner door het jasje te laten zien aan hem. Ook pakt ze zijn tasje. Daarna trekt de verzorgende het jasje aan bij de bewoner. De bewoner

helpt door voorover te leunen en zijn arm op te tillen. Gedurende het aantrekken van het jasje wordt er eerst niet gepraat en is er geen oogcontact. Op een gegeven moment geeft de verzorgende aan dat het jasje nog niet helemaal goed zit en trekt ze aan het jasje. De bewoner verstaat haar niet. Dan lacht de verzorgende naar hem en herhaalt hetgeen ze gezegd heeft nog eens. Vervolgens legt de verzorgende de hand van de bewoner op de leuning van de rolstoel en doet ze hem het tasje om. Wanneer de verzorgende weg loopt, trekt de bewoner zijn wenkbrauwen op en kijkt hij wat ze doet. Dan vraagt de verzorgende naar het scheerapparaat en geeft de bewoner aan dat het scheerapparaat achter hem ligt. Ook wijst hij met zijn duim naar de plek waar het apparaat ligt. De verzorgende loopt naar die plek toe en pakt het scheerapparaat. Wanneer ze het apparaat heeft, loopt ze terug naar de bewoner en wil ze hem iets vooruit schuiven. Ondertussen laat ze zich op dezelfde ooghoogte met de bewoner zakken en kijkt ze hem aan, terwijl ze hem twee keuzemogelijkheden geeft over de plek van het scheren. De bewoner wijst aan dat er ergens nog wel een spiegel is en de verzorgende gaat er naar op zoek. De bewoner volgt haar met zijn blik zo ver hij kan. Vervolgens komt de verzorgende terug met een spiegeltje en kijkt de bewoner haar na. De verzorgende maakt de spullen gereed voor het scheren en schuift de rolstoel iets naar voren. De bewoner wacht af. Dan doet de verzorgende het scheerapparaat aan en geeft ze het aan de bewoner. De bewoner pakt het apparaat beter vast en begint zich te scheren. Ondertussen houdt de verzorgende hem een spiegel voor en houdt ze de rolstoel vast. Daarnaast kijkt ze naar het scheren van de bewoner en wacht ze totdat hij klaar is. Na een halve minuut vraagt de verzorgende of ze even zal helpen met scheren en de bewoner geeft haar het apparaat. Ze vraagt dan of de bewoner de spiegel vast wil houden. Ze scheert de baard van de bewoner en ze houdt hem vast. Ook praat ze tegen hem over zijn baard. Dan schuift ze de bewoner iets naar voren en benoemt ze naar hem dat ze dit doet. Ze haalt de rem van de rolstoel en vraagt toestemming om hem te verplaatsen. De bewoner kijkt wat ze doet. Daarna gaat ze verder met scheren en ondersteunt ze zijn hoofd. Tijdens het scheren is er geen oogcontact tussen de bewoner en de verzorgende.

Interpretatie van het fragment

In dit fragment lijkt er zowel sprake van bevordering van autonomie als van bevordering van verbondenheid. Autonomie wordt het hele fragment door bevorderd. Dit doet de verzorgende doordat ze vraagt naar de scheergewoonten van de bewoner en hem keuzemogelijkheden geeft. De bewoner geeft zijn wensen aan en de verzorgende gaat hierin mee. Wanneer de verzorgende het jasje van de bewoner pakt, vraagt ze om goedkeuring van

de bewoner, waardoor er dus zelfbeschikking is bij de bewoner. De verzorgende trekt de bewoner het jasje aan en de bewoner helpt mee waar mogelijk. Ook betreft de verzorgende de bewoner in de zorghandelingen. Zo vraagt ze hem waar het scheerapparaat is. De autonomie wordt verder nog bevorderd, doordat ze de bewoner zelf laat kiezen waar hij zich wil scheren en hem het scheren zelf laat uitvoeren. Ze neemt hiervoor de tijd. Voordat ze de bewoner gaat helpen met scheren, vraagt ze eerst om zijn toestemming, waardoor er weer zelfbeschikking bij de bewoner is. Ook benoemt ze welke handelingen ze uitvoert en vraagt ze opnieuw toestemming als ze de bewoner wil verplaatsen. Zodoende betreft ze de bewoner telkens bij de zorghandelingen. De bewoner weet wat hem te wachten staat en lijkt niet verbaasd of te worden verrast. Verbondenheid wordt vooral in het begin van dit fragment bevorderd doordat er gesproken wordt over de scheerbeurt van gisteren. Dit is waarschijnlijk een belangrijk onderwerp voor de bewoner, want hij snijdt dit onderwerp aan na een opmerking van de verzorgende. De verzorgende reageert verbaal op de bewoner en kijkt hem aan. Ook maakt de verzorgende een grapje, waar ze beiden om moeten lachen. Verder maakt ze regelmatig oogcontact met de bewoner wanneer ze tegen hem praat. De bewoner kijkt de verzorgende ook aan. Later in het fragment zijn ze vaker stil en vindt er minder oogcontact plaats tussen de bewoner en de verzorgende. Geconcludeerd kan worden dat er in dit fragment sprake is van zowel ondersteuning van autonomie bij de bewoner als van ondersteuning van verbondenheid tussen de bewoner en de verzorgende.

Koppeling met literatuur

De basisbehoefte autonomie kan worden vervuld door keuzemogelijkheden aan te bieden volgens Kasser en Ryan (1999). In dit fragment geeft de verzorgende de bewoner keuzemogelijkheden en gaat ze mee met zijn wensen. Daardoor heeft de bewoner zelfbepaling over de verzorging, iets dat ook belangrijk is voor het ervaren van autonomie (Deci & Ryan, 2000). Tevens wacht de verzorgende geduldig wanneer de bewoner de zorghandelingen zelf uitvoert. Van der Kruk et al. (2007) beschrijven dat het voor autonomie van de bewoner van belang is dat de verzorgende qua handelingen bij het tempo van de bewoner aansluit. De verzorgende vraagt meerdere keren om toestemming voordat ze een handeling uitvoert en daarnaast benoemt ze ook de handelingen. Door de handelingen te benoemen en toestemming te vragen bij de bewoner, behandelt de verzorgende hem als individu, iets dat ook van belang is voor het ervaren van autonomie (Suhonen et al., 2011).

Verbondenheid wordt in dit fragment bevorderd door te praten met de bewoner over een onderwerp dat voor hem belangrijk is, namelijk de scheerbeurt van gisteren (Keizer, 2011). De verzorgende reageert hier verbaal op. Tevens is er meerdere keren oogcontact. Daarnaast wordt er een grapje gemaakt en wordt er samen gelachen, iets dat ook bijdraagt aan de behoefte verbondenheid (Keizer, 2011).

Doordat de verzorgende de autonomie van de bewoner bevordert door te praten over de verzorging en hem daar keuzes in aan te bieden, kan gezegd worden dat er vooral sprake is van taakgerichte communicatie in dit fragment (Grainger, 1993). Tevens is er ruimte voor emotiegerichte communicatie op het moment dat de verzorgende en bewoner spreken over de scheerbeurt van gisteren. De verzorgende toont empathie en begrip richting de bewoner dat valt onder emotiegerichte communicatie (Caris-Verhallen et al., 1997).

Wanneer er wordt gekeken naar de vijf clusters van communicatie (Caris-Verhallen et al., 1999) kan worden geconcludeerd dat er sprake is van *affectieve communicatie*. De verzorgende geeft de bewoner verbale aandacht en ze toont empathie. Ook kan er worden gezegd dat er wordt gecommuniceerd over *levensstijl en gevoel*. De verzorgende vraagt naar de scheergewoonten van de bewoner, waardoor ze meer inzicht krijgt in zijn levensstijl. Daarnaast is er sprake van *communicatie over verzorging en gezondheid*, aangezien de communicatie gaat over de zorghandelingen die worden uitgevoerd. Ook is er sprake van *communicatie die de ontmoeting structureert*, want de verzorgende vraagt naar de wensen en opinie van de bewoner. Het cluster *sociale communicatie* komt niet aan bod in dit fragment.

Gezien wordt dat autonomie wordt ondersteund in dit fragment door taakgerichte en emotiegerichte communicatie, door communicatie over levensstijl en gevoel, door communicatie over verzorging en gezondheid en door communicatie die de ontmoeting structureert. Verbondenheid wordt ondersteund door taakgerichte en emotiegerichte communicatie, communicatie over levensstijl en gevoel, communicatie over verzorging en gezondheid, affectieve communicatie en communicatie die de ontmoeting structureert. Wanneer dit wordt vergeleken met tabel 1 uit het theoretisch kader blijkt dat er een verschil is omtrent het cluster communicatie die de ontmoeting structureert. In dit fragment blijkt het bij te dragen aan de ondersteuning van beide behoeften en in de tabel komt naar voren dat het alleen kan bijdragen aan autonomie.

4.2 Video 2 – Verzorgende 2 Agnes

In video 2 is de bewoner, meneer Z. te zien samen met verzorgende 2, Agnes (zie paragraaf 3.3 voor de beschrijving van de bewoner en verzorgende). De fragmenten die gekozen zijn, zullen hieronder verder worden uitgewerkt en beschreven.

4.2.1 Fragment 1

Video 2 start wanneer meneer Z. op het toilet zit in de badkamer. Agnes loopt heen en weer om de spullen te pakken die ze nodig heeft om meneer Z. te kunnen wassen en aankleden. Na bijna anderhalve minuut is Agnes gereed en begint ze met de verzorging van meneer Z. Op dat moment start het eerste fragment.

Transcriptie van het fragment

V: ZO-! ((Verzorgende begint de bewoner zijn hemd uit te trekken)) ((Bewoner helpt door zijn arm op te tillen en kijkt voor zich uit))

V: (13.0) Uw vrouw dacht dat ze al klaar was met fil↑men, maar u mag nog een keer↑

B: Oh↑(.) ((Lacht)) mag ik nog een keer. ((Verzorgende begint het gezicht van de bewoner te wassen))

B: (7.0) ((Lacht)) Ik was toch al film↓ster dus.

V: (1.0) Beroemde man word↑ je dadelijk nog. ((Verzorgende wast het gezicht van de bewoner))

B: (.)Ja.=

V: =Kijk maar uit↑ dat je dan geen aanbiedingen krijgt (.) nog.=

B: =((Lacht)) Ook dat nog!

V: Op je oude dag! ((Lacht))

B: (.)Ja:: ja.

V: (9.0) Dat zou niet gek↑ zijn. Zou je dat nog doen? ((Verzorgende droogt het gezicht van de bewoner))

B: (1.5) Neuh.= ((Lacht))

V: ((Lachend))=TOCH NIET?

B: (1.5) Heb in mijn leven wel ge↑noeg gedaan.=

V: =Ja::a dat is wel zo.

V: (5.0) °Dat is zo°. ((Verzorgende wast het lichaam van de bewoner, er is geen oogcontact))

B: (2.0) De tijd dat ik in Duits↑land heb moeten wer::ken. ((Bewoner zoekt oogcontact met de

verzorgende, na een paar seconden krijgt hij oogcontact))

V: (1.5) Ja::a!

B: (1.0) Daar hebben de jongelui tegenwoordig geen beeld van.

V: Nee↓ maar dat kan je ook geen voorstelling van ma↑ken[

B: =Nee!

V:=ei]genlijk he?=
 B: =°Nee°=
 V: =Als je (.)> als je dat niet meemaakt hebt< (3.5) dan euh (.) ja dan is dat gewoo:n niet zo. ((*Verzorgende stopt met wassen en begint met de bewoner af te drogen*))

B: =°Nee°=
 V: =Als je (.)> als je dat niet meemaakt hebt< (3.5) dan euh (.) ja dan is dat gewoo:n niet zo. ((*Verzorgende stopt met wassen en begint met de bewoner af te drogen*))

V: (7.5) Dat is net zo dat dat mensen het hebben over de oor↑log en dergelijke.=

B: =Ja.
 V: Dan eu[h::

B: Dat] weten ze niet.=

V: =Nee. Daar kunnen wij ons geen voorstelling van ma↑ken.

B: (.) Ik heb hier bom::bardement↑ meegema::kt.=

V: =Ja::a.=

B: =In Duitsland een bom::bardement↑ meegema::kt. (2.0) Ik heb in een speciaal treintje↓

gezetten.= ((*Er is oogcontact tussen bewoner en verzorgende*))

V: ((*Glimlacht*))= Ja::a ook↑ nog ja.=

B: =Als machinist.=

V: =Ja.
 B: (.) En daar waar (iets) gewoon net als speelgoed in me↑kaar gescho::ven worden.=

V: =Ja.=

B: =En de wijken waar gebombardeerd was (1.5) kon ik ook met treintje heen rij::den. En

West-Albatorn en die (iets)= ((*Bewoner zoekt oogcontact en verzorgende kijkt terug*))

V: =Ja=. ((*Verzorgende stopt met afdrogen*))

B: =En zo (iets)[

V: Zo]

B: (iets) kon niemand meer in de straat↓ ko::men!

V: Echt waar?=
 B: =Ja!
 V: (4.5) Ja das echt wel euh (1.0) ja heftig dan eigenlijk!= ((*verzorgende stopt met wassen en begint met afdrogen*))

B: =Ja!
 V: (4.5) Ja das echt wel euh (1.0) ja heftig dan eigenlijk!= ((*verzorgende stopt met wassen en begint met afdrogen*))

B: =Ja!
 V: (4.5) Ja das echt wel euh (1.0) ja heftig dan eigenlijk!= ((*verzorgende stopt met wassen en begint met afdrogen*))

B: =Ja!
 V: (4.5) Ja das echt wel euh (1.0) ja heftig dan eigenlijk!= ((*verzorgende stopt met wassen en begint met afdrogen*))

B: =Ja::a

V: (10.0) °Ja.° (1.0) Zo gaa::t het, he?

Feitelijke beschrijving van het fragment

Dit fragment start wanneer de verzorgende het hemd van de bewoner uit wil trekken. De bewoner helpt hierbij door zijn arm op te tillen. Na een stilte begint de verzorgende te kletsen over het filmen en maakt ze oogcontact. De bewoner antwoordt en lacht. De verzorgende pakt een natte washand en begint het gezicht van de bewoner te wassen. Het is even stil en daarna maakt de bewoner een grapje en kijkt hij de verzorgende lachend aan. De verzorgende gaat door met wassen en reageert verbaal op het grapje van de bewoner. Ze glimlacht ook. Ze begint de bewoner af te drogen en ondertussen is het even stil. Daarna gaat ze door op het vorige onderwerp en de bewoner reageert verbaal hierop. Telkens wordt er met een lachend gezicht door beiden geantwoord en ondertussen wordt er af en toe oogcontact gezocht. De verzorgende heeft de washand opnieuw gepakt en begint het lichaam van de bewoner te wassen. De bewoner probeert zijn armen op te tillen. Na een korte stilte begint hij te praten over zijn verleden en zoekt hij oogcontact met de verzorgende. Tijdens het vervolg van dit gesprek voert de verzorgende handelingen uit, zoals het wassen en afdrogen van de bewoner. Tijdens het gesprek vindt er af en toe oogcontact plaats. De bewoner vertelt over zijn verleden en de verzorgende luistert naar hem en reageert op hetgeen de bewoner zegt. Nadat hij is afgedroogd, pakt de verzorgende opnieuw de washand. Er valt een korte stilte en ze begint de rug van de bewoner te wassen. Daarna pakt ze het gesprek weer op door verbaal te reageren. Wanneer ze klaar is met wassen, begint ze de rug van de bewoner af te drogen. Er valt opnieuw een stilte, deze keer iets langer, totdat de verzorgende een soort slot opmerking plaatst.

Interpretatie van het fragment

Wanneer dit fragment begint, lijkt er geen sprake te zijn van ondersteuning van autonomie en verbondenheid. Er wordt niet gepraat en de handelingen worden niet benoemd. De verzorgende voert zorghandelingen uit en ondertussen zijn de bewoner en de verzorgende beiden stil. Later bevordert de verzorgende verbondenheid tussen haar en de bewoner door met hem te kletsen. De bewoner maakt grapjes. Er wordt door beiden oogcontact gemaakt en gelachen om de grapjes. Er wordt gekletst en de beurten gaan over en weer. Allebei hebben ze een glimlach op hun gezicht. Ondertussen is er geen sprake van autonomie doordat de

bewoner geen inspraak heeft in de verzorging en de verzorgende alle handelingen zelf uitvoert zonder ze te benoemen. De bewoner zet de verbondenheid voort door te praten over zijn verleden. De verzorgende reageert hier verbaal op en af en toe is er sprake van oogcontact. Er vindt dus sociaal contact plaats over een onderwerp dat van belang is voor de bewoner. Geconcludeerd kan worden dat er dit fragment geen sprake lijkt van ondersteuning van autonomie bij de bewoner door de verzorgende, maar er wel sprake lijkt van ondersteuning van verbondenheid tussen de verzorgende en bewoner.

Koppeling met literatuur

Autonomie kan worden bevorderd wanneer de verzorgende de handelingen, die worden uitgevoerd, benoemt (Van der Kruk et al., 2007). In dit fragment is daarvan geen sprake. De verzorgende voert alle handelingen zelf uit, zonder dit aan te geven aan de bewoner en biedt de bewoner geen zelfstandigheid, iets wat wel onder autonomie valt (van Dale, 2005). De bewoner heeft geen inspraak in de geleverde zorg, er is geen keuzevrijheid en geen zelfbepaling. Zelfbepaling (Deci & Ryan, 2000) en keuzevrijheid (Kasser en Ryan, 1999) dragen beide bij aan de vervulling van autonomie. Echter werkt de bewoner wel mee, door zijn arm op te tillen tijdens het uitkleden. Gezegd kan worden dat het lijkt dat autonomie niet wordt bevorderd door de verzorgende in dit fragment.

Verbondenheid kan worden vervuld door te kletsen over ditjes en datjes, door samen te lachen en door te kletsen over onderwerpen die belangrijk zijn voor de bewoner (Keizer, 2011). Van deze drie aspecten is in dit fragment allemaal sprake. Er wordt samen gelachen om grapjes en er wordt gekletst over onderwerpen die de bewoner zelf aandraagt en over ditjes en datjes. Daarnaast is er oogcontact tussen de bewoner en de verzorgende en gaan de beurten over en weer. Er vindt sociale interactie plaats wat de verbondenheid kan bevorderen (Kaminski et al., 2010).

Er is in dit fragment vooral sprake van emotiegerichte communicatie. Door te praten over het verleden van de bewoner wordt er gewerkt aan het opbouwen van een goede relatie tussen de bewoner en de verzorgende (Caris-Verhallen et al., 1997). Er wordt niet gepraat over de zorghandelingen die worden uitgevoerd, waardoor geconcludeerd kan worden dat er geen taakgerichte communicatie plaats vindt (Grainger, 1993).

Wanneer er een vergelijking wordt gemaakt met de vijf communicatie clusters van Caris-Verhallen et al. (1999) kan gesteld worden dat er sprake is van *sociale communicatie*, aangezien er persoonlijke gesprekken plaatsvinden over het verleden van de bewoner, er

gekletst wordt en er plagerijen plaatsvinden, die geen functie hebben in de zorgactiviteiten. Ook geeft de verzorgende verbale aandacht aan de bewoner en toont ze empathie dat overeenkomt met *affectieve communicatie*. De overige clusters, *communicatie die de ontmoeting structureert*, *communicatie over verzorging en gezondheid* en *communicatie over levensstijl en gevoel* komen niet aan bod in dit fragment.

Gezien wordt dat in dit fragment de behoefte verbondenheid wordt ondersteund door emotiegerichte communicatie, sociale communicatie en affectieve communicatie. Dit komt overeen met tabel 1 uit het theoretisch kader, waarin staat dat deze communicatiestijlen bijdragen aan de bevordering van verbondenheid.

4.2.2 Fragment 2

Een kleine zes minuten na het einde van fragment 1, start fragment 2. In die zes minuten is meneer Z. gewassen, afgedroogd en aangekleed door Agnes. Vlak voordat fragment 2 start, staat meneer Z. rechtop en doet Agnes hem een riem om zijn broek. Het tweede fragment start wanneer Agnes de riem dicht heeft en vraagt op welke manier meneer Z. zich wil omdraaien om in de rolstoel te kunnen gaan zitten.

Transcriptie van het fragment

V: °Zo.° Zal ik de stok pakken of ga je met de BEA?

B: Ik ga (iets)=

V: =Ga je zo?

B: (.) °Mag meer nog een beetje°=

V: =Zal ik het een beetje dichterbij zetten? ((Verzorgende schuift rolstoel dichterbij))

B: Ja ietskes, zo::o ja.

B: (5.0) °Kan dat een beetje schoon?° ((Bewoner wijst naar de rolstoel))

V: (0.5) Watte?=
B: =Al die spatten water. ((Verzorgende kijkt naar rolstoel en zoekt oogcontact met bewoner))

V: (.)De?

B: (.) Hij is nat (.) °helemaal.°

V: °Ach (.) achachachachachach° ((Verzorgende pakt een handdoek en maakt de rolstoel droog))

B: (.) Ja (iets) schoon. (4.5) JA!= ((Verzorgende doet alsof ze de bewoner een tikje geeft met de handdoek)) ((Bewoner lacht)) ((Bewoner zoekt contact met de cameravrouw terwijl de

verzorgende de rolstoel droog maakt))

V: =JA? Tevreden? ((*Bewoner begint zich om te draaien*))

B: (.) Ja.

V: (.) Dan kom maar! ((*Verzorgende staat naast de bewoner met haar armen wijd om de bewoner op te vangen en ondersteunt hem waar nodig*))

V: (10.0) Klein stukje nog, J::ja.

B: (3.0) Goed gelukt? ((*Verzorgende rijdt de rolstoel achteruit en de bewoner richt zich tot de cameravrouw*))

V: ((*Lacht*)) (2.0) Zo.

Feitelijke beschrijving van het fragment

Dit fragment start wanneer de bewoner is aangekleed en zich wil omdraaien om in de rolstoel te gaan zitten. De verzorgende geeft hem twee keuzemogelijkheden voor wat betreft de manier hoe hij gaat omdraaien. De bewoner kiest en de verzorgende vraagt of ze de rolstoel iets dichterbij zal zetten en doet dit direct. Dan wacht ze totdat de bewoner zich om gaat draaien. De bewoner vraagt of de rolstoel droog gemaakt kan worden en wijst naar de zitting. De verzorgende verstaat hem niet en vraagt wat hij zegt. Ze zoekt oogcontact met de bewoner. De bewoner probeert het nogmaals duidelijk te maken door te wijzen en andere bewoording te gebruiken. Ook deze keer verstaat de verzorgende hem niet. Ze vraagt om verduidelijking en zoekt weer oogcontact met de bewoner. Dan geeft de bewoner het nogmaals aan en begrijpt de verzorgende wat hij bedoelt. De verzorgende pakt quasi mopperend een handdoek en maakt de rolstoel droog. De bewoner glimlacht. Wanneer de bewoner dan een opmerking maakt, geeft de verzorgende hem voor de grap een tikje met de handdoek. De bewoner moet hier om lachen en zoekt contact met de cameravrouw. Wanneer de verzorgende klaar is met het droogmaken van de rolstoel vraagt ze om goedkeuring van de bewoner. Daarna geeft ze aan dat de bewoner zich kan gaan omdraaien. Dit doet de bewoner dan ook. De verzorgende houdt de rolstoel vast en ze staat erbij om de bewoner te kunnen ondersteunen en te kunnen opvangen. De bewoner draait zelf om, maar op een gegeven moment ondersteunt de verzorgende de bewoner licht en geeft ze een verbale aanwijzing. Wanneer de bewoner in de rolstoel zit, ontgrendelt de verzorgende de stoel. Dan rijdt ze de bewoner naar achter. De bewoner maakt een grapje richting de cameravrouw en kijkt haar lachend aan. De cameravrouw, de verzorgende en de bewoner lachen er allen om.

Interpretatie van het fragment

In dit fragment lijkt de bewoner autonomie te hebben. De verzorgende geeft hem namelijk keuzemogelijkheden over de manier waarop hij om wil draaien om in zijn rolstoel te gaan zitten. De bewoner draait zich zelfstandig op de gekozen manier om en de verzorgende wacht totdat de bewoner in de rolstoel zit. Er wordt verder niet gepraat en er lijkt geen sprake van bevordering van de verbondenheid door de verzorgende. Wel biedt ze hem lichte ondersteuning en geeft ze hem een verbale aanwijzing. Ook heeft de bewoner zelf aangegeven dat de rolstoel nat is en hij vraagt of deze drooggemaakt kan worden. Er is dan nog steeds geen sprake van verbondenheid, aangezien de verzorgende hem niet verstaat. Het lijkt of de verzorgende het minder belangrijk vindt dan de bewoner om de rolstoel droog te maken dan de bewoner, doordat ze een beetje mopperend reageert. Echter probeert ze dan de verbondenheid op te pakken door er een grapje van te maken. De bewoner moet er wel om lachen, maar echte verbondenheid tussen de verzorgende en bewoner ontstaat er niet. De bewoner zoekt namelijk contact met de cameravrouw in plaats van met de verzorgende. Geconcludeerd kan worden dat er in dit fragment wel sprake lijkt te zijn van bevordering van autonomie bij de bewoner en dat er geen sprake lijkt te zijn van bevordering van verbondenheid tussen de bewoner en verzorgende.

Koppeling met literatuur

Bij autonomie gaat het om het gevoel te hebben van vrijheid en keuzemogelijkheden (Kasser en Ryan, 1999). Belangrijk daarbij is dat er eigen beslissingen worden genomen (Van der Kruk et al., 2007). Dat is wat er gebeurt in dit fragment. De bewoner krijgt keuzemogelijkheden voorgelegd en daarop neemt hij zelf een beslissing. Ook geeft de bewoner zelf aan wat zijn wensen zijn. De bewoner beroept zich dus op zijn zelfbepaling, wat ook meewerkt bij het ervaren van autonomie (Deci & Ryan, 2000). Zodoende kan geconcludeerd worden dat er sprake lijkt te zijn van bevordering van de behoefte autonomie.

Er wordt in dit fragment weinig gepraat over ditjes en datjes (Keizer, 2012). Te zien is dat er weinig oogcontact is tussen de bewoner en verzorgende. Ook zoekt de bewoner meerdere keren contact met de cameravrouw. Er is zodoende geen gevoel van saamhorigheid, hetgeen van belang is bij verbondenheid (Van Dale, 2005), omdat de verzorgende het droogmaken van de rolstoel minder belangrijk vindt dan de bewoner dat vindt. Ze probeert de verbondenheid te herstellen met een grapje (Keizer, 2011), echter heeft dit weinig effect, want de bewoner blijft zich richten tot de cameravrouw.

Taakgerichte communicatie is communicatie die gaat over de zorgtaken die worden uitgevoerd (Grainger, 1993). Gesteld kan worden dat dit de soort communicatie is waar het in dit fragment om gaat. Er wordt gesproken over de manier van omdraaien en over de rolstoel die betrekking heeft op de zorghandeling. Er is in dit fragment geen ruimte voor emotiegerichte communicatie. Dit is communicatie over de gevoelens, communicatie waardoor de bewoner zich op zijn gemak voelt en waardoor er een goede relatie wordt opgebouwd met de bewoner (Caris-Verhallen et al., 1997).

Wanneer er een vergelijking wordt gemaakt met de vijf communicatie clusters (Caris-Verhallen et al., 1999) is er sprake van *communicatie die de ontmoeting structureert*. De verzorgende geeft instructies en vraagt meerdere keren om verduidelijking bij de bewoner. Tevens vraagt ze naar zijn mening of de rolstoel droog genoeg is. Daarnaast komt er ook *communicatie over verzorging en gezondheid* voor in dit fragment, doordat de verzorgende de bewoner een keuze biedt op welke manier hij zich wil omdraaien. Gezegd zou kunnen worden dat er tevens heel kort sprake is van *sociale communicatie*, omdat er plagerij plaatsvindt wanneer de bewoner aangegeven heeft dat de stoel nog niet droog is. Deze communicatie vindt echter wel voornamelijk non-verbaal plaats. De overige clusters, *affectieve communicatie* en *communicatie over levensstijl en gevoel* komen niet aan bod in dit fragment.

Gezien wordt dat de behoefte autonomie wordt ondersteund in dit fragment door taakgerichte communicatie, communicatie die de ontmoeting structureert en communicatie over verzorging en gezondheid. Verbondenheid tussen de bewoner en de verzorgende komt niet echt van de grond. Echter probeert de verzorgende door middel van sociale communicatie de verbondenheid wel te bevorderen. Wanneer dit vergeleken wordt met tabel 1 uit het theoretisch kader komt overeen dat taakgerichte communicatie, communicatie die de ontmoeting structureert en communicatie over verzorging en gezondheid bijdragen aan de bevordering van autonomie. Communicatie over verzorging en gezondheid zou volgens de tabel ook verbondenheid kunnen ondersteunen. In dit fragment lijkt daar geen sprake van te zijn. In de tabel staat dat sociale communicatie kan bijdragen aan de behoefte verbondenheid, dit komt overeen met de poging die de verzorgende in dit fragment doet.

4.2.3 Fragment 3

Vier minuten nadat fragment 2 eindigt, start fragment 3. In de tussentijd is het gezicht van meneer Z. geschoren door Agnes. Na het scheren zijn meneer Z. en Agnes naar een andere kamer gegaan om daar te gaan tandenpoetsen. Voordat ze gaan tandenpoetsen heeft Agnes nog eerst de bril bij meneer Z. opgedaan. Het derde fragment begint wanneer Agnes de tandenborstel van meneer Z. klaarmaakt om daarna zijn tanden te kunnen gaan poetsen.

Transcriptie van het fragment

((Verzorgende legt handdoek over bewoner als slabber en maakt de tandenborstel klaar))

((Bewoner rijdt naar de wastafel toe)) ((Verzorgende gaat met de tandenborstel naar de mond van de bewoner)) ((Bewoner doet zijn mond open wanneer de tandenborstel eraan komt))

V: (12.0) Ik zei tegen Truus vanmorgen, André Ri[↑]eu komt vanavond!⁼ *((Verzorgende poetst de tanden van devbewoner))*

B: = Oh ja?⁼ *((Bewoner geeft antwoord met de tandenborstel in zijn mond))*

V: =om half 10!

V: (6.0) Truus wist ook niet dat hij kwam↓

V: (5.0) °op Nederland 1°° *((Verzorgende gaat door met tandenpoetsen)) ((Bewoner geeft geen antwoord)) ((Verzorgende haalt de tandenborstel uit de mond van de bewoner en pakt een beker met water om te spoelen)) ((Bewoner doet zijn mond open en pakt de waterbeker aan)) ((Bewoner spoelt zijn mond)) ((Verzorgende steekt haar hand uit om de beker weer te pakken)) ((Bewoner spoelt nogmaals)) ((Verzorgende trekt daarop haar hand terug en wacht totdat de bewoner gereed is))((Bewoner heeft gespoeld en de verzorgende pakt de beker))*

V: .hHh.

V (1.0) Ja? *((Verzorgende maakt de spoelbeker schoon)) ((Intussen droogt de bewoner zijn mond af)) ((Verzorgende is klaar met omspoelen, richt zich weer tot de bewoner en droogt zijn mond nogmaals af)) ((Bewoner is stil en kijkt voor zich uit))*

(11.0) *((Verzorgende maakt het kunstgebit van bewoner schoon en loopt naar hem toe)) ((Bewoner doet zijn mond open en krijgt het gebit in))*

B: Ja.

V: J::a::aa?

Feitelijke beschrijving van het fragment

Dit fragment start met het feit dat de verzorgende een handdoek over de bewoner legt als slabber en ze zijn tandenborstel klaar gaat maken. De bewoner gebruikt de handdoek om zijn mond af te vegen. De verzorgende is bezig met het klaarmaken van de tandenborstel en de bewoner kijkt naar haar terwijl ze dit doet. Door het camerastandpunt in dit fragment is de gezichtuitdrukking van de bewoner niet te zien. Wanneer ze de tandenborstel klaar heeft, loopt ze naar de bewoner toe en houdt ze hem de tandenborstel voor de mond. Hij doet zijn mond open en de verzorgende begint zijn tanden te poetsen. Tijdens deze handelingen wordt er niet gesproken door de bewoner en de verzorgende. De verzorgende poetst zijn tanden en na een tijdje begint de verzorgende tegen de bewoner te kletsen. De bewoner geeft antwoord met de tandenborstel in zijn mond. Verzorgende gaat verder met praten en blijft ondertussen poetsen. De bewoner geeft geen antwoord meer. Wanneer het poetsen klaar is, haalt de verzorgende de tandenborstel uit de mond van de bewoner en pakt ze een beker water. De bewoner pakt deze beker aan en begint zijn mond te spoelen. Ondertussen houdt de verzorgende de tandenborstel onder de kraan. Daarna richt ze zich weer tot de bewoner en reikt ze haar hand uit om de beker te pakken. De bewoner spoelt nogmaals en de verzorgende trekt haar hand weer terug. Ze wacht totdat de bewoner klaar is en pakt daarna de beker aan. De beker wordt omgespoeld door de verzorgende en de bewoner veegt zijn mond af met de handdoek. De verzorgende heeft dit niet gezien en veegt nogmaals de mond van de bewoner af met de handdoek. Dan legt ze de handdoek weg. Vervolgens maakt ze het kunstgebit van de bewoner schoon. De bewoner kijkt hoe ze deze handelingen uitvoert. Er wordt door beiden niet gepraat. Wanneer het gebit schoon is, houdt de verzorgende het gebit voor de mond van de bewoner. Hij doet zijn mond open en de verzorgende doet het kunstgebit erin.

Interpretatie van het fragment

In het begin van het fragment lijkt er geen sprake van bevordering van verbondenheid en autonomie te zijn. De verzorgende en bewoner praten niet met elkaar en de zorghandelingen worden door de verzorgende uitgevoerd zonder de bewoner hierbij te betrekken. Na een tijdje wil de verzorgende verbondenheid creëren door met de bewoner te gaan kletsen. Echter verloopt dit moeizaam, omdat de bewoner een tandenborstel in zijn mond heeft en daardoor niet goed kan praten. Hij probeert antwoord te geven, maar dit is moeilijk. De verzorgende vervolgt het gesprek en de bewoner reageert niet meer. Daardoor ontstaat er geen verbondenheid tussen de bewoner en de verzorgende, ondanks dat de

verzorgende hier wel moeite voor doet. Gezegd kan worden dat de verzorgende niet het juiste moment kiest om verbondenheid te bevorderen. Doordat de verzorgende alle zorghandelingen uitvoert, de bewoner geen keuzes biedt en de zorghandelingen niet benoemt, heeft de bewoner geen autonomie in dit fragment. Geconcludeerd kan worden dat er een poging tot verbondenheid is gedaan door de verzorgende, maar dat dit moeizaam verliep. Daarnaast lijkt er in dit fragment geen sprake van bevordering van autonomie bij de bewoner door de verzorgende.

Koppeling met literatuur

In dit fragment lijkt er geen sprake te zijn van ondersteuning van de behoefte autonomie door de verzorgende. Alle zorghandelingen worden uitgevoerd door de verzorgende en de bewoner heeft hier geen inspraak in. De zorghandelingen worden niet benoemd. Om autonomie te bevorderen is het van belang om de handelingen te benoemen (Van der Kruk et al., 2007) en de bewoner inspraak te geven in de verzorging (Kasser en Ryan, 1999). Ook worden er geen keuzes aangeboden door de verzorgende, wat echter wel van belang is als het om het ervaren van autonomie gaat (Amorose & Anderson-Butcher, 2007). Echter geeft de verzorgende wel non-verbaal aan wat er gaat gebeuren, door bijvoorbeeld de tandenborstel, de beker of het gebit bij de bewoner voor te houden. Dit zou eventueel de autonomie kunnen ondersteunen, maar dit lijkt in dit fragment niet het geval te zijn.

Er wordt in dit fragment een poging tot verbondenheid gedaan, doordat de verzorgende begint te kletsen over ditjes en datjes. Gebleken is uit onderzoek van Keizer (2011) dat dit bij kan dragen aan het vervullen van de behoefte verbondenheid. Echter lukt het de bewoner niet om te antwoorden, doordat hij een tandenborstel in zijn mond heeft. De verzorgende praat nog door, maar de bewoner reageert er niet meer op. Er ontstaat dus geen verbale interactie tussen de verzorgende en bewoner en daarmee geen verbondenheid. Wel heeft er ondersteuning van de behoefte verbondenheid plaatsgevonden door de verzorgende.

In dit fragment is er geen sprake van taakgerichte communicatie, aangezien de verzorgende niet over de zorghandelingen praat met de bewoner. Daarnaast benoemt ze niet wat ze doet (Grainger, 1993). Er is geen sprake van bezorgdheid, begrip of empathie door de verzorgende, wat wel het geval is wanneer men spreekt van emotiegerichte communicatie (Caris-Verhallen et al., 1997). Wel zou gezegd kunnen worden dat de verzorgende een poging doet om een goede relatie op te bouwen en de bewoner zich op zijn gemak te laten voelen. Dit

zijn ook aspecten van emotiegerichte communicatie volgens Caris-Verhallen et al. (1997). Echter komt dit niet echt van de grond, doordat de bewoner een tandenborstel in zijn mond heeft en moeilijk kan praten.

Wanneer er wordt vergeleken met de vijf communicatie clusters (Caris-Verhallen et al., 1999) kan worden geconcludeerd dat er alleen sprake is van *sociale communicatie*. De verzorgende praat over iets wat er op de televisie komt. De andere clusters, *affectieve communicatie*, *communicatie die de ontmoeting structureert*, *communicatie over verzorging en gezondheid* en *communicatie over levensstijl en gevoel*, komen niet aan bod in dit fragment. De verzorgende praat in het begin met de bewoner, maar wanneer het gesprek stil valt, wordt er verder niet meer gecommuniceerd tijdens de zorghandelingen.

Gezien wordt in dit fragment dat de poging, die wordt gedaan om verbondenheid te bevorderen, tot stand komt uit emotiegerichte communicatie en sociale communicatie. In de tabel uit het theoretisch kader komt naar voren dat deze communicatiestijlen bijdragen aan de ondersteuning van verbondenheid.

4.3 Video 3 – Verzorgende 3 Marion

In video 3 is de bewoner, meneer Z. te zien samen met verzorgende 3, Marion (zie paragraaf 3.3 voor de beschrijving van de bewoner en verzorgende). De fragmenten die gekozen zijn, zullen hieronder verder worden uitgewerkt en beschreven.

4.3.1 Fragment 1

Het eerste fragment start gelijk wanneer Marion voor het eerst die dag op de kamer van meneer Z. komt om hem de ochtendzorg te gaan verlenen.

Transcriptie van het fragment

V: Meneer van Z.! ((Verzorgende komt kamer binnenlopen en de bewoner ligt in bed))

B: (.)Ja

V: Goei::ie::emorgen!=

B: =Ja. (iets) toilet toe.

V: Wou je naar het toilet toe?=
 B: =Ja.= ((Bewoner probeert zichzelf omhoog te hijsen))

V: =Nou (1.0) dan pak ik even de BEA (.) derbij. ((Bewoner probeert zichzelf nog steeds omhoog te hijsen)) ((Bewoner kreunt)) ((Bewoner kijkt naar de verzorgende)) ((Verzorgende

maakt ruimte op het bed)

V: (4.0) Dan moeten we maar even van onder aankleden he? Voordat je naar het toilet gaat. Kan dat nog?

B: Ja.=

V: =Ja? Of is er haast bij?

B: (.) Nou.

V: Is de nood hoog? (*Verzorgende loopt even weg bij de bewoner en lacht naar de cameravrouw*)

B: (2.5) Oah dat kan nog wel. (*Bewoner probeert zich omhoog te hijsen en gaat weer liggen*) (*Bewoner kijkt om zich heen en houdt zijn steun boven het bed vast*)

V: (21.0) (*Verzorgende komt terug bij het bed van de bewoner en doet het bed omhoog*) Heb je een beetje kunnen slapen (.) na gisteren?

B: (1.0) Slecht geslapen.

V: Heb je slecht geslapen? (*Verzorgende knikt naar bewoner*)

B: Ja! (1.0) Hele nacht krampen gehad (.) in mijn been.

V: ↑O::oh?

B: (2.5) Het was ook gisteravond helemaal rood he? (.) Rood (.) door het zwachtelen.

V: Het zwachtelen? Heb ik het, had ik het te strak gedaan dan?=
B: =Ja.

V: (1.0) En had je daar overdag geen last van dan?

B: Nee.=

V: =Niet?

V: (2.0) Weet je waar ik dat (*Verzorgende kijkt in een lade*) Oh hier. (*Bewoner kijkt naar verzorgende*)

V: Ik had toch↓ het idee↑ dat ik het niet strak euh

B: (.) Ik doe ze vandaag ook niet om (.) Ik moet vanmiddag naar the zo meteen ook nog [naar therapie.

V: Nou dan lijkt] het me toch wel slimmer dat je het wel doet.

B: Nee::e! (*Bewoner schudt zijn hoofd en kijkt naar verzorgende*) Loop ik veel beter!

V: (1.0) Wil je ze niet om?=
B: =Nee::e Nee- (*Bewoner schudt met zijn hoofd en kijkt naar voren, weg van verzorgende*)

V: °Ja::a°=
B: =Beslist niet! (*Bewoner kijkt naar verzorgende*)

V: Ja.

B: Ik heb nou nog pijn aan mijn been! ((*Bewoner haalt been iets omhoog en kijkt naar verzorgende*))

V: Ja?

B: Ja.

V: (.) Nou, ja het is uw beslissing↑ (.) He? ((*Verzorgende kijkt eerst naar het kastje en dan naar de bewoner*)) ((*Verzorgende begint de bewoner van onder aan te kleden*))

Feitelijke beschrijving van het fragment

Dit fragment start wanneer de bewoner in zijn bed ligt en de verzorgende voor het eerst die dag op zijn kamer komt. De verzorgende komt binnenlopen en ze groet de bewoner. De bewoner geeft aan dat hij naar het toilet moet en probeert zich daarna op te trekken aan de steun boven zijn bed. Hierbij kijkt de bewoner ingespannen. De verzorgende vraagt of de bewoner het kan volhouden als ze hem eerst van onder aankleedt. Terwijl ze dit vraagt, kijkt ze de bewoner aan. Tijdens het overleg loopt de verzorgende even weg en lacht ze naar de cameravrouw. De bewoner kijkt voor zich uit, geeft aan dat het nog wel kan en probeert zich omhoog te hijsen. Dan kijkt hij om zich heen en blijft hij de steun boven zijn bed vasthouden. De verzorgende komt terug bij het bed van de bewoner en doet het bed omhoog. Ze kijkt naar de bewoner en ze vraagt of hij goed heeft geslapen. De bewoner geeft antwoord en de verzorgende reageert daar verbaal op. Ook knikt ze naar de bewoner. De bewoner kijkt de verzorgende vragend aan. Het gesprek gaat verder over slecht slapen door het zwachtelen en ondertussen is er oogcontact tussen hen. Verzorgende doet de zijkanten van het bed omlaag en kijkt in de lade van het nachtkastje. De bewoner kijkt naar de verzorgende. De verzorgende vervolgt het gesprek over het zwachtelen. De bewoner geeft aan dat hij de zwachtels vandaag niet om wil. De verzorgende reageert daarop door te zeggen dat ze het verstandiger vindt dat de bewoner ze wel om doet. De bewoner kijkt naar de verzorgende, hij reageert ontkennend en schudt zijn hoofd. De verzorgende vraagt of de bewoner de zwachtels niet om wil en schudt daarbij haar hoofd. De bewoner schudt met zijn hoofd, kijkt voor zich uit en geeft aan dat hij de zwachtels beslist niet om wil. Daarna maakt hij opnieuw oogcontact met de verzorgende. De verzorgende stopt iets in de lade en kijkt even weg van de bewoner naar het kastje. Ze geeft aan dat het zijn beslissing is en kijkt hem weer aan. Dan loopt ze naar het voeteneind en begint ze de bewoner van onder aan te kleden. De bewoner volgt haar met zijn ogen.

Interpretatie van het fragment

In het begin van dit fragment geeft de bewoner direct aan dat hij naar het toilet moet. Gezegd zou kunnen worden dat er sprake lijkt van autonomie, doordat de bewoner zijn eigen wens aangeeft en de verzorgende met die wens aan de slag gaat en wil zorgen dat de bewoner naar het toilet kan gaan. De verzorgende bevordert de autonomie van de bewoner door hem een keuze aan te bieden over het tijdstip van naar het toilet gaan. Ook later in het fragment lijkt er sprake van autonomie, doordat de bewoner zelf de keuze maakt over het feit dat hij zijn been vandaag niet gezwachteld wil hebben. Echter geeft de bewoner dit uit zichzelf aan en wordt dit niet ingeleid door een keuzemogelijkheid van de verzorgende. In die zin heeft de verzorgende geen bevorderende rol wat betreft autonomie, maar is het de bewoner zelf die gebruik maakt van autonomie. Tevens benoemt de verzorgende niet welke handelingen ze uitvoert. In het fragment doet de verzorgende een poging om verbondenheid te creëren tussen de verzorgende en de bewoner. De verzorgende vraagt of de bewoner goed heeft geslapen. Er wordt over gepraat en af en toe is er oogcontact tussen hen. Het gesprek wordt vervolgd over het zwachtelen van het been van de bewoner. De bewoner maakt een eigen keuze en heeft daardoor autonomie, maar de verzorgende is het niet eens met deze keuze. De bewoner blijft bij zijn standpunt en verwoordt dit krachtig. De verzorgende laat duidelijk merken het er niet mee eens te zijn, waardoor er geen gevoel van saamhorigheid is tussen de bewoner en de verzorgende. Geconcludeerd kan worden dat er in dit fragment sprake lijkt van autonomie, zonder ondersteuning van de verzorgende en dat er in het begin sprake lijkt van bevordering van verbondenheid. Later in het fragment lijkt er van deze verbondenheid geen sprake meer. Gesteld kan zelfs worden dat de autonomie van de bewoner als het ware botst met de verbondenheid tussen de bewoner en verzorgende.

Koppeling met literatuur

De basisbehoefte autonomie kan worden vervuld wanneer de bewoner keuzes heeft en eigen beslissingen kan nemen over de verzorging (Kasser & Ryan, 1999). In dit fragment maakt de bewoner een beslissing over het niet zwachtelen van zijn benen. Ook neemt de bewoner zelfinitiatie door aan te geven dat hij naar het toilet moet. De verzorgende speelt hierop in en geeft de bewoner de keuze of hij direct naar het toilet toe wil of nog even kan wachten. Zelfinitiatie is ook een aspect van autonomie volgens Amorose & Anderson-Butcher (2007). Verder heeft de verzorgende in dit fragment niet echt een rol om de autonomie van de bewoner te ondersteunen. Ze geeft hem weinig keuzemogelijkheden en benoemt niet welke

handelingen ze verricht, terwijl het benoemen van de handelingen wel de autonomie kan vergroten (Van der Kruk et al., 2007). Tevens voert ze zelf de handelingen uit, waardoor ze geen beroep doet op de zelfstandigheid van de bewoner. De van Dale (2005) beschrijft zelfstandigheid juist als een aspect van autonomie.

In het begin van het fragment probeert de verzorgende verbondenheid te creëren door de bewoner te begroeten en te vragen of hij goed heeft geslapen. Ze gaat met hem een praatje aan, wat de verbondenheid zou kunnen bevorderen (Keizer, 2011). Af en toe is er oogcontact, maar er wordt niet samen gelachen. Dit is iets dat de verbondenheid ook zou kunnen beïnvloeden (Keizer, 2011). Later in het fragment lijkt autonomie te botsen met verbondenheid. De bewoner maakt een beslissing waar de verzorgende niet achterstaat en de verzorgende laat dit duidelijk merken. De bewoner voelt zich hierdoor niet op zijn gemak, dit is te zien aan zijn non-verbale communicatie, zoals het hoofd wegdraaien en boos kijken. Hierdoor is er geen saamhorigheid. Saamhorigheid is juist een aspect van verbondenheid (van Dale, 2005). Gezegd zou kunnen worden dat de autonomie van de bewoner ondersteund wordt ten koste van de verbondenheid tussen de bewoner en verzorgende.

In dit fragment is er zowel sprake van taakgerichte communicatie als van emotiegerichte communicatie. Er wordt gesproken over de zorghandelingen, zoals het zwachtelen, wat wordt verstaan onder taakgerichte communicatie (Grainger, 1993). Ook wordt er aandacht besteed aan het emotionele aspect, want de verzorgende vraagt of de bewoner goed heeft geslapen en praat daar met hem over. Ze toont belangstelling richting de bewoner, waardoor gezegd kan worden dat er sprake is van emotiegerichte communicatie (Caris-Verhallen et al., 1997). Echter kan er ook gezegd worden dat er weinig begrip is bij de verzorgende over het slechte slapen van de bewoner, hetgeen de emotiegerichte communicatie vermindert.

Wanneer er een vergelijking wordt gemaakt met de vijf communicatie clusters van Caris-Verhallen et al. (1999) kan er geconcludeerd worden dat er sprake is van *sociale communicatie*, doordat de verzorgende begint te praten met de bewoner en ze vraagt of hij goed heeft geslapen. Er is geen sprake van *affectieve communicatie*, omdat de verzorgende weinig empathie en begrip lijkt te tonen voor het feit dat de bewoner aangeeft slecht te hebben geslapen door pijn aan zijn gezwachtelde been. Daarnaast is er ook sprake van *communicatie over verzorging en gezondheid*, want er wordt gesproken over het wel of niet zwachtelen van het been. De andere drie clusters, *affectieve communicatie*, *communicatie die de ontmoeting structureert* en *communicatie over levensstijl en gevoel*, komen niet aan bod in dit fragment.

Gezien wordt dat in dit fragment taakgerichte en emotiegerichte communicatie aan bod komen, evenals communicatie over verzorging en gezondheid en sociale communicatie. In dit geval bevordert de communicatie over verzorging en gezondheid de autonomie van de bewoner, maar doet het afbreuk aan de verbondenheid wat overeen komt met tabel 1 uit het theoretisch kader. De emotiegerichte en sociale communicatie in het begin van het fragment dragen bij aan verbondenheid, zoals ook in tabel 1 naar voren komt. Van deze verbondenheid is geen sprake meer tijdens de communicatie over verzorging en gezondheid en de taakgerichte communicatie.

4.3.2 Fragment 2

Ruim zeven minuten na het einde van fragment 1, start fragment 2. Intussen is meneer Z. van onder aangekleed door Marion om naar het toilet te kunnen. Hij is met een hulpstuk staand verplaatst van de slaapkamer naar de badkamer. In de badkamer is hij geschoren door Marion. Het tweede fragment begint wanneer Marion buiten beeld van de camera een washand aan het pakken is en begint te praten tegen meneer Z.

Transcriptie van het fragment

V: Heeft u gisteren nog voet[↑]ballen gekeken °ofniet°? ((Verzorgende is buiten de camera bezig met water pakken)) ((Bewoner kijkt naar verzorgende))

B: (2.0) Ja, °klein stuk wel gezien ja° ((Verzorgende heeft zeep gepakt en begint de rug van de bewoner te wassen)) ((Bewoner buigt naar voren))

V: (.) Ik hoorde vanmorgen op de radio, moest NEC ergens in Rotterdam voet[↑]ballen ofzo? ((Verzorgende wast bewoner))

B: (4.0) °hm°=

V: =KAN dat?=((Verzorgende wast de borst van bewoner))

B: =dat kan wel ja.

V: (1.0) Hoorde dat er nog knokken was ge[↓]weest. = ((Verzorgende wast de borst van de bewoner))

B: =°oh ja?°=

V: =JA! Er zitten er 5 vast! ((Verzorgende wast de buik van bewoner)) ((Bewoner probeert oogcontact te zoeken maar krijgt dit niet))

B: °Tegen Sparta hebben ze gevoet[↑]bald°= ((Bewoner houdt zijn arm omhoog)) ((Verzorgende wast de arm van bewoner))

V: =°Ja ik heb er verder geen verstand van°°

B: ()

V: HM? ((Verzorgende kijkt naar bewoner en vraagt om herhaling van zijn verhaal))

B: () SPARTA= ((Bewoner probeert harder en duidelijker te praten))

V: =JA!

B: (8.0) Ja ik heb nooit gevoetbald!= ((Verzorgende droogt de armen van bewoner af))
((Bewoner maakt oogcontact en lacht bij zijn zin))

V: =Nee?=
B: =Nee! Ik heb altijd gekorf↑bald! ((Bewoner zoekt oogcontact met de camera))
((Verzorgende gaat verder met afdrogen van bewoner))

V: (.) K::orfbal?= ((Verzorgende droogt bewoner af))

B: =Ja!= ((Bewoner kijkt trots in de camera))

V: =Wat apart.

B: (.) °ja↓° ((Bewoner kijkt weg van de camera en verliest de lach op zijn gezicht))

V: (7.0) ZIE je niet veel meer he korf↑bal, of↑wel?=
B: =°Mwoah ja°°= ((Bewoner knikt ja)) ((Verzorgende gaat door met afdrogen en kijkt bij
hoofdknikken naar de bewoner))

V: =WEL?

V: (1.0) Ik had altijd een he↑kel aan balspellen, eee::uugh! ((Bewoner gaat niet op de
opmerking van verzorgende in)) ((Verzorgende gaat door met afdrogen van bewoner))

V: =WEL?

V: (1.0) Ik had altijd een he↑kel aan balspellen, eee::uugh! ((Bewoner gaat niet op de
opmerking van verzorgende in)) ((Verzorgende gaat door met afdrogen van bewoner))

Feitelijke beschrijving van het fragment

In dit fragment zit de bewoner in de badkamer om gewassen te worden. De verzorgende begint een gesprek door te vragen of de bewoner gisteren nog voetbal heeft gekeken. Terwijl de verzorgende begint te praten, loopt ze naar de bewoner toe om zijn rug te gaan wassen. De bewoner kijkt naar de verzorgende en buigt voorover, zodat de verzorgende er beter bij kan. Tijdens het wassen, wordt het gesprek vervolgd over de voetbalwedstrijd. Af en toe kijken de verzorgende en de bewoner naar elkaar en soms is er oogcontact. Ook zoekt de bewoner een keer oogcontact en lukt hem dit niet te krijgen. Daarna wil de verzorgende zijn armen wassen en de bewoner helpt door zijn arm op te tillen. Het gesprek gaat verder over de voetbalwedstrijd. De verzorgende verstaat de bewoner niet en kijkt hem aan wanneer ze om verduidelijking vraagt. De bewoner probeert harder en duidelijker te praten. De verzorgende droogt de armen van de bewoner af. Het gesprek over voetbal wordt vervolgd

door de bewoner. Hij kijkt daarbij de verzorgende aan en glimlacht. De verzorgende reageert verbaal op de bewoner. Dan richt de bewoner zijn blik op de cameravrouw en vervolgt hij het gesprek door met een glimlach te zeggen dat hij altijd heeft gekorfbald. De verzorgende reageert hierop door te zeggen dat ze dat apart vindt. De bewoner kijkt dan weg van de camera. Hij kijkt voor zich uit en zijn lach verdwijnt van zijn gezicht. De verzorgende gaat verder met het afdrogen van de armen van de bewoner. Er valt een korte stilte en dan vervolgt ze het gesprek. Ook probeert ze oogcontact te maken met de bewoner, maar de bewoner blijft voor zich uit kijken. De bewoner is het niet eens met de verzorgende en knikt. Dan maakt de verzorgende een opmerking dat ze altijd een hekel heeft aan balspellen. Ondertussen probeert ze weer oogcontact te maken, maar dit mislukt opnieuw. De bewoner reageert niet op de opmerking van de verzorgende. De verzorgende gaat verder met het afdrogen van de bewoner.

Interpretatie van het fragment

In dit fragment doet de verzorgende een poging tot het bevorderen van de verbondenheid tussen de verzorgende en bewoner. Er vindt een gesprek plaats over voetbal en ondertussen is er af en toe oogcontact. Tevens heeft de bewoner op een gegeven moment een glimlach op zijn gezicht. Gezegd zou kunnen worden dat er lichte verbondenheid ontstaat. Echter is dit van korte duur, doordat de verzorgende niet aansluit bij de bewoner. De bewoner snijdt een onderwerp aan dat belangrijk voor hem is, maar de verzorgende reageert hier negatief op. Te zien is dat de glimlach van de bewoner wegebt en dat de bewoner zich richt tot de cameravrouw. De verzorgende probeert nog wel oogcontact te maken met de bewoner, maar hij blijft voor zich uit kijken. De bewoner is het niet eens met de verzorgende en reageert niet meer op de opmerking van de verzorgende. In dit fragment lijkt er geen sprake van bevordering van autonomie bij de bewoner door de verzorgende. Alle zorghandelingen worden uitgevoerd door de verzorgende en de bewoner heeft geen inspraak over de manier waarop en wanneer deze handelingen worden uitgevoerd. Ook benoemt de verzorgende niet wat ze doet. Geconcludeerd zou kunnen worden dat er in dit fragment, ondanks een poging van de verzorgende, geen verbondenheid bestaat. Daarnaast lijkt er geen sprake te zijn van ondersteuning van autonomie.

Koppeling met literatuur

In dit fragment worden alle zorghandelingen uitgevoerd door de verzorgende. De verzorgende laat de bewoner niet zelfstandig enkele taken uitvoeren en ze bevordert zijn zelfstandigheid niet. Van Dale (2005) omschrijft autonomie juist als zelfstandigheid. Er is voor de bewoner geen inspraak in de manier waarop de zorg wordt geboden en de verzorgende benoemt niet welke handelingen ze uitvoert. Het benoemen van de handelingen (Van der Kruk et al., 2007) en inspraak hebben (Kasser en Ryan, 1999) zijn belangrijke aspecten van het begrip autonomie.

Gebleken uit onderzoek van Keizer (2011) is dat verbondenheid kan worden vervuld door te praten over ditjes en datjes, door te praten over een onderwerp dat belangrijk is voor de bewoner en door samen te lachen. De verzorgende probeert te voldoen aan de bevordering van de basisbehoefte verbondenheid door over ditjes en datjes te praten, zoals voetbal. Er is af en toe oogcontact en de beurten gaan over en weer. Echter wordt daarna de behoefte verbondenheid niet meer ondersteund, doordat de verzorgende niet aansluit bij de bewoner. De bewoner begint over een onderwerp dat voor hem belangrijk is en de verzorgende reageert hier negatief op. Te zien is dat de bewoner dit niet leuk vindt, doordat zijn glimlach van zijn gezicht verdwijnt en hij geen oogcontact meer zoekt met de verzorgende. De bewoner richt zijn blik tot de cameravrouw en op een gegeven moment reageert hij niet meer op de verzorgende. Er is zodoende geen saamhorigheid en de bewoner krijgt niet het gevoel dat hij geliefd is. Saamhorigheid (Van Dale, 2005) en het gevoel hebben geliefd te zijn (Kasser en Ryan, 1999), zijn belangrijke aspecten voor het ervaren van verbondenheid. Zodoende kan gesteld worden dat de verbondenheid die in het begin van het fragment wordt bevorderd, later in het fragment wegebt.

Taakgerichte communicatie is communicatie die gaat over de verzorging die geboden wordt (Grainger, 1993). In dit fragment wordt er niet over de verzorging gesproken en is er dus geen sprake van taakgerichte communicatie. Tevens komt de emotiegerichte communicatie niet uit de verf. Dit is namelijk communicatie waardoor een goede relatie wordt opgebouwd met de bewoner, waardoor vertrouwen wordt gegeven aan de bewoner en waardoor de bewoner zich comfortabel voelt (Caris-Verhallen et al., 1997). Er wordt in dit fragment gesproken over sport. Maar doordat de verzorgende niet aansluit bij de bewoner en duidelijk te zien is aan de bewoner dat hij dit niet leuk vindt (weg kijken van verzorgende, glimlach verdwijnt, contact maken met cameravrouw), kan geconcludeerd worden dat er geen goede relatie opgebouwd wordt. Zodoende kan gesteld worden dat er alleen een poging tot

emotiegerichte communicatie plaatsvindt.

Wanneer er een vergelijking wordt gemaakt met de vijf communicatie clusters van Caris-Verhallen et al. (1999) kan worden geconcludeerd dat er sprake is van *sociale communicatie* in dit fragment. Er wordt namelijk gepraat over sport en dit heeft geen functie in de verzorgende handelingen. Het lijkt er op dat de verzorgende geen empathie toont en niet aansluit bij de bewoner. Daarnaast wordt er niet gepraat over de verzorging, over het gevoel van de bewoner of over zijn gezondheid. Ook geeft de verzorgende geen leiding of richting. Daardoor kan gezegd worden dat de overige clusters, *affectieve communicatie*, *communicatie die de ontmoeting structureert*, *communicatie over verzorging en gezondheid* en *communicatie over levensstijl en gevoel*, niet aan bod komen in dit fragment.

Gezien wordt dat er in dit fragment een poging tot bevordering van verbondenheid wordt gedaan, door middel van sociale communicatie. Wanneer dit wordt vergeleken met tabel 1 uit het theoretisch kader is te zien dat sociale communicatie ook volgens de tabel kan bijdragen aan verbondenheid. Doordat deze verbondenheid niet van de grond komt, is er geen sprake van emotiegerichte communicatie.

4.3.3 Fragment 3

Vijf minuten nadat het tweede fragment is geëindigd, begint fragment 3. In die vijf minuten heeft Marion meneer Z. van boven gewassen, afgedroogd en aangekleed. Daarna is meneer Z. gaan staan, zodat Marion hem van onder kon wassen, afdrogen en aankleden. Het derde fragment start, wanneer Marion het overhemd van meneer Z. in zijn broek wil doen. Meneer Z. maakt daar een geintje over.

Transcriptie van het fragment

B: Nou de buik inhouden.= ((Verzorgende doet het overhemd van de bewoner in zijn broek))
((Bewoner zoekt contact met de cameravrouw en maakt een grapje))

V: =He?=
=

B: =Borsten vooruit. ((Verzorgende en bewoner lachen)) ((Verzorgende zoekt oogcontact met bewoner, bewoner kijkt naar de cameravrouw))

V: (2.5) Buik in!=
=

B: =Ja!
=

V: (.) Nou↓ kijk↑ eens. (1.5) Past er perfect in hoor, he? ((Verzorgende snoert de riem van de bewoner aan en tijdens het praten kijkt ze de bewoner aan))

B: Zo is het. ((Lacht))

V: (6.0) °Nou kom° ((Verzorgende heeft moeite om de riem dicht te krijgen))

V: (4.5) Ja::a? ((Verzorgende heeft de riem dicht gekregen))

B: (.)°Ja.°=

V: =Nou >dan gaan we eens even< wat stappen zetten.

B: (.)°Ja.° ((Bewoner draait zich moeizaam om met de driepoot en verzorgende ondersteunt hem door hem vast te houden aan één kant)) ((Snuift))

V: (24.5) Nog één↑ draai,

V: (3.5) Oke↑, Dit vind ik veel fijner gaan! ((Bewoner heeft zich omgedraaid en zit in de rolstoel))

B: Hmm?

V: Dit vind ik echt fijner gaan!=

B: =Ja?=-

V: =Ja! Ma[ak je

B: Ik vind het andere] ↑ makkelijker. ((Oogcontact tussen bewoner en verzorgende))

V: (1.0) Ja::a nee maar dan hang je zo (.) en dan in één↑ keer moet je zo >trekken< en dan moet je zo in die stoel euh.= ((Verzorgende beeldt uit hoe het draaien er op een andere manier uitziet))

B: =°Ja.°

V: (.) Nou deed je het gewoon heel netjes! (.) Ja?

Feitelijke beschrijving van het fragment

Tijdens de start van dit fragment is de verzorgende bezig om het overhemd van de bewoner in zijn broek te doen. De bewoner zoekt contact met de cameravrouw door naar haar te kijken en een grapje te maken. De verzorgende en bewoner lachen beide om dit grapje. De verzorgende zoekt oogcontact met de bewoner. Op dat moment kijkt de bewoner naar de cameravrouw. De verzorgende maakt een opmerking en doet de broek van de bewoner dicht. De bewoner kijkt naar beneden met een glimlach op zijn gezicht. Tijdens het praten, kijkt de verzorgende de bewoner aan. De bewoner blijft naar beneden kijken en de verzorgende snoert de riem van de bewoner aan. Zij kijkt dan ook naar beneden. De verzorgende geeft aan dat de bewoner stappen moet gaan zetten om in de rolstoel te gaan zitten. Ze heeft de bewoner licht bij de arm vast en ondersteunt hem tijdens het omdraaien. Met de andere arm pakt de bewoner de driepoot om zich daarmee om te gaan draaien. Het omdraaien van de bewoner gaat

langzaam en moeizaam. Wanneer de bewoner bijna is omgedraaid, geeft de verzorgende hem een verbale aanwijzing. Nadat de bewoner is omgedraaid en in de rolstoel zit, geeft de verzorgende aan dat zij deze manier van omdraaien veel fijner vindt. Er ontstaat op dat moment oogcontact tussen de bewoner en de verzorgende. De bewoner verstaat niet wat de verzorgende zegt en vraagt om verduidelijking. Deze verduidelijking geeft de verzorgende door hetgeen gezegd is te herhalen. De bewoner reageert hierop door te zeggen dat hij de andere manier gemakkelijker vindt. De verzorgende benadrukt dat ze deze manier fijner vindt en ze beeldt uit hoe het draaien eruit ziet tijdens de, volgens haar, minder fijne manier. Tijdens het uitbeelden daarvan is er oogcontact tussen de verzorgende en bewoner. Daarna is er geen oogcontact meer en reageert de bewoner niet op het uitbeelden en op wat de verzorgende daarbij zegt.

Interpretatie van het fragment

In het begin van het fragment probeert de bewoner verbondenheid te creëren door een grapje te maken. De verzorgende lacht erom en probeert oogcontact te maken. Echter richt de bewoner zich tot de cameravrouw en is er van oogcontact met de verzorgende geen sprake. De verbondenheid komt dus niet van de grond. In dit fragment is te zien dat er geen sprake lijkt van bevordering van autonomie bij de bewoner. De bewoner moet omdraaien op een manier die hij niet fijn vindt en hij heeft geen andere keuze. De verzorgende drukt haar manier er door. De bewoner draait wel zelfstandig om. Echter gebeurt dit erg onzeker en wankel, omdat hij zich er niet prettig bij voelt. De verzorgende benadrukt dat ze deze manier veel fijner vindt. De bewoner is het niet met de verzorgende eens en geeft dit ook verbaal aan. Hierdoor is er dus geen saamhorigheid tussen hen en op een gegeven moment is er ook geen oogcontact meer. Geconcludeerd kan worden dat er geen sprake is van zowel bevordering van autonomie bij de bewoner in dit fragment als geen sprake van bevordering van verbondenheid tussen de verzorgende en bewoner.

Koppeling met literatuur

In dit fragment lijkt er geen sprake van ondersteuning van autonomie bij de bewoner door de verzorgende. De verzorgende zet zich niet in voor deze behoefteondersteuning. De bewoner moet zich namelijk omdraaien op de manier zoals de verzorgende het graag wil en de bewoner heeft hier geen inspraak in. Hij heeft niet de mogelijkheid om te kiezen. Keuzemogelijkheden hebben (Kasser en Ryan, 1999) en inspraak hebben in de verzorging

(Deci & Ryan, 2000) zijn van belang als het gaat om het bevorderen van de basisbehoefte autonomie. De bewoner heeft geen zelfbeschikking, iets wat als omschrijving van autonomie wordt gegeven (van Dale, 2005). De bewoner draait echter wel zelfstandig om, wat wel gerekend kan worden onder het bevorderen van autonomie, aangezien zelfstandigheid een aspect van autonomie is (van Dale, 2005). Te zien is dat de bewoner erg onzeker en wankel omdraait en dat hij zich niet prettig voelt bij deze manier. Tevens snuift de bewoner tijdens het omdraaien, wat opgevat kan worden als ontevredenheid.

Verbondenheid kan worden vervuld door het maken van een grapje en samen te lachen (Keizer, 2011). De bewoner begint het fragment door een grapje te maken. Echter richt hij zich vooral tot de cameravrouw en is er geen sprake van oogcontact met de verzorgende. Zodoende kan gesteld worden dat er geen sprake lijkt van verbondenheid tussen de verzorgende en de bewoner. In het midden van het fragment, maakt de verzorgende een grapje waar de bewoner om moet lachen. Eventjes lijkt er dan sprake van verbondenheid. Later in het fragment is er geen saamhorigheid tussen de verzorgende en de bewoner, doordat de bewoner zich moet omdraaien op een manier die niet prettig voor hem is. De verzorgende wil dat het op deze manier gebeurt en ze benadrukt dit meerdere keren. Te zien is dat de bewoner op het eind de verzorgende negeert, wanneer de verzorgende nogmaals haar mening opdringt. Hierdoor kan het zo zijn dat de bewoner zich niet geliefd voelt, wat wel belangrijk is voor de vervulling van verbondenheid (Kasser & Ryan, 1999). Saamhorigheid is ook van belang voor de vervulling van verbondenheid (van Dale, 2005) en daarvan is ook geen sprake. Geconcludeerd kan dus worden dat er verderop in het fragment ook geen bevordering van de behoefte verbondenheid lijkt plaats te vinden.

In dit fragment is er sprake van taakgerichte communicatie, aangezien er wordt gesproken over de verzorging die geboden wordt (Grainger, 1993). Emotiegerichte communicatie komt niet aan bod, want de verzorgende zorgt er niet voor dat de bewoner zich comfortabel voelt, geeft de bewoner geen vertrouwen en bouwt geen goede relatie met hem op. Deze aspecten vallen juist onder emotiegerichte communicatie (Caris-Verhallen et al., 1997). Door de manier waarop de bewoner zich omdraait, namelijk wankel en onzeker, wordt duidelijk dat de bewoner zich niet op zijn gemak voelt. Ook bouwt ze geen goede relatie met hem op door haar eigen wil erdoor te drukken. De bewoner negeert op het eind de verzorgende en hij kijkt haar ook niet aan, waardoor duidelijk wordt dat er op dat moment niet gewerkt is aan een goede relatie.

Wanneer deze communicatie naast de vijf communicatie clusters wordt gelegd (Caris-Verhallen et al., 1999), kan worden geconcludeerd dat er in dit fragment sprake is van *communicatie over verzorging en gezondheid*. In het begin wordt er gepraat over het hemd in de broek doen en later wordt er gepraat over de manier van omdraaien. Daarnaast is er sprake van *communicatie die de ontmoeting structureert*. De verzorgende geeft namelijk de instructie aan de bewoner dat hij enkele stappen moet gaan zetten. Ook vraagt ze om verduidelijking wanneer ze hem niet verstaat. Ook is er kort sprake van *sociale communicatie*, aangezien er sprake is van geklets en plagerij in het begin van dit fragment. *Affectieve communicatie* en *communicatie over levensstijl en gevoel* komen in dit fragment niet aan bod.

Gezien wordt dat over het geheel autonomie en verbondenheid niet bevorderd lijken te worden. In tabel 1 uit het theoretisch kader staat dat taakgerichte communicatie en communicatie die de ontmoeting structureert autonomie kunnen ondersteunen. In dit fragment worden deze communicatiestijlen gebruikt, echter lijkt dit geen bevordering van autonomie tot gevolg te hebben. Tevens staat in de tabel dat communicatie over verzorging en gezondheid autonomie of verbondenheid kan bevorderen. Uit dit fragment blijkt dat wanneer deze stijl ingezet wordt, het niet automatisch tot ondersteuning van autonomie of verbondenheid hoeft te leiden. Dit geldt ook voor sociale communicatie. In de tabel staat dat dit de verbondenheid kan ondersteunen. In dit fragment komt sociale communicatie aan bod, maar wordt de verbondenheid niet ondersteund.

4.4 Beantwoorden van de onderzoeksvragen

Om de hoofdvraag “*Op welke manier worden, door verzorgenden, de basisbehoeften autonomie en verbondenheid van bewoners ondersteund tijdens de ochtendzorg die plaatsvindt tussen een verzorgende en een bewoner in een somatisch verpleeghuis?*” en de daarbij behorende deelvraag “*Welke gedragingen zijn waar te nemen bij de verzorgenden als het gaat om de ondersteuning van de behoeften autonomie en verbondenheid?*” te beantwoorden, zijn er in de paragrafen 4.1 tot en met 4.3 beschrijvingen weergegeven van alle fragmenten en is er te lezen in hoeverre er bevordering plaatsvindt van autonomie en/of verbondenheid. Tevens wordt er duidelijk op welke manieren de autonomie en/of verbondenheid al dan niet wordt ondersteund door de verzorgende of anders gezegd welke gedragingen er waar te nemen zijn bij de verzorgende die de autonomie en/of verbondenheid bevorderen.

Wat betreft de ondersteuning van autonomie zijn de volgende gedragingen van verzorgenden gevonden:

- de bewoner laten weten wat er gaat gebeuren door de zorgtaken te benoemen of door middel van non-verbale communicatie;
- keuzemogelijkheden geven aan de bewoner;
- de bewoner zelf taken laten uitvoeren of zijn zelfstandigheid bevorderen;
- vragen naar de opinie/wensen van de bewoner;
- de bewoner vrijheid geven om zijn/haar behoeften aan te geven;
- geduldig wachten wanneer de bewoner zelf taken uitvoert.

Naast de gedragingen van de verzorgenden, kunnen bewoners ook autonomie ondersteunen. De bewoner kan zelf aangeven wat zijn wensen zijn of initiatief nemen om een taak zelfstandig uit te voeren, wat bij kan dragen aan de bevordering van autonomie.

Wat betreft de ondersteuning van verbondenheid zijn er ook enkele gedragingen van verzorgenden gevonden.

- Verbale interactie:
 - praten over ditjes en datjes;
 - een grapje maken (samen met bewoner lachen);
 - praten over onderwerpen die van belang zijn voor de bewoner;
 - saamhorigheid creëren door aan te sluiten bij de bewoner;
 - niet de eigen mening opdringen.
- Non-verbale interactie:
 - oogcontact maken met bewoner.

Een bewoner kan ook oogcontact maken, grapjes maken en een gesprek beginnen over wat belangrijk voor hem/haar is, hetgeen kan bijdragen aan de ondersteuning van verbondenheid.

Daarnaast zijn er andere deelvragen gesteld in dit onderzoek. Eén daarvan is: *“Door welke communicatiestijlen (emotiegerichte communicatie of taakgerichte communicatie) en door welke van de vijf communicatieclusters worden de behoeften autonomie en/of verbondenheid ondersteund?”*.

Uit de resultaten is gebleken dat autonomie wordt ondersteund door:

- taakgerichte communicatie;
- emotiegerichte communicatie;
- communicatie over verzorging en gezondheid;
- communicatie die de ontmoeting structureert;
- communicatie over levensstijl en gevoel.

Daarnaast blijkt dat verbondenheid wordt ondersteund door:

- taakgerichte communicatie;
- emotiegerichte communicatie;
- affectieve communicatie;
- sociale communicatie;
- communicatie over verzorging en gezondheid;
- communicatie die de ontmoeting structureert;
- communicatie over levensstijl en gevoel.

Gezien wordt dat zowel autonomie als verbondenheid kan worden ondersteund door emotiegerichte en taakgerichte communicatie. Ook de clusters communicatie over verzorging en gezondheid, communicatie die de ontmoeting structureert en communicatie over levensstijl en gevoel ondersteunen beide psychologische basisbehoeften. De clusters affectieve en sociale communicatie bevorderen alleen de behoefte verbondenheid.

De volgende deelvraag is: *“Gaat het ondersteunen van de behoeften autonomie en verbondenheid samen?”* Ter verduidelijking wordt hieronder een overzicht weergegeven (zie tabel 2). In het overzicht wordt duidelijk welke verzorgenden in welke fragmenten de behoeften autonomie en verbondenheid al dan niet ondersteunen, op welke manier zij dat doen.

	Verzorgende 1	Verzorgende 2	Verzorgende 3
<i>Fragment 1</i>	<p><u>Autonomie</u> door: taakgerichte communicatie en communicatie over verzorging en gezondheid</p> <p><u>Verbondenheid</u> door: emotiegerichte communicatie, sociale communicatie, affectieve communicatie en communicatie over verzorging en gezondheid</p>	<p><u>Geen autonomie</u></p> <p><u>Verbondenheid</u> door: emotiegerichte communicatie, sociale communicatie en affectieve communicatie</p>	<p><u>Autonomie</u> door bewoner door: taakgerichte communicatie, communicatie over verzorging en gezondheid</p> <p><u>Deels verbondenheid</u> door: emotiegerichte communicatie en sociale communicatie</p>
<i>Fragment 2</i>	<p><u>Autonomie</u> door: taakgerichte communicatie, communicatie die de ontmoeting structureert en communicatie over verzorging en gezondheid</p> <p><u>Geen verbondenheid</u></p>	<p><u>Autonomie</u> door: taakgerichte communicatie, communicatie die de ontmoeting structureert en communicatie over verzorging en gezondheid</p> <p><u>Poging verbondenheid</u> door: sociale communicatie</p>	<p><u>Geen autonomie</u></p> <p><u>Deels verbondenheid</u> door: emotiegerichte communicatie en sociale communicatie</p>
<i>Fragment 3</i>	<p><u>Autonomie</u> door: taakgerichte en emotiegerichte communicatie, communicatie over levensstijl en gevoel, communicatie over verzorging en gezondheid en communicatie die de ontmoeting structureert</p> <p><u>Verbondenheid</u> door: taakgerichte & emotiegerichte communicatie, communicatie over levensstijl en gevoel, communicatie over verzorging en gezondheid, affectieve communicatie en communicatie die de ontmoeting structureert</p>	<p><u>Geen autonomie</u></p> <p><u>Poging verbondenheid</u> door: emotiegerichte communicatie en sociale communicatie</p>	<p><u>Geen autonomie</u></p> <p><u>Poging verbondenheid</u> door: sociale communicatie en communicatie over verzorging en gezondheid</p>

Tabel 2: Overzicht ondersteuning van de behoeften autonomie en verbondenheid door middel van de soorten communicatie per verzorgende, per fragment.

Kijkend naar tabel 2 valt op dat verzorgende 1, Karin in alle fragmenten de behoefte autonomie lijkt te bevorderen. Zij ondersteunt daarmee het vaakst de behoefte autonomie in vergelijking met de andere verzorgenden. Wat vooral opvalt, is dat Karin meneer Z. vaak zelfstandig taken laat uitvoeren en dat ze vraagt naar zijn wensen en om zijn mening. Verzorgende 2, Agnes lijkt in één fragment de behoefte autonomie te bevorderen en in de overige twee fragmenten niet. In het eerste fragment bevordert ze de autonomie niet, want Agnes voert alle zorghandelingen zelf uit en benoemt niet wat ze doet. Even daarna, in het tweede fragment, geeft ze meneer Z. keuzemogelijkheden en laat ze hem zelfstandig omdraaien, waardoor ze de autonomie bevordert en later in het derde fragment bevordert ze de autonomie opnieuw niet, doordat ze de bewoner geen inspraak geeft in de verzorging en alle taken zelf uitvoert. Verzorgende 3, Marion doet het minst aan behoeftebevordering omtrent autonomie. In het eerste fragment lijkt er sprake van autonomie door de bewoner zelf, ook in de twee fragmenten daarna lijkt autonomie niet te worden ondersteund door de verzorgende. Zij voert de zorghandelingen zelf uit, geeft de bewoner geen keuzemogelijkheden en benoemt niet wat er staat te gebeuren. Daarnaast houdt ze in het laatste fragment geen rekening met de wensen van de bewoner. Marion wil dat meneer Z. zich op een bepaalde manier omdraait, terwijl de bewoner het liever op een andere manier wil.

Wat betreft verbondenheid valt op dat verzorgende 1, Karin het vaakst deze behoefte lijkt te bevorderen. In twee van de drie fragmenten is dit het geval. In het eerste fragment lijkt er sprake van bevordering van verbondenheid, want er wordt gekletst, gelachen en er is oogcontact tussen Karin en meneer Z. Even later, in het tweede fragment, lijkt verbondenheid niet te worden bevorderd, doordat Karin en meneer Z. geen oogcontact maken en stil zijn tijdens de verzorging. Vervolgens lijkt er in het derde fragment wel weer sprake van ondersteuning van verbondenheid, aangezien er meerdere keren oogcontact is, er samen gelachen wordt en er gesproken wordt over een onderwerp dat van belang is voor meneer Z.

Verzorgende 2, Agnes lijkt in één van de drie fragmenten de behoefte verbondenheid te bevorderen, namelijk alleen in het eerste fragment. In dit fragment wordt er samen gelachen, gekletst en is er oogcontact. In het tweede en derde fragment doet ze wel een poging om verbondenheid te bevorderen. Echter lukt dit niet, doordat in het tweede fragment er geen saamhorigheid is en meneer Z. zich richt tot de cameravrouw tijdens de verzorging en in het derde fragment kan de bewoner niet terug praten, omdat zijn tanden gepoetst worden door Agnes.

Verzorgende 3, Marion bevordert in het eerste en het tweede fragment deels de verbondenheid. In het eerste fragment maakt ze een praatje met meneer Z., ook maakt ze een grapje. Later wanneer meneer Z. zijn eigen wensen aangeeft over het niet zwachtelen van zijn been, lijkt dit te botsen met de verbondenheid. In het tweede fragment wordt er eerst gepraat over ditjes en datjes, wanneer meneer Z. dan begint over een onderwerp dat hij belangrijk vindt, sluit Marion niet aan bij de bewoner, waardoor er geen verbondenheid meer lijkt te zijn. In het laatste fragment doet Marion opnieuw een poging om verbondenheid te bevorderen door grapjes te maken. Meneer Z. richt zich vooral tot de cameravrouw. Later wanneer de bewoner zich moet omdraaien op een manier die hij niet prettig vindt, is er geen saamhorigheid tussen de bewoner en de verzorgende, waardoor gezegd kan worden dat de verbondenheid in dit fragment niet van de grond lijkt te zijn gekomen.

Wanneer er wordt gekeken naar beide behoeften in alle fragmenten wordt gezien dat in vijf van de negen fragmenten alleen verbondenheid of alleen autonomie lijkt te worden bevorderd. Dus één soort behoefte wordt in dat fragment bevorderd en de andere behoefte niet. In twee van de negen fragmenten lijkt zowel de behoefte autonomie als de behoefte verbondenheid te worden bevorderd in hetzelfde fragment. In één fragment wordt de autonomie bevorderd en doet de verzorgende daarnaast een poging tot ondersteuning van verbondenheid. Echter komt de verbondenheid niet van de grond, doordat de verzorgende een beetje mopperend reageert op de bewoner wanneer hij zijn wensen aangeeft en doordat de bewoner contact blijft zoeken met de cameravrouw in plaats van met de verzorgende. In een ander fragment lijkt er sprake van autonomie door toedoen van de bewoner. De verzorgende is het niet eens met de beslissingen van de bewoner, waardoor de eerder ondersteunde verbondenheid wegebt. In dit fragment is er dan ook sprake van botsende behoeften. Aangezien er in dat fragment eerst verbondenheid wordt gecreëerd en later deze verbondenheid te niet wordt gedaan, wanneer juist de autonomie wordt bevorderd. Duidelijk is dat in dit fragment de behoeften niet samen gaan. Geconcludeerd kan dan ook worden dat de bevordering van de behoeften verbondenheid en autonomie samen kan gaan, maar dat dit niet vanzelfsprekend is. In twee fragmenten worden beide behoeften bevorderd. Echter wordt ook gezien dat de ondersteuning van de behoeften in het eerste fragment van Marion botst. Daarnaast wordt vier keer één behoefte per fragment bevorderd, maar het is niet vast te stellen dat de andere behoefte niet bevorderd wordt doordat autonomie en verbondenheid zouden botsen. Wel komt naar voren dat wanneer er gedragingen plaatsvinden die verbondenheid bevorderen, er weinig ruimte is voor gedragingen die autonomie bevorderen. Vaak wisselt de

bevordering van de ene behoefte af met de bevordering van de andere behoefte. Concreet, wanneer er gepraat wordt over ditjes en datjes en wanneer er gelachen wordt om een grapje, wordt er vaak niet gepraat over zorgtaken en keuzes over die zorg. Later in een fragment of video kan dit andersom zijn.

Een andere deelvraag is: “*Verschillen de verzorgenden in de manier waarop de basisbehoeften worden ondersteund?*”. Om deze deelvraag goed te kunnen beantwoorden is het nuttig om opnieuw een blik te werpen op tabel 2, die een overzicht geeft van de ondersteuning van de behoeften autonomie en verbondenheid en waarin vermeldt staat hoe deze behoeften worden ondersteund door de verschillende verzorgenden in de verschillende fragmenten.

Te zien is dat alle drie de verzorgenden tijdens het verlenen van de ochtendzorg aan meneer Z. autonomie en verbondenheid bevorderen. Echter valt op dat verzorgende 1, Karin dit het vaakst doet, namelijk in alle drie de fragmenten ondersteuning van autonomie en in twee fragmenten ondersteuning van verbondenheid. De manier waarop deze behoeften worden ondersteund verschilt ook. Zo maakt Karin veel gebruik van taakgerichte communicatie en communicatie over verzorging en gezondheid. Daarnaast gebruikt ze ook emotiegerichte communicatie, sociale communicatie, affectieve communicatie en communicatie die de ontmoeting structureert. Zij is de enige die in een fragment onderwerpen gebruikt die vallen onder communicatie over levensstijl en gevoel.

Opvallend is tevens dat verzorgende 2, Agnes veel gebruik maakt van sociale communicatie en daarmee ook van emotiegerichte communicatie. Zij doet op deze manier haar best om verbondenheid te creëren met de bewoner, echter lukt dit niet altijd. Wanneer er sprake is van emotiegerichte communicatie in een fragment, is er geen sprake van taakgerichte communicatie in dat fragment en andersom.

Verzorgende 3, Marion ondersteunt in het begin van de ochtendzorg, te zien in het eerste fragment, de behoefte verbondenheid deels. In het tweede fragment bevordert ze deels de verbondenheid en in het derde fragment doet ze een poging om verbondenheid te ondersteunen, maar dit mislukt, aangezien zij haar mening opdringt, waardoor er geen saamhorigheid ontstaat tussen haar en de bewoner. Daarnaast richt de bewoner zich in dat fragment vooral tot de cameravrouw. Ook is er te zien dat tijdens het eerste fragment er zowel taakgerichte als emotiegerichte communicatie aan bod komen. Het lijkt erop dat wanneer er meer sociale communicatie plaatsvindt er minder ruimte is voor bevordering van autonomie.

In fragment twee en drie lijkt er geen sprake te zijn van ondersteuning van autonomie en er vindt sociale communicatie plaats. Gezegd zou kunnen worden dat, wanneer een verzorgende autonomie bevordert, de clusters taakgerichte communicatie en communicatie over verzorging en gezondheid meer aan bod komen en wanneer een verzorgende verbondenheid bevordert, de clusters sociale, affectieve en emotiegerichte communicatie meer aan bod komen. Deze vergelijking gaat ook op voor verzorgende 1, aangezien bij alle fragmenten van Karin geldt wanneer autonomie wordt bevorderd er sprake is van taakgerichte communicatie en communicatie over verzorging en gezondheid en wanneer verbondenheid wordt bevorderd er sprake is van emotiegerichte communicatie en sociale en/of affectieve communicatie.

De laatste deelvraag is: *“Komt de visie van de verzorgenden op de ondersteuning van de behoeften overeen met wat er geobserveerd is tijdens de ochtendzorg?”* Voorafgaand aan het onderzoek hebben de verzorgenden een vragenlijst ingevuld. Daarin hebben zij aan kunnen geven wat hun visie is op de ondersteuning van autonomie en verbondenheid. Er waren drie positief geformuleerde stellingen per behoefte die zij konden scoren van 1 tot 5 (op een 5 punts Likert-schaal). 1 houdt dan in helemaal oneens, 2 houdt in oneens, 3 betekent niet eens/niet oneens, 4 staat voor eens en 5 staat voor helemaal eens. Daarnaast konden zij uit twaalf taken, de vier belangrijkste taken kiezen in de zorgverlening.

Verzorgende 1, Karin vindt het belangrijk dat de behoeften autonomie en verbondenheid voor bewoners worden ondersteund. Op drie stellingen over autonomie geeft zij twee keer de score 5 en één keer de score 4. Ze geeft telkens 5 punten op de drie stellingen over verbondenheid. Haar vier belangrijkste taken vindt ze: emotionele ondersteuning van bewoners, observeren van veranderingen in de situatie van bewoners, bijhouden van de zorgdossiers en stimuleren van de sociale betrokkenheid van bewoners.

Zowel in de visie van Karin als in de praktijk komt naar voren dat ze het van belang acht om autonomie en verbondenheid te ondersteunen. Zij geeft dit aan in de stellingen en dit wordt ook gezien in de uitvoering van de ochtendzorg en in haar omgang met meneer Z., aangezien zij vaak de behoeften ondersteunt. Daarnaast geeft ze aan dat emotionele ondersteuning van bewoners belangrijk is. In twee van de drie fragmenten is er sprake van emotiegerichte en affectieve communicatie. Ook is er één keer sprake van communicatie over levensstijl en gevoel. Daarmee komt de visie van de verzorgende omtrent de emotionele ondersteuning overeen met de uitvoering daarvan.

Verzorgende twee, Agnes geeft ook aan dat ze het belangrijk vindt dat de behoeften autonomie en verbondenheid worden vervuld bij bewoners. Op de stellingen over autonomie scoort ze telkens 4 punten. Op de stellingen over verbondenheid geeft ze één keer de score 5 en twee keer de score 4. De vier belangrijkste taken in de zorgverlening vindt ze: leveren van persoonlijke verzorging aan bewoners, emotionele ondersteuning van bewoners, observeren van veranderingen in de situatie van bewoners en creëren van een veilige en schone woonomgeving.

Agnes geeft aan dat ze het van belang vindt om autonomie en verbondenheid te stimuleren. Echter bevordert zij beide behoeften één keer in de drie fragmenten. Wel doet ze pogingen om, door gebruik van sociale communicatie, de verbondenheid te bevorderen. Zij geeft ook met een miniem verschil aan dat zij het bevorderen van verbondenheid iets belangrijker vindt dan het bevorderen van autonomie. Daarnaast vindt zij het leveren van persoonlijke verzorging aan bewoners één van de belangrijke taken in de zorgverlening. Dit doet zij tijdens de ochtendzorg. Echter zegt dit weinig over de bevordering van autonomie of verbondenheid. Verder geeft ze aan dat ze emotionele ondersteuning van bewoners erg belangrijk vindt in haar werk. Dit blijkt ook uit de video's, aangezien zij vaak gebruik maakt van sociale en emotiegerichte communicatie. Zij probeert daarmee verbondenheid te creëren en de bewoner emotioneel te ondersteunen.

Verzorgende drie, Marion vindt het, evenals de andere verzorgenden, belangrijk dat de behoeften autonomie en verbondenheid bij de bewoners worden ondersteund. Op de drie stellingen over autonomie scoort zij tweemaal 5 punten en eenmaal vier punten. Op de drie stellingen over verbondenheid geeft ze telkens de score 5. De vier belangrijkste taken in de zorgverlening vindt ze: leveren van persoonlijke verzorging aan bewoners, observeren van veranderingen in de situatie van bewoners, creëren van een sfeervolle en gezellige woonomgeving en betrekken van de familie bij de dagelijkse gang van zaken.

Marion vindt het van belang dat autonomie en verbondenheid worden ondersteund. Met een klein verschil geeft ze aan iets meer waarde te hechten aan de ondersteuning van de behoefte verbondenheid. Dit is ook te zien wanneer er naar de ondersteuning wordt gekeken. In alle drie de fragmenten wordt verbondenheid (deels) ondersteund of doet ze in ieder geval een poging tot ondersteuning. In de video's komt ook naar voren dat de verzorgende verbondenheid iets belangrijker acht dan autonomie, aangezien zij meneer Z. zich niet op zijn eigen manier laat omdraaien en daarmee hem niet een eigen keuze geeft, wat de autonomie

kan bevorderen. Wel probeert ze gesprekken met hem te voeren over ditjes en datjes tijdens de verzorging dat de verbondenheid kan bevorderen. Marion vindt het belangrijk om persoonlijke verzorging te verlenen aan de bewoners, wat zou kunnen betekenen dat ze het als haar taak ziet om de verzorging uit te voeren in plaats van de verzorging deels door de bewoner zelf te laten doen. Dit komt ook in de video's naar voren.

Over het algemeen kan gesteld worden dat alle drie de verzorgenden het van belang achten de autonomie en verbondenheid te ondersteunen. De verschillen in score die zij geven op de stellingen zijn erg klein, waardoor er moeilijk kan worden gezegd dat wat zij scoren omtrent het ondersteunen van de behoeften overeenkomt met wat er in de video's is te zien qua ondersteuning. Wel valt het op dat verzorgende 1 vaker de behoeften ondersteunt dan verzorgenden 2 en 3. Daarnaast valt op dat verzorgende 2 iets lagere scores geeft op de stellingen over het belang van ondersteuning van autonomie en verbondenheid.

5. Conclusie & Discussie

In dit hoofdstuk zullen eerst kort de conclusies van dit onderzoek worden weergegeven aan de hand van de onderzoeksvragen. Deze bevindingen omtrent autonomie en verbondenheid zullen daarna beschreven worden in het licht van de literatuur dat in de vorige hoofdstukken aan bod is gekomen. Vervolgens zal er kritisch gekeken worden naar het onderzoek en zullen er enkele beperkingen van het onderzoek worden besproken. Tot slot zullen er aanbevelingen voor vervolgonderzoek en aanbevelingen ten aanzien van de praktijk worden gedaan.

5.1 Conclusie

Er zijn verschillende gedragingen gevonden wat betreft de ondersteuning van autonomie, te weten zorgtaken benoemen, keuzemogelijkheden geven aan de bewoner, de bewoner zelf taken laten uitvoeren of zijn zelfstandigheid bevorderen, vragen naar de opinie/wensen van de bewoner, de bewoner vrijheid geven om zijn behoeften aan te geven en geduldig wachten wanneer de bewoner zelf taken uitvoert.

Wat betreft de ondersteuning van verbondenheid zijn er ook enkele verbale en non-verbale gedragingen van verzorgenden gevonden, te weten praten over ditjes en datjes, een grapje maken (samen met de bewoner lachen), praten over onderwerpen die van belang zijn voor de bewoner, saamhorigheid creëren door aan te sluiten bij de bewoner, niet de eigen mening opdringen en oogcontact maken met de bewoner.

Gebleden is dat de volgende communicatiestijlen de behoefte autonomie kunnen ondersteunen: taakgerichte communicatie, emotiegerichte communicatie, communicatie over verzorging en gezondheid, communicatie die de ontmoeting structureert, communicatie over levensstijl en gevoel. Dezelfde stijlen kunnen de behoefte verbondenheid ondersteunen. Echter kunnen voor de ondersteuning van verbondenheid affectieve en sociale communicatie worden toegevoegd.

Verder kan geconcludeerd worden dat de bevordering van de behoeften verbondenheid en autonomie samen kunnen gaan, maar dat er vaak sprake is van een continue afwisseling van beide behoeften.

Tevens is gebleken dat de drie verzorgenden verschillen in de manier waarop zij de basisbehoeften autonomie en verbondenheid ondersteunen. Gebleken is dat verzorgende 1 veelvuldig gebruik maakt van alle communicatiestijlen. Verzorgende 2 lijkt gericht op emotiegerichte communicatie en minder op taakgerichte communicatie. Verzorgende 3 lijkt

meer gericht op communicatie die de autonomie kan ondersteunen dan op communicatie die de verbondenheid kan ondersteunen.

Tot slot kan geconcludeerd worden dat alle drie de verzorgenden het van belang achten de autonomie en verbondenheid te ondersteunen. Opvallend is wel dat verzorgende 1 vaker de behoeften ondersteunt dan verzorgenden 2 en 3. Verzorgende 2 ondersteunt het minst vaak de behoeften en zij geeft ook iets lagere scores op de stellingen over het belang van de ondersteuning van autonomie en verbondenheid.

5.2 Discussie

5.2.1 Koppeling van bevindingen met de literatuur

Wanneer er wordt gekeken naar de resultaten en de conclusies van dit onderzoek in het licht van de literatuur zijn er weinig opvallende zaken te vermelden. Veelal blijken de bevindingen overeen te komen met de besproken literatuur uit de inleiding en het theoretisch kader. Zoals Custers et al. (2010) al aangaven, speelt het contact tussen verzorgenden en bewoners tijdens de geleverde zorg een belangrijke rol in de vervulling van de psychologische basisbehoeften autonomie en verbondenheid. Keizer (2011) en van de Kempe (2011) hebben reeds onderzocht op welke manier autonomie en verbondenheid van bewoners ondersteund kunnen worden. Van de Kempe (2011) beschreef dat, wanneer de bewoner inspraak heeft in de geleverde zorg, wanneer de verzorgende ervoor zorgt dat de zelfstandigheid van een bewoner wordt behouden en/of verbeterd en wanneer de verzorgende aangeeft aan de bewoner wat er staat te gebeuren, de autonomie wordt ondersteund. In dit huidige onderzoek komen dezelfde aspecten naar voren. Echter werd er daarnaast nog gevonden dat het van belang is voor de behoefte autonomie de bewoner te vragen naar zijn opinie/wensen en geduldig te wachten wanneer een bewoner een zorgtaak zelf uitvoert. In het onderzoek van Keizer (2011) kwam naar voren dat de psychologische basisbehoefte verbondenheid kan worden ondersteund, wanneer de verzorgende over onderwerpen praat die voor de bewoner belangrijk zijn, wanneer de verzorgende samen met de bewoner praat over ditjes en datjes en wanneer er samen gelachen kan worden. In dit huidige onderzoek blijken deze gedragingen tevens van belang ter ondersteuning van de verbondenheid. Echter zijn er daarnaast andere gedragingen aan het licht gekomen. Zo is het van belang dat de verzorgende saamhorigheid creëert door aan te sluiten bij de bewoner, dat de verzorgende niet zijn/haar eigen mening opdringt aan de bewoner en dat er oogcontact gemaakt wordt met de bewoner tijdens de interactie. Penninx (1995) stelde reeds dat communiceren niet alleen verbaal gebeurt, maar

ook non-verbaal. Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt tevens, dat naast de verbale gedragingen, non-verbale gedragingen de behoeften autonomie en verbondenheid kunnen ondersteunen. Deze gevonden gedragingen komen vanuit de verzorgende, maar communicatie komt van twee kanten. Daarom is het van belang, wanneer er geobserveerd wordt of er wel of geen ondersteuning van autonomie en/of verbondenheid lijkt te zijn, ook naar de reactie van de bewoner te kijken op de eerder genoemde gedragingen die de behoeften kunnen ondersteunen. Gezegd zou kunnen worden dat wanneer er naast oogcontact, samen gelachen wordt en wanneer de bewoner positief reageert op de verzorgende dat dit meespeelt in de bevordering van verbondenheid. Wanneer de bewoner keuzes maakt aan de hand van geboden keuzemogelijkheden en wanneer de bewoner zijn eigen mening verkondigt, helpt dit bij de ondersteuning van de behoefte autonomie.

Taakgerichte communicatie houdt in dat er alleen wordt gecommuniceerd tussen verzorgende en bewoner over de verzorging die geboden wordt (Grainger, 1993). Tijdens de geboden zorg wordt er dan gepraat over de handelingen die worden verricht. Het emotionele vlak wordt niet meegenomen, zoals een goede relatie opbouwen met de bewoner, vertrouwen geven aan de bewoner en de bewoner zich comfortabel laten voelen. Bij emotiegerichte communicatie gebeurt dit wel (Caris-Verhallen et al., 1997). Vooraf werd in tabel 1 gesteld dat beide communicatiestijlen konden bijdragen aan beide psychologische basisbehoeften. Uit dit onderzoek blijkt ook dat zowel emotiegerichte communicatie als taakgerichte communicatie kan bijdragen aan de ondersteuning van autonomie en verbondenheid, ondanks dat emotiegerichte communicatie meer gericht is op het ondersteunen van verbondenheid en taakgerichte communicatie meer gericht is op het ondersteunen van autonomie. Opvallend aan de ondersteuning van de behoeften door gebruik van de vijf communicatieclusters (Caris-Verhallen et al., 1999) is dat communicatie over verzorging en gezondheid, communicatie die de ontmoeting structureert en communicatie over levensstijl en gevoel ook beide behoeften kunnen ondersteunen. Vooraf werd gedacht, zoals weergegeven in tabel 1 in het theoretisch kader, dat communicatie die de ontmoeting structureert alleen autonomie zou ondersteunen. Tevens werd gedacht dat communicatie over verzorging en gezondheid in eenzelfde fragment alleen autonomie of alleen verbondenheid zou ondersteunen. Dat communicatie over levensstijl en gevoel beide basisbehoeften ondersteunt was voorafgaand aan de analyse al aangedragen. Van affectieve en sociale communicatie werd vooraf gesteld dat het de behoefte verbondenheid zou ondersteunen. Dit bleek na de analyse ook het geval te zijn. Geconcludeerd kan worden dat de resultaten van dit onderzoek redelijk in overeenstemming

zijn met tabel 1. Echter zijn er enkele verschillen gevonden, zoals dat in de resultaten bleek dat communicatie die de ontmoeting structureert en communicatie over verzorging en gezondheid beide psychologische basisbehoeften kan ondersteunen.

Wanneer er wordt bestudeerd of de ondersteuning van de behoefte autonomie en de ondersteuning van de behoefte verbondenheid met elkaar samengaan, kan worden gesteld dat dit wel kan, maar dat het wel gebleken is dat het ondersteunen van beide behoeften tijdens een zorgtaak best lastig kan zijn. In de onderzoeken van Keizer (2011) en van de Kempe (2011) kwam naar voren dat de ondersteuning van autonomie kan botsen met de ondersteuning van verbondenheid en andersom. Na analyse van de resultaten blijkt dat de ondersteuning van de behoeften elkaar vaak afwisselen, één enkele keer met elkaar botsten, maar ook samen voor komen. Dit diverse beeld zorgt er voor dat het lastig is om te categoriseren welke communicatiestijlen wel of niet bijdragen aan de ondersteuning van een behoefte. Echter is het wel interessant dit te onderzoeken. Dan moet er eerst gekeken worden naar de verschillende soorten autonomie en verbondenheid.

Autonomie kent, in de context van de ouderenzorg, meerdere soorten. Namelijk het feit dat bewoners zelfbepaling hebben door eigen wensen aan te geven of door keuzemogelijkheden voorgelegd te krijgen en het feit dat bewoners zelfstandig zorghandelingen uitvoeren. Hierin kan nog verschil gemaakt worden tussen autonomie die de bewoner zelf neemt en autonomie die door de verzorgende wordt bevorderd. Duidelijk is reeds geworden dat taakgerichte communicatie vooral bijdraagt aan de ondersteuning van autonomie, maar het is veel breder. Er kan namelijk ook worden afgevraagd welke communicatieclusters (Caris-Verhallen et al., 1999) welk soort autonomie bevorderen. Uit de analyse van de fragmenten blijkt dat de zelfbepaling van bewoners ondersteund kan worden door communicatie over verzorging en gezondheid, door communicatie die de ontmoeting structureert en door communicatie over levensstijl en gevoel. Communicatie over verzorging en gezondheid komt echter het meest voor in de ondersteuning van zelfbepaling. Wanneer de bewoner zelf een beroep doet op zijn zelfbepaling en daarmee autonomie wordt gezien dat er tevens sprake is van communicatie over verzorging en gezondheid. Zelfstandigheid van de bewoner wordt alleen ondersteund door communicatie die de ontmoeting structureert. Verbondenheid kent in de context van de ouderenzorg twee verschillende soorten, te weten verbondenheid die een link heeft met de verzorgende taken, een soort saamhorigheid en verbondenheid die niet met de verzorgende taken te maken heeft, zoals sociaal contact tussen de bewoner en de verzorgende. Eerder is al naar voren gekomen dat emotiegerichte

communicatie vooral bijdraagt aan de ondersteuning van de behoefte verbondenheid. Echter komt de vraag op, welke soorten communicatie bijdragen aan welke soort verbondenheid, waarbij gekeken kan worden naar de verschillende communicatieclusters van Caris-Verhallen et al. (1999). Uit de analyse van de fragmenten blijkt dat verbondenheid zonder functie in de verzorgende taken vooral ondersteund kan worden door het cluster sociale communicatie. Alleen verzorgende 2, Agnes maakt gebruik van affectieve communicatie wanneer er sprake lijkt van verbondenheid die niet met de verzorging te maken heeft. Verzorgende 3, Marion doet in het laatste fragment een poging tot verbondenheid en zij gebruikt naast sociale communicatie ook communicatie over verzorging en gezondheid. De verbondenheid die een link heeft met de zorgactiviteiten en die een soort saamhorigheid teweegbrengt, kan bevorderd worden door affectieve communicatie, communicatie over levensstijl en gevoel, communicatie over verzorging en gezondheid en communicatie die de ontmoeting structureert. Opvallend hierbij is dat alleen verzorgende 1 bijdraagt aan de ondersteuning van deze soort verbondenheid. Het is interessant om deze bevindingen over de clusters en de verschillende soorten autonomie en verbondenheid te toetsen in soortgelijke (vervolg)onderzoeken en om te kijken aan welke soort autonomie en verbondenheid in de praktijk de meeste waarde wordt gehecht door verzorgenden en bewoners.

De verzorgenden verschillen, zoals reeds beschreven, in de manier waarop zij de basisbehoeften autonomie en verbondenheid ondersteunen. Een mogelijke reden hiervoor is dat verzorgende 1 hoger opgeleid is dan verzorgende 2 en 3. Verzorgende 3 heeft enkele jaren geleden een niveau 4 opleiding gevolgd. Verzorgende 2 en 3 hebben al langer geleden de opleiding niveau 3 afgerond. Het is goed om dit te vergelijken met de verschillen tussen de verzorgenden in de ondersteuning van de behoeften. Verzorgende 1 ondersteunt vaker de behoeften autonomie en verbondenheid dan de twee andere verzorgenden. Wellicht heeft het verschil in niveau van de opleiding en het tijdstip wanneer de opleiding gevolgd is hier enige invloed op. De verschillen tussen de verzorgenden komen niet voort uit een verschillende attitude over het belang van de ondersteuning van autonomie en verbondenheid.

Wanneer de visie van de verzorgenden op de ondersteuning van autonomie en verbondenheid wordt vergeleken met de inhoud van de video's, wordt duidelijk dat deze visie niet geheel overeenkomt met wat er in de praktijk op de videofragmenten te zien is. De Theory of Planned Behavior (Ajzen, 1985) beschrijft, dat intentie niet gelijk staat aan gedrag. Ook in dit geval komt de intentie van de verzorgenden niet overeen met hun gedrag. Zij geven alle drie aan dat zij het van belang achten om autonomie en verbondenheid te ondersteunen.

Echter vindt deze ondersteuning niet in alle fragmenten plaats. Er zijn verschillende redenen aan te wijzen. Ten eerste is gebleken uit onderzoek van Caris-Verhallen et al. (1997) dat door bezuinigingen in de zorg verzorgenden minder tijd hebben per bewoner. De werkdruk is gestegen (Hagerty & Patusky, 2003). Dit kan er toe leiden dat er minder genegenheid, bemoediging, begrip en bezorgdheid bestaat voor de bewoner. Zij beschrijven dat er zodoende mogelijk minder tijd is voor zorg die op de emotie is gericht (Caris-Verhallen et al., 1997). Wanneer hiervan sprake is, zou gezegd kunnen worden dat er minder ondersteuning plaatsvindt van de behoefte verbondenheid. Daarnaast kan het zo zijn dat wanneer er minder tijd is voor de verzorging van een bewoner, de verzorgende de taken zelf uitvoert en minder een beroep doet op de zelfstandigheid en zelfbeschikking van de bewoner, hetgeen juist de autonomie kan bevorderen (Kasser & Ryan, 1999). Tevens kan het zo zijn dat de verzorgende door drukte de zorgtaken niet benoemt richting de bewoner, iets dat, wanneer dit wel gedaan wordt, ten goede komt aan de autonomie (Jacelon, 2002). Alle drie de verzorgenden geven aan dat ze hun werk af en toe als druk ervaren. De intentie van verzorgende 1 komt het meest overeen met het vertoonde gedrag en zij geeft aan dat ze weleens een pauze overslaat door de drukte op het werk. Dit zou kunnen betekenen dat zij de tijd blijft nemen voor de verzorging en dat ze daardoor minder tijd heeft voor pauze. De video van verzorgende 1 is de langste video van de drie verzorgenden en zij is de enige die de bewoner een aantal taken zelf laat uitvoeren en daar geduldig op wacht. Communicatie is, zoals gebleken, erg belangrijk in de zorgverlening aan ouderen en daarmee de ondersteuning van autonomie en verbondenheid. Ruis in de communicatie kan veroorzaakt worden door verschillen in tempo. Wanneer men ouder wordt, gaat men langzamer praten en heeft men in een gesprek iets meer tijd nodig om te reageren. Wanneer er dan uitsluitend een hoog tempo gehanteerd wordt in de communicatie kan het voorkomen dat de oudere niet meer gehoord wordt (Penninx, 1995). In dit huidige onderzoek is juist gebleken dat gehoord worden van belang blijkt te zijn in de ondersteuning van de behoefte verbondenheid. Een andere reden zou kunnen zijn dat de verzorgenden niet duidelijk hebben wat de begrippen autonomie en verbondenheid exact inhouden en hoe deze het best te ondersteunen.

5.2.2 Beperkingen van het onderzoek

Met betrekking tot het onderzoek zijn er een aantal beperkingen te vermelden. Ten eerste, er zijn drie verschillende verzorgenden geobserveerd tijdens de ochtendzorg. Dit is een gering aantal, waardoor het lastig is om de resultaten te generaliseren naar een grotere populatie. Normaal gesproken moeten er bij kwalitatief onderzoek steeds opnieuw deelnemers worden geobserveerd, totdat er geen nieuwe informatie meer verkregen wordt en er dus 'verzadiging' optreedt (Marshall, 1996). Dit is in dit onderzoek niet gebeurd, aangezien dit een masterthese is en van te voren het aantal verzorgenden op drie is vastgesteld. Wel kan gezegd worden dat er in de drie observaties weinig verschillende informatie naar voren kwam, waardoor het de vraag is of het observeren van meerdere verzorgenden wel tot andere resultaten zou hebben geleid.

Ten tweede zijn alle video's, die geanalyseerd zijn, opgenomen tijdens de ochtendzorg die geleverd wordt aan de bewoner en niet opgenomen tijdens andere momenten van zorg. Het zou mogelijk kunnen zijn dat er op verschillende momenten andere gedragingen plaatsvinden, waardoor er andere aspecten ter ondersteuning van autonomie en verbondenheid naar voren zouden kunnen komen. Tevens zou de gesteldheid van de bewoner en van de verzorgenden in de ochtend van invloed kunnen zijn op de gevonden resultaten. Wanneer er verschillende momenten op een dag geanalyseerd zouden zijn, zou deze invloed beperkt kunnen worden. Echter is het moeilijk te zeggen of dit invloed heeft gehad en hoe groot deze invloed zou zijn geweest.

Ten derde is er sprake van subjectiviteit ten aanzien van de analyse van de videofragmenten. De onderzoekster heeft namelijk de fragmenten geanalyseerd en het is onmogelijk om daarbij alle subjectieve componenten te onderscheppen. Er is altijd sprake van een eigen mening en visie over de geleverde zorg. Getracht is dit zoveel mogelijk buiten beschouwing te laten, maar onbewust zal de mening en visie dat autonomie erg belangrijk is in de zorgverlening toch een rol hebben gespeeld in de analyse. Het is mogelijk dat het ondersteunen van autonomie daardoor meer waarde heeft gekregen in de analyse van de fragmenten. Echter is geprobeerd deze rol zo klein mogelijk te houden en de videofragmenten zo objectief mogelijk te analyseren. De gekozen werkwijze, die tijdens de analyse werd gebruikt, was erop gericht om de subjectiviteit zoveel mogelijk te beperken. De fragmenten zijn eerst feitelijk beschreven. Vervolgens zijn er aan deze beschrijvingen interpretaties gehangen en tot slot is het gekoppeld aan de literatuur uit de inleiding en het theoretisch kader. Door op deze manier te werk te gaan, is de analyse controleerbaar wat ten goede

komt aan de betrouwbaarheid. Ook is er een onderzoekster van een ander, soortgelijk onderzoek betrokken bij de keuze van de fragmenten om zo meer objectiviteit en betrouwbaarheid te genereren. Afzonderlijk van elkaar hebben de onderzoeksters fragmenten gekozen en hebben ze beschreven wat zij daarin zagen. Later zijn zij samengekomen om deze bevindingen te spreken, wat leidt tot een minder subjectieve interpretatie en gevarieerde keuze van de fragmenten.

5.2.3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Voortkomend uit de beperkingen van dit onderzoek zijn er een aantal aanbevelingen voor vervolgonderzoek. Tevens zijn er aanbevelingen ten aanzien van de praktijk te vermelden.

Ten eerste is het aan te bevelen om een grotere groep respondenten te laten deelnemen aan het onderzoek. Meer videofragmenten kunnen dan met elkaar vergeleken worden en wellicht zou dit andere resultaten opleveren. Ook leidt het tot meer onderbouwde resultaten.

Ten tweede zou het goed zijn om één verzorgende te onderzoeken met verschillende bewoners. Er kan dan geobserveerd worden of de gedragingen van de verzorgende verschillen per bewoner of dat de verzorgende altijd dezelfde werkwijze heeft ongeacht welke bewoner de verzorging krijgt.

Ten derde is het van belang om te videofragmenten van meerdere momenten op een dag en meerdere dagen te analyseren. Op deze manier kan de invloed van iemands stemming op de resultaten worden verminderd. De verzorgenden en bewoners kunnen goede en minder goede dagen of momenten hebben en door veel verschillende momenten en dagen te kiezen, komt er een betrouwbaarder beeld naar voren dat minder beïnvloedt is door de staat van de dag of het moment.

Ten vierde is het aan te bevelen om voor vervolgonderzoek videofragmenten te gebruiken uit verschillende verpleeghuizen. Verpleeghuizen kunnen verschillen in cultuur en werkwijze, hetgeen invloed kan hebben op de manier van werken van de verzorgenden en op het welbevinden van bewoners. Verpleeghuizen kunnen tevens een andere visie hebben ten opzichte van de ondersteuning van autonomie en/of verbondenheid, waardoor het van belang is om de onderzoeksgroep zo divers mogelijk te maken wat betreft verpleeghuizen.

Ten slotte is het goed om de basisbehoeften autonomie en verbondenheid kwantificeerbaar te maken door middel van een observatielijst. Daarmee kan dan op betrouwbare wijze worden geobserveerd in hoeverre er ondersteuning van deze behoeften

plaatsvindt. Zodoende zal de analyse minder subjectief zijn dan de betrouwbaarheid van een onderzoek ten goede komt. Tevens is het goed een vragenlijst te gebruiken die ondersteuning van autonomie en verbondenheid door de verzorgenden meet. Daarmee zal ook de betrouwbaarheid worden verhoogd.

5.2.4 Aanbevelingen ten aanzien van de praktijk

Aan de hand van de bevindingen, beperkingen en aanbevelingen van dit onderzoek zijn er tevens enkele aanbevelingen te maken ten aanzien van de praktijk. Het zou goed zijn om met de verzorgenden de videofragmenten en de daarbij behorende bevindingen door te nemen, zodat zij inzicht krijgen in hun manier van handelen tijdens de verzorgingsmomenten.

Tevens is het goed om verzorgenden trainingen aan te bieden over de communicatie in de zorg en de ondersteuning van de basisbehoeften. Caris-Verhallen et al. (1999) stelden reeds dat door verzorgenden te trainen in communicatie, deze communicatie beïnvloed kan worden, waardoor ze beter kunnen aansluiten op de behoeften van bewoners.

Daarnaast is het aan te bevelen om in de opleiding van nieuwe verzorgenden aandacht te hebben voor de communicatie met een bewoner tijdens de verzorgingsmomenten en de invloed daarvan op de ondersteuning van de psychologische basisbehoeften.

Tot slot is het de moeite waard om te vermelden dat dit onderzoek niet alleen waarde heeft voor de ouderenzorg, maar ook voor meerdere gebieden, bijvoorbeeld te denken aan topsport, gehandicaptenzorg, het ziekenhuis en het onderwijs. De communicatie tussen een trainer en een sporter, een begeleider en een gehandicapte cliënt, een verpleegkundige en een patiënt of een leraar en een leerling zou ook op de manier zoals in dit onderzoek kunnen worden onderzocht, waarbij er gekeken wordt naar de communicatie tussen de personen en de ondersteuning van de psychologische basisbehoeften. De bevindingen van dergelijk onderzoek kunnen bijvoorbeeld bijdragen aan verbetering van communicatie, zorg, welbevinden, resultaten en mogelijk meer.

6. Referenties

- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckmann (eds.), *Action-control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Heidelberg: Springer.
- Amorose, A.J. & Anderson-Butcher, D. (2007). Psychology of Sport and Exercise 8 654–670
- Becker, G. (1994). ‘The oldest old; autonomy in the face of frailty’. *Journal of Aging Studies*; 8(1):59-76.
- Berdes, C., & Eckert, J.M. (2007). The language of caring: Nurse’s aides’ use of family metaphors conveys affective care. *The Gerontologist*, 47, 340-349.
- Beullens, J. (1998). ‘Attitude van verpleegkundestudenten en verpleegkundigen tegenover ouderen’, *Verpleegkunde* (13), 1, 4-13.
- Bitzan, J.E., & Kruzich, J.M. (1990). Interpersonal relationships of nursing home residents. *The Gerontological Society of America*, 30(3), 385–390.
- Boeije, H.R. (1994). Kwaliteit van zorg in verpleeghuizen. Een onderzoek van problemen en strategieën van verzorgenden. Proefschrift. Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam.
- Botti, M., Endacott, R., Watts, R., Cairns, J., Lewis, K. & Kenny, A. (2006). Barriers in providing psychosocial support for patients with cancer. *Cancer Nursing* 29, 309–316.
- Campbell, S.L. (2003). Empowering nursing staff and residents in long-term care. *Geriatric Nursing*, 24, 170-175.
- 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., de Gruijter, I.M., Kerkstra, A. & Bensing, J.M. (1999) Factors related to nurse communication with elderly people. *Journal of Advanced Nursing* 30(5), 1106-1117

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.

Chan, E.A., Jones, A., Fung, S. en Chu Wu, S. (2011). Nurses' perception of time availability in patient communication in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 1168–1177

Cherry, C. (1978). *On human communication: a review, a survey and a criticism*. MIT Press, Cambridge

Custers, A.F.J., Westerhof, G.J., Kuin, Y. & Ricksen-Walraven, M. (2010). Need fulfillment in caring relationships: Its relation with well-being of residents in somatic nursing homes. *Aging & Mental Health*, 14 (6), 731-739.

Custers, A.F.J., Kuin, Y., Ricksen-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.

Davies, H. & Fallowfield, L. (1991). Counselling and communication in health care: the current situation. In *Counselling and Communication in Health Care* (Davies H. & Fallowfield L. eds), John Wiley & Sons, Chichester, pp. 3-22

Deci, E.L & Ryan, R.M. (2000): The "What" and "Why" of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior, *Psychological Inquiry: An International Journal for the Advancement of Psychological Theory*, 11:4, 227-268

Duffield, C., Gardner, G. & Catling-Paull, C. (2008). Nursing work and the use of nursing time. *Journal of Clinical Nursing* 17, 3269–3274.

Dulmen, S. van, Weert, J. Van & Jansen, J. (2011). *Communiceren in de zorg*. Groningen: Noordhoff.

Florin, J., Ehrenberg, A. & Ehnfors, M. (2006). Patient participation in clinical decision-making in nursing: a comparative study of nurses' and patients' perceptions. *Journal of Clinical Nursing* 15, 1498–1508.

Fosbinder, D. (1994). Patient perceptions of nursing care: an emerging theory of interpersonal competence. *Journal of Advanced Nursing* 20, 1085–1093.

Grainger, K. (1993). "That's a lovely bath dear": Reality construction in the discourse of elderly loved one. *Visiting with elders*, 2, 24-29

Grijpdonck, M. (2000). 'Kwaliteit van leven in verpleeghuizen', *TvZ* (110) 6, 175-180.

Hagerty, B.M. & Patusky, K.L.(2003). Reconceptualizing the Nurse-Patient Relationship. *Journal of nursing scholarship*, 2003; 35:2, 145-150.

Have, P. ten (1999). *Een basisprocedure voor conversatie-analytisch onderzoek*. Verkregen op 20 februari 2012, van: www.paultenhaven.nl/basis.htm

Hullett, C.R., McMillan, J.J., & Rogan, R.G. (2000). Caregivers' predispositions and perceived organizational expectations for the provision of social support to nursing home residents. *Health Communication*, 12, 277-299.

Jacelon, C.S. (2002). 'Attitudes and behaviors of hospital staff toward elders in an acute care setting', *Appl Nurs Res* Nov; 15(4):227-34.

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.

Kempe, L. van de (2011). Behoeftevervulling in de ouderenzorg. De invloed van communicatie in het vervullen van de psychologische basisbehoefte autonomie bij bewoners in het verpleeg- of verzorgingshuis. Masterthesis. Universiteit Twente, Enschede.

Ley, P. (1988). *Communicating with Patients*, 2nd edn. Chapman & Hall, London.

Liu, J.E., Mok, E. & Wong, T. (2005). Caring in nursing: investigating the meaning of caring from the perspective of cancer patients in Beijing, China. *Journal of Clinical Nursing* 15, 188–196.

Macleod Clark, J. (1985). The development of research in interpersonal skills in nursing. In *Interpersonal Skills in Nursing* (Kagan C. ed.), Croom Helm, Dover, New Hampshire, pp. 9-21.

Mazeland, H. (2003). *Inleiding in de conversatie-analyse*. Bussum: Uitgeverij Coutinho: binnenkant kaft.

Mazeland, H. & Sauer, C. (1995). *Communiceren, waarnemen, analyseren: bijdragen tot het taalbeheersingsonderzoek*. Rijksuniversiteit Groningen, Groningen.

McCabe, C. (2004). Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing* 13, 41–49.

Medvene, L.J. & Coleman, C.K. (2012). Exploring the Applicability of Interdependence Theory to CNA-Resident Relationships. *Gerontological Nursing*, 5, 1, 43-54

Mittal, V., Rosen, J., & Leana, C. (2009). A dual-driver model of retention and turnover in the direct care workforce. *The Gerontologist*, 49, 623-634.

Pearcey, P. (2010). 'Caring? It's the little things we are not supposed to do anymore'. *International Journal of Nursing Practice* 16, 51–56.

Penninx, C.C.M. (1995). *Beeldvorming over ouder worden*, Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.

Rijksoverheid (2012). Ouderenzorg. Verkregen op 21 februari 2012 van: www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/ouderenzorg

Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual review of Psychology*, **52**, 141-66.

Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2002). Overview of self-determination theory: an organismic dialectical perspective. In Dece, E.L. & Ryan, R.M. (eds), *Handbook of Self-determination Research*. The University of Rochester Press, Rochester, New York, 3-33.

Sherwin S, & Winsby M. (2010). A relational perspective on autonomy for older adults residing in nursing homes. *Blackwell Publishing Ltd Health Expectations*, 14, pp.182–190

Smalbrugge, M., Jongenelis, L., Pot, A.-M., Eefsting, J. A., Ribbe, M. W. & Beekman, A. T. F. (2006). Incidence and outcome of depressive symptoms in nursing home patients in the Netherlands. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 12, 1069–76.

Suhonen, R., Efstathiou, G., Tsangari, H., Jarosova, D., Leino-Kilpi, H., Patiraki, E., Karlou, C., Balogh, Z., & Papastavrou, E. (2011). Patients' and nurses' perceptions of individualised care: an international comparative study *Blackwell Publishing Ltd Journal of Clinical Nursing*, 21, 1155–1167

Van Dale (2005). *Van Dale woordenboek van de Nederlandse Taal- Editie 14*. Utrecht: Van Dale Lexicografie.

Waterworth S (2003). Time management strategies in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing* 43, 432–440.

Weert, J. van, Dulmen, S. van & Benzing, J. (2006). Tevreden verzorgenden bejegenen demente bewoner positiever. *TvV*, 31-33

Weert, J. C. M. van, Dulmen, A. M. van, Spreuwenberg, P. M. M., Ribbe, M. W. & Bensing, J. Z. (2005). Effects of snoezelen, integrated in 24h dementia care, on nurse–patient communication during morning care. *Patient Education and Counseling*, 58, 312–26.

Williams, A.M. & Irurita, V.F. (2005). Enhancing the therapeutic potential of hospital environments by increasing the personal control and emotional comfort of hospitalized patients. *Applied Nursing Research* 18, 22–28.

Bijlage 1

Transcriptieconventies door Mazeland (2003).

Gesprekorganisatie

(1.5) Een stilte met een duur van het aantal aangegeven secondes, hetzij binnen een uiting van eenzelfde spreker (beurt-intern), hetzij tussen de beurten van twee opeenvolgende sprekers (beurt-extern).

(.) Stilte korter dan 0,4 seconden.

tekst=
=tekst2 Er is geen waarneembare stilte tussen de beurten van twee op elkaar volgende sprekers, of tussen opeenvolgende uitingseenheden van dezelfde spreker.

[spreker1 Deze twee gespreksdeelnemers beginnen tegelijkertijd een beurt.

[spreker2

sp[reker1 Een tweede spreker begint tijdens de beurt van de huidige spreker, en wel

[spreker2 precies op het punt waarop het haakje staat.

spr[eker]r1 De tweede, sluitende haak ‘]’ geeft het punt aan waarop de uiting van de

[ja:] tweede spreker ophoudt (relatief ten opzichte van de uiting van de eerste spreker).

Prosodie

. 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).

! Uitroepteken: de spreker produceert het betreffende uitingsdeel met een uitroepachtige prosodie.

↑	Toonbeweging omhoog (voor de aanduiding van een lokale toonbeweging, voor de duur van één lettergreep, of binnen een lettergreep).
↓	Toonbeweging omlaag.
<u>accent</u>	De onderstreepte lettergreep of klank is geaccentueerd.
re::kken	De betreffende (mede-)klinker is opvallend langer dan ‘normaal’ is voor deze spreker.
LUID	De in hoofdletters geschreven tekst wordt relatief luid uitgesproken.
°zacht°	Relatief zacht uitgesproken uiting(sdeel); als een fragment steeds zachter wordt, dan markering met twee afsluitende rondjes: °steeds zacht°.
afbre-	De spreker houdt plotseling in, en breekt de productie van een woord of
afbreke-	uitingsdeel abrupt af (er is een duidelijke articulatorische breuk).
>	De tekst die volgt, wordt relatief sneller uitgesproken (afsluitingsteken: <).
<	Idem, relatief langzamer (afsluitingsteken: >).

Geluidsproductie

.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 daarvan.
Hh	Hoorbare uitademing.
l(a(h)chend	Een h tussen ronde haken in het woord geeft aan dat het woord lachend wordt uitgesproken.
krakerig	Krakerig.
((<i>snuift</i>))	Karakterisering van een non-verbale activiteit, of andere opvallende verschijnselen ((hoest, kucht, ironisch)).

Transcriptieproblemen

- () Spreker zegt iets dat de transcribeerder niet kan verstaan (de lengte tussen haakjes is een globale aanduiding voor het aantal gemiste lettergrepen, 3 tekenposities per lettergreep).
- (iets) De transcribeerder is er niet zeker van dat de tussen haakjes vermelde tekst een correcte weergave is van de gesproken tekst.
- [Klaasen] De oorspronkelijke naam is vervangen door een formeel en inhoudelijk vergelijkbare vorm (in verband met anonimiseren van de opname).