

UNIVERSITEIT TWENTE

Behoeftevervulling in de ouderenzorg

*In hoeverre wordt in de communicatie tussen verzorgende
en bewoner toegekomen aan de behoeftevervulling van
autonomie en verbondenheid?*

Michelle Koopman 1126806

27-08-2012

Masterthesis Mental Health Promotion

Eerste supervisor: Dr. G.J. Westerhof, Universiteit Twente

Tweede supervisor: Dr. M. van Vuuren, Universiteit Twente

Samenvatting

In Nederland zijn er 1700 verzorgings- en verpleeghuizen, waar ruim 150.000 ouderen wonen. Van deze groep heeft 75% langdurige lichamelijke beperkingen en zijn zij afhankelijk van verzorgenden voor hulp bij persoonlijke verzorging. Naast de lichamelijke hulp die zij ontvangen zijn deze verzorgenden ook vaak het enige sociale contact wat de bewoners nog hebben. Het contact tussen de verzorgenden en de bewoners speelt een belangrijke rol in het opmerken en vervullen van de psychologische basisbehoeftes van de bewoners.

De geestelijke gezondheid van de bewoners kan bevorderd worden door stimulatie van het psychologisch welbevinden, dat bestaat uit drie basisbehoeftes; autonomie, verbondenheid en competentie. Voorgaand onderzoek heeft antwoord gegeven op hoe communicatie aspecten, die de behoeftes verbondenheid en autonomie vervullen, worden toegepast in de zorg zodat bewoners een hogere mate van welbevinden ervaren. Dit onderzoek zal hierop verder gaan door de relatie tussen autonomie en verbondenheid te onderzoeken en ook zal het de zorgbeleving van de bewoner centraal stellen. Door middel van literatuuronderzoek en een conversatieanalyse zijn videofragmenten van de ochtendzorg bij één bewoner geselecteerd. Deze bewoner krijgt ochtendzorg door drie verschillende verzorgenden, waardoor ook het effect van de zorgrelatie op de zorgbeleving van de bewoner aan het licht komt. De resultaten laten zien dat er verschillende aspecten zijn van verbondenheid en autonomie die zorgen voor een verhoogd psychologisch welbevinden. Ook zijn er factoren uit de literatuur die dit effect niet bij deze bewoner met zich mee brengen. Gebleken is dat autonoom gedrag zich bij deze bewoner uit in het voor zichzelf opkomen wanneer er iets gebeurt waar hij zich niet prettig bij voelt. Er is een framework ontwikkeld voor de verzorgenden op het gebied van autonomie en verbondenheid die het beste aansluit bij de bewoner en zorgt voor een optimale behoefteondersteuning van verbondenheid en autonomie. Ook blijkt dat de ondersteuning van autonomie en verbondenheid tegelijkertijd zorgt voor het beste resultaat en dus de hoogste mate van welbevinden. De ondersteuning van de behoefte autonomie waarbij de bewoner zich zelfstandig voelt en psychologische keuzevrijheid ervaart, maakt het mogelijk een sociale relatie aan te gaan en verbondenheid te voelen met de verzorgende. Hierbij bleek dat, ook al voldoet de bewoner aan de punten van autonomie en verbondenheid, de positieve reactie van de verzorgende maakt dat de bewoner deze behoefteondersteuning ook daadwerkelijk ervaart.

Voor vervolgonderzoek wordt aanbevolen een grotere onderzoeksgroep te nemen, die meer diversiteit brengt op het gebied van bewonerkenmerken. Ook kan onderzoek gedaan worden naar de basisbehoefte competentie en kan een experimenteel onderzoek uitwijzen of het opgestelde framework leidt tot een hogere mate van psychologisch welbevinden.

Abstract

In the Netherlands, the number of nursing homes adds up to 1700 with almost 150.000 elderly living in these homes and being dependent on the help of caregivers. Within this group of elderly 75% have physical impairments and need another person to help them with their daily living and care. Apart from the caregiving, the elderly living in these nursing homes are also dependent on caregivers for their social contact. The relationship between the caregivers and the elderly plays an important role in identifying and fulfilling the wishes and psychological needs of the residents.

The mental health of an individual can be enhanced by stimulating the psychological wellbeing, consisting of three basic psychological needs; autonomy, relatedness and competence. Previous studies answered the question how communication aspects, which do fulfill the need for relatedness and autonomy, are used in health care so that residents of nursing homes can fulfill their needs and achieve an higher level of wellbeing. This study will contribute to this topic by investigating the relation between autonomy and relatedness and by inserting the care evaluation of the resident.

Through a literature study and conversation analysis, the video fragments of the morning care of one resident and three caregivers have been analyzed. The fact that there are three caregivers and one resident gives us the opportunity to observe the effect of different care relationships and the impact upon care evaluation. The results show that different aspects of relatedness and autonomy contribute to a higher level of psychological wellbeing. There are also factors from the literature study that didn't provide the expected result for this resident. It has shown that the need of autonomy has a different outcome, the resident stands up for himself when he doesn't agree and that's where he is autonomous. A framework has been developed for caregivers which include the most important behavioral characteristics for the most optimal need support of relatedness and autonomy. The results also show that the simultaneous support of autonomy and relatedness gives the best results and provides a higher level of psychological wellbeing. The support of autonomy, being the independence and freedom of choice, lays the foundation of a social relationship between the caregiver and the resident, resulting in a positive influence on psychological wellbeing. This result showed that, even if there was need support of relatedness and autonomy, the positive reaction of the caregiver was decisive for the actual experience of need support.

For further research there are some recommendations. It's important to generate a larger group of residents and caregivers, with more diversity and different characteristics. It's also essential to study the basis psychological need of competence and finally, experimental research of the framework can investigate the influence of this framework on the care relationship between the caregiver and the resident and on the psychological wellbeing of the residents.

Voorwoord

Deze thesis, geschreven door Michelle Koopman, is het afstudeeronderzoek van de studie Psychologie, specialisatie Geestelijke Gezondheidsbevordering aan de Universiteit Twente te Enschede. In deze thesis zal het gaan over de analyse van zorgmomenten op het gebied van de behoeftevervulling van de psychologische basisbehoeftes autonomie en verbondenheid in somatische verzorgingshuizen en de rol van de zorgbeleving van de bewoner in dit proces. Dit onderzoek is parallel geschreven met het onderzoek van M. Evers (2012) die zich ook richt op de behoeftevervulling van autonomie en verbondenheid, maar dan vanuit de zorgbeleving van de verzorgende en de rol hierin in het zorgmoment en de communicatie met de bewoner.

De keuze voor dit onderwerp komt met name voort uit de doelgroep, waar ik weinig ervaring mee had, en de negatieve ervaringen met de somatische zorg die ik in mijn dagelijks leven heb meegemaakt. Mijn interesse voor het analyseren en waar mogelijk verbeteren van de zorgcontacten lijkt mij een erg interessant onderwerp. Ook kan ik me vinden in de positieve insteek van het onderzoek voor het welzijn van de bewoner. Waar veel onderzoeken zich richten op duurzaamheid, effectiviteit en welzijn van de verzorgenden, gaat dit onderzoek verder en kijkt het naar de behoeftevervulling van de bewoner. Dit zorgt voor positiviteit en personalisering van de zorg, waar ik erg achter sta. Dit onderzoek kan gezien worden als opzet naar een meer praktische gids voor verzorgende en bewoners om het zorgmoment zo behoeftevervullend mogelijk te maken.

Voor deze thesis wil ik graag Gerben Westerhof bedanken voor zijn creatieve ideeën, het meelesen, ondersteunen en corrigeren van dit onderzoek. Ook zal ik daarnaast Mark van Vuuren willen bedanken, als tweede supervisor, voor zijn kritische blik op mijn thesis wat heeft geleid tot aanscherping en objectiviteit. Als laatste wil ik graag M. Evers bedanken voor de prettige samenwerking op het gebied van onze thesis en de inzet en motivatie die zij heeft laten zien. Dit onderzoek heeft bijgedragen aan een erg leerzame, boeiende en leuke afsluiting van mijn studie Psychologie, Geestelijke Gezondheidsbevordering.

Inhoudsopgave

Pagina:

Samenvatting	1
Abstract	2
Voorwoord	3
1. Inleiding	5
2. Theoretisch kader	9
2.1 Zelfdeterminatietheorie	9
2.2 Autonomie	10
2.2.1 <i>Autonomie in de ouderenzorg</i>	11
2.2.2 <i>Autonomie videoanalyse van de Kempe (2011)</i>	13
2.3 Verbondenheid	13
2.3.1 <i>Verbondenheid in de ouderenzorg</i>	13
2.3.2 <i>Verbondenheid videoanalyse Keizer (2011)</i>	15
2.4 Competentie en de relatie met de ouderenzorg	15
2.5 Relatie verbondenheid en autonomie	16
2.6 Rol van communicatie	17
2.7 Zorgbeleving ouderen literatuur	19
2.7.1 <i>Literatuuronderzoek zorgbeleving bewoner op zorgrelatie met verzorgende</i>	19
2.7.2 <i>Zorgevaluatie, autonomie en verbondenheid</i>	20
2.7.3 <i>Gemeenschappelijke factor in zorgevaluatie</i>	21
2.8. Onderzoeksvragen	21
3. Methoden	23
3.1 Ontstaan huidig onderzoek	23
3.2 Onderzoeksmethode	24
3.2.1 <i>Video analyse middels conversatieanalyse</i>	24
3.3 Onderzoeksgroep	25
3.4 Analyseprocedure zorgevaluatie bewoner	26
3.5 Selectieprocedure zorgfragmenten	26
3.6 Transcriptiemethode	27
4. Resultaten	28
4.1 Video 1	28
4.1.1 Fragment 1	30
4.1.2 Fragment 2	30

4.1.3 Fragment 3	32
4.2 Video 2	36
4.2.1 <i>Fragment 1</i>	36
4.2.2 <i>Fragment 2</i>	38
4.2.3 <i>Fragment 3</i>	40
4.3 Video 3	41
4.3.1 <i>Fragment 1</i>	42
4.3.2 <i>Fragment 2</i>	44
4.3.3 <i>Fragment 3</i>	46
4.4 Relatie autonomie en verbondenheid	49
4.4.1 <i>Gedragingen autonomie</i>	49
4.4.2 <i>Gedragingen verbondenheid</i>	51
4.4.3 <i>Autonomie en verbondenheid</i>	53
4.5 Rol zorgrelatie in zorgbeleving bewoner	54
4.5.1 <i>Zorgbeleving bewoner verschillende verzorgenden</i>	54
4.5.2 <i>Zorgbeleving bewoner in relatie tot videoanalyse</i>	55
4.5.3 <i>Evaluatieformulier verzorgende 1 en video 1</i>	56
4.5.4 <i>Evaluatieformulier verzorgende 2 en video 2</i>	56
4.5.5 <i>Evaluatieformulier verzorgende 3 en video 3</i>	57
 5. Conclusie & Implicatie & Discussie & Aanbevelingen	 59
5.1 Relatie autonomie en verbondenheid	59
5.2 Implicatie & advies verzorgende	62
5.3 Discussie & Aanbevelingen	64
 6. Referentielijst	 66
Bijlagen	69

Hoofdstuk 1

Inleiding

Uit onderzoek blijkt dat de vraag naar verblijf in een verpleeg- of verzorgingstehuis tot 2030 zal groeien met 40% (SCP, nov. 2007). Van de 2.6 miljoen Nederlanders die genoemd zijn als 65-plussers woonden er in 2010 ruim 100.000 in een verzorgingshuis en ruim 50.000 in een verpleeghuis. In Nederland zijn er bijna 1700 verzorgings- en verpleeghuizen (SCP, Ouderen in instellingen). Zoals gesteld zijn er bijna 800.000 80-plussers, waarvan ongeveer 75% langdurige lichamelijke beperkingen heeft. Gekeken naar de verpleeghuisbewoners, is ook 75% afhankelijk van hulp van anderen voor de persoonlijke verzorging. Naast de hulp die zij ontvangen van verzorgenden, zijn deze verzorgenden vaak ook het enige sociale contact wat de bewoners nog hebben (Van Beek, 2008). Custers et al. (2010) stelt dat het contact tussen verzorgenden en bewoners een belangrijke rol speelt in alledaagse vervulling van psychologische basisbehoeften van de bewoners. De psychologische basisbehoeftes die leiden tot psychologisch welzijn zijn op basis van de zelfdeterminatietheorie gedefinieerd. De zelfdeterminatietheorie stelt dat mensen actieve en op groei gerichte organismen zijn die op zoek zijn naar mogelijkheden om hun eigen leven vorm te geven en zo bij te dragen aan de eigen ontwikkelingen. Bij deze theorie gaat het om het functioneren van mensen in sociale structuren en ook kijkt het naar behoeftevervulling in minder-macht posities. Vanwege deze aspecten is het een passende theorie bij de doelgroep somatische ouderen in verpleeg- en verzorgingshuizen. Deze theorie noemt de behoeften autonomie, verbondenheid en competentie als de belangrijkste psychologische basisbehoeften voor de vervulling van psychologisch welzijn (Deci & Ryan, 1995).

In de huidige literatuur is er veel onderzoek gedaan naar de psychologische behoeftevervulling van ouderen met dementie. Ook is er onderzoek gedaan naar de rol van communicatie tussen de verzorgende en de bewoner en de invloed hiervan op de behoeftes autonomie en verbondenheid. Van de Kempe en Keizer (2011) combineerden de onderzoeksresultaten van Caris-Verhallen (1998) en Custers (2010) om tot aspecten van autonomie en verbondenheid te komen die zichtbaar waren in de zorgmomenten tussen verzorgenden en bewoners. Om goed aan te kunnen sluiten bij de wensen en behoeftes van de bewoners, is het van belang om de specifieke wensen en behoeften te achterhalen. Voorgaand onderzoek heeft laten zien dat de rol van communicatie in de relatie tussen verzorgende en de bewoner hierbij van essentieel belang is. Keizer (2011) en van de Kempe (2011) hebben onderzoek gedaan naar de specifieke communicatiestructuren die tot de vervulling van de psychologische basisbehoeftes autonomie en verbondenheid leiden. Middels videoanalyse van zorggesprekken tussen verzorgenden en bewoners en literatuurstudie, hebben zij elk uitspraken gedaan over de vervulling van de behoefte autonomie en verbondenheid bij bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen.

Dit onderzoek zal zich mede gaan richten op de combinatie van de psychologische basisbehoeftes autonomie en verbondenheid. Kasser en Ryan (1999) laten namelijk zien dat de combinatie van

autonomie en verbondenheid zorgt voor welbevinden. De relatie tussen de verzorgenden en bewoners zullen in interacties geobserveerd worden. In het onderzoek van van de Kempe (2011) zijn de volgende aspecten gedefinieerd als noodzakelijk voor de vervulling van de basisbehoefte autonomie. Aan de behoefte wordt voldaan wanneer de bewoner inspraak heeft, wanneer de zelfstandigheid van de bewoner wordt behouden of verbeterd en wanneer de bewoner duidelijk weet wat er gaat gebeuren doordat de verzorgende dit specifiek aangeeft. De bewoner heeft inspraak als; hij/zij mag kiezen wat hij doet, inspraak heeft maar waarbij de verzorgende de eigen mening geeft, heeft inspraak na gesloten vraag van verzorgende. De zelfstandigheid van de bewoner wordt behouden en/of verbeterd als de bewoner de zorgbehandeling alleen uitvoert, de verzorgende de bewoner stimuleert op het gebied van zelfstandigheid en als de verzorgende aangeeft wat er gaat gebeuren door middel van zowel non-verbale als verbale communicatie.

Uit het onderzoek van Keizer (2011) blijkt dat de basisbehoefte verbondenheid ook kan worden onderverdeeld in drie verschillende aspecten. Aan de behoefte verbondenheid wordt voldaan wanneer de verzorgende praat over onderwerpen die voor de bewoner belangrijk zijn, als de er zorgende en de bewoner samen praten over ditjes en datjes en als er samen gelachen kan worden. Deze humor kan leiden tot een gevoel van interesse en warmte die dit met zich mee brengt leidt op zijn beurt tot meer openstellen van de bewonervoor sociaal contact. Keizer (2011) stelt daarnaast ook dat de bewoner zelf invloed heeft op de mate van verbondenheid, hij/zij kan zelf belangrijke onderwerpen bespreekbaar maken of over ditjes en datjes beginnen. Ook kan de bewoner zelf grapjes maken wat tot een betere band kan leiden.

Beide onderzoeken laten verschillende aspecten van autonomie en verbondenheid zien, dit onderzoek zal deze aspecten combineren en observeren in interacties tussen verzorgenden en bewoners.

Doordat er gekozen is voor drie verzorgenden en één bewoner, zal dit onderzoek nieuwe informatie bieden over de rol van de verzorgende in de zorgrelatie en hoe zorgbeleving van de bewoner afhangt van de verschillende hulpverleners.

Naast de combinatie van psychologische basisbehoeftes is het ook van wezenlijk belang dat er inzicht verkregen wordt in de zorgbeleving van de bewoners. Zoals eerder beschreven kunnen deze wensen en behoeften alleen vervuld worden als ze kenbaar zijn gemaakt. Uit onderzoek van Leunis & Goeij (2009) blijkt dat binnen verzorgingstehuizen te weinig wordt aangesloten op de wensen en behoeften van ouderen. Huidig onderzoek zal bijdragen aan de zorgrelatie tussen de bewoner en de verzorgende en er zal worden toegewerkt naar het verduidelijken van de zorgbeleving van de bewoners. Het is van belang dat beide manieren van beleving worden onderzocht, zowel de zorgbeleving van de verzorgende op de zorgrelatie als die van de bewoner. Evers (2012) zal ingaan op de zorgbeleving van de verzorgende gedurende de ochtendzorg en de rol hiervan in de vervulling van de psychologische basisbehoeftes autonomie en verbondenheid. Dit onderzoek zal zich verder richten op de invloed van de beleving op zorg, op de communicatie tussen bewoner en verzorgende en hierdoor indirect op de vervulling van autonomie en verbondenheid.

Het onderzoek start met een inleidend stuk waarin de essentie en de relevantie van dit onderzoek worden beschreven. In hoofdstuk 2 worden de belangrijkste termen die behandeld worden in het onderzoek uitgelegd. Het is een beschrijvend hoofdstuk waarin de zelfdeterminatietheorie, de verschillende psychologische basisbehoeftes, de rol van communicatie in de psychologische basisbehoeftes verbondenheid en autonomie en de literatuur over de zorgbeleving van de bewoner staan uitgewerkt. Ook zal er aandacht worden besteed aan de koppeling met het voorgaande onderzoek en de uitkomsten van deze thesis. In dit theoretisch kader zal geëindigd worden met de onderzoeksvragen. Vervolgens wordt in hoofdstuk 3 de opzet en de uitvoering van het onderzoek nader beschreven, de methoden komen aan bod. De manier waarop de video's geanalyseerd worden en de methode waarmee de onderzoeksvragen beantwoord worden gaan worden, staan hierin beschreven. In hoofdstuk 4 wordt ingegaan op de resultaten, de uitkomsten van de videoanalyses. Vervolgens wordt het laatste hoofdstuk 5 gebruikt om antwoord te geven op de onderzoeksvragen en de conclusie, implicaties, discussie en aanbevelingen voor vervolgonderzoek te bespreken.

Hoofdstuk 2

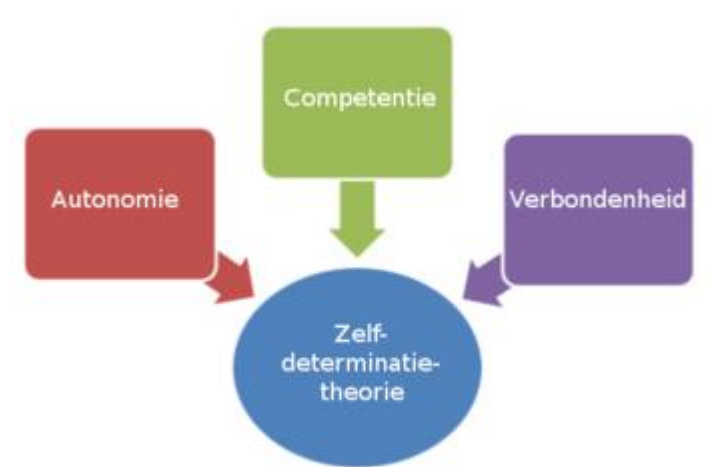
Theoretisch kader

In hoofdstuk 2 zullen de belangrijkste begrippen van het onderzoek nader worden toegelicht, gebaseerd op wetenschappelijke literatuur. In paragraaf 2.1 zal dieper in worden gegaan op de zelfdeterminatietheorie en de psychologische basisbehoeftes die hieruit voortkomen. In paragraaf 2.2, 2.3 en 2.4 zullen deze psychologische basisbehoeftes verder worden uitgewerkt. In paragraaf 2.5 wordt de relatie tussen de basisbehoeftes autonomie en verbondenheid beschreven, waar dit onderzoek verder bouwt op voorgaande literatuur. In paragraaf 2.6 zal de rol van communicatie in de zorgrelatie op de behoeftevervulling nader worden toegelicht. In de laatste paragraaf 2.7. zal de zorgbeleving van de bewoner wetenschappelijk worden onderbouwd en de noodzaak van dit aspect op huidig onderzoek worden toegelicht. Dit hoofdstuk eindigt met een paragraaf waarin de onderzoeksvragen staan geformuleerd.

2.1. Zelfdeterminatietheorie

In het onderzoek staat het welzijn van de ouderen in verpleeg- en verzorgingshuizen centraal. Er zijn verschillende theorieën die spreken over welzijn en kwaliteit van leven. In dit onderzoek draait het om de interactie tussen verzorgenden en bewoners. Hierbij gaat het om een sociaal contact. De zelfdeterminatietheorie gaat uit van de motivatieprocessen die mensen hebben om autonomie en zelfexpressie te zoeken in de context van sociale relaties (Sheldon & Bettencourt, 2002). In de verzorgende-bewoner interactie is er ook sprake van een sociaal contact, waarin de verzorgende een grote rol speelt in de vervulling van de psychologische basisbehoeftes. In de zelfdeterminatietheorie wordt de mens gezien als een wezen die van nature gericht is op de integratie van innerlijke, psychische mogelijkheden met betrekking tot het functioneren in sociale structuren. De mens is van nature uit betrokken bij sociale groepen (Deci & Ryan, 2000). De tweede reden waarom de zelfdeterminatietheorie passend is bij dit onderzoek is het feit dat deze theorie ook de mogelijkheid biedt om zich te richten op de vervulling van psychologische basisbehoeftes in minder-macht posities (Sheldon & Bettencourt, 2002). Dit sluit nauw aan bij de onderzoeksgroep waarin het ouderen betreft met somatische klachten die afhankelijk zijn hulp en zorg van verzorgenden. Het vervullen van de basisbehoeften van de bewoner leidt tot grotere mate van psychologisch welbevinden (Custers, 2010). In de zelfdeterminatietheorie wordt door Ryan & Deci (2006) gesproken over psychologische basisbehoeften, die van belang zijn voor het optimaal persoonlijk functioneren en welzijn van een persoon. Het is van belang dat een mens competentie en autonomie ervaart, net zo belangrijk als de sociale verbondenheid die een mens moet voelen en ervaren om een positief welzijn te hebben. Naast deze basisbehoeften zijn omgevingsfactoren ook belangrijk en samen zorgt dit volgens de zelfdeterminatietheorie ervoor dat de psychologische groei van een persoon blijft voortduren (Deci & Ryan, 2006).

Voorgaande onderzoeken hebben zich gericht op de vraag hoe communicatie kan worden gebruikt om te zorgen voor een hogere mate van welbevinden. Om te onderzoeken hoe deze vervulling wordt volbracht is het eerst van belang om de psychologische basisbehoeftes te definiëren. Op basis van de genoemde zelfdeterminatietheorie zijn de behoeften autonomie, verbondenheid en competentie genoemd (Deci & Ryan, 1995). In de volgende paragrafen zal elke behoefte en hun relatie tot de doelgroep worden toegelicht. In onderstaand figuur is waar te nemen dat elke psychologische basisbehoefte een eigen invloed heeft op het psychologisch welbevinden dat is gedefinieerd in de zelfdeterminatietheorie. Een beïnvloeding van alle drie de factoren leidt tot de meest optimale behoeftevervulling (Deci & Ryan, 1995).



Figuur 1 Interactie tussen autonomie, competentie en verbondenheid uit de zelfdeterminatietheorie

2.2 Autonomie

Eén van de psychologische basisbehoeftes die deel uitmaakt van de zelfdeterminatietheorie is autonomie. Autonomie wordt in deze theorie beschreven als het 'zelfsturend handelen' (Deci & Ryan, 2000). Zelfsturend handelen wordt ook wel zelfactualisatie genoemd. Autonomie betekent letterlijk 'het opleggen van eigen wetten' en houdt in dat een mens zijn eigen potentieel kan inzetten. Het begrip autonomie heeft een universele betekenis maar de praktische uitwerking van het begrip is verschillend voor elke doelgroep. Het gaat erom dat een individu eigen keuzes kan maken en psychologische vrijheid heeft (Deci & Ryan, 2000). Deze keuzevrijheid uit zich verschillend bij verschillende doelgroepen en in verschillende settings. Op de werkvloer kan autonomie gezien worden als onafhankelijkheid en vrijheid om werk uit te voeren en de individualiteit van het werk (van den Broeck, 2009). Deze definities van autonomie zijn taakgerelateerd en komen tot uiting in werk en praktische activiteit. Autonomie kan ook indirect zijn en zonder een direct actieve rol van de betrokkene. Hierbij kan gedacht worden aan het opvolgen van een verzoek van een ander, waarbij de betrokkene zich autonoom kan voelen in het uitvoeren van de opdracht (Soenens et al, 2007; van den Broeck, 2009). Autonoom gedrag kan zowel onafhankelijk als afhankelijk zijn. Deci & Ryan (1991) beaamen dit en beargumenteren dat mensen zich autonoom en zelfstandig kunnen voelen, ook als ze

anderens wensen opvolgen. De belangrijke factor in het vervullen van de psychologische basisbehoefte voor optimaal welzijn is de overtuiging van de betrokkene dat anderen wensen de intentie hebben om het welzijn van de persoon te verhogen. Deze bevinding is van groot belang voor huidig onderzoek vanwege de onderzoeksgroep, waarbij het gaat om bewoners van verzorgings- en verpleegthuizen die afhankelijk zijn van de zorgrelatie met de verzorgende.

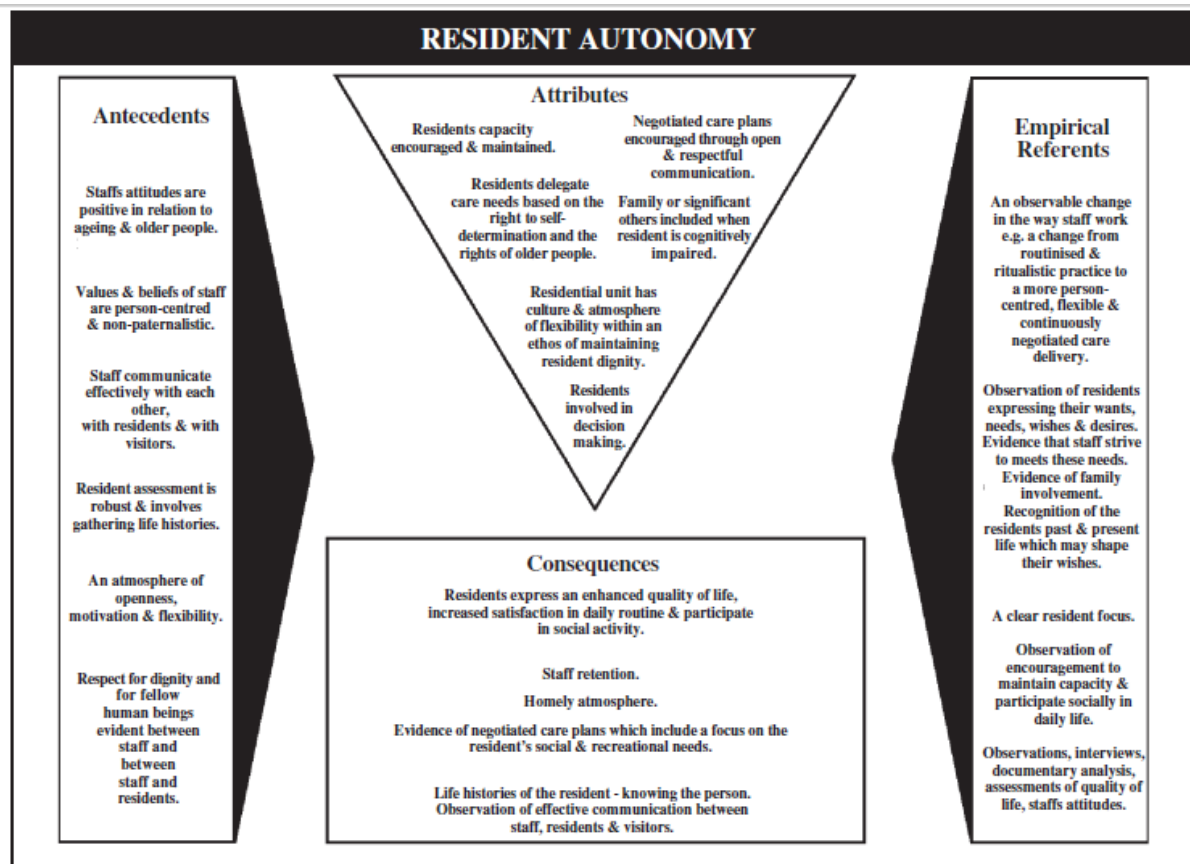
2.2.1 Autonomie in de somatische ouderenzorg

Autonomie in de ouderenzorg is een andere tak van sport, er is een grote afhankelijkheid en de meerderheid van de ouderen is afhankelijk van hulp bij het toiletgebruik en persoonlijke verzorging (de Klerck, 2005). Autonoom gedrag komt anders tot uiting in de zorg voor somatische ouderen in verpleeg- en verzorgingshuizen. Het feit dat de operationalisatie van het begrip autonomie anders is betekent niet dat de behoefte aan autonomie minder is. Onderzoek wijst uit dat oudere mensen ervan overtuigd zijn dat autonomie belangrijk is voor een goede kwaliteit van leven (Welford, 2009). Ook blijkt dat de verpleegtehuisbewoners een verlaging van de kwaliteit van leven ervoeren wanneer er gebrek was aan autonomie (de Klerck, 2005). Het belang van autonomie in de verzorgingshuizen is ook benadrukt door Langer en Rodin die aangaven dat bewoners die aangemoedigd waren om verantwoordelijkheid te nemen en zelf beslissingen te nemen waar mogelijk, meer alert, actief en gelukkiger waren dan bewoners die behandeld waren als totaal afhankelijk van de verzorgenden (Kasser, 1999). Dit onderzoek wordt ondersteund door Schulz die aantoonde dat ouderen die zelf een keuze hadden in de bezoeken en de duur van hun bezoek, meer actief, gezonder en gelukkiger waren. Naast het hebben van autonomie is het ook belangrijk dat er rekening wordt gehouden met de mate van autonomie en het verminderen hiervan bij bijvoorbeeld slechtere gezondheid of problemen. Schulz en Hanusa merkten namelijk op dat er een vergroot negatief effect op het welbevinden ontstaat wanneer de eerste verkregen keuzevrijheid, persoonlijke verantwoordelijkheid en zelfcontrole de bewoners wordt ontnomen (Kasser, 1999).

Dit negatieve effect moet in acht genomen worden bij het geven van autonomie aan ouderen, de kans dat de somatische klachten verergeren en de oudere niet meer in staat is om zelf keuzes te maken is reëel.

De ouderen die in verpleeghuizen en verzorgingshuizen wonen, zijn zoals gezegd voor een grote mate afhankelijk van de zorg van verzorgenden. De bewoner-verzorgende relatie wordt later in dit hoofdstuk nog uitgebreid besproken, maar voor de autonomie is het van belang dat rekening wordt gehouden met de afhankelijkheidspositie. Baltes & Silverberg (1994) merken terecht op dat het er sprake is van een afhankelijkheid-steun relatie, waarmee bedoeld wordt dat de verzorging geneigd is om meer sociaal contact en aandacht te geven aan de bewoners die het meest van zorg afhankelijk zijn. Ouderen die nog autonoom handelen en zelfstandig zijn, krijgen minder sociale zorg en hierdoor wordt de behoefte aan verbondenheid bij deze mensen niet aangemoedigd. Op dit onderwerp zal in later nog worden ingegaan, wanneer er gesproken wordt over de relatie tussen verbondenheid en autonomie.

Welford (2009) spreekt van speciale aandacht die gericht moet zijn op de behoeftevervulling van autonomie in de ouderenzorg. Hij heeft een framework ontwikkeld die gericht is op de zorgrelatie tussen verzorgende en bewoner en uitwerking van het begrip autonomie in de deze praktijk.



Figuur 2 Model over bewonerautonomie door Welford (2009)

Dit model beschrijft de autonomie van de bewoner vanuit vier verschillende aspecten. Welford (2009) kijkt naar de antecedenten, waarin hij de kernvoorwaarden beschrijft voor het scheppen van bewonerautonomie. Hierbij benoemt hij een positieve, persoonlijke attitude van de verzorgenden richting de bewoners, effectieve communicatie tussen de verzorging, een open, flexibele en gemotiveerde omgeving en respect voor elkaar door beide partijen. Vervolgens beschrijft hij de attributen die daarbij nodig zijn en gebruikt moeten worden. Hij geeft aan dat bewoners aangemoedigd en ondersteund moeten worden in hun competentie en autonomie die al aanwezig is. Ook geeft hij aan dat bewoners de behoeftes van de zelfdeterminatie moeten ontvangen en noemt hij inspraak in beslissingen essentieel. Het verpleeghuis moet een sfeer hebben van flexibiliteit en respect voor de bewoners en het is belangrijk dat familieleden worden betrokken in de zorgprocessen. Als laatste spreekt hij van een heldere en open communicatie tussen alle betrokkenen. De gevolgen die bij het gebruik van deze voorwaarden tot uiting komen zijn volgens Welford (2009);

- een verbeterde kwaliteit van leven waarbij er een verhoogde tevredenheid is met de dagelijkse zorgroutine en de participatie in sociale activiteiten
- een huiselijke sfeer

- behoud van personeel
- bewijs van zorgplannen waarin de bewoner invloed heeft gehad en dat van invloed is op zijn sociale behoefte
- communicatie waarbij alle partijen betrokken zijn en open kunnen communiceren, waardoor er ruimte is voor het bespreken van belangrijke levensgebeurtenissen van de bewoner.

Als laatste onderdeel in zijn schema beschrijft hij de gevolgen die deze voorwaarden en kenmerken kunnen hebben voor de zorgrelatie tussen de verzorgende en bewoner.

2.2.2 Autonomie videoanalyse Van de Kempe (2011)

Naar aanleiding van het onderzoek van Custers et. al (2010) heeft Van de Kempe (2011) onderzoek gedaan naar de invloed van communicatie op de vervulling van de psychologische basisbehoefte autonomie. Van de Kempe (2011) komt tot een aantal aspecten, die middels observatie en literatuuronderzoek omschreven kunnen worden als aspecten die autonomie omschrijven in de somatische ouderenzorg.

Aan de behoefte wordt voldaan wanneer de bewoner inspraak heeft, wanneer de zelfstandigheid van de bewoner wordt behouden of verbeterd en wanneer de bewoner duidelijk weet wat er gaat gebeuren doordat de verzorgende dit specifiek aangeeft. De bewoner heeft inspraak als; hij/zij mag kiezen wat hij doet, inspraak heeft maar waarbij de verzorgende de eigen mening geeft, heeft inspraak na gesloten vraag van verzorgende. De zelfstandigheid van de bewoner wordt behouden en/of verbeterd als de bewoner de zorgbehandeling alleen uitvoert, de verzorgende de bewoner stimuleert op het gebied van zelfstandigheid en als de verzorgende aangeeft wat er gaat gebeuren door middel van zowel non-verbale als verbale communicatie. In hoofdstuk 3 zullen deze aspecten van autonomie gebruikt worden, eventueel aangevuld met factoren uit huidig literatuuronderzoek, om de zorgrelatie en communicatie tussen de verzorgende en bewoner te analyseren. Eerst zal de psychologische basisbehoefte verbondenheid nader worden uitgewerkt.

2.3 Verbondenheid

In de zelfdeterminatietheorie wordt verbondenheid omschreven als de psychologische behoefte van mensen om betrokkenheid met andere mensen te ervaren en om relaties aan te gaan en te onderhouden (Deci & Ryan, 2006). Sociale verbondenheid komt tot uiting in het gevoel van een persoon dat hij/zij om iemand geeft, dat anderen om hem geven en dat hij/zij deelt uitmaakt van een gemeenschap. Mensen voelen zich sociaal verbonden wanneer ze een veilige binding hebben met hun relaties. Het is van groot belang dat een persoon zich verbonden voelt en het gevoel heeft ergens 'bij te horen'.

Deci & Ryan (2002) spreken van verschillende uitwerkingen van deze psychologische basisbehoefte in verschillende sociale contexten. In de volgende paragraaf wordt de basisbehoefte verbondenheid gekoppeld aan de somatische ouderenzorg in verpleeghuizen en verzorgingshuizen.

2.3.1 Verbondenheid in de somatische ouderenzorg

Uit onderzoek blijkt dat, hoe minder somatische klachten de bewoners ervaren, hoe minder steun en verbondenheid aan ze wordt gegeven (Custers, 2011). Dit is een belangrijke constatering gezien het feit dat het in dit onderzoek gaat om bewoners van verpleeghuizen en verzorgingshuizen die afhankelijk zijn van hulp en aandacht van anderen. Voor deze bewoners zijn de verzorgenden vaak hun enige sociale wederkerige contact (Van Beek, 2008). Sociale verbondenheid ontstaat wanneer, zoals hierboven beschreven, mensen het gevoel hebben een veilige binding te hebben en mensen in hun omgeving te hebben die om ze geven. Daarnaast is het ook van belang dat ze zelf ervaren dat ze om iemand geven. Uit het onderzoek van Besselink (2009) blijkt dat de behoefte aan verbondenheid meer is vervuld naarmate mensen meer als betrouwbaar, ondersteunend, vriendelijk en ongevaarlijk worden ervaren. Hoe meer deze aspecten ervaren worden, hoe duurzamer het contact is dat opgebouwd kan worden. Om duurzame contacten op te bouwen is het van belang dat de mensen in de omgeving van de oudere aan deze kenmerken voldoen. In het leven van de oudere is er vaak sprake van een kanteling van relaties, ze gaan weg uit hun vertrouwde 'thuis' en wonen op een andere plek. Vaak zijn deze ouderen belangrijke familieleden verloren en de meerderheid woont/is door ziekte of sterfte niet meer samen met hun partner. Het vervullen van de psychologische basisbehoefte verbondenheid komt onder vuur te liggen, deze behoeftevervulling kan niet meer ingevuld worden door familie. Uit onderzoek van de Klerck (2005) blijkt dat 38,5% van de ouderen niet tevreden is met het aantal sociale contacten en ontmoetingen van vrienden/familie en dat 50% van de ouderen hun sociale contact met hun bezoek als oppervlakkig omschrijven. Bij deze doelgroep is er dus een belangrijke rol weggelegd voor de verzorgende op het gebied van inhoudelijk sociaal contact, ondersteuning en de vervulling van de basisbehoefte verbondenheid.

Ouderen, in tegenstelling tot andere leeftijdsgroepen, hechten minder waarde aan het hebben van veel relaties (Cartensen in de Klerck, 2005). Bij de oudere doelgroep gaat het om het emotionele contact. Het primaire doel van de oudere in een relatie is emotioneel contact. Alleen dan voelt de oudere zich in een relatie en kan de behoefte van verbondenheid worden vervuld.

Reis (2000) heeft met een meta-analyse onderzoek gedaan naar de belangrijke aspecten van sociale verbondenheid die beschreven zijn in de literatuur over de afgelopen 50 jaar. Hij komt tot zeven gemeenschappelijke factoren die bijdragen aan het gevoel van verbondenheid en de vervulling van de behoefte voor het bijdragen aan het welzijn van de persoon. Deze aspecten zijn geschreven vanuit het perspectief van de verzorgende. Het eerste belangrijke aspect is het communiceren over relevante persoonlijke zaken. Als tweede wordt het participeren in gedeelde activiteiten genoemd. Voor het gevoel van sociale verbondenheid is het als derde belangrijk dat men een groep van vrienden om zich heen heeft waarmee informeel kan worden omgegaan en waarmee sociaal contact bestaat. Naast de al genoemde aspecten is het als vierde punt belangrijk dat een persoon zich begrepen en gewaardeerd voelt. Als vijfde aspect wordt het participeren in plezierige en vermakende activiteiten genoemd. Het zesde aspect is het vermijden van ruzies en conflicten dat een afstand kan creëren in

de sociale relatie tot belangrijke mensen in de naaste omgeving. Als laatste punt is het vermijden van zelfbewuste en onzekere gevoelens bij de bewoner die de aandacht op hemzelf kan leggen en hiermee belangrijke anderen worden vergeten.

Een belangrijk aspect bij het vervullen van de psychologische basisbehoefte verbondenheid, wat in mindere mate ook geldt voor autonomie en competentie, is de subjectieve factor. Het is niet met maten te meten wanneer iemand zich vervuld voelt in zijn sociale verbondenheid, dit is voor elk persoon verschillend en ook afhankelijk van meerdere factoren.

In paragraaf 2.4 zal dit verder worden uitgewerkt, hierin zal de beleving en de mening van de bewoner over zorg nader worden bekeken.

2.3.2 Verbondenheid videoanalyse Keizer (2011)

Keizer (2011) heeft in haar onderzoek de verschillende aspecten uit de literatuur die bekend zijn over de psychologische basisbehoefte verbondenheid samen genomen en een videoanalyse gemaakt met behulp van deze factoren. Uit het onderzoek van Keizer (2011) blijkt dat de basisbehoefte verbondenheid in de praktijk ook kan worden onderverdeeld in drie verschillende aspecten. Aan de behoefte verbondenheid wordt voldaan wanneer de verzorgende praat over onderwerpen die voor de bewoner belangrijk zijn, als de er zorgende en de bewoner samen praten over ditjes en datjes en als er samen gelachen kan worden. Deze humor kan leiden tot een gevoel van interesse en warmte die dit met zich mee brengt leidt op zijn beurt tot meer openstellen van de bewonervoor sociaal contact. Keizer (2011) stelt daarnaast ook dat de bewoner zelf invloed heeft op de mate van verbondenheid, hij/zij kan zelf belangrijke onderwerpen bespreekbaar maken of over ditjes en datjes beginnen. Ook kan de bewoner zelf grapjes maken wat tot een betere band kan leiden.

2.4 Competentie en de relatie tot ouderenzorg

De laatste van de drie psychologische basisbehoeftes van de zelfdeterminatietheorie is de behoefte aan competentie. Competentie is de opvatting van een persoon dat zijn gedrag resulteert in onafhankelijke gevolgen en effecten. De persoon heeft het gevoel dat hij zelf invloed heeft op de gevolgen van zijn gedrag en voelt zich competent als hij zijn eigen doelen kan nastreven en doeltreffend met de omgeving om kan gaan (Deci & Ryan, 2000). Van den Broecke (2010) geeft aan dat mensen graag hun omgeving willen exploreren, begrijpen en beheersen. Het gevoel van competentie helpt mensen erbij om zichzelf te ontwikkelen en flexibel te kunnen omgaan met veranderingen in omgeving.

In somatische verzorgingshuizen en verpleeghuizen is het vervullen van de psychologische basisbehoefte competentie moeilijk te bereiken. Naast de gevoelens die de oudere ervaart op de terugblik van zijn leven, worden ze ook vaak geconfronteerd met fysieke klachten en consequente afhankelijkheid van anderen. Deze afhankelijkheid, het verlies van mogelijkheid tot eigen verzorging, lichamelijk ongemak en de stap terug in hun leven, kan hun gevoel van competentie juist negatief beïnvloeden (Custers, 2010).

In bovenstaande paragrafen zijn de psychologische basisbehoeftes uitgebreid besproken en gekoppeld aan de doelgroep ouderen met somatische klachten in verzorgings- en verpleeghuizen. Als laatste aspect is het belangrijk om te vermelden dat, in tegenstelling tot andere theoretische kaders, de zelfdeterminatietheorie ervan uitgaat dat deze basisbehoeftes aangeboren en natuurlijk zijn. Het gaat er niet om hoe sterk de behoeften van de mens zijn, het verschil is waar te nemen in de mate waarin ze in hun behoefte worden bevredigd (Deci & Ryan, 2000). De vervulling van de basisbehoeftes blijft een subjectieve aangelegenheid en is voor elk persoon, jong en oud, verschillend en zal daarom voor elk persoon uniek bekeken moet worden.

2.5 Relatie psychologische basisbehoeftes autonomie en verbondenheid

Het observeren van autonomie en verbondenheid samen kan tevens ondersteund worden door het onderzoek van Reis et. al. (2000) die stelt dat de basisbehoeftes elk een geheel eigen invloed hebben op het dagelijks welbevinden en de ervaringen van mensen, maar dat de vervulling van deze behoeftes nauw samenhangt. Mocht één van de behoeftes enige tijd niet vervuld worden, is het zeer goed mogelijk dat de andere behoeftes ook onvervuld blijven.

De relatie tussen verbondenheid en autonomie is al in eerdere onderzoeken een lastige gebleken. Zo stelde Keizer (2011) dat bijvoorbeeld samen taken uitvoeren in de zorg leidt tot een hogere mate van verbondenheid, maar tegelijkertijd tot een lagere mate van autonomie. Om de combinatie van beide factoren, autonomie en verbondenheid, in de communicatie van bewoner en verzorgenden te onderzoeken is het van belang dat hiermee rekening wordt gehouden. Daarnaast is ook gebleken dat om werkelijk autonomie toe te kunnen passen, een sociale relatie van belang is waarin deze voorwaarden voor autonomie kunnen worden geschept.

In de relatie tussen verzorgenden en bewoners waarin de autonomie wordt ondersteund, hiermee wordt bedoeld waar er sprake is van acceptatie en zelfexpressie, blijkt dat een positieve invloed te hebben op de communicatie. Alleen deze relaties, waarin er sprake was van autonomie ondersteuning, kwam er emotionele communicatie op gang (Ryan, 1993). Uit verschillende onderzoeken blijkt dat het ondersteuning van autonomie tot positieve resultaten kan leiden. Het faciliteert hechting, intimiteit en Blais, Sabourin, Boucher, en Vallerand (1990) en meer recent, Knee, Lonsbary, Canevello, en Patrick (2006) toonden aan dat hogere mate van autonomie in een relatie geassocieerd kan worden met meer tevredenheid, relatiestabiliteit en welzijn voor beide betrokkenen. Ryan et. al (2005) toonden aan dat emotioneel vertrouwen op anderen verklaard kon worden uit de mate van autonomie die geboden was in deze relatie. De mening bestaat ook dat de autonomie en betrokkenheid elkaars opposieten zouden zijn. In de zorg voor ouderen is dit een extra belangrijk punt, omdat deze doelgroep erg afhankelijk is van zorg en hierdoor minder autonoom is. Zoals eerder beschreven is het echter ook mogelijk om je autonoom te voelen in een relatie waarin de andere betrokkene de keuzes voor jou maakt, zolang je je maar betrokken in de keuze voelt en achter de

keuze staat (Van den Broeck, 2006). De zelfdeterminatietheorie blijft aantonen dat mensen zich het meest verbonden voelen met de personen die hun eigen keuzes en autonomie ondersteunen (Ryan & Deci, 2006).

2.6 Rol van communicatie in vervulling psychologisch basisbehoeftes

Zoals besproken blijkt uit de literatuur dat het vervullen van de basisbehoeften van de bewoner leidt tot grotere mate van psychologisch welbevinden (Custers, 2010). Caris-Verhallen (1997) stelt dat, om de individuele behoeften van de bewoner te achterhalen, communicatie van essentieel belang is. Als deze communicatie schort, kan dat een onbevredigend gevoel geven. Ong et. al. (1995) tonen aan dat effectieve communicatie tussen verzorgenden en de bewoners leidt tot hogere tevredenheid met de zorg, minder depressie en angst, meer begrip, verbetering van zelfzorg, algemeen welbevinden en het allerbelangrijkst, het verbeteren van de kwaliteit van leven. Effectieve communicatie in de relatie tussen de verzorgende en de bewoner is cruciaal voor een positieve relatie tussen beiden, dat weer leidt tot een positieve relatie met het welzijn van de bewoner (Bitzan & Kruzich, 1990). De rol van communicatie in de relatie tussen verzorgende en bewoner is al veelvuldig in de literatuur besproken. De meerderheid van de literatuur is gebaseerd op interacties met bewoners met dementie. Caris-Verhallen et al. (1999) deden onderzoek naar non-verbale en verbale communicatie tussen de verzorgende en de somatische oudere en vonden een hoog percentage van sociaal-emotionele communicatie inclusief persoonlijke verhalen, grappen en non-verbaal affectief gedrag. De verschillende manieren van communicatie tussen verzorgende en bewoners is afhankelijk van de soort relatie die er tussen beide betrokkenen bestaat. Brown et. al. (2009) in; Custers (2010) lieten drie verschillende soorten relaties zien tussen verzorgenden en bewoners, die elk een eigen soort communicatie met zich mee brachten. In pragmatische relaties was er voornamelijk sprake van taakgerelateerde communicatie. In responsieve relaties, waarbij de focus ook lag op de bewoner als persoon, kreeg de bewoner ook de kans om aan te geven wat hij/zij van de zorg vond en in de wederkerige relatie kreeg de bewoner ook de mogelijkheid om mee te beslissen en te bepalen over zijn/haar behoeften. De communicatie die plaatsvindt tussen bewoner en verzorgende is dus afhankelijk van de soort relatie die aanwezig is.

Naast het soort relatie is er nog een belangrijk aspect die van belang is in de communicatie en relatie tussen verzorgende en bewoner. Baltes (1996) vond een gedragspatroon waarbij bewoners gedwongen werden tot afhankelijk gedrag. In de interactie tussen verzorgenden en bewoners bleek dat er sprake was van twee verschillende scripts, namelijk de onafhankelijkheid-negeren en de afhankelijkheid-steun scripts. Hierover is al eerder gesproken, maar in de communicatie valt dit weer op. Ouderen die onafhankelijkheid en autonoom gedrag laten zien worden genegeerd en de meerderheid van de zorg gaat uit naar de meest afhankelijke bewoners. Dit heeft een negatief effect op de mate van sociale verbondenheid die de onafhankelijke bewoners ervaren met de verzorgende en de mate van vervulling van autonomie, aangezien er niet tegemoet wordt gekomen aan de mogelijkheden van de bewoner.

In de afhankelijke relaties bleek ook dat bewoners veel aan 'secundaire babypraat' deden (Salari, 2002). Hierbij wordt weinig oogcontact gemaakt, met een hoge stem gepraat en op een kinderachtige manier tegen de bewoner gesproken. Aangezien het gaat om bewoners met somatische klachten, die vaak psychisch nog gezond zijn, leidt deze communicatie niet tot een hogere mate van behoeftevervulling van verbondenheid en autonomie.

Uit eerdere paragrafen van dit onderzoek blijkt dat autonomie en verbondenheid in relaties leidt tot een hogere mate van welzijn. In de interactie is het daarom van belang dat deze aspecten worden nagestreefd.

Het huidige onderzoek richt zich op de vervulling van de psychologische basisbehoeftes autonomie en verbondenheid, gebaseerd op de zelfdeterminatietheorie van Ryan & Deci (2001). Het vervullen van deze behoeftes leidt tot een beter welzijn en de verzorgende speelt een grote rol in het vervullen hiervan. Het communiceren met ouderen heeft een aantal specifieke aspecten waarmee de verzorgende rekening moet houden. Er kan sprake zijn van sensorische problemen, waardoor de verzorgende meer moet vertrouwen op non-verbale communicatie (Greene et al, 1994; in Custers et al, 1997). Ook een belangrijk aspect is dat de verzorgende en de bewoner over verschillende verwachtingen en agenda's beschikken. De bewoner wil graag sociaal contact, wil graag dat de interactie blijft voortbestaan. De verzorgende daarentegen heeft een schema waar ze zich aan moet houden en heeft hierdoor vaak haast. Als laatste punt verschillen de bewoners en verzorgenden vaak van generatie. Ouderen hebben verschillende normen en waarden en daarmee ook vaak andere verwachtingen van de jongere generatie (LeMay & Redfern, 1987; Custers et al, 1997). Oudere generaties zijn vaak minder geneigd om zich met autoriteiten te 'bemoeien' en laten het vaak zoals het is. Dit heeft een negatief effect op de autonomie en ouderen hebben ook wel een mening, maar hebben geleerd volgbaar te zijn en zich te schikken met de situatie. Ook kan dit betekenen dat de bewoner niet spreekt over de psychologische problemen en/of zorgen die hij/zij ervaart en het is belangrijk dat de verzorgende over communicatieve vaardigheden en bewustzijn beschikt om deze barrières uit de weg te gaan (Custers et. al, 1997).

Als laatste aspect zijn de patiëntkenmerken te noemen die van invloed zijn op de communicatie tussen de bewoner en de verzorgende. Lane (1989) toonde aan dat de aspecten geslacht, leeftijd en gezondheid van invloed zijn op de communicatie van de verzorgende met de bewoner. Vrouwelijke verzorgenden zijn in een zorgsetting minder geneigd om mannelijke bewoners aan te raken, wat een mindere mate van verbondenheid met zich mee kan brengen. Visser (1988) toonde aan dat hoe ouder de bewoner, hoe minder informatie hij/zij kreeg over zijn medische toestand. Als laatste aspect is de gezondheid een belangrijke factor. In het onderzoek van Wilde & de Bot (1989) bleek dat verzorgenden minder geneigd waren om een interactie aan te gaan met bewoners die geestelijke beperkingen hadden als beginnende dementie dan met geestelijk gezonde bewoners.

Zojuist is beschreven op welke manier communicatie tussen de bewoner en de verzorgende plaats kan vinden, wat voor effecten dit heeft op de relatie tussen de betrokkenen en wat de barrières in de communicatie kunnen zijn. Vanuit de zelfdeterminatietheorie en de beschreven aspecten van interactie tussen de verzorgende en de bewoner, kan de behoeftevervulling van de bewoner worden geanalyseerd en geïntegreerd in een observationele, kwalitatieve studie.

2.7 Zorgbeleving bewoner

In voorgaande paragrafen is uitgebreid gesproken over de verschillende psychologische behoeftes, de relatie tot de somatische ouderenzorg, de communicatie met de verzorgende en de invloed hiervan op de zorgrelatie. Concluderend kan gezegd worden dat een goede relatie tussen de verzorgende en bewoner van belang is om aan de individuele behoefte van de bewoner tegemoet te komen (Umoren, 1992). In de bestaande literatuur wordt veel gesproken over de invloed van de verzorgende op de bewoner en hoe de zorg een behoeftevervulling kan faciliteren. Er is weinig gesproken over de zorgbeleving van de bewoner en de manier waarop de bewoner denkt over de zorg. In deze paragraaf zal dit onderwerp aan bod komen.

2.7.1 Literatuuronderzoek zorgbeleving bewoner op zorgrelatie met verzorgende

40% van de tehuisbewoners vindt dat de verzorging gehaast gebeurt en dat het personeel onvoldoende tijd heeft voor een vertrouwelijk gesprek (CBS, 2010). Uit onderzoek van Wilkinson (1991 in; Caris-Verhallen 1999) blijkt dat dit geen direct gevolg hoeft te zijn van een druk werkschema. In zijn onderzoek werd gevonden dat op de drukste afdeling van zijn onderzoeksgroep de beste communicatie werd ervaren door de bewoners. Wel kan het zijn dat de bewoner de zorg als gehaast ervaart.

In de huidige literatuur is er informatie aanwezig over de manier waarop ouderen de zorg in een verpleeghuis of verzorgingshuis beleven. Goudsblom (2010) heeft deze aspecten uitvoerig beschreven, waarbij de aspecten onderverdeeld zijn in attitude, kennis en vaardigheden. Op het gebied van attitude geven de bewoners aan dat ze een zorgzame, rustige houding, betrokkenheid, geduld en vriendelijkheid willen zien, dat aangevuld wordt met interesse, medeleven tonen en het kunnen uitstralen van interesse in het werken met ouderen.

Op het gebied van kennis vinden bewoners dat verzorgenden moeten beschikken over kennis over de speciale behoeften van de ouderen. Naast kennis op het gebied van gezondheid en bewonerkennis, moet de verzorgende ook beschikken over zelfkennis. Op het gebied van vaardigheden vinden bewoners dat de verzorgenden de behoeften van de bewoners door observatie moeten kunnen opmerken en hier snel op moeten kunnen reageren. Bewoners geven aan dat ze het vaak moeilijk vinden om zelf aan te geven wat ze willen of wat er niet goed gaat. Goede communicatieve vaardigheden uiten zich door het goed kunnen luisteren, het laten blijken dat ze de bewoners begrijpen en het samen met de bewoner kunnen lachen. Ook zouden bewoners graag zien dat de verzorgende af en toe wat over zichzelf kan vertellen, over gebieden die raakvlakken heeft met de

bewoners. In de communicatie met de verzorgende vinden ze het belangrijk dat informatie stap voor stap wordt uitgelegd en dat dit in begrijpelijke taal gebeurt.

2.7.2 Zorgevaluatie, autonomie en verbondenheid

De bewoner wil betrokken zijn bij de zorg en de behandeling die gekozen en gegeven wordt (Goudsblom, 2010). Uit onderzoek van Goudsblom (2010) blijkt dat om bewoner zelf meer initiatief te laten tonen, het belangrijk is dat de bewoner vertrouwen heeft in de verzorgende. Dit aspect is van belang voor de autonomie van de bewoner en kan worden mogelijk gemaakt door het verhogen van verbondenheid. Het creëren van vertrouwen in de verzorgende heeft volgens de bewoner te maken met de eerlijkheid, het in hun waarde laten en onvoorwaardelijke steun. Wanneer de verzorgende interesse toont, voelen de bewoners meer de mogelijkheid om de verzorgende te vertrouwen. Het laatste belangrijke aspect om vertrouwen op te bouwen is de consistentie van de verzorging. De bewoners geven aan veel waarde te hechten aan eenzelfde verzorger, diversiteit van verzorgers zorgt voor minder vertrouwen en minder investering in een duurzame relatie (Goudsblom, 2010). Uit het onderzoek van Besselink (2009) blijkt ook het belang van duurzaamheid. Hij stelt dat persoonlijke behoeftes meer vervuld worden door duurzame contacten met andere mensen die als betrouwbaar, ondersteunend, vriendelijk en ongevaarlijk worden ervaren.

Op het gebied van betrokkenheid blijken bewoners dit te ervaren wanneer de verzorgende dingen onthoudt uit voorgaande gesprekken of activiteiten, bereikbaar is wanneer ze aangeeft dit ook te zijn en goed op de hoogte is van de huidige levenssituatie van de bewoner. Op het gebied van autonomie blijken bewoners dit te ervaren wanneer ze zelf keuzes kunnen maken. Hierbij is het van essentieel belang dat bewoners zich gesteund voelen om deze keuzes te durven maken. Ze willen zich emotioneel gesteund voelen door de verzorgende, anders zal de kans dat ze initiatief nemen dalen. Ook ervaren bewoners autonomie als de verzorgende de tijd en de frequentie van de zorg overlegt met de bewoner. Wanneer deze aangepast wordt aan de behoefte van de bewoner, zal hij/zij meer autonomie ervaren. In een volgend hoofdstuk zal in worden gegaan op de manier waarop deze aspecten onderzocht gaan worden en de vraagstellingen die hierbij horen.

Uit ander voorgaand onderzoek hebben bewoners van verpleeghuizen en verzorgingshuizen gesproken over de noodzaak van vriendelijkheid, vertrouwen en zelfvertrouwen, gehoord en gezien worden door de verzorgenden en het tegemoetkomen aan behoeftes (Mattiasson & Andersson, 1997). Ook vonden ze het belangrijk om gedachten over leven en dood te kunnen delen (Liukkonen, 1995). De beleving die een bewoner heeft over zorg is, net als de behoeftevervulling, subjectief en beïnvloedbaar door veel factoren. Het kan tot stand komen door eerdere positieve en negatieve zorgervaringen, de persoonlijkheid van de bewoner en verzorgende e.d. Het is hier wederom van belang dat de behoeftes en zorg voor bewoners als uniek gezien moet worden en dat deze aspecten richtlijnen zijn.

2.7.3 Gemeenschappelijke factor in zorgevaluatie

De bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen benoemen een overkoepelend thema, namelijk het erkennen van elkaar als personen en niet in termen van rollen als bewoner en verzorgende. Ook blijkt uit de literatuur dat het voor bewoners soms lastig is om aan te geven wat zij verstaan onder goede zorg en hoe zij de zorg beleven. Dit kan komen door fysieke en mentale beperkingen, generatieve normen en waarden waardoor men niet gewend is om te spreken over eigen mening maar ook doordat ze hier niet bewust over nadenken. Uit onderzoek blijkt dat ouderen bij de vraag; 'Hoe ziet goede ochtendzorg eruit?' vaak antwoorden met de vraag; 'zoals zij/hij (naam verzorgende) het doet, zo vind ik het prettig. De verzorging door deze persoon aan deze bewoner leidt dan ook tot een betere sociale verbondenheid en zorgrelatie (Bergland & Kirkevold, 2005).

Bewoners verschillen in hun mate van activiteit, autonomie en sociale verbondenheid en nog veel aspecten meer. Veel ouderen vinden het moeilijk om aan te geven wat ze willen. Wel kunnen ze om hulp vragen en wanneer de verzorgende hierop reageert, kunnen ze een persoonlijke relatie en verbondenheid opbouwen. Als laatste aspect wordt het belangrijk gevonden dat de verzorgende een verzorgende houding heeft en geïnteresseerd is in het helpen van de bewoner met zijn zorgtechnische aspecten. Deze bevindingen laten zien dat de rol van bewoners en wat zij verwachten van verzorgen afhankelijk is en aangepast moet worden aan de individuele wensen en behoeftes van de bewoners, wil men kwalitatieve goede en behoeftevervullende zorg leveren.

In de afgelopen paragrafen zijn veel aspecten besproken die van invloed zijn op de behoeftevervulling van de bewoners door verzorgenden in de somatische verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Dit onderzoek zal bijdragen aan al bekende kennis in het analyseren van de behoeftevervulling van autonomie en verbondenheid bij de oudere. Daarnaast zal de zorgbeleving van de oudere worden meegenomen in de analyse. De onderzoeksmethoden worden in hoofdstuk 3 verder beschreven. In de volgende paragraaf zullen de onderzoeksvragen uiteen worden gezet.

2.8. Onderzoeksvragen

Deze theorie leidt tot de volgende hoofdvraag voor dit onderzoek;

In hoeverre wordt in de communicatie tussen verzorgende en bewoner toegekomen aan de behoeftevervulling van autonomie en verbondenheid?

De volgende deelvragen worden gebruikt om de uiteindelijk de hoofdvraag te kunnen beantwoorden;

1. Wat is de relatie tussen autonomie en verbondenheid in de zorggesprekken tussen de bewoner en de verzorgende en wat is de reactie van de bewoner hierop?

a. Wat zijn de gedragingen die autonomie vertegenwoordigen in de zorggesprekken tussen de bewoner en de verzorgende?

b. Wat zijn de gedragingen die verbondenheid vertegenwoordigen in de zorggesprekken tussen de bewoner en de verzorgende?

c. Hoe zijn de gedragingen van autonomie en verbondenheid naast elkaar aanwezig in de

zorgmomenten?

2. Wat is de rol van de zorgrelatie en communicatie tussen verzorgende en bewoner in de zorgbeleving van de bewoner?

a. Wat is het verschil in reactie van de bewoner op de verschillende 3 verzorgenden in de zorgmomenten?

b. Hoe is de beleving van de bewoner over het zorgcontact met de verzorgende en hoe verhoudt zich deze beleving tot zijn gedragingen in de zorgcontacten?

Deze hoofd- en deelvragen zullen beantwoord worden met behulp van de methoden die in volgend hoofdstuk uitgebreid beschreven zullen worden.

In dit hoofdstuk zullen de methoden van dit onderzoek worden beschreven. Eerst zal gekeken worden naar het onderzoek waarop de huidige studie is gebaseerd. In deze paragraaf zal beschreven worden waardoor dit onderzoek tot stand is gekomen en hoe dit onderzoek is opgezet. Daarna zal de onderzoeksmethode beschreven worden, de manier waarop de data is verzameld. Vervolgens zal de onderzoeksgroep beschreven worden, oftewel de deelnemers aan het onderzoek. In paragraaf 3.4 wordt de analyseprocedure van de secundaire data nader toegelicht, de zorgbeleving van de bewoner wordt ook nader onderzocht en de transcriptiemethoden wordt toegelicht.

3.1. Ontstaan huidig onderzoek

De basis van dit huidige onderzoek werd gelegd met het onderzoek van Custers, Westerhof, Kuin, Riksen-Walraven (2010). Zij beschreven de noodzaak van onderzoek naar de kwaliteit van leven en het welzijn in verpleeg- en verzorgingshuizen. Het doel van deze studie was, onderbouwd met de zelfdeterminatietheorie, om de rol van behoeftevervulling in de zorgrelatie op het subjectieve welzijn van de bewoners te onderzoeken. Verwacht werd dat de behoeftevervulling in de zorgrelatie gerelateerd was aan behoeftevervulling in het algemeen. Aan de hand van interviews met 88 bewoners van somatische verzorgingstehuizen (leeftijd 50–97, gemiddeld 78.6 jaar) werden de opvattingen over behoeftevervulling in de zorgrelatie, behoeftevervulling in het algemeen in relatie tot depressieve gevoelens en levenstevredenheid gemeten.

De resultaten van dit onderzoek lieten zien dat behoeftevervulling in de zorgrelatie tussen verzorgende en bewoner gerelateerd was aan mindere depressieve gevoelens en meer tevredenheid met het leven. Concluderend werd gezegd dat kwalitatief goede zorgrelaties kunnen bijdragen aan de behoeftevervulling van bewoners en hun welzijn.

Dit onderzoek werd opgevolgd door een onderzoek van Custers et. al. (2011) waarin een observatieonderzoek werd gedaan naar de behoeftevervulling en welzijn gedurende de ochtendzorg. Hierin wordt verder gegaan op het onderzoek in 2010, doordat is gebleken dat de zorgrelatie kan bijdragen aan het welzijn van bewoners. Deze studie had als doel om te onderzoeken in hoeverre men toekwam aan het vervullen van de behoeftes verbondenheid, autonomie en competentie in de ochtendzorgmomenten en de mate waarin dit bijdraagt aan het subjectieve welzijn van bewoners.

De onderzoeksgroep van dit onderzoek (Custers, 2011) bestond uit bewoners en hun professionele verzorgenden van vier verpleeghuizen in Nederland die meededen aan een observationele en vragenlijstonderzoek. Drie video-observaties zijn gemaakt bij elke bewoner waarbij ze elk drie verschillende verzorgenden kregen die de ochtendzorg verrichte. Dit onderzoek liet zien dat de behoefte van de bewoners gemiddeld werd vervuld en dat behoeftevervulling gerelateerd was aan een beter subjectief welzijn.

Ook liet het onderzoek zien dat verzorgenden meer aandacht schonken aan de bewoner met meer fysieke beperkingen en dat er meer sprake was van behoeftevervulling bij hogeropgeleide verzorgenden en verzorgende in hogere functies.

Zoals beschreven zal huidig onderzoek van toegevoegde waarde zijn op voorgaand onderzoek omdat het de subjectieve zorgbeleving van de bewoner meeneemt in het onderzoek. Ook zal de behoeftevervulling van autonomie en verbondenheid niet apart worden bekeken, maar wordt de relatie tussen beide behoeftes in de interacties geanalyseerd.

3.2. Onderzoeksmethode

Het onderzoek wat beschreven wordt is een kwalitatief onderzoek. De data die gebruikt wordt zijn videobeelden van de ochtendzorg in een verzorgingstehuis. De video's zullen geanalyseerd worden op de aspecten die verbondenheid en autonomie laten zien in de communicatie van de verzorgende en de bewoner (Keizer, 2011; Van de Kempe, 2011) (en de nieuwe aspecten verkregen uit de literatuur). De video-observatie zijn opgenomen gedurende de ochtendzorg met als reden dat dit het tijdstip is dat de meeste nuttige informatie qua interactie tussen bewoners en verzorgenden wordt waargenomen (van Weert et al. 2005). De interacties zijn opgenomen met een handcamera en duren gemiddeld 10 – 40 minuten. De bewoner hebben zelf aan mogen geven als zijn wilden dat de camera werd stopgezet.

3.2.1 Video analyse middels conversatieanalyse

In het onderzoek van van de Kempe (2011) en Keizer (2011) is de basis gelegd voor de videoanalyse en transcripties. In dit onderzoek zullen de aspecten van de analyse, autonomie en verbondenheid, gecombineerd worden. De video's zullen geanalyseerd worden aan de hand van de conversatieanalyse. In het onderzoek van Keizer (2011) en Van de Kempe (2011) wordt uitvoerig beschreven wat de reden is voor de keuze van deze analyse. De conversatieanalyse is een methode die onderzoekt waarmee gespreksdeelnemers hun interactie organiseren. Binnen deze analyse wordt de nadruk gelegd op interactie tussen deelnemers en het verkrijgen van zicht op sociale structuren (Mazeland & Sauner, 1995 in; Keizer (2011)). De conversatieanalyse heeft als doel om de vaardigheden van gespreksdeelnemers in interacties te beschrijven en uit te leggen. Kenmerkend voor de analyse zijn de transcripties, die erop gericht zijn om te beschrijven en uit te leggen hoe de deelnemers conversaties voeren. Een transcriptie is het proces van geluid- (en video)opnames omzetten in geschreven tekst voor latere analyse. De conversatie analyse heeft een te doorlopen stappenplan, die er als volgt uit ziet (Keizer, 2011);

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

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

3.3. Onderzoeksgroep

De onderzoeksgroep van voorafgaand onderzoek bestond uit 20 bewoners die gedurende twee weken op drie verschillende gelegenheden werden gefilmd. De video's zijn opgenomen tijdens de ochtendzorg en elke bewoner heeft drie video's waarop hij/zij te zien is met een andere verzorgende. In totaal zijn er dus 60 video-opnames gemaakt. Negen verzorgenden zijn drie keer geobserveerd, 11 verzorgenden zijn twee keer geobserveerd en de overblijvende 11 verzorgenden zijn één keer geobserveerd. De bewoners hadden de gelegenheid om het filmen stop te zetten wanneer zij dit wilden. Dit werd bijvoorbeeld gedaan tijdens het toiletgebruik.

In huidig onderzoek zullen de video's van één bewoner met drie verschillende verzorgenden geobserveerd worden. Er is bewust gekozen voor één bewoner met drie verschillende verzorgenden, zodat er ook gekeken kan worden naar de invloed van verschillende zorgrelaties op de behoeftevervulling van de bewoner. Het gaat hierbij om de volgende onderzoeksdeelnemers.

De bewoner is een 85-jarige man, die getrouwd is en geen kinderen heeft. Hij heeft de lagere school afgemaakt en hij woont, op het moment van filmen, 26 maanden in een verpleeghuis nadat hij een beroerte heeft gehad. Meneer ervaart zijn gezondheid als slecht.

Naast de bewoner bestaat de onderzoeksgroep ook uit drie verzorgenden;

1. Verzorgende 1: 38-jarige vrouw die werkt als verpleegkundig niveau 4 in opleiding. Zij heeft een diploma voor niveau 3 verzorgende. Ze is geen contactverzorgende of EVV'er (Eerste Verantwoordelijke Verzorgende) op de afdeling. Op het moment van filmen werkt zij ongeveer twee jaar op de afdeling en 21 jaar in verpleeghuizen. Zij werkt gemiddeld 32 uur in de week.
2. Verzorgende 2: 50-jarige vrouw die werkt als verzorgende niveau 3. Haar hoogst afgeronde opleiding is middelbaar beroepsonderwijs en ze is geen contactverzorgende of EVV'er op de afdeling. Op het moment van filmen werkt zij ongeveer zes jaar op de afdeling en dit is ook haar eerste baan in een verpleeghuis. Mevrouw werkt gemiddeld 24 uur in de week.
3. Verzorgende 3: 47-jarige vrouw die werkt als verzorgende niveau 3 en geen contactverzorgende of EVV'er is op de afdeling. Ze is sinds zes jaar werkzaam op de afdeling en werkt ongeveer 31 jaar in een verpleeghuis. Mevrouw werkt gemiddeld 18 uur in de week.

3.4. Analyse procedure zorgevaluatie bewoner

Een tweede aspect van het onderzoek zal zich richten op de zorgbeleving en evaluatie van de bewoner over de zorg en de rol die de communicatie en zorgrelatie speelt in de beleving van het zorgcontact met de verzorgende. Deze zorgbeleving is beschikbaar als data vanuit het onderzoek van Custers et. al. (2010). Er wordt gebruikt gemaakt van de verzamelde tevredenheids- en evaluatievragenlijsten van de bewoner en de drie verzorgenden. Dit zal gebruikt worden als uitgangspunt voor de zorgbeleving van de bewoner in de zorgmomenten met de verzorgenden. De behoeftevervulling en de zorgbeleving zijn gemeten met 'the nine-item basic need satisfaction in relationships questionnaire (LaGuardia, Ryan, Couchman, & Deci, 2000). Deze schaal is in het Nederlands vertaald. De schaal meet de behoeftevervulling van de behoeftes autonomie, verbondenheid en competentie met elk drie items per behoefte. De antwoorden die de bewoner kan geven liggen op een Likert schaal van zeven niveau's lopend van 'helemaal niet waar' naar 'helemaal waar'. Voorbeeld van een stelling aan de bewoner is 'tijdens de zorg van vanochtend, voelde ik me vrij om mezelf te zijn'.

3.5 Selectieprocedure zorgfragmenten

Voor de selectie van de zorgfragmenten is door de onderzoekers eerst onafhankelijk van elkaar de taak om de video's te bekijken en te analyseren. Hierbij werden de volgende afspraken gehanteerd:

- Wat is er opvallend in de video's en waarom?
- Welke fragmenten zijn belangrijk voor het onderzoek naar verbondenheid en autonomie?
- Welke fragmenten zijn belangrijk voor het onderdeel bewoner en verzorgende zorgevaluatie?

Beide onderzoekers hebben de video's vervolgens samen bekeken en geanalyseerd. Er is gekozen voor de fragmenten die beide onderzoekers opvallend vonden. Hierbij is het belangrijk om fragmenten te kiezen die elk één of meerdere aspecten van het onderzoek bevatten. Hieronder zal per fragment besproken worden waarom er voor dat specifieke fragment gekozen is en wat dit kan toevoegen aan het onderzoek.

1. Fragment 1 van video 1: Dit fragment is gekozen vanuit de psychologische basisbehoefte verbondenheid. De verzorgende gaat een gesprek aan met de bewoner en ze praten over koetjes en kalfjes.
2. Fragment 2 van video 1: Dit fragment is gekozen vanwege het feit dat de verzorgende en de bewoner samen een zorghandeling verrichten waarin de bewoner taken krijgt. Hier is de basisbehoefte van autonomie aanwezig.
3. Fragment 3 van video 1: Dit fragment laat de relatie tussen autonomie en verbondenheid zien, waarbij beide basisbehoeftes tegelijkertijd worden vervuld.
4. Fragment 1 van video 2: Dit fragment is gekozen omdat er sprake is van autonomie en verbondenheid die geen kans van slagen krijgen.
5. Fragment 2 van video 2: Dit fragment laat zien hoe autonomie van de bewoner kan worden ontnomen en wat de reactie van de bewoner hierop is. Ook laat dit een zorghandeling zien die door

andere verzorgende ook wordt uitgevoerd. Dit sluit aan bij dit onderzoek omdat het de relatie tussen de verschillende verzorgenden en de bewoner laat zien.

6. Fragment 3 van video 2: Dit fragment is gekozen omdat het een poging van de verzorgende tot verbondenheid laat zien. Deze behoeftevervulling wordt niet goed aangepakt. Ook is hier een gebrek aan autonomie waar te nemen.

7. Fragment 1 van video 3: In dit fragment staan autonomie en verbondenheid tegenover elkaar. De stimulatie van de basisbehoefte autonomie staat de verbondenheid in de weg.

8. Fragment 2 van video 3: In dit fragment doet de verzorgende een poging tot verbondenheid, maar door verkeerde aansluiting ebte deze verbondenheid weg. De reactie van de bewoner is hier duidelijk zichtbaar en interpreteerbaar.

9. Fragment 3 uit video 3: In dit fragment is goed zichtbaar dat de verzorgende zoekt naar verbondenheid en wanneer hij dit niet krijgt, dit bij de cameravrouw zoekt. Ook is er een conflict over autonomie en de mening van de verzorgende.

3.6 Transcriptie methode

In deze paragraaf zal beschreven worden hoe de zorgfragmenten in hoofdstuk 4 zullen worden uitgewerkt. Hoofdstuk 4 zal opgedeeld worden in verschillende paragrafen waarbij elke paragraaf staat voor de uitwerking van een video. In deze paragraaf zal gestart worden met de transcriptie van het gekozen zorgfragment. De manier van uitwerken staat verwerkt in de bijlage en ook is ervoor gekozen om de non-verbale activiteiten tussen haakjes en cursief weer te geven. Vervolgens zal er beschreven worden wat er wordt waargenomen, een beschrijvende analyse van het fragment. Hierna zal dit geïnterpreteerd worden vanuit autonomie en verbondenheid om vervolgens af te sluiten met de koppeling naar de literatuur uit het theoretisch kader. Elk gekozen fragment zal op dezelfde manier worden opgebouwd. In dit onderzoek wordt de interactie en de analyse gedaan vanuit de bewoner en zijn reacties en acties op de zorgmomenten. Voorafgaand aan het bestuderen van de video's zijn de volgende punten belangrijk om de reactie van de bewoner te analyseren. Er wordt gelet op het oogcontact wat de bewoner maakt, de hoeveelheid, timing en manier waarop hij contact zoekt met de verzorgende. Ook zal er gekeken worden naar de glimlach en de manier waarop de bewoner laat zien dat hij iets waardeert, ergens plezier in heeft of zich prettig voelt. De gezichtsuitdrukking van de bewoner is ook belangrijk, hierbij is het belangrijk om te achterhalen wat de manier van uitdrukken van de bewoner is. De manier waarop hij frustratie en irritatie, maar ook vreugde of tevredenheid laat zien. Dit kan zich ook uiten in zijn lichaamshouding, er zal dan ook gelet worden op de manier waarop hij zich presenteert richting de verzorgende en of hij zich openstelt of afwendt van de verzorgende. Als laatste zal gelet worden op de manier waarop de bewoner initiatief neemt tot een gesprek of tot participatie in een zorghandeling. In hoofdstuk 4 zullen de fragmenten getranscribeerd worden en verder worden geanalyseerd. Deze resultaten zullen beschreven worden in het volgende hoofdstuk.

In dit hoofdstuk zal de videoanalyse uitgewerkt worden. Uit elke video zijn, op basis van het theoretisch kader, drie fragmenten gekozen die autonomie en/of verbondenheidsaspecten bevatten. Deze fragmenten zullen middels de conversatieanalyse worden verwerkt en besproken. De uiteindelijke interpretatie en invloed op het onderzoek zal verder besproken worden in hoofdstuk 5, waar de conclusie, implicatie, discussie en aanbevelingen uiteen worden gezet.

4.1 Video 1

Video 1 is de video van de bewoner met verzorgende 1 (zie paragraaf 3.3 voor verdere beschrijving van de verzorgende). De fragmenten die gekozen zijn zullen hieronder verder worden uitgewerkt en beschreven. Het verloop van de interactie tussen de verzorgende en de bewoner wordt nader uitgewerkt. Video 1 begint met het wekken van de bewoner en het aankleden en het zwachtelen van het been van de bewoner. Fragment 1 begint wanneer de verzorgende begint met zwachtelen.

4.4.1 Fragment 1:

- 1 V: °Noh°, het wordt vandaag beter weer als gisteren. Beloof de krant ons! (*verzorgende maakt oogcontact met bewoner*)
- 2 B: =°hm° (*zoekt oogcontact met verzorgende*)
- 3 V: =°hm°
- 4 B: (1.0) Merken we hier niet veel van (*Bewoner glimlacht naar de camera en verzorgende*)
- 5 V: (.) Gister was het heel slecht ↑he? °Oh° wat hebben we toch een regen gehad! (*maakt oogcontact met bewoner en licht naar hem*) (*verzorgende verzorgt ondertussen bewoners been*)
- 6 B: = Ja
- 7 V: °nou° de KLOK weer verzet van het weekend =
- 8 B: = Ja
- 9 V: (2.0) Heeft u daar last van? Zo met opstaan en °naar bed°= (*maakt oogcontact met bewoner*)
- 10 B: = Nee
- 11 V: (5.0) Heb ik zelf ook niet hoor! (*verzorgende zwachtelt het been van de bewoner en richt haar aandacht op het werk*)
- 12 V: (7.0) °Noh°, krijgen we de donkere dagen voor kerst weer.=
- 13 B: = Ja
- 14 V: (.) °Oh°
- 15 B: (.) Tis al kort bij!
- 16 V: (3.0) Kunnen we samen gaan zingen? De herdertjes lagen bij nachten he ↓ = (*maakt oogcontact met bewoner en glimlacht naar hem*)
- 17 B: = Ja, ik ben niet zo'n zanger (*bewoner lacht bij zijn uitspraak*)

- 18 V: (1.0) Ja nee ik ook niet hoor! ((*verzorgende lacht met bewoner mee*)) ((*verzorgende is nog bezig met zwachtelen van been van bewoner*))
- 19 V: (15.0) Voelt het goed de zwachtel? ((*bewoner komt overeind en kijkt naar zijn gezwachtelde been*))
- 20 V: (4.0) Niet te strak?= ((*kijkt bij haar vraag naar de bewoner voor antwoord*))
- 21 B:= °nee nou nog niet nee°°
- 22 V: (1.5) Mocht u er vandaag nog last van krijgen °trek maar aan de bel ↑he!° (.) °Geef maar aan°° ((*verzorgende zoekt oogcontact met bewoner*))
- 23 B: (.) Ja
- 24 V: ° geef het maar aan bij mij, geen probleem° ((*verzorgende is klaar met zwachtelen en begint met opruimen*))

In bovenstaand fragment is het zorgmoment tussen verzorgende 1 en de bewoner waar te nemen. De bovenstaande interactie begint terwijl de verzorgende voorbereidingen treft om het been van de bewoner te zwachtelen. De verzorgende is net begonnen op deze afdeling en kent de bewoner nog niet zo lang. De interactie start wanneer de verzorgende, tijdens het zwachtelen, een gesprekje probeert aan te knopen met de bewoner. De bewoner reageert hier actief op en maakt oogcontact. Hij maakt een grapje en zijn plezier in het gesprek is waar te nemen door zijn glimlach en opgetrokken wenkbrauwen. De verzorgende begint over het weer van die dag en de afgelopen dagen. Wanneer het weer is besproken gaat ze over op het verzetten van de klok, wat op dat moment het aankomende weekend gaat gebeuren. Ze vraagt ook naar de mening en de ervaring van de bewoner ten opzichte van het weer en het verzetten van de klok. De bewoner maakt veel oogcontact en reageert vriendelijk op een persoonlijke vraag van de verzorgende. Hij glimlacht weer veel en gaat op het antwoord in. Hij laat de verzorgende haar werk doen, maar houdt wel nauwlettend in de gaten wat ze doet. Vervolgens haalt de verzorgende het onderwerp kerst aan en maakt ze een grapje tegen de bewoner. Hij reageert door oogcontact te maken en ook maakt hij zelf een grapje. Hij zoekt ook oogcontact met de cameravrouw en glimlacht veel. De bewoner kan hartelijk lachen om de grappen en als laatste onderdeel van deze interactie wordt taakgericht ingegaan op de zorghandeling. De verzorgende vraagt bevestiging over de zwachtel en geeft aan dat er een mogelijkheid bestaat dat de bewoner haar hulp kan inschakelen wanneer hij er niet tevreden over is. De bewoner reageert hierop door weer te glimlachen en aan te geven dat hij dat zal doen. Zijn lichaamshouding opent zich en hij keert zich naar de verzorgende door zich op te trekken aan zijn bedsteun.

Als dit fragment geïnterpreteerd wordt vanuit verbondenheid, zoals besproken in hoofdstuk 3, dan is te stellen dat er aan behoefteondersteuning van verbondenheid wordt gedaan. De verzorgende praat over koetjes en kalfjes en knoopt een gesprekje aan waarin de reactie en de mening van de bewoner worden gevraagd en gerespecteerd. In dit fragment maakt de bewoner zelf geen onderwerpen bespreekbaar, maar praat hij wel mee over belangrijke onderwerpen en wordt er samen gelachen. In regel 4 is waar te nemen dat de bewoner zelf ook een grapje maakt en dat de verzorgende hier ook

op in gaat. Tijdens de gehele interactie valt op dat de bewoner veel oogcontact zoekt en maakt met de verzorgende. Ook zoekt hij oogcontact met de cameravrouw en reageert hij positief op vragen door te glimlachen. Op non-verbaal gebied draagt dit bij aan verbondenheid en ook doet de verzorgende haar taak terwijl ze een praatje aanknoopt. Op het gebied van autonomie is er in dit fragment weinig waar te nemen. De bewoner laat zich zwachtelen en stemt hiermee in, hij geeft toestemming en laat het gebeuren. Vanuit de literatuur kan gepleit worden voor behoefteondersteuning van autonomie aangezien de bewoner instemt met een taak en het ermee eens is (Goudsblom, 2010).

Als deze interpretaties worden gekoppeld aan de literatuur, wordt er tegemoet gekomen aan de punten van Reis (2000). De bewoner voelt zich gewaardeerd; hij reageert positief op de vragen en laat met veel oogcontact en lachen zien dat hij zich op zijn gemak voelt. Ook probeert de verzorgende onzekere gevoelens van de bewoner te vermijden, ze geeft duidelijk aan dat de bewoner mag aankloppen voor hulp en dat hij dat 'gewoon moet doen he'. Dit heeft een positief effect op de bewoner en dit is waar te nemen in zijn lichaamshouding (oogcontact en glimlachen) en zijn positieve bevestiging op het voorstel. Ook spreekt de literatuur van verbondenheid wanneer de bewoner het gevoel heeft dat er om hem gegeven wordt (Deci & Ryan, 2006). Dit is terug te zien in het moment dat de verzorgende aangeeft dat ze de bewoner komt helpen wanneer hij hierom vraagt. De reactie van de bewoner hierop laat zien dat hij zich verbonden voelt, doordat hij oogcontact maakt, glimlacht en de verzorgende bevestigt. Als er gekeken wordt vanuit het twee aspect van het onderzoek, de zorgevaluatie en beleving van de bewoner komt het volgende naar voren. Uit de literatuur blijkt dat de bewoner het belangrijk vindt dat de verzorgende aanwezig en bereikbaar is wanneer nodig en afgesproken (Goudsblom, 2010). De verzorgende geeft duidelijk aan dat ze beschikbaar is voor hulp als de bewoner daarom vraagt. Ook laat de verzorgende een rustige en zorgzame houding zien, ze is geduldig, leeft mee en straalt plezier uit in haar werk. In de interactie is waar te nemen dat de bewoner zich op zijn gemak voelt bij de verzorgende. Hij lacht om grapjes en voelt zich zelf ook in de positie om een grapje te maken. De verzorgende reageert hier lachend op en de bewoner reageert hier zichtbaar positief op. Goudsblom (2010) toonde aan dat de bewoner zich gesteund voelt in zijn verbondenheid als de verzorgende aspecten van hem herinnert uit vorige zorgmomenten of over zijn persoonlijkheid. De verzorgende benoemt het feit dat de bewoner graag naar de therapie gaat en dat hij haar dit de vorige keer heeft verteld. De bewoner reageert hier glimlachend op en maakt meer oogcontact.

4.1.2 Fragment 2

Het volgende fragment begint wanneer de bewoner zijn broek aanheeft en het bovenlichaam wordt gewassen. Hij zit ondertussen in de rolstoel en de verzorgende introduceert met dit fragment het wasproces:

1 V: ° Zo even naar de wasbak toe, zo.° ((*verzorgende rijdt de bewoner in de rolstoel iets naar*

voren, naar de wasbak toe))

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

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

4 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))*

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

6 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))*

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

8 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))*

9 V: (24.0) Ja kunt u de andere arm afdrogen, gaat dat luk↑ken? =

10 B: =Ja! *((Bewoner droogt zich af en verzorgende pakt een hemd en wacht totdat de verzorgende klaar is)) ((Verzorgende droogt de bewoner nog iets af)) ((Verzorgende trekt 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))*

In dit bovenstaande fragment is waar te nemen dat de verzorgende en de bewoner samen het wasproces van de bewoner op zich nemen. De interactie begint wanneer het wassen ook begint. De bewoner moet dichterbij de wasbak komen en de verzorgende rijdt hem er naar toe. De interactie eindigt wanneer de bewoner is aangekleed en het wassen achter de rug is. In de interactie valt het op dat er taakgericht wordt gesproken en de zorghandeling wordt samen uitgevoerd.

Als dit fragment geïnterpreteerd wordt vanuit de basisbehoeftes autonomie en verbondenheid is er bij dit fragment sprake van ondersteuning van de basisbehoefte autonomie. Het wordt telkens duidelijk aan de bewoner vertelt welke handeling er ondernomen wordt en ook wordt hij betrokken in de handeling. De bewoner reageert hierop door direct de handelingen uit te voeren en ook neemt hij initiatief en durft hij om hulp te vragen. De zelfstandigheid van de bewoner wordt nog zoveel mogelijk behouden en de bewoner wordt gestimuleerd om wat mogelijk nog zelf uit te voeren. In dit fragment wast de bewoner zichzelf nog waar mogelijk en hiermee wordt toegekomen aan de behoefteondersteuning van autonomie doordat de bewoner zijn taken zelf uit mag voeren. In regel 5 is zichtbaar dat de verzorgende de bewoner vraagt om zijn eigen gezicht te wassen en dat de bewoner dit op zich neemt. De bewoner stemt in met deze taak en glimlacht hierbij. Ook moet hij lachen en fronst hij wanneer de verzorgende zegt dat ze elkaar een beetje moeten helpen. Nadat ze

dit heeft gezegd voelt de bewoner zich vrij om oogcontact te maken en te beginnen over zijn therapie. Het valt op dat hij open is, veel glimlacht en meedoet in de zorgtaak.

Vanuit de literatuur zijn de bovenstaande aspecten ook al eerder genoemd door Van de Kempe (2011). In dit fragment zijn deze aspecten uit de literatuur terug te vinden in het zorgcontact. Ook wordt er gesproken van autonomie wanneer om de mening van de bewoner wordt gevraagd. In dit fragment is hier geen sprake van, de bewoner heeft geen inspraak in de behandeling. Voor de behoefteondersteuning van autonomie kan het ook voldoende zijn als de bewoner instemt met de taak, hij is wel van mening dat het belangrijk is voor hem en hierdoor kan er ook al sprake zijn van behoefteondersteuning. Wel vraagt de bewoner of de verzorgende zijn washand uit zou willen doen (zie regel 7) en reageert de verzorgende hierop door tegemoet te komen aan de vraag van de bewoner. De bewoner wordt geholpen bij het uittrekken van de washand en door om hulp te vragen neemt hij hier het heft in eigen handen.

Als dit fragment bekeken wordt vanuit de zorgbeleving van de bewoner, dan kan gezegd worden dat de bewoner zich vertrouwd genoeg voelt om initiatief te tonen. Goudblom (2010) geeft aan dat bewoners meer initiatief vertonen wanneer ze vertrouwen hebben in de verzorgende. Bergland en Kirkevold (2005) geven aan dat als de bewoner om hulp durft te vragen, ze in staat waren om een persoonlijke relatie aan te gaan en verbondenheid ondersteund kan worden.

4.1.3 Fragment 3

Fragment 3 volgt fragment twee op na het wassen. De bewoner moet nog geschoren worden en de interactie begint wanneer de verzorgende aangeeft dat het laatste onderdeel van de ochtendzorg het scheren is:

- 1 V: Zo nog even sche::ren, ° dan is het klaar° ((*verzorgende kleedt de bewoner netjes aan en is met haar taak bezig*))
- 2 B: (3.5) dat moet dan beter gebeuren dan dat ze gister gedaan hebben!= ((*bewoner zoekt oogcontact met verzorgende*))
- 3 V: = met ↑SCHEREN ja, ik zie het aan de kin, ((*verzorgende kleedt bewoner verder aan*))
((*verzorgende en bewoner lachen*))
- 4 B: (.) Ja
- 5 V: (1.0) Daar is iets misgegaan?
- 6 V: (3.0) Doet u altijd nat ↑scheren of liever met scheerapparaat?=
7 B: = ik doe het zelf altijd met de elektrische.=
- 8 V: = °ja ja° =
- 9 B: = hebben ze me nat geschoren en ↓ja
- 10 [V: °een beetje°°]
- 11 [B: dat ging een beetje mis]
- 12 V: een beetje gehavend uit de strijd gekomen he? =((*verzorgende lacht naar bewoner*))
- 13 B: = JA! ((*bewoner lacht hard op*))

- 14 V: (.) Ik zie het ja °ooh° ((verzorgende kleedt bewoner aan))
- 15 V: (5.0) JA u mag weer komen zitten = ((verzorgende helpt bewoner met het zitten))
((verzorgende houdt bewoner vast))
- 16 B: = (iets) Mag ik het zwartje jasje aan hebben? ((bewoner wijst naar het zwarte jasje die in de kamer hangt)) ((verzorgende kijkt naar hetgene waar de bewoner naar wijst))
- 17 V: (.) Ja volgens mij wel ik zal eens even kijken, ((verzorgende ruimt het hulpstuk op waarmee de bewoner kan blijven staan))
- 18 B: ()
- 19 V: (1.5) Mag u uw voeten eraf laten °glijden°. ((verzorgende kijkt naar voeten van bewoner))
((bewoner zet zijn voeten van het materiaal af))
- 20 V: () ((verzorgende gaat op zoek naar het zwarte jasje van bewoner)) ((bewoner gaat anders zitten om beter te kunnen kijken wat de verzorgende doet))
- 21 B: (7.0) °Ja, dat°
- 22 V: (.) Deze? = ((verzorgende zoekt naar jasje en laat hem aan bewoner zien))
- 23 B: =Ja!
- 24 V: (1.0) °en een tasje?°
((verzorgende en bewoner doen samen het jasje aan)) ((bewoner doet zijn eigen rits dicht en werkt samen met verzorgende))
(42.0)
- 25 V: °het zit nog niet helemaal naar mijn zin.° ((verzorgende is bezig met jasje van bewoner recht te trekken))
- 26 B: (.) Wat? =
- 27 V: = Ik zei, HET ZAT NOG NIET HELEMAAL NAAR MIJN ZIN = ((verzorgende lacht naar bewoner en herhaalt zichzelf vriendelijk))
- 28 V: °Zo zittie goed! ° ((verzorgende doet de mouw van bewoner recht)) ((bewoner kijkt naar verzorgende))
- 29 V: (11.0) °u wilt het tasje er altijd doorheen he? ° ((verzorgende legt haar hand op die van bewoner wanneer zijn arm goed ligt en pakt het tasje))
- 30 B: (.)°hm° ((verzorgende doet tasje bij bewoner om))
- 31 V: (20.0) °het scheerapparaat? ° = ((verzorgende zoekt in de kast naar het scheerapparaat))
((bewoner haalt zijn wenkbrauwen op en kijkt naar verzorgende))
- 32 B: = Nee het scheerapparaat ligt () ((bewoner wijst met zijn duim naar achterin de kamer))
- 33 V: (.) In de badkamer↑? = ((verzorgende volgt instructie van bewoner op en loopt naar achter)) ((bewoner volgt de verzorgende))
- 34 B: = °nee hier° ((bewoner wijst naar de plek waar het scheerapparaat ligt)) ((verzorgende volgt de aanwijzing van de bewoner op))
- 35 V: (1.0) Och↑ hier °ja° ((verzorgende pakt het scheerapparaat en gaat naar bewoner toe))
- 36 V: (7.0) Wilt u graag voor de spie↑gel scheren °of gewoon hier bij het bed°? ((verzorgende

knielt neer bij bewoner op ooghoogte en kijkt hem aan)) ((bewoner maakt oogcontact met verzorgende))

37 B: () °Ik heb daar nog wel spiegelkje staan°° = *((verzorgende gaat op zoek naar de spiegel))*
((bewoner draait zich bij om te kijken waar de verzorgende naar toe gaat))

38 V: = een klein spiegelkje.=

39 B: = ja!

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

40 V: °even scheren°° *((verzorgende geeft scheerapparaat aan bewoner en houdt een spiegel voor zijn gezicht, ook schuift ze hem iets dichterbij zodat hij goed bij het apparaat kan)) ((bewoner neemt scheerapparaat aan en begint te scheren))*

41 B: ()

(25.0) ((verzorgende houdt bewoner vast en kijkt toe hoe hij zichzelf scheert)) ((bewoner scheert zijn gezicht))

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

43 B: JA! *((bewoner geeft zonder twijfel het scheerapparaat aan verzorgende))*

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

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

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

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

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

De bovenstaande interactie ontstaat wanneer de verzorgende bezig is met haar zorghandeling. De bewoner is gewassen, aangekleed en als laatste moet de bewoner nog geschoren worden. Op het moment dat de verzorgende toe is aan het scheren begint de interactie. De verzorgende brengt het onderwerp scheren ter sprake. De bewoner reageert hierop door te vertellen over een scheerincident van de dag ervoor, hij heeft hier een kleine wond bij opgelopen. Hij neemt zelf initiatief in het beginnen van een gesprek over het incident. De verzorgende gaat hier medelevend op in en de bewoner vertelt over hoe het is verlopen. Hij moet erbij lachen en geeft zijn mening over het incident. Hij had nog wel aangegeven dat hij niet nat scheert, maar ze hadden het toch zo gedaan. De verzorgende maakt een grapje en ze lachen er samen hartelijk om. Gezamenlijk doen ze vervolgens het zwarte jasje van de bewoner aan en zijn tasje om. De bewoner geeft aan dat hij dit graag wil dragen en de verzorgende gaat hierin mee. Nadat de bewoner volledig is aangekleed wordt er

begonnen met scheren. De verzorgende zoekt het scheerapparaat en de bewoner helpt haar deze te vinden. Samen scheren ze en gaat de interactie over het scheren en de spiegel die de bewoner erbij gebruikt.

Als deze interactie bekeken wordt vanuit autonomie en verbondenheid valt op dat deze twee behoeftes in dit fragment tegelijkertijd ondersteund worden. Er wordt de bewoner verbondenheid geboden doordat de verzorgende empathisch reageert op het incident van de bewoner met het scheren van de vorige dag. Er wordt met de bewoner meegeleefd en er wordt vertrouwen in hem getoond. De verzorgende gaat enkele malen af op de uitspraak van de bewoner en vertrouwt hem in zijn antwoorden en handelt hiernaar. De bewoner laat zien dat hij zich op zijn gemak voelt doordat hij het initiatief neemt in het gesprek en om hulp durft te vragen. Hij voelt zich een gelijke aan haar, dit valt op te merken doordat de bewoner aanwijzingen geeft hoe de verzorgende het beste het scheren kan aanpakken en waar ze alles kan vinden. Op het gebied van autonomie komt dit tot uiting doordat de verzorgende de bewoner de mogelijkheid geeft om zijn eigen kleding te kiezen. Hij mag deze beslissing nemen en deze beslissing wordt gerespecteerd. Ook krijgt de bewoner eerst de mogelijkheid om zichzelf te scheren. Hij pakt het scheerapparaat en de verzorgende laat hem dit uitvoeren. Wanneer ze merkt dat dit niet gaat als gewenst, vraagt ze toestemming aan de bewoner om te mogen helpen. Hiermee kan de bewoner zijn eigen keuze maken of hij hulp toelaat en voelt hij zich autonoom in zijn keuze. Hij stemt er onmiddellijk mee in en maakt oogcontact met de verzorgende.

Vanuit de literatuur wordt er gesproken over de relatie van autonomie en verbondenheid als een ingewikkelde (van de Kempe, 2011). Vaak is het lastig om deze twee behoeftes tegelijkertijd te ondersteunen en kan de stimulering van de één de ander in de weg staan. In dit fragment is zichtbaar dat beide behoeftes tegelijk ondersteund kunnen worden. Zo stelde Keizer (2011) dat bijvoorbeeld samen taken uitvoeren in de zorg leidt tot een hogere mate van verbondenheid, maar tegelijkertijd tot een lagere mate van autonomie. In het geval van deze bewoner is hij niet in staat om de gehele zorghandeling zelf te voeren en is het samen uitvoeren van taken al een grote stap in de richting van autonomie van de bewoner. Ryan & Deci (2006) stellen dat mensen zich het meest verbonden voelen met mensen die hun autonomie ondersteunen. In dit geval ondersteunt de verzorgende de autonomie van de bewoner en is er meer ruimte voor interactie, humor en medeleven.

Op het gebied van de zorgevaluatie van de bewoner wordt in dit fragment waargenomen dat de verzorgende zorgelementen en belangrijke zaken van de bewoner heeft onthouden. Uit literatuur blijkt dat de bewoners het belangrijk vinden dat hun verzorgenden onthouden wat ze willen en waar over gesproken is (Goudsblom, 2010). De verzorgende spreekt uit dat ze heeft onthouden dat de bewoner zijn tasje altijd door zijn arm draagt. Hiermee laat ze verbondenheid zien doordat ze laat weten dat ze onthouden heeft wat de voorkeur van de bewoner is. De verzorgende heeft een rustige houding, is vriendelijk en toont medeleven. De bewoner voelt zich in dit zorgmoment vrij om grapjes te maken, vertrouwt het scheren toe aan de verzorgende en durft voorkeur uit te spreken.

4.2 Video 2

Video 2 is de video van de bewoner met de verzorgende 2 (zie paragraaf 3.3 voor verdere beschrijving van de verzorgende). De video start met het wassen en de interactie van het eerste fragment start wanneer de verzorgende begint met wassen zonder dit aan te kondigen.

4.2.1 Fragment 1

- 1 V: ZO-! ((Verzorgende begint de bewoner zijn hemd uit te trekken)) ((Bewoner helpt door arm op te tillen en kijkt voor zich uit))
- 2 V: (13.0) Uw vrouw dacht dat u al klaar was met fil↑men, maar u mag nog een keer↑
- 3 B: Oh↑(.)(Lacht)) mag ik nog een keer. ((Verzorgende begint het gezicht van de verzorger te wassen))
- 4 B: (7.0) ((Lacht)) Ik was toch al film↓ster dus.
- 5 V: (1.0) Beroemde man word↑ je dadelijk nog. ((Verzorgende wast het gezicht van de bewoner))
- 6 B: (.)Ja.=
- 7 V: =Kijk maar uit↑ dat je dan geen aanbiedingen krijgt (.) nog.=
- 8 B: ((Lacht)) Ook dat nog!
- 9 V: Op je oude dag! ((Lacht))
- 10 B: (.)Ja:: ja.
- 11 V: (9.0) Dat zou niet gek↑ zijn. Zou je dat nog doen? ((Verzorgende droogt de bewoner zijn gezicht af))
- 12 B: (1.5) Neuh.= ((Lacht))
- 13 V: ((Lachend)) =TOCH NIET?
- 14 B: (1.5) Heb in mijn leven wel ge↑noeg gedaan.=
- 15 V: =Ja::a dat is wel zo.
- 16 V: (5.0) °Dat is zo°. ((Verzorgende wast de bewoner, er is geen oogcontact))
- 17 B: (2.0) De tijd dat ik in Duits↑land heb moeten wer::ken. ((Bewoner zoekt oog contact met de verzorgende))
- 18 V: (1.5) Ja::a!
- 19 B: (1.0) Daar hebben de jongelui tegenwoordig geen beeld van.
- 20 V: Nee↓ maar dat kan je ook geen voorstelling van ma↑ken[
- 21 B: =Nee!
- 22 V:=ei]genlijk he? =
- 23 B: =°Nee°=
- 24 V: =Als je (.)> als je dat niet meegemaakt 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))
- 25 V: (7.5) Dat is net zo dat dat mensen het hebben over de oor↑log en dergelijke.=

- 26 B: =Ja.
- 27 V: Dan eu[h::
- 28 B: Dat] weten ze niet.=
- 29 V: =Nee. Daar kunnen wij ons geen voorstelling van ma↑ken.
- 30 B: (.) Ik heb hier bom::bardement↑ meegemaa::kt.=
- 31 V: =Ja::a.=
- 32 B: =In Duitsland een bom::bardement↑ meegemaa::kt. (2.0) Ik heb in een speciaal treintje↓
gezetten.= ((*er is oogcontact tussen bewoner en verzorgende*))
- 33 V: ((*glimlacht*))= Ja::a ook↑ nog ja.=
- 34 B: =Als machinist.=
- 35 V: =Ja.
- 36 B: (.) En daar waar (iets) gewoon net als speelgoed in me↑kaar gescho::ven worden.=
- 37 V: =Ja.=
- 38 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*))
- 39 V: =Ja=. ((*Verzorgende stopt met afdrogen*))
- 40 B: =En zo (iets)[
- 41 V: Zo]
- 42 B: (iets) kon niemand meer in de straat↓ ko::men!
- 43 V: Echt waar?= ((*Verzorgende begint de rug van de bewoner te wassen*))
- 44 B: =Ja!
- 45 V: (4.5) Ja das echt wel euh (1.0) ja heftig dan eigenlijk!= ((*verzorgende stopt met wassen en begint met afdrogen*))
- 46 B: =Ja::a
- 47 V: (10.0) °Ja.° (1.0) Zo gaa::t het, he?

Dit fragment begint bij het wassen van de bewoner. De verzorgende start met wassen en begint een gesprek over de camera. De bewoner maakt een grapje over zijn 'filmcarrière' en beide moeten lachen en maken grapjes (regel 5-10). De bewoner lacht gedurende het gesprek en voelt zich vrij om grapjes te maken. De verzorgende gaat erop in door door te vragen over het filmen en geeft hiermee de aanzet tot een gesprek en het vertellen van een herinnering van de bewoner. In regel 17 begint de bewoner te vertellen over zijn tijd in de oorlog en wat hij daar heeft meegemaakt. Hij praat hier serieus over en zoekt veel oogcontact met de verzorgende. De verzorgende reageert medelevend en sluit aan bij hetgeen wat gezegd wordt door de bewoner, ook maakt ze veel oogcontact. Ze geeft ook haar mening (regel 24) en de bewoner voelt zich begrepen. Dit valt te zien aan de reactie van de bewoner, hij zoekt oogcontact en stemt hardop in met de verzorgende. Hij vertelt over de bombardementen en zijn tijd in Duitsland. Ondertussen wordt de bewoner gewassen en afgedroogd.

Hij heeft hier zelf geen aandeel in, hij laat zich wassen. Gedurende het gesprek over de oorlog maken de verzorgende en de bewoner veel oogcontact.

Als deze interactie bekeken wordt vanuit de behoeftevervulling van autonomie en verbondenheid zien we dat er in het begin van het fragment geen behoeftevervulling aanwezig is. De verzorgende begint met wassen en leidt haar handeling niet in. Ze trekt het hemd uit van de bewoner en dit is het teken dat er gewassen wordt. De bewoner heeft hierin geen autonomie, hij heeft immers geen inspraak of zelfstandigheid. Zijn reactie is echter niet negatief en hij laat het gebeuren. Hij zoekt alsnog het contact met de verzorgende en er is geen negatief gevolg van het feit dat hij geen inspraak heeft. Vanaf het eerste moment dat de verzorgende spreekt is er sprake van behoefteondersteuning van de behoefte verbondenheid. De verzorgende praat over koetjes en kalfjes door te beginnen over de camera en de carrière van de bewoner op film. De bewoner en de verzorgende maken samen grapjes en er wordt gelachen. Ook wordt er oogcontact gemaakt. Vervolgens komt het gesprek op de oorlog en vergroot dit de behoefteondersteuning van verbondenheid.

Reis (2000) noemde een aantal factoren die verbondenheid tot stand brengen. In dit fragment wordt er gecommuniceerd over relevante persoonlijke zaken en kan de bewoner praten over voor hem relevante onderwerpen. Hij kan zelf zijn onderwerp bespreekbaar maken en de verzorgende reageert met medeleven en begrip. Besselink (2009) geeft aan dat de bewoner ondersteund wordt in zijn verbondenheid als hij zich emotioneel ondersteund voelt. In het fragment bespreekt de bewoner een persoonlijk en gevoelig onderwerp, dit is waar te nemen in zijn gelaatsuitdrukking en zijn houding, en de verzorgende sluit aan bij de bewoner. Er kan gesproken worden van een behoefteondersteunende interactie. De verzorgende toont medeleven, geduld en interesse. De bewoner voelt zich vrij om te spreken over persoonlijke herinneringen en toont emotie. De verzorgende springt hier adequaat op in en sluit aan bij zijn gevoelens (regel 24, 25, 29, 49).

4.2.2 Fragment 2

Fragment 2 is een vervolg op fragment 1 en het wasproces is inmiddels volbracht. De bewoner moet nu gaan plaatsnemen in zijn rolstoel om verder aangekleed te worden die ochtend. De interactie begint wanneer de verzorgende de bewoner vraagt op welke manier hij plaats wil nemen in zijn rolstoel:

- 1 V: °Zo.° Zal ik de stok pakken of ga je met de BEA?
- 2 B: Ik ga (iets)=
- 3 V: =Ga je zo?
- 4 B: (.) °Mag meer nog een beetje°=
- 5 V: =Zal ik het een beetje dichterbij zetten? ((Verzorgende schuift rolstoel dichterbij))
- 6 B: Ja ietskes, zo::o ja.
- 7 B: (5.0) °Kan dat een beetje schoon? ° ((Bewoner wijst naar de rolstoel))
- 8 V: (0.5)Watte? =

- 9 B: =Al die spatten water. ((*Verzorgende kijkt naar rolstoel en zoekt oogcontact met bewoner*))
- 10 V: (.)De?
- 11 B: (.) Hij is nat (.) °helemaal.°
- 12 V: °Ach (.) achachachachachach° ((*Verzorgende pakt een handdoek en maakt de rolstoel droog*))
- 13 B: (.) Ja (iets) schoon. (4.5) JA!= ((*Verzorgende doet alsof ze de bewoner een tikje geeft*)) ((*Bewoner lacht*)) ((*Bewoner zoekt contact met de cameravrouw terwijl de verzorgende de rolstoel droog maakt*))
- 14 V: =JA? Tevreden? ((*Bewoner begint zich om te draaien*))
- 15 B: (.) Ja.
- 16 V: (.) Dan kom maar! ((*Verzorgende staat naast de bewoner om veiligheid te bieden en te ondersteunen waar nodig*))
- 17 V: (10.0) Klein stukje nog, J::ja.
- 18 B: (3.0)Goed gelukt? ((*Verzorgende rijdt de rolstoel achteruit en de bewoner richt zich tot de cameravrouw*))
- 19 V: ((*lucht*))(2.0) Zo.

In dit fragment start de interactie na het wassen en aankleden van de bewoner. Hij staat nog en moet weer in zijn rolstoel. De verzorgende begint door te vragen of hij de stok wil gebruiken. De bewoner maakt een keuze voor de prettigste manier voor hem en wordt hierin ondersteund. De verzorgende haalt de rolstoel op voor de bewoner en hij geeft aan dat hij de rolstoel te nat vindt. De verzorgende moet hierom lachen en maakt zijn rolstoel netjes droog. Ze geeft hem non-verbaal een tikje en glimlacht naar de bewoner. Hij reageert hierop door te lachen en geeft aan wanneer hij de rolstoel droog genoeg vindt. Na het non-verbale contact moet de bewoner hard lachen en hebben ze samen een lolletje om het incident. De verzorgende geeft aan dat de bewoner kan gaan zitten en laat non-verbaal blijken dat ze hem kan ondersteunen wanneer nodig door iets haar hand in zijn rug te raken. Hij reageert hierop door te glimlachen en haar instructie op te volgen. Ze ondersteunt hem verbaal (regel 17) en het lukt de bewoner om op zijn manier in de rolstoel te komen. Hij glimlacht gedurende het gehele zorgfragment.

Als dit fragment bekeken wordt vanuit het aspect van de behoeftevervulling van autonomie en verbondenheid, zijn beide behoeftes naast elkaar ondersteund in de fragment. Autonomie van de bewoner komt tot stand doordat hij zijn voorkeur kan aangeven bij de verzorgende, hij wil graag de rolstoel wat droger en de verzorgende volgt zijn vraag op. Ook wordt zijn zelfstandigheid gestimuleerd door dat hij, voor zover mogelijk, alleen in de rolstoel mag plaatsnemen en doordat de verzorgende non-verbaal en verbaal aangeeft wat er gaat gebeuren. De bewoner voelt zich vrij om zijn keuze aan te geven en om om hulp te vragen bij de natte rolstoel. Verbondenheid komt tot stand doordat de

verzorgende en de bewoner hierover grapjes maken. Er wordt ondersteuning geboden en de verzorgende geeft de bewoner ook het gevoel dat ze hem vertrouwt, ze volgt zijn instructie op en de bewoner krijgt wat hij wil. Als deze interactie wordt bekeken vanuit de standpunten van Reis (2000) kan gezegd worden dat de bewoner participeert in gedeelde activiteiten. De verzorgende biedt de mogelijkheid om zoveel mogelijk zelfstandig te doen en laat de bewoner ook de manier kiezen om plaats te nemen in de rolstoel. Dit fragment is ook gekozen vanwege het feit dat de manier van plaatsnemen in de rolstoel in een volgend fragment discussie oproept tussen de bewoner en de verzorgende. Huidig fragment laat zien dat de bewoner zelfstandig kan aangeven wat hij wil en dit ook kan uitvoeren. Hij voelt zich gewaardeerd in zijn keuze en reageert liefdevol naar de verzorgende door het gehele zorgfragment te glimlachen en grapjes te maken. Voor deze bewoner is dit een teken dat hij zich op zijn gemak voelt.

Gekeken vanuit de zorgbeleving van de bewoner kan er gezegd worden dat de verzorgende een betrokken en zorgzame houding laat zien. Ze merkt de behoefte op van de bewoner en reageert hier ook op. De bewoner durft zijn behoefte bij haar ook aan te geven, terwijl uit de literatuur blijkt dat de veel bewoners hier moeite mee hebben (Goudsblom, 2010). Hij wordt gestimuleerd in het maken van zijn eigen keuzes en voelt zich gesteund bij het uitvoeren hiervan. De bewoner lijkt in zijn verbondenheid en autonomie te worden ondersteund doordat de verzorgende weet hoe hij graag plaats wil nemen in de rolstoel én hem hierin ondersteunt, hij zich vrij voelt om grapjes te maken en een lolletje uit te halen met de verzorgende.

4.2.3 Fragment 3

Fragment 3 is het einde van deze video en de bewoner is inmiddels volledig gewassen en aangekleed. Het resterende deel van de ochtendzorg is het poetsen van de tanden van de bewoner. De interactie begint non-verbaal, de verzorgende maakt duidelijk door de tandenborstel en andere middelen te pakken dat ze gaan tandenpoetsen. De communicatie begint wanneer de verzorgende aan het tandenpoetsen is en ze ondertussen wat vertelt aan de bewoner:

((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 bewoner)) ((bewoner doet zijn mond open wanneer de tandenborstel eraan komt))

1 V: (12.0) Ik zei tegen Trees vanmorgen, André Ri^u komt vanavond != *((verzorgende poetst tanden van bewoner))*

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

3 V: = om half 10!

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

5 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 maakt een beker met water om te spoelen)) ((bewoner doet zijn mond open en pakt de waterbeker aan))

((bewoner spoelt zijn mond en wil een keer spoelen)) ((verzorgende steekt haar hand uit om de beker weer te pakken en trekt terug als bewoner nog een keer wil spoelen))

6 V: .hHh.

7 V (1.0) Ja? *((verzorgende maakt de spoelbeker schoon en droogt de mond van bewoner af)) ((bewoner laat alles gebeuren))*

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

8 V: J::a::aa?

Deze interactie begint wanneer de verzorgende de tanden van de bewoner gaat poetsen. Ze begint met een persoonlijk moment van haar die ochtend over André Rieu die op televisie komt (regel 1). De bewoner geeft in dit fragment één keer een antwoord en verder praat de verzorgende. De bewoner komt nors en kortaf over. Hij heeft geen uitdrukking op zijn gezicht en lijkt met zijn gedachten ergens anders. De verzorgende poetst zijn tanden en praat over André Rieu. Na het tandenpoetsen pakt ze de waterbeker en laat de bewoner spoelen met water. Ze steekt haar hand uit om de beker weer te pakken, maar de bewoner is nog niet klaar met spoelen. Hij houdt de beker en spoelt zijn mond. Vervolgens spoelt ze zijn gebit om en doet deze in zijn mond. Er wordt aan de bewoner gevraagd of het goed is zo, maar hij geeft hier geen antwoord op.

Als dit fragment geïnterpreteerd wordt vanuit de behoeftevervulling van autonomie en verbondenheid zijn beide behoeftes niet ondersteund in deze interactie. Als gekeken wordt naar autonomie wordt de bewoner op geen enkele manier de mogelijkheid gegeven zijn mening te geven over de zorghandeling en ook heeft hij geen inspraak. Zijn zelfstandigheid wordt niet ondersteund en ook ondersteunt de verzorgende haar handelingen niet (non)verbaal. Ze voert alles alleen uit en laat de bewoner niet weten waar hij aan toe is. Het enige moment dat de bewoner inspraak heeft is het moment dat hij ervoor kiest om zijn spoelbeker nog langer vast te houden. Hij geeft dit niet verbaal aan maar volgt de gebarende hand van de verzorgende niet op. De verzorgende reageert zichtbaar geïrriteerd. De verbondenheid komt hierdoor ook niet tot stand. In dit fragment is er geen sprake van praten over koetjes en kalfjes onderling. De verzorgende doet haar poging door te beginnen over André Rieu maar doordat de bewoner de tandenborstel in zijn mond heeft kan hij niet reageren. Ook de bewoner laat geen positieve non-verbale houding zien en knoopt geen gesprek aan.

Reis (2000) spreekt van een belangrijk punt van verbondenheid bij het vermijden van onzekere gevoelens van de bewoner. In dit fragment doet de verzorgende dat niet. Ze geeft hem het gevoel dat hij snel moet doen en hierdoor voelt de bewoner zich zichtbaar opgejaagd. Hij uit zich niet verbaal en zijn non-verbale houding is terughoudend en nors. In zijn lichaamshouding is te zien dat hij zich soms afwendt van de verzorgende en hij maakt geen oogcontact. Deci & Ryan (2006) spreken van meer verbondenheid bij bewoners die zich autonoom ondersteund voelen door de verzorgenden. Ondersteuning van autonomie kan leiden tot meer hechting en sociale verbondenheid, maar daar is hier geen sprake van.

4.3 Video 3

Video 3 is de video van de bewoner met de verzorgende 3 (zie paragraaf 3.3 voor verdere beschrijving van de verzorgende). Fragment 1 is het eerste contact van de verzorgende met de bewoner die ochtend. Ze loopt zijn kamer binnen en wenst hem goedemorgen. De interactie begint bij het goedemorgen wensen van de verzorgende en gaat over het de eerste paar minuten van de ochtendzorg.

4.3.1 Fragment 1

- 1 V: Meneer van S! *((Verzorgende komt kamer binnenlopen en de bewoner ligt in bed))*
- 2 B: (.)Ja
- 3 V: Goei::ie::emorgen!=
- 4 B: =Ja. (iets) toilet toe.
- 5 V: Wou je naar het toilet toe?=
6 B: =Ja.= *((Bewoner probeert zichzelf omhoog te hijsen))*
- 7 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))*
- 8 V: (4.0) Dan moeten we maar even van onder aankleden he? voordat je naar het toilet gaat. Kan dat nog?
- 9 B: Ja.=
- 10 V: =Ja? Of is er haast bij?
- 11 B: (.) Nou.
- 12 V: Is de nood hoog? *((Verzorgende loopt even weg bij de bewoner en lacht naar de cameravrouw))*
- 13 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))*
- 14 V: (21.0) *((Verzorgende komt terug bij het bed van de bewoner en doet deze omhoog))* Heb je een beetje kunnen slapen (.) na gisteren?
- 15 B: (1.0) Slecht geslapen.
- 16 V: Heb je slecht geslapen? *((Verzorgende knikt naar bewoner))*
- 17 B: Ja! (1.0) Hele nacht krampen gehad (.) in mijn been.
- 18 V: ↑O::oh?
- 19 B: (2.5) Het was ook gisteravond helemaal rood he? (.) Rood (.) door het zwachtelen.
- 20 V: Het zwachtelen? Heb ik het, had ik het te strak gedaan dan?=
21 B: =Ja.
- 22 V: (1.0) En had je daar overdag geen last van dan?
- 23 B: Nee. =
- 24 V: =Niet?

- 25 V: (2.0) Weet je waar ik dat *((Verzorgende kijkt in een lade))* Oh hier. *((Bewoner kijkt naar verzorgende))*
- 26 V: Ik had toch↓ het idee↑ dat ik het niet strak euh
- 27 B: (.) Ik doe ze vandaag ook niet om (.) Ik moet vanmiddag naar the zo meteen ook nog [naar therapie.
- 28 V: Nou dan lijkt] het me toch wel slimmer dat je het wel doet.
- 29 B: Nee::e! *((Bewoner schudt zijn hoofd en kijkt naar verzorgende))* Loop ik veel beter!
- 30 V: (1.0) Wil je ze niet om?= *((Verzorgende schudt met haar hoofd))*
- 31 B: =Nee::e Nee- *((Bewoner schudt met zijn hoofd en kijkt naar voren, weg van verzorgende))*
- 32 V: °Ja::a°=
- 33 B: =Beslist niet! *((Bewoner kijkt naar verzorgende))*
- 34 V: Ja.
- 35 B: Ik heb nou nog pijn aan mijn been! *((Bewoner haalt been iets omhoog en kijkt naar verzorgende))*
- 36 V: Ja?
- 37 B: Ja.
- 38 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))*

Dit fragment start wanneer de zorghandeling begint. De verzorgende komt binnen en wenst de bewoner een goedemorgen. De bewoner geeft aan dat hij naar de wc moet (regel 4). De verzorgende vertelt dat de bewoner dan eerst even moet aankleden en of dit nog mogelijk is. De verzorgende vraagt een aantal keer of de bewoner nog even kan wachten (regel 8, 10, 12). De bewoner schikt met het feit dat het dan nog even moet wachten. Vervolgens wordt er een gesprek gestart over het slapen, de bewoner geeft aan dat hij niet goed heeft geslapen en wat de reden is (regel 17). Ondertussen probeert de bewoner zich een aantal keer op te hijsen en zoekt hij contact met de cameravrouw. De bewoner vertelt dat de zwachtel veel te strak zat en dat zijn been helemaal rood was geworden. Vervolgens start er een discussie over het wel/niet zwachtelen van het been van de bewoner voor zijn therapie. De bewoner geeft duidelijk aan dat hij dit niet wil (regel 27). De verzorgende heeft hier echter een andere mening over en laat dit blijken (regel 28, 30, 38). In de reacties van de bewoner is op te merken dat hij oogcontact probeert te zoeken met de verzorgende maar dat ze dit niet beantwoordt. De bewoner geeft een aantal keer zijn voorkeur aan en vertelt ook duidelijk dat hij naar het toilet moet. Hij kijkt hierbij vastberaden en wil zijn mening doordrukken. De verzorgende sluit hier niet op aan en lacht ook tegen de cameravrouw. Aan het gezicht van de bewoner is af te lezen dat hij het niet prettig vindt dat hij moet wachten en ook lijkt hij geïrriteerd over zijn beenkrampen. Hij haalt telkens zijn mond op en dit lijkt hij vaker te doen als hij ergens mee zit. Hij geeft duidelijk aan dat hij de zwachtel niet weer om wil en dat hij daar last van heeft. Hij blijft

achter zijn mening staan, ondanks een andere mening van de verzorgende. Hij kijkt de verzorgende een aantal keer twijfelachtig aan en lijkt in afwachting van haar antwoord.

Als bovenstaand fragment bekeken wordt vanuit de behoeftevervulling van autonomie en verbondenheid is er hier sprake van een fragment waarbij de behoeftes elkaar dwarsbomen. Allereerst wordt de behoefte niet ondersteund doordat de bewoner niet naar de wc mag terwijl hij aangeeft nodig te moeten. De verzorgende vraagt of de bewoner nog even kan wachten en hier moet hij mee instemmen. Hij reageert door twijfelachtig te antwoorden, maar kan zijn mening niet doorzetten. In het contact tussen de verzorgende en de bewoner valt waar te nemen dat hierdoor enige afstand ontstaat. Ook geeft de bewoner aan dat hij erg veel last heeft gehad van de zwachtel en beenkrampen 's nachts. De verzorgende reageert niet medelevend en de bewoner oogt boos en twijfelend. Hij geeft aan dat hij niet de zwachtel om zijn been wil hebben gedurende zijn therapie. Hij geeft zijn mening en heeft uiteindelijk ook inspraak in de keuze. De verzorgende schikt met het voorstel van de bewoner, maar laat duidelijk blijken dat ze hier niet achter staat. Dit gaat ten koste van de behoefteondersteuning van verbondenheid. De bewoner voelt zich niet gesteund in zijn keuze en reageert ook kortaf tegen de verzorgende. Hij zoekt minder oogcontact en het oogcontact dat wel plaatsvindt, kenmerkt zich door een twijfelachtige en geïrriteerde blik van de bewoner. De verzorgende blijft herhaaldelijk haar mening geven, maar de bewoner houdt voet bij stuk.

In dit fragment wordt er niet toegekomen aan de behoefteondersteuning. Er is geen communicatie over relevante persoonlijke zaken, de bewoner voelt zich niet begrepen en gewaardeerd. Zijn mening wordt niet gerespecteerd en er wordt geen empathie getoond voor zijn beenkrampen en slechte nachtrust. Ook worden er geen conflicten vermeden, de verzorgende gaat heftig in de discussie en ze laat de onzekere gevoelens van de bewoner links liggen. Deze punten zijn echter van groot belang voor optimale behoeftevervulling (Reis, 2000).

De zorgbeleving van de bewoner is hier niet optimaal. Er is geen sprake van een geduldige houding, de verzorgende vindt dat de bewoner moet wachten met naar het toilet te gaan. Ook toont ze geen medeleven met het pijnlijke been van de bewoner, maar vat ze dit op als een belediging waar ze niet in gelooft dat ze dat zelf gedaan heeft. Ze pikt hiermee de behoefte van de bewoner niet op en ook steunt ze de bewoner niet in zijn keuze om niet te zwachtelen. De bewoner daarentegen uit zijn mening en laat zijn onvrede blijken, hierdoor kan hij zich meer autonoom voelen. Zijn mening en onvrede wordt echter niet ontvangen met empathie en begrip, waardoor er alsnog geen sprake is van behoefteondersteuning verbondenheid en autonomie.

4.3.2 Fragment 2

Fragment 2 begint weer nadat fragment 1 is afgelopen en de bewoner ondertussen van onderen is aangekleed en verzorgd. De bewoner is geschoren en de interactie valt samen met het wasproces van de bewoner. De interactie start wanneer de verzorgende tijdens het wassen begint over de voetbal:

1 V: Heeft u gisteren nog voetballen gekeken of niet? (*verzorgende is buiten de camera*

bezig met water pakken)) ((bewoner kijkt naar verzorgende))

2 B: (2.0) Ja, °klein stuk wel gezien ja°° *((verzorgende heeft zeep gepakt en begint bewoner te wassen)) ((bewoner buigt naar voren zodat de verzorgende er beter bij kan))*

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

4 B: (4.0) °hm° =

5 V: = KAN dat? = *((verzorgende wast de borst van bewoner))*

6 B: =dat kan wel ja.

7 V: (1.0) Hoorde dat er nog knokken was ge↓weest. = *((verzorgende wast de borst van de bewoner))*

8 B: = °oh ja?°=

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

10 B: °Tegen Sparta hebben ze gevoet↑bald° = *((bewoner houdt zijn arm omhoog)) ((verzorgende wast de arm van bewoner))*

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

12 B: ()

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

14 B: () SPARTA= *((bewoner probeert harder en duidelijker te praten))*

15 V: = JA!

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

17 V: = Nee?°=

18 B: = Nee! Ik heb altijd gekorf↑bald! *((bewoner zoekt oogcontact met de camera)) ((verzorgende gaat verder met afdrogen van bewoner))*

19 V: (.) K::orfbal? = *((verzorgende droogt bewoner af))*

20 B: = Ja!= *((bewoner kijkt trots in de camera))*

21 V: = Wat apart.

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

23 V: (7.0) ZIE je niet veel meer he korf↑bal, of↑wel? =

24 B: = °Mwoah ja°° = *((bewoner knikt ja)) ((verzorgende gaat door met afdrogen en kijkt bij hoofdknikken naar bewoner))*

25 V: = WEL?

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

Dit fragment start tijdens het begin van het wasmoment. De bewoner wordt gewassen en de verzorgende probeert een gesprek aan te knopen. Ze begint over de voetbal en vraagt of de bewoner

dit nog heeft gezien. De bewoner gaat hierop in door te vertellen dat hij wel wat heeft gezien. Hij maakt oogcontact, maar geeft enkel antwoord op de vraag die hem gesteld wordt. De verzorgende sluit aan door te vertellen over een incident met de wedstrijd (regel 7, 9) en ze doet een nieuwe poging om een gesprek op gang te brengen. De bewoner komt vervolgens uit zichzelf met een onderwerp en geeft aan dat hij nooit gevoetbald heeft. Hij glimlacht hierbij en zoekt oogcontact met zowel de camera als de verzorgende. De verzorgende toont empathie door interesse te tonen en dit resulteert in de bewoner die vertelt over zijn ervaring met zijn sport, korfbal. Tijdens dit gesprek is de verzorgende bezig met het wassen van de bewoner. De bewoner is met het gesprek bezig en laat de verzorgende haar werk doen. Hij heeft geen autonomie, maar dit zorgt niet voor een negatief gevolg voor de zorgrelatie. De verzorgende geeft vervolgens aan dat ze korfbal helemaal niet zo'n bekende sport vindt en eindigt met de uitspraak dat ze altijd een hekel heeft gehad aan balspellen. Na deze uitspraak valt het gesprek stil en gaat de verzorgende verder met het afdrogen van de bewoner. De bewoner kijkt teleurgesteld en lijkt niet meer de moeite te nemen om het gesprek te vervolgen of iets nieuws aan te dragen. Zijn enthousiaste gezichtsuitdrukking die hij had gedurende het verhaal over korfbal is verdwenen en hij wendt zich af.

Dit fragment is gekozen vanwege de poging tot verbondenheid en de manier waarop dit langs elkaar heen kan lopen en de behoefteondersteuning niet plaatsvindt. In deze interactie is er tot op zekere hoogte sprake van verbondenheid aangezien de verzorgende een gesprek begint en ze praten over koetjes en kalfjes. Ook heeft de bewoner de mogelijkheid om zijn eigen inbreng in het verhaal te hebben, maar kan hij niet het onderwerp bepalen. Hij toont echter wel enthousiasme over het onderwerp en draagt een eigen ervaring aan. De bewoner geeft op een gegeven moment (regel 16) een opstapje naar communicatie over persoonlijke zaken, maar de verzorgende springt hier niet voorzichtig mee om. Er wordt niet aangesloten bij het gesprek en geen interesse getoond in de bewoner, waardoor het gesprek stilvalt. Dit resulteert in een onzekere bewoner en een stilte.

Gekeken vanuit de literatuur sluit deze verzorgende niet aan bij de punten van Reis (2000) op het gebied van behoeftevervulling. De opstap van de bewoner om te praten over relevante persoonlijke zaken wordt afgekapd en de persoon voelt zich niet begrepen wat te zien is aan zijn dalende enthousiasme en initiatief. Ook is er geen sprake van participatie in de zorghandeling en maakt de verzorgende de bewoner onzeker door zijn trotse uitspraak over korfbal af te zwakken met haar uitspraken (regel 21, 23, 26).

Vanuit de zorgbeleving van de bewoner is waar te nemen dat de bewoner van trots naar teleurgesteld gaat wanneer er over korfbal wordt gesproken. Hij oppert trots dat hij altijd heeft gekorfbald en wanneer de verzorgende hierop reageert door aan te geven dat ze het apart vindt en dat dat niet veel voorkomt, zwakt dit enthousiasme van de bewoner af. Vervolgens geeft ze aan dat ze altijd een hekel heeft gehad aan balsporten en dit leidt ertoe dat het gesprek stil valt. De bewoner voelt zich niet gesteund in zijn gesprek en lijkt zich onzeker te voelen. Een goede autonome relatie bestaat uit de betrokkenheid van de bewoner bij de behandeling (Goudsblom, 2010). Dit is hier niet het geval en

ook op het gebied van verbondenheid, waar bewoners het 'gehoord worden door de verzorgende' en 'het spreken over belangrijke herinneringen' (Mattiasson & Andersson, 1997) aangeven als belangrijke pijlers, kan niet gesproken worden van behoefteondersteuning.

4.3.3 Fragment 3

Fragment 3 is het einde van video 3 en beschrijft het moment dat de bewoner is gewassen, geschoren en aangekleed. Hij moet vervolgens nog even de broekriem aansnoeren en mag dan gaan plaatsnemen in de rolstoel. De interactie begint met een grapje van de bewoner over zijn riem die strak moet:

- 1 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))
- 2 V: =He?=
- 3 B: =Borsten vooruit. *((Verzorgende en bewoner lachen))**((Verzorgende zoekt oogcontact met bewoner, bewoner kijkt naar de cameravrouw))*
- 4 V: (2.5) Buik in!=
- 5 B: =Ja!
- 6 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))*
- 7 B: Zo is het. *((Lacht))*
- 8 V: (6.0) °Nou kom° *((Verzorgende heeft moeite om de riem dicht te krijgen))*
- 9 V: (4.5) Ja::a? *((Verzorgende heeft de riem dicht gekregen))*
- 10 B: (.)°Ja.°=
- 11 V: =Nou >dan gaan we eens even< wat stappen zetten.
- 12 B: (.)°Ja.° *((Bewoner draait zich moeizaam om met de driepoot en verzorgende ondersteunt hem door hem vast te houden aan één kant))* *((Snuift))*
- 13 V: (24.5) Nog één↑ draai,
- 14 V: (3.5) Oke↑, Dit vind ik veel fijner gaan! *((Bewoner heeft zich omgedraaid en zit in de rolstoel))*
- 15 B: Hmm?
- 16 V: Dit vind ik echt fijner gaan!=
- 17 B: =Ja?=
- 18 V: =Ja! Ma[ak je
- 19 B: Ik vind het andere] ↑ makkelijker. *((Oogcontact tussen bewoner en verzorgende))*
- 20 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 anders uit ziet))*
- 21 B: =°Ja.°
- 22 V: (.) Nou deed je het gewoon heel netjes! (.) Ja?

Het laatste fragment begint bij het aansnoeren van de riem bij de bewoner. De bewoner begint met een grapje over het inhouden van zijn buik bij het aansnoeren (regel 1). De verzorgende gaat hierin mee en samen lachen ze om de situatie. De bewoner voelt zich op zijn gemak, dit is waar te nemen aan zijn lichaamshouding die zich volledig opent naar de verzorgende en de mate van oogcontact en glimlachen. Wanneer de riem is gesnoerd en alles goed zit, is het tijd voor de bewoner om in zijn rolstoel te gaan zitten. Zoals eerder besproken zijn er twee fragmenten waarbij dit gebeurt, in fragment 2 van video 2 krijgt de bewoner de mogelijkheid om de manier van zitten zelf te kiezen. In huidig fragment doet hij het echter volgens de voorkeur van de verzorgende. Deze interactie over de manier van plaatsnemen in de rolstoel begint bij regel 11. De bewoner moet een aantal stappen zetten om dichterbij de rolstoel te komen en de verzorgende ondersteunt dit verbaal. Vervolgens geeft ze aan dat ze deze manier van werken veel prettiger vindt dan de andere manier. De bewoner reageert hierop door aan te geven dat hij de andere manier fijner vindt (regel 19). Er is hier sprake van oogcontact en de verzorgende reageert door aan te geven waarom ze dit prettiger vindt. Het gesprek eindigt met een compliment van de verzorgende aan de bewoner voor de manier waarop hij het zitten heeft uitgevoerd. De reactie van de bewoner kenmerkt zich door instemming, hij gaat akkoord met de eis van de verzorgende maar heeft duidelijk een andere voorkeur. Hij reageert positief op het compliment, maar lijkt ook onzeker in zijn doen en laten door te moeten handelen vanuit een positie waar hij zich niet prettig bij voelt (de manier van plaatsnemen).

Als dit fragment wordt bekeken vanuit de behoeftevervulling van autonomie en verbondenheid kan gezegd worden dat er in het begin van het gesprek een poging tot verbondenheid wordt gedaan. De bewoner start met het maken van een grapje en de verzorgende gaat hier gepast op in. Ze lachen samen en er wordt veel oogcontact gemaakt. Wanneer het tijd is om te gaan zitten, verdwijnt de verbondenheid en is er ook geen sprake van autonomie. De verzorgende dringt haar manier van werken aan de bewoner op en de bewoner heeft geen keuze in de manier van plaatsnemen in zijn rolstoel. Vervolgens geeft de verzorgende ook duidelijk haar mening en respecteert ze niet de mening van de bewoner. De bewoner heeft op het gebied van autonomie geen inspraak en zelfstandigheid en op het gebied van verbondenheid sluit de verzorgende niet aan bij de bewoner. Aan het einde van het gesprek sluit ze wel af met een compliment en doet ze weer een poging om nader tot de bewoner te komen. Zoals beschreven is de reactie van de bewoner hierop niet volledig positief, maar kantelt het wel enigszins zijn stemming naar de positieve kant.

Als de behoeftevervulling in dit fragment wordt bekeken vanuit de literatuur dan is er geen sprake van verbondenheid. De bewoner kan niet participeren in de activiteit en voelt zich niet gewaardeerd; zijn keuze en mening hebben geen inbreng en hij wordt bewust in een voor hem onzekere situatie gebracht (Reis, 2000). De zorgbeleving van de bewoner wordt hier als niet positief verwacht. De verzorgende laat geen betrokken houding zien en gaat af op haar eigen manier van werken. Ze merkt de behoefte van de bewoner niet op en ook wanneer hij zelf aangeeft het anders te willen, reageert ze hier niet op. De bewoner wordt niet betrokken bij de behandeling en ook heeft de verzorgende

geen kennis over de bewoner op dit gebied. Als de twee fragmenten met de manier van plaatsnemen worden vergeleken dan kan er niet gesproken worden van een consequente verzorging. De verzorgenden verzorgen de bewoner op verschillende manieren en er is sprake van veel verschil in de behoeftevervulling onderling op het gebied van autonomie en verbondenheid. Hierover zal meer concluderend gesproken worden in hoofdstuk 5. In de zorgbeleving van de bewoner komt duidelijk naar voren dat een consequente en consistente zorg van belang is voor de behoeftevervulling van autonomie en verbondenheid (Goudsblom, 2010).

4.4 Relatie autonomie en verbondenheid

In deze subparagraaf wordt de eerste deelvraag beantwoord. Deze deelvraag luidt als volgt;

Wat is de relatie tussen autonomie en verbondenheid in de zorgmomenten tussen de bewoner en de verzorgende en hoe reageert de bewoner hierop?

In de verschillende paragrafen zullen de gedragingen van autonomie en verbondenheid die waargenomen zijn worden besproken en zal ingegaan worden op de relatie tussen beide behoeftes.

4.4.1 Gedragingen autonomie

In deze paragraaf wordt antwoord gegeven op de eerste subvraag van bovenstaande deelvraag, namelijk; *Wat zijn de gedragingen die autonomie vertegenwoordigen in de zorggesprekken tussen de bewoner en de verzorgende?*

De belangrijkste conclusies worden hier uiteengezet in een tabel. Hierbij wordt ook de reactie van de bewoner beschreven. Samenvattend zijn globaal een aantal gedragskenmerken van de bewoner waar te nemen. De bewoner laat zijn vrolijke kant zien door hardop te lachen, te glimlachen en door zijn wenkbrauwen op te trekken. De bewoner uit zich bij tevredenheid door veel oogcontact te maken, te glimlachen en zijn ogen samen te knijpen. Op het gebied van initiatief en zelfstandigheid laat hij zien dat hij grapjes maakt en persoonlijke verhalen en ervaringen deelt als hij zich verbonden voelt. In zijn lichaamshouding is waar te nemen dat hij zich opent naar de verzorgende als hij zich prettig voelt. Hij draait naar haar toe bij tevredenheid en keert zich af bij ontevredenheid. Als laatste kenmerk toont de bewoner boosheid door zijn mondhoeken naar beneden te trekken en veel te fronsen. Ook laat hij hier minder oogcontact zien. In de negen zorgfragmenten zijn er op het gebied van autonomie verschillende aspecten uit de literatuur wel en niet waargenomen.

Gedragingen autonomie literatuur	Gedragingen waargenomen in videoanalyse	Reactie bewoner
Inspraak bewoner	- De verzorgende vraagt de bewoner welke kleren hij wil dragen - De bewoner wil graag dat zijn stoel droger wordt gemaakt en de verzorgende volgt deze eis op	- Hij maakt een bewuste keuze en glimlacht wanneer hij deze kleren aankrijgt - De bewoner glimlacht en voelt zich vrij om een grapje hierover te maken
Inspraak bewoner na mening verzorgende	Verzorgende geeft aan of ze de bewoner moet helpen met scheren	De bewoner oogt opgelucht en geeft het scheerapparaat aan de

		verzorgende
Inspraak bewoner na gesloten vraag	Bewoner stemt in met zwachtelen	Bewoner gaat akkoord en laat het zwachtelen toe
Alleen uitvoeren van zorghandeling	Bewoner krijgt de mogelijkheid zichzelf te scheren	Bewoner voelt zich onzeker en kijkt meerdere malen vragend naar de verzorgende
Samen uitvoeren van zorghandeling	Bewoner en verzorgende voeren samen het wasritueel uit	Bewoner glimlacht en voert zijn taken uit
Zorghandeling wordt geverbaliseerd door verzorgende	- Verzorgende verbaliseert haar washandeling - Verzorgende verbaliseert hoe de bewoner kan plaatsnemen in de rolstoel	- Bewoner uit vertrouwen in verzorgende en hij laat haar haar gang gaan - De bewoner vertrouwt op de verzorgende en neemt zelfstandig plaats in de rolstoel
Aanmoediging om eigen verantwoordelijkheid te nemen	- Verzorgende geeft aan dat bewoner zijn eigen lichaam ook wel kan wassen - Verzorgende verbaliseert hoe de bewoner kan plaatsnemen in de rolstoel en laat hem het zelf doen - verzorgende geeft aan dat de bewoner altijd haar hulp mag inschakelen en dat hij dit moet doen als hij het nodig heeft	- Bewoner volgt deze aanmoediging op en voert zijn handeling uit - De bewoner neemt eigen verantwoordelijkheid en geeft in een later fragment aan dat deze manier hem aanspreekt - bewoner voelt zich op zijn gemak en laat een open lichaamshouding zien en glimlacht

Gekeken naar bovenstaande tabel valt op dat de punten uit de literatuur ook terugkomen in de videofragmenten. Ook zorgen deze punten, met uitzondering van het geheel zelfstandig uitvoeren van een zorghandeling, voor positieve reacties bij de bewoner. Het volledig zelfstandig uitvoeren van de zorghandeling zorgt bij deze bewoner voor veel onzekerheid en hij laat vreugde zien wanneer hij alsnog wordt ondersteund.

Gekeken naar de punten vanuit de literatuur en de waargenomen punten in de video kan gezegd worden dat er een nieuw punt toegevoegd kan worden aan een belangrijke uiting van autonomie. Het om hulp vragen van de bewoner leidt in de video's tot een verhoogde mate van autonomie en welzijn bij de bewoner.

Als gekeken wordt naar de fragmenten waarin geen enkel punt van autonomie is waargenomen, kan gezegd worden dat de bewoner hier niet positief op reageert. De bewoner laat veel gevoelens van onvrede en irritatie zien bij momenten waarin hij geen enkele inspraak of zelfstandigheid heeft ervaren. Hij uit zich kortaf, boos en oogt geïrriteerd. Deze momenten leiden op hun beurt elk tot een verminderde sociale relatie met de verzorgende. Als laatste belangrijke punt laat de bewoner een enkele keer volledig eigen initiatief zien en geeft hij zijn mening over de keuze van verzorging. Op dit moment heeft de bewoner inspraak in zijn eigen keuze en zou men vanuit de literatuur een behoefteondersteuning van autonomie verwachten. In dit fragment is dit echter niet het geval. De verzorgende laat duidelijk weten aan de bewoner dat ze niet achter zijn mening staan. Dit leidt tot onbegrip en afstandelijkheid bij de bewoner, hij keert zich lichamelijk af en kijkt geïrriteerd en boos.

Het blijkt dus erg belangrijk dat de bewoner zich gesteund voelt in zijn keuze en dat keuzevrijheid alleen niet altijd tot behoefteondersteuning van autonomie leidt.

4.4.2 Gedragingen verbondenheid

In deze paragraaf wordt antwoord gegeven op de tweede subvraag van deelvraag 1, namelijk;
Wat zijn de gedragingen die verbondenheid vertegenwoordigen in de zorggesprekken tussen de bewoner en de verzorgende?

Net als in de vorige paragraaf worden eerst de aspecten gevonden in de literatuur gericht op de psychologische behoefte verbondenheid hieronder uiteengezet en wordt de reactie van de bewoner hierop beschreven.

Gedragingen verbondenheid literatuur	Gedragingen waargenomen in videoanalyse	Reactie bewoner
Communicatie over relevante persoonlijke zaken	- De bewoner en de verzorgende praten over een scheerincident waar de bewoner een wond van heeft overgehouden - De bewoner praat over zijn ervaringen in de oorlog en wat dat met hem gedaan heeft	- De bewoner vertelt over zijn ervaring en lacht na een empathische reactie van de verzorgende hartelijk om het incident - De bewoner voelt zich begrepen en vertelt meer en inhoudelijker
Het participeren in gedeelde activiteiten	-	-
Het hebben van een groep vrienden om zich heen waarmee informeel contact bestaat	-	-
Bewoner moet zich begrepen en gewaardeerd voelen	- Verzorgende praat over koetjes en kalfjes en is met de zorghandeling bezig, ze vraagt om de mening van de bewoner - De verzorgende geeft aan dat de bewoner hulp aan haar mag vragen wanneer hij dat nodig heeft. - De verzorgende schakelt de hulp in van de bewoner	- De bewoner maakt veel oogcontact, lacht veel en geeft uitgebreid antwoord op de vragen van de verzorgende. - Hij laat een open lichaamshouding zien en glimlacht naar de verzorgende. - De bewoner vertelt enthousiast wat de verzorgende wil weten en geeft aanwijzingen
Participatie in plezierige en vermakende activiteiten	-	-
Vermijden van ruzies en conflicten en onzekere gevoelens van de bewoner	De verzorgende geeft aan dat ze de bewoner kan ondersteunen wanneer het niet lukt	De bewoner voelt zich vertrouwd en neemt initiatief, hij gaat zelfstandig zitten
Praten over ditjes en datjes	Verzorgende praat over koetjes en kalfjes	Bewoner geeft antwoord op de vragen en praat mee over ditjes en datjes, ook maakt hij veel oogcontact
Samen lachen met de verzorgende	Verzorgende en bewoner lachen samen	Bewoner laat plezier zien, hij glimlacht veel en maakt veel oogcontact

Zelfstandig beginnen over relevante persoonlijke onderwerpen, ditjes en datjes of grapjes maken	De bewoner en de verzorgende praten over ditjes en datjes en vervolgens maakt de bewoner een grapje De bewoner begint zelf over voor hem relevante onderwerpen (het scheerincident van eerder)	De bewoner neemt het initiatief en voelt zich vrij om een grapje te maken en lacht veel De verzorgende toont empathie en de bewoner lacht hartelijk met de verzorgende
Aanwezigheid verzorgende wanneer afgesproken	De verzorgende geeft aan dat de bewoner haar kan roepen wanneer hij haar hulp nodig heeft	De bewoner glimlacht en laat een open lichaamshouding zien
Herinnering van aspecten uit vorig zorgmoment en persoonlijkheid	Verzorgende herinnert zich dat de bewoner graag naar therapie gaat Verzorgende heeft onthouden dat de bewoner zijn tasje altijd om zijn arm draagt	De bewoner glimlacht en maakt meer oogcontact, hij beaamt dit
De behoefte van de bewoner wordt opgemerkt	De verzorgende ziet dat de bewoner moeite heeft met het gaan zitten in de rolstoel en ondersteunt hem	De bewoner voelt zich gesteund en glimlacht, hij laat meer zekerheid zien en neemt plaats in zijn rolstoel

In bovenstaande tabel worden de momenten beschreven waarin de verzorgende en bewoner tegemoet kwamen aan de beschreven punten uit de literatuur. In de fragmenten is echter ook waar te nemen dat wanneer deze punten niet worden vervuld, er een negatieve reactie tot gevolg komt. Een aantal keer worden de onzekere gevoelens van de bewoner niet gespaard. De verzorgende geeft aan dat ze graag op een andere manier wil werken dan dat de bewoner dit prettig vindt. Hij geeft zijn mening en moet alsnog doen wat de verzorgende liever wil. Hij is hierdoor onzeker en het gesprek en het contact blijven oppervlakkig. Ook jaagt de verzorgende in een fragment de bewoner op en heeft hij niet de mogelijkheid om rustig zijn mond te spoelen. Er is duidelijk te zien dat het hem moeite kost om de beker zelfstandig vast te houden en doordat de verzorgende haast maakt voelt hij zich onzeker. Dit is te zien in zijn norse en terughoudende houding ten opzichte van de verzorgende naderhand.

Gedurende de videoanalyse is wederom gebleken dat de reactie van de verzorgende ook van invloed is. Het is niet alleen van belang dat aan de punten uit de literatuur wordt toegekomen, maar ook de reactie van de verzorgende op dit moment is van essentieel belang. Een enkele keer vertelt de bewoner over zijn eigen persoonlijke relevante onderwerpen en deelt hij herinneringen met de verzorgende. Zij reageert hier niet passend op met empathie en interesse en er vindt geen verbondenheid plaats. Uit de momenten zijn ook nog een aantal nieuwe punten te noemen die niet in de literatuur worden beschreven als belangrijke punten voor verbondenheid, maar die in de fragmenten wel tot verbondenheid leiden. Het is van belang dat de verzorgende empathie toont voor de moeilijkheden van de bewoner en hardop meedenkt over oplossingen om hem te helpen. De bewoner reageert hier op door meer toenadering te zoeken tot de verzorgende. Ook is het geven van complimenten van positieve invloed op de verbondenheid, aangezien de bewoner zich gewaardeerd voelt en het gevoel krijgt dat hij als gelijke wordt beschouwd. Als laatste punt blijkt het ook van

positieve invloed als de mening van de bewoner wordt gevraagd. Een enkele keer toont de verzorgende interesse in de mening van de bewoner, ze vraagt zijn mening en toont hiermee interesse in de bewoner als persoon.

Uit de literatuur blijkt dat het voor de bewoner erg belangrijk is een groep vrienden om hem heen te hebben waarmee informeel contact bestaat en het gevoel dat hij deel uitmaakt van een gemeenschap. Ook is participatie in gedeelde plezierige activiteiten van groot belang. Het is hierom voor vervolgonderzoek nuttig om op het gebied van verbondenheid onderzoek te doen naar de rol van de bewoner in de groepsactiviteiten en de sociale contacten in de somatische verpleeghuizen.

4.4.3 Autonomie en verbondenheid

In deze paragraaf wordt antwoord gegeven op de laatste subvraag van deelvraag 1, namelijk; *Hoe zijn de gedragingen van autonomie en verbondenheid naast elkaar aanwezig in de zorgmomenten?*

In een aantal fragmenten zijn de behoeftes autonomie en verbondenheid tegelijkertijd aanwezig. In fragment 3 van video 1 is waar te nemen dat beide behoeftes tegelijk positief worden ondersteund. De verzorgende reageert empatisch op het scheerincident van de vorige dag en ze praten over een onderwerp dat belangrijk is voor de bewoner. Hij vertelt over zijn ervaring en de verzorgende reageert hierop door een grapje te maken. Ze lachen samen om het incident en maken gezamenlijke afspraken. Ze biedt hem vervolgens zelfstandigheid en ondersteuning en hij heeft inspraak in zijn scheermoment. De bewoner voelt zich hierna vrij om om hulp te vragen en stemt in met de hulp van de verzorgende. Zij verbaliseert vervolgens haar handelingen en de bewoner oogt opgelucht en ondersteund. Deze observatie sluit aan bij Ryan & Deci (2006) die stellen dat mensen zich het meest verbonden voelt met de personen die hun eigen keuzes en autonomie ondersteunen. Een hogere mate van autonomie wordt geassocieerd met meer tevredenheid en welzijn (Patrick et. al, 2006). Naast een positieve gezamenlijke relatie is er ook een fragment waargenomen waarbij het tegenovergestelde gesteld kan worden. De aanwezigheid en het nastreven van beide behoeftes heeft hier geleid tot negativiteit. In fragment 1 van video 3 geeft de bewoner duidelijk zijn mening en geeft hij aan dat hij zijn been niet gezwachteld wil hebben voor zijn therapie. De verzorgende laat echter haar mening de boventoon voeren en de bewoner voelt zich hierdoor niet gesteund. Dit leidt tot afkering van de bewoner ten opzichte van de verzorgende en de mogelijkheid tot verbondenheid is vervolgens niet meer aanwezig. Doordat de bewoner kiest voor zijn eigen mening en volledige inspraak heeft in zijn behandeling, staat dit de mogelijkheid tot verbondenheid in de weg. Het is dus van wezenlijk belang dat wanneer de autonomie van de bewoner wordt ondersteund, de verzorgende het hiermee eens is wil er verbondenheid kunnen plaatsvinden. Dit lijkt de voorwaarde voor het samen aanwezig zijn van de psychologische behoeftes autonomie en verbondenheid. Gekeken naar de besproken fragmenten kan er concluderend gezegd worden dat voor een prettig verloop van de zorgcontacten het belangrijker, voor deze bewoner, dat zijn verbondenheid wordt ondersteund. Voor

deze bewoner is het hebben van volledige inspraak of zelfstandigheid in het zorgmoment niet van essentieel belang. Een hoge mate van verbondenheid lijkt bij deze bewoner meer tot een hoger welzijn te leiden en concluderend kan gezegd worden dat een moment waarin veel verbondenheid en weinig autonomie aanwezig is toch voor een hoger welzijn kan zorgen voor deze bewoner.

4.5 Rol zorgrelatie in zorgbeleving bewoner

In deze paragraaf wordt een antwoord gegeven op de tweede deelvraag; *Wat is de rol van de zorgrelatie en communicatie tussen verzorgende en bewoner in de zorgbeleving van de bewoner?* In een aantal subparagrafen worden de verschillende onderdelen van deze deelvraag en de evaluatieformulieren die ingevuld zijn door de bewoner beschreven.

4.5.1 Zorgbeleving bewoner verschillende verzorgenden

In deze paragraaf wordt ingegaan op de eerste subvraag van deelvraag 2, namelijk; *Wat is het verschil in reactie van de bewoner op de verschillende 3 verzorgenden in de zorgmomenten?*

Umoren (1992) geeft in zijn onderzoek aan dat een goede relatie tussen de verzorgende en bewoner essentieel is voor behoeftevervulling van autonomie en verbondenheid. In deze paragraaf wordt samenvattend uiteengezet welke punten uit de literatuur worden waargenomen per verzorgende;

1. Verzorgende 1; in de zorgrelatie met deze verzorgende is er op het gebied van verbondenheid waar te nemen dat er wordt gepraat over koetjes en kalfjes en er samen wordt gelachen. De bewoner voelt zich bij haar vrij om zelf grapjes te maken en onderwerpen aan te snijden. Hij zoekt veel oogcontact met haar en reageert positief op haar vragen. De verzorgende probeert onzekere gevoelens van de bewoner te vermijden en ze geeft duidelijk aan dat ze beschikbaar is voor de bewoner wanneer hij dit zelf aangeeft. De verzorgende toont empathie en maakt ook veel oogcontact. Ze herinnert zich aspecten uit de voorgaande zorgmomenten en ook persoonlijke ervaringen en voorkeuren van de bewoner. Ze laat zich ook adviseren door de bewoner en benadert hem als een gelijkwaardig persoon. Ook aan de reacties van de bewoner is te zien dat er sprake is van behoefteondersteuning van de psychologische basisbehoefte verbondenheid. Zijn gehele gedragsrepertoire komt voorbij op het gebied van tevredenheid, blijdschap, waardering en vertrouwelijkheid.

Op het gebied van autonomie kan ook concluderend gesproken worden over de behoefteondersteuning van deze basisbehoefte. Verzorgende 1 vraagt om toestemming van de bewoner en na instemming gaat ze verder met haar taak. Ook komt autonomie naar voren wanneer de verzorgende de bewoner laat participeren in de zorghandeling waar mogelijk. Ze geeft hem initiatief in het uitkiezen van de handeling en de bewoner voelt zich vrij om om hulp te vragen. Ook verbaliseert ze haar handelingen en vraagt ze telkens om toestemming en de mening van de bewoner. De verzorgende laat de bewoner zijn eigen kleding kiezen en geeft hem als enige de mogelijkheid om een zorghandeling zelfstandig uit te voeren. De bewoner reageert op deze verzorgende erg positief en er is gedurende de gehele video geen sprake van een vermindering van behoefteondersteuning.

2. Verzorgende 2; deze verzorgende maakt in haar contact met de bewoner minder gebruik van eigen

inbreng van de bewoner. Zij is al langer bekend met de bewoner en dit kan de reden zijn dat ze de bewoner minder zelfstandigheid biedt. Ze geeft de bewoner geen inspraak in de zorghandeling, de bewoner reageert hier echter niet negatief op. In het volgende fragment met deze verzorgende is er wel sprake van autonomie. De bewoner vraagt om hulp en ze geeft dit aan hem, ook wordt hij in zijn zelfstandigheid ondersteund wanneer hij moet plaatsnemen in de rolstoel. De verzorgende biedt hem de mogelijkheid om op zijn manier plaats te nemen en mag deze keuze zelf maken en uitvoeren terwijl de verzorgende hem ondersteunt. Bij het laatste fragment is er geen ruimte voor autonomie van de bewoner, de verzorgende doet haar taken en de bewoner moet hierin meegaan. Een enkele keer komt de bewoner voor zichzelf op door een instructie niet op te volgen en de verzorgende reageert hier zichtbaar geïrriteerd op. Op het gebied van autonomie kan concluderend gezegd worden dat deze behoefteondersteuning erg mager heeft plaatsgevonden. Op het gebied van verbondenheid heeft verzorgende 2 laten zien dat de behoefteondersteuning hier wel plaatsvindt. De bewoner en de verzorgende maken samen grapjes en er wordt gelachen. Ook is er ruimte voor de bewoner om te praten over voor hem relevante persoonlijke ervaringen en onderwerpen en toont de verzorgende empathie. In het fragment waarin de verzorgende op het gebied van autonomie tegemoet komt aan de bewoner valt op dat de mate van verbondenheid ook wordt vergroot. De verzorgende en de bewoner lachen veel samen en maken grapjes met elkaar. Ook merkt de verzorgende de behoefte van de bewoner op en ondersteunt hem hierin.

3. Verzorgende 3; deze verzorgende komt op het gebied van autonomie niet toe aan behoefteondersteuning doordat ze niet instemt met de vragen en behoeftes van de bewoner. Hij geeft aan naar de wc te moeten en hij wordt hierin niet gewaardeerd en er wordt niet naar hem geluisterd. Dit heeft als gevolg dat er ook geen ruimte is voor verbondenheid. Ook heeft de bewoner geen inspraak en zelfstandigheid in de zorghandeling door dat de verzorgende haar manier van handelen opdringt aan de bewoner. Op het gebied van verbondenheid gaat deze verzorgende niet in op de behoeftes van de bewoner. Ze steunt hem niet in zijn behoeftes en ook reageert ze niet medelevend. Ze geeft duidelijk haar mening en handelt hier ook naar, er is geen ruimte en waardering voor de mening van de bewoner. Er is geen communicatie over persoonlijke zaken en wanneer een enkele een poging waagt om te praten over persoonlijke voorkeuren, kapt de verzorgende dit af door een opmerking te maken 'dat ze een hekel heeft aan balsporten'. Op een gegeven moment in de behandeling is er ruimte voor een gesprek over koetjes en kalfjes en heeft de bewoner de mogelijkheid om mee te praten over onderwerpen. Dit onderwerp is echter telkens gekozen door de verzorgende. Ook is er ruimte voor het maken van een grapje, hier neemt de bewoner initiatief in, en wordt er samen gelachen en veel oogcontact gemaakt. Deze verbondenheid verdwijnt echter met het moment dat de bewoner een manier van gaan zitten opgelegd krijgt en er niet naar zijn behoeftes wordt geluisterd. De bewoner toont geen emotionele binding meer met de verzorgende en het gesprek valt stil. De verzorgende doet als laatste poging nog de moeite om een compliment te geven, maar deze zorgt niet voor meer verbondenheid bij de bewoner.

4.5.2 Zorgbeleving bewoner in relatie tot videoanalyse

In deze paragraaf wordt antwoord gegeven op de tweede subvraag van deelvraag 2, namelijk; *Hoe is de beleving van de bewoner over het zorgcontact met de verzorgende en hoe verhoudt zich deze beleving tot zijn gedragingen in de zorgcontacten?*

De bewoner heeft evaluatieformulieren ingevuld over de wijze waarop hij de zorg van die verzorgende heeft beleefd. De vragenlijsten die in dit onderzoek zijn meegenomen hebben als titel 'onderzoek naar interacties tussen verzorgenden en bewoners van somatische afdelingen'. De bewoner heeft een vragenlijst ingevuld waarin hij moest aangeven hoe hij zich die ochtend heeft gevoeld en hoe hij de ochtendzorg heeft ervaren. Daarnaast heeft hij bij een heel aantal begrippen kunnen invullen welke persoonlijkheidskenmerken hij die ochtend wel/niet heeft ervaren. In deze paragraaf zal bekeken worden in hoeverre de evaluaties van de bewoner aansluiten bij het gedrag dat is waargenomen in de video's.

4.5.3 Evaluatieformulier verzorgende 1 en video 1

Op het gebied van autonomie heeft de bewoner zich die ochtend erg vrij gevoeld om zichzelf te zijn. Hij kon mee beslissen in wat er gebeurde en ook voelde hij zich vrij om zijn mening te geven. Hij heeft zich geen enkele keer onder druk gevoeld om zich op een bepaalde manier te gedragen. Als er naar de video gekeken wordt is dit terug te zien in de ochtendzorg. Er is sprake van autonomie en de bewoner kan zijn mening geven en participeren in de zorghandeling. Ook volgt de verzorgende zijn voorkeuren op en luistert ze zijn mening. De bewoner heeft geholpen met wassen, scheren en kleren kiezen.

Op het gebied van verbondenheid heeft de bewoner het gevoel gehad dat er om hem gegeven werd en heeft hij totaal geen afstand ervaren tussen de verzorgende en zichzelf. Hij heeft vertrouwelijkheid en nabijheid ervaren met de verzorgende. Gekeken naar video 1 is dit passend bij de zorgochtend. Er zijn geen bijzondere verschillen waar te nemen tussen de evaluatie van de bewoner en de daadwerkelijke reacties die waargenomen zijn tijdens de videoanalyse.

De belangrijkste woorden van de bewoner waren: geïnteresseerd, sterk, alert, aandachtig en actief. Ook voelde hij zich enthousiast en vastbesloten. Zijn enthousiasme en vastbeslotenheid zijn waar te nemen, hij oogt vrolijk en geeft zijn mening. Ook is hij actief en aandachtig, hij houdt de verzorgende in de gaten en doet waar hij kan mee met het zorgmoment. Het feit dat de bewoner zich geïnteresseerd, sterk en alert voelt zegt iets over zijn gemoedstoestand. Hij is die ochtend in goeden doen geweest en voelde zich prettig.

4.5.4 Evaluatieformulier verzorgende 2 en video 2

Op het gebied van autonomie heeft de bewoner zich die ochtend erg vrij gevoeld om zichzelf te zijn. Hij heeft volledig kunnen meebeslissen over wat er gebeurde en hij heeft het gevoel gehad zijn mening te kunnen geven. Hij heeft zich die ochtend niet gedwongen of onder druk gezet gevoeld om zich op een bepaalde manier te gedragen. Gekeken naar de zorganalyse van video 2 is het verrassend te noemen dat hij dit heeft ingevuld. In fragment 3 van video 2 is het duidelijk zichtbaar dat de

bewoner zich niet prettig voelt en hij geen mogelijkheid heeft om zijn voorkeur aan te geven of te participeren in de zorg. Aan de zorgbeleving van de bewoner te zien heeft hij dit niet als vervelend ervaren.

Op het gebied van verbondenheid heeft de bewoner gevoeld dat er om hem gegeven wordt en dat hij geliefd is. De bewoner heeft in die ochtend zorg geen afstand gevoeld in de relatie tussen de verzorgende en hem en hij heeft veel vertrouwelijkheid en nabijheid ervaren van de verzorgende. Gekeken naar de videoanalyse is het, met uitzondering van fragment 3, te verwachten dat de bewoner deze evaluatie zou geven. Er was sprake van behoefteondersteuning van verbondenheid en er werd veel gelachen en gepraat over zowel koetjes en kalfjes als over relevante persoonlijke onderwerpen van de bewoner.

De belangrijkste woorden van de bewoner waren: geïnteresseerd, bedroefd, sterk, enthousiast, trots, alert, vastbesloten, aandachtig en actief. Opvallend aan deze woorden is het invullen van de hoge mate van trots maar ook van bedroefdheid. Gedurende dit zorgmoment heeft de bewoner gelachen met de verzorgende, gepraat over ernstige serieuze ervaringen (de oorlog) en is er ook sprake geweest van een zwijgmoment van de bewoner. De bedroefdheid die hij heeft ervaren kan voortkomen uit het praten over de oorlog, maar ook vanwege de interactie met de verzorgende. Belangrijk is om hierbij op te merken dat de verzorgende ook heeft aangegeven dat de bewoner die ochtend minder spraakzaam en vrolijk was dan normaal. Het trotse gevoel van de bewoner kan verklaard worden vanuit het feit dat hij op zijn eigen manier plaats mag nemen in zijn rolstoel en dat hem dit goed lukt. Het is echter niet mogelijk om hier objectief een uitspraak over te doen.

4.5.5 Evaluatieformulier verzorgende 3 en video 3

Op het gebied van autonomie heeft de bewoner zich die ochtend gedeeltelijk vrij gevoeld om zichzelf te zijn. Daarnaast heeft hij volledig het gevoel gehad dat hij kon meebeslissen over wat er gebeurde en heeft hij zich vrij gevoeld om zijn mening te geven. Als laatste heeft de bewoner niet het gevoel gehad dat de hij dingen gedwongen moest doen of wat moest doen waar hij niet achter stond. Dit is een opmerkelijke evaluatie gezien het feit dat de bewoner niet naar het toilet kon terwijl hij wel erg nodig moest. Ook moest hij meegaan in de manier van werken van de verzorgende wat betreft het plaatsnemen in de stoel terwijl hij hier ook niet achter stond. In zijn evaluatie heeft de bewoner dit niet als storend of onprettig ingevuld. Wel heeft hij ingevuld dat hij zich gedeeltelijk vrij heeft gevoeld om zichzelf te zijn. Dit kan voortkomen uit het feit dat de bewoner spreekt over zijn korfbalverleden en dat de verzorgende hier niet op aansluit.

Op het gebied van verbondenheid heeft de bewoner zich die ochtend geliefd en gewaardeerd gevoeld en heeft hij vertrouwelijkheid en nabijheid in de onderlinge relatie met de verzorgende ervaren. Ook heeft hij geen afstand gevoeld met de verzorgende. Dit is echter opmerkelijk te noemen vanwege het feit dat er een aantal keer een moeizame interactie aanwezig was tussen de verzorgende en de bewoner. In zijn beleving heeft de bewoner dit echter niet zo ervaren over het gehele zorgmoment.

De belangrijkste woorden van de bewoner waren: geïnteresseerd, sterk, vastbesloten, aandachtig en actief.

Gekeken naar alle evaluatieformulieren ingevuld door de bewoner is op te merken dat hij zich geen enkele keer bang, beschaamd, nerveus of boos heeft gevoeld. Samenvattend kan gezegd worden dat de bewoner zich vrij heeft gevoeld om zichzelf te zijn gedurende de zorgmomenten. Ook heeft hij zich bij alle verzorgenden vrij gevoeld om mee te beslissen in de taken en zijn mening te geven. Op het gebied van verbondenheid heeft hij het gevoel gehad dat er om hem gegeven werd en dat de verzorgende empathisch waren. Hij heeft geen afstand ervaren en veel vertrouwelijkheid en nabijheid ervaren. Het enige verschil tussen de drie vragenlijsten is dat hij zich bij verzorgende 3 maar gedeeltelijk vrij heeft gevoeld om zichzelf te zijn. Dit kan te maken hebben met het moment dat hij niet naar de wc kon terug hij duidelijk aangaf erg nodig te moeten. De bewoner heeft zich in geen van de zorgmomenten boos, bang, beschaamd of nerveus gevoeld.

Gekeken naar de verschillende verzorgende blijkt dat verzorgende 1 het meest toekomt aan de behoeftevervulling van autonomie en verbondenheid. Ook is opgevallen dat de twee behoeftes een nauwe relatie hebben. De bewoner laat de meeste positieve reacties en blijdschap zien in video 1 en de op basis van de analyse kan samenvattend gezegd worden dat een hogere mate van behoefteondersteuning op basis van de opgestelde punten van autonomie en verbondenheid leidt tot meer waargenomen psychologisch welzijn.

Concluderend kan gezegd worden dat de bewoner zich, zoals waargenomen met de videoanalyse, op verschillende momenten niet gewaardeerd, ondersteund, zelfstandig en verbonden heeft gevoeld.

Gekeken naar de evaluatieformulieren heeft de bewoner deze punten niets aangekruist als belemmerend of negatief. Dit kan met verschillende punten te maken hebben. De bewoner kan zich bewust zijn van het feit dat hij nog een hele tijd met de verzorgenden door moet en dat hij geen negatief woord wil zeggen over de verzorgenden. Ook kan dit betekenen dat de bewoner zich over het algemeen prettig voelt en dat deze punten voor hem minder belangrijk zijn dan dat waargenomen is gedurende dit onderzoek. Het is onmogelijk om uitsluitsel te geven waarbij een oorzaak-gevolg relatie te benoemen is tussen het gedrag van de verzorgende en de reactie van de bewoner. Wel is het met deze thesis mogelijk om een uitspraak te doen over de punten die van invloed zijn op het welzijn van de bewoner en hoe de behoefteondersteuning aangepakt kan worden.

Hoofdstuk 5

Conclusie & Implicatie & Discussie & Aanbevelingen

In dit hoofdstuk zullen de gevonden resultaten gekoppeld worden aan het theoretisch kader en zal aan de hand van de vooraf opgestelde deelvragen getracht worden de hoofdvraag te beantwoorden. Er zal een conclusie gegeven worden waarbij de antwoorden op de verschillende onderzoeksvragen samen komen tot één antwoord. Ook wordt er een implicatie voor de verzorgende gegeven voor in de dagelijkse praktijk en zal er in de discussie gesproken worden over de tekortkomingen van het onderzoek en de aanbevelingen voor een vervolgonderzoek. Dit hoofdstuk en de weg naar de beantwoording van de hoofdvraag zal uiteengezet worden op dezelfde manier als de deelvragen zijn opgesteld.

5.1 Beantwoording hoofdvraag en conclusie

De hoofdvraag van deze these heeft zich gericht op de behoeftevervulling van autonomie en verbondenheid in de communicatie tussen verzorgende en bewoner. De vraag is als volgt;

In hoeverre wordt in de communicatie tussen verzorgende en bewoner toegekomen aan de behoeftevervulling van autonomie en verbondenheid?

Bij het beantwoorden van deze hoofdvraag is het voor dit onderzoek belangrijk om twee aspecten mee te nemen in het antwoord. Het gaat hierbij om de relatie tussen autonomie en verbondenheid en de rol die de zorgbeleving en evaluatie van de bewoner speelt in deze behoeftevervulling. In bovenstaande paragrafen zijn de verschillende situaties en zorgfragmenten uiteengezet en beschreven aan de hand van literatuur over autonomie en verbondenheid in de somatische ouderenzorg. Ook is het gedragsrepertoire van de bewoner bepaald en dit maakt dat er een uitspraak is gedaan over in hoeverre er is toegekomen aan de autonomie en verbondenheid vanuit de literatuur gezien. In de praktijk blijkt dat een aantal aspecten anders liggen en deze paragraaf zal overkoepelend een uitspraak doen in hoeverre er, gekeken vanuit het perspectief van de bewoner, is toegekomen aan de behoeftevervulling van de autonomie en verbondenheid. In zijn persoonlijkheid en handelingen is deze bewoner niet initiatiefrijk te noemen, hij neemt niet zelfstandig de eerste stap in het contact en gesprek en ook neemt hij weinig initiatief in het aangeven van zijn keuzes en het zelfstandig uitvoeren van de zorgbehandeling. Deci & Ryan (2000) geven aan dat het bij autonomie gaat om het maken van eigen keuzes en psychologische vrijheid. Van de Kempe (2011) geeft aan dat behoeftevervulling van autonomie bestaat uit het inspraak hebben van de bewoner, het behouden van de zelfstandigheid van de bewoner en het feit dat de bewoner weet wat er in het zorgmoment gaat gebeuren. Voor deze bewoner heeft autonomie een andere inslag, bij deze bewoner is waar te nemen dat hij alleen volledig zijn eigen keuzes maakt wanneer hij het niet eens is met wat er gebeurt. Hij geeft aan dat hij niet gezwachteld wil worden, ook geeft hij aan dat hij niet op een bepaalde manier wil werken en laat hij duidelijk zijn mening blijken wanneer de verzorgende iets doorzet waar hij niet achterstaat. Samenvattend kan gezegd worden dat de bewoner autonoom gedrag laat zien door een 'halt' toe te roepen wanneer hij zich niet prettig voelt bij wat er gaande is. Hij laat volledig zelfstandig en

autonoom gedrag zien door voor zichzelf op te komen wanneer hij zich niet prettig voelt bij wat de verzorgende wil, vraagt of impliceert. Deze vraag om halt wordt een enkele keer geaccepteerd door de verzorgende en ook leidt het een aantal keer tot discussie. Het blijft echter de vraag of hiermee tegemoet gekomen wordt aan de behoeftevervulling van autonomie, het aangeven van je mening en het halt toeroepen is autonoom gedrag, maar de bewoner lijkt niet in zijn in zijn autonomiebehoefte vervuld wanneer de verzorgende hem niet ondersteunt.

Gekeken vanuit de literatuur, waarbij van autonomie gesproken wordt in verschillende gradaties van keuzevrijheid en zelfstandigheid tijdens de zorghandeling (Van de Kempe, 2011), is dit een belangrijke conclusie te benoemen. Het blijkt dat de bewoner zich bij het maken van een keuze, het hebben van inspraak of het aangeven van een voorkeur, alleen ook daadwerkelijk autonoom voelt als hij zich gesteund voelt door de verzorgende. Enkele keren heeft de bewoner erg duidelijk zijn voorkeur of wens aangegeven, er waren echter alleen positieve reacties waar te nemen wanneer de verzorgende ook daadwerkelijk uitsprak dat zij de bewoner begreep of dat ze deed wat hij vroeg. Bij het opvolgen van de voorkeur van de bewoner geldt wederom dat wanneer de verzorgende dit met duidelijke tegenzin doet, de bewoner geen positief gevoel ervaart van zijn keuzevrijheid en initiatief.

In de literatuur wordt ook gesproken van autonomie wanneer de bewoner volledig zelfstandig zijn zorghandeling kan uitvoeren (Van de Kempe, 2011; van den Broeck, 2009). Gedurende deze videoanalyse is gebleken dat bij deze bewoner de volledige zelfstandigheid niet leidt tot een gevoel van autonomie. Er is veel onzekerheid en twijfel waar te nemen wanneer de bewoner zijn handeling zelfstandig uitvoert en hij accepteert met opluchting de aangeboden hulp van de verzorgende. Deze conclusie is in de somatische ouderenzorg essentieel om te beseffen, vanwege de lichamelijke beperkingen die de oudere heeft. Het hebben van lichamelijke beperkingen kan dusdanig onzekerheid met zich meebrengen dat de oudere zich niet capabel voelt om zijn/haar eigen zorghandeling uit te voeren. De balans tussen het autonoom en competent voelen en het oproepen van onzekerheid door de bewoner volledig zelfstandig te laten ondernemen is individueel afhankelijk van de bewoner en zijn/haar competentiegevoel, zelfverzekerdheid en behoefte aan zelfstandigheid. Als laatste aspect beschreven in de literatuur blijkt ook in de praktijk dat het verbaliseren en het aangeven wat er gaat gebeuren wel leidt tot een hogere mate van behoeftevervulling van autonomie (Van de Kempe, 2011).

Op het gebied van verbondenheid zijn er minder discrepanties waargenomen in vergelijking met de literatuur. Vanuit de literatuur wordt gesproken over het vermijden van conflicten en onzekerheid door verzorgende om meer verbondenheid te voelen (Keizer, 2011; Reis, 2000). Vanuit het perspectief van de bewoner is hier sprake van een discrepantie. Voor de bewoner heeft het geleid tot een hogere mate van verbondenheid wanneer hij de mogelijkheid voelde om zijn onzekerheid aan te geven en zijn voorkeur te bespreken. Het vermijden van conflicten sluit wel aan bij de verzorgende vanwege het feit dat de bewoner zich gesteund moet voelen om zich autonoom te voelen, maar het feit dat hij zijn mening mag en kan geven en dat hiernaar geluisterd wordt is voor de bewoner een stap richting een hogere behoefteondersteuning van verbondenheid. Naast de punten die beschreven worden als

behoefteondersteuning van verbondenheid (Keizer, 2011; Reis, 2000) is waargenomen in de videoanalyse dat het geven van complimenten aan de bewoner leidt tot meer positieve reacties en meer initiatief bij de bewoner. Nadat de bewoner het gevoel heeft dat er naar hem geluisterd wordt en dat hij er ruimte bestaat voor grapjes, valt op dat hij ook meer grappen maakt en zelf een enkele keer het gespreksonderwerp bepaalt. Daarnaast is het van belang dat de verzorgende aansluit bij wat de bewoner zegt. Deze bewoner is gevoelig voor kritiek en klappt dicht wanneer hij het gevoel heeft dat hij iets doms of ongepasts zegt. Concluderend kan gezegd worden dat om meer initiatief in het gesprek en contact te creëren bij deze bewoner, aansluiting op het onderwerp, het tonen van empathie en begrip en het lachen om zijn grapjes leidt tot meer waargenomen verbondenheid. Vanuit de literatuur was al bekend dat het zelf bepalen van een gespreksonderwerp en het nemen van initiatief in het contact leidt tot meer verbondenheid bij de bewoner (Keizer, 2011). Concluderend uit dit onderzoek blijkt dat een stap verder gedacht moet worden op het gebied van verbondenheid en autonomie dan alleen het bepalen van het onderwerp en het initiatief en de zelfstandigheid zelf. Zodra de bewoner het gevoel heeft dat de verzorgende geïnteresseerd is, op het onderwerp aansluit en hem ondersteunt in zijn mening en voorkeur, ervaart hij een gevoel van verbondenheid en autonomie. Dit is passend bij de bevinding van Van den Broeck (2006) die aangaf dat betrokkenheid van de bewoner bij de keuzes, ook al worden die gemaakt door de verzorgenden, maakt dat er sprake is van behoeftevervulling. Huidig onderzoek is hierop een aanvulling omdat blijkt dat deze redenering ook andersom werkt, de betrokkenheid en de ondersteuning van de verzorgenden bij de keuzes van de bewoner maakt dat er sprake is van behoeftevervulling.

Gekeken naar de relatie tussen autonomie en verbondenheid kan gezegd worden dat de manier waarop deze bewoner autonoom gedrag laat zien, het halt toeroepen, niet leidt tot een hogere mate van verbondenheid. Op het moment dat de bewoner ervoor kiest om bewust aan zijn mening vast te houden, vindt er geen verbondenheid plaats als de verzorgende laat blijken dat ze hier niet achter staat. Mocht de verzorgende de bewoner ondersteunen in deze halttoeroeping en haar excuses aanbieden voor haar gehaaste gedrag of opdringerigheid, kan er wel mogelijkheid tot autonomie én verbondenheid ontstaan.

Het bevorderen van verbondenheid leidt wel tot een hogere mate van initiatief en zelfstandigheid in de zorghandeling en in het contact met de verzorgende. Er zijn echter ook argumenten voor de mogelijkheid van het tegelijkertijd ondersteunen van de beide behoeftes. Eerder in de literatuur werd gesteld dat het samen taken uitvoeren in de zorg leidt tot een hogere mate van verbondenheid maar een lagere mate van autonomie (Keizer, 2011). Uit dit onderzoek komt naar voren dat het zelfstandig uitvoeren van een zorghandeling voor deze bewoner niet leidt tot autonomie maar tot onzekerheid en dat het participeren in de handeling al een grote stap is in de richting van autonomie van de bewoner. Een voorbeeld uit een fragment laat precies zien hoe de behoeftes autonomie en verbondenheid elkaar positief beïnvloeden. De bewoner wordt in zijn autonomie ondersteund doordat zijn mening wordt gevraagd en de verzorgende aangeeft hem hierin verbaal en non-verbaal te

ondersteunen. De bewoner voelt zich vervolgens gesteund in zijn keuzes en vertrouwt de verzorgende, met als gevolg dat hij zich vrij voelt om grapjes te maken en te lachen met de verzorgende. Deze bevinding sluit aan bij de eerder gestelde positieve relatie tussen autonomie en verbondenheid door Ryan (1993), waarbij hij aangaf dat bij de ondersteuning van autonomie de emotionele communicatie op gang kwam. Ook toonde hij aan dat emotioneel vertrouwen in de verzorgende verklaard kon worden uit de mate van autonomie die geboden was in de relatie (Ryan et al., 2005).

Wanneer gekeken wordt naar de tweede deelvraag en de zorgbeleving van de bewoner kan concluderend gezegd worden dat de het ondersteunen van de beschreven kenmerken uit de literatuur leidt tot een hogere mate van behoeftevervulling van de psychologische basisbehoeftes autonomie en verbondenheid. Gekeken vanuit de literatuur over de zorgbeleving en de zorgevaluatie van de bewoner zijn een aantal kenmerken te noemen die toegevoegd kunnen worden aan de zorg voor een meest optimale behoefteondersteuning van de behoeftes autonomie en verbondenheid. Bewoners geven aan dat ze het belangrijk vinden dat de verzorgenden kennis hebben over de bewoner en over de eerdere zorgmomenten (Goudsblom, 2010). Ook blijkt uit het onderzoek van Goudsblom (2010) dat bewoners het moeilijk vinden om hun behoeftes aan te geven en hierom is het belangrijk om bewoners om hun mening en wensen te vragen. Uit de videoanalyses is tevens waar te nemen dat de bewoner positieve reacties laat zien bij het herinneren van aspecten uit vorige zorgmomenten en ook laat hij meer tevredenheid zien bij de kans die hij krijgt om zijn mening te geven. Deze punten kunnen worden toegevoegd aan het zorgadvies voor de verzorgenden die beschreven zal worden in paragraaf 5.2.

In het contact met de verschillende verzorgenden wordt vanuit het perspectief van de bewoner in verschillende mate toegekomen aan de behoeftevervulling van autonomie en verbondenheid. Ook heeft deze these tot nieuwe inzichten geleid op het gebied van ondersteunen van de behoeftes autonomie en verbondenheid. Deze inzichten leiden tot adviezen voor in de praktijk en aanbevelingen voor vervolgonderzoek. Dit wordt in de volgende paragrafen beschreven.

5.2 Implicatie & advies verzorgende

De praktische implicatie van deze thesis kan bereikt worden met het opstellen van een advies op het gebied van behoefteondersteuning van autonomie en verbondenheid. Door een adviesplan op te stellen waarin voor de verzorgenden wordt samengevat welke punten bijdragen aan een hoger psychologisch welzijn, wordt uiteengezet hoe er toegekomen kan worden aan deze behoeftevervulling bij de bewoner. Deze thesis is geschreven vanuit het perspectief van de bewoner en de zorgbeleving van de bewoner. Er is bij de implicatie van de onderzoeksresultaten en conclusie gekozen voor een richtlijn voor de verzorgenden vanwege de doelgroep ouderen in somatische verpleeg- en verzorgingshuizen. Ook al staat de bewonervisie voorop, het blijft de verzorgende die de essentiële rol speelt in de behoeftevervulling. Zoals Van Beek (2008) stelde, het contact met de verzorgende is vaak

het enige sociale contact dat de bewoners nog hebben en dus ook de enige mogelijkheid om behoeftevervulling te realiseren. Ook vanwege het feit dat er sprake is van een lichamelijke beperking bij de bewoner en de moeite die aanwezig is bij het uiten van behoeftes (Goudsblom, 2010), is gekozen voor een praktische richtlijn voor verzorgenden, waarbij wel het doel voorop staat dat het welzijn van de bewoner wordt verbeterd.

Hieronder worden de belangrijkste punten voor behoefteondersteuning van autonomie beschreven.

Adviespunten voor de behoefteondersteuning van autonomie
De bewoner inspraak geven in zijn zorghandeling
De bewoner om inspraak vragen nadat zelf een mening is gegeven
De bewoner om instemming vragen, ook al ligt de manier van zorghandeling vast
De bewoner stimuleren in het zelfstandig uitvoeren van een zorghandeling
Samen met de bewoner een zorghandeling doen, laat hem zoveel mogelijk participeren
Bij bewoners die volledig verzorgd moeten worden is het van belang de zorghandeling te verbaliseren en te vertellen op welk moment wat gedaan wordt en waarom
Moedig de bewoner aan om eigen verantwoordelijkheid te nemen en om om hulp te vragen wanneer hij/zij dit nodig heeft
Complimenteer de bewoner wanneer hij zelf initiatief neemt in een zorghandeling in zijn keuzes en zelfstandigheid
Wees bewust van de mening van de bewoner en neem deze serieus, ondersteun waar mogelijk en wanneer de mening van de verzorgende niet van toegevoegde waarde is, mag deze achterwege gelaten worden

Hieronder worden de belangrijkste punten voor behoefteondersteuning van verbondenheid beschreven.

Adviespunten voor de behoefteondersteuning van verbondenheid
Laat de communicatie gaan over relevante persoonlijke zaken van de bewoner
Uit begrip en waardering voor de bewoner en waardeer zijn mening, vraag hem zijn mening en advies
Vermijd het veroorzaken van conflicten bij de bewoner, beargumenteer duidelijk mening en sta open voor die van de bewoner, bespreek bewoner onzekerheden en zorg voor ondersteuning
Praat over ditjes en datjes, koetjes en kalfjes
Humor is belangrijk, maak grapjes en lach samen om gebeurtenissen en ervaringen
Ondersteun en waardeer de bewoner in zijn zelfstandigheid om een grapje te maken, initiatief te nemen in een gesprek en een gespreksonderwerp te bepalen
Houd je aan afspraken, ben aanwezig wanneer afgesproken en kom altijd terug op afspraken

Complimenteer de bewoner wanneer hij een grapje maakt en zelf verbondenheid zoekt
Herinner belangrijke persoonlijke aspecten van de bewoner en uit vorige zorgmomenten

Gekeken naar beschreven adviespunten kan er ook nog een algemeen advies aan toegevoegd worden. Tussen de observaties van de videoanalyses en de zorgevaluatieformulieren zijn verschillen waar te nemen. Zoals eerder besproken heeft de bewoner een aantal keer in de video's laten zien dat hij zich niet prettig voelde en dat hij een andere mening of behandeling had gewenst. Deze observaties van negatieve ervaringen waren vervolgens niet waar te nemen in de evaluatieformulieren en dit geeft aan dat de bewoner niet altijd zegt of kan zeggen hoe hij zich voelt en wat hij zou willen. Ook laat dit zien dat er veel schommelingen van emoties plaatsvinden bij de bewoner en dat de verzorgenden een grote invloed heeft op de communicatie met de bewoner. Het is belangrijk om attent te blijven op de mening, het welzijn en de tevredenheid van de bewoner. De beschreven adviespunten zijn een richtlijn voor het contact en de communicatie met de bewoner, maar het is geen garantie voor een optimale behoefteondersteuning. Het blijft belangrijk om in gesprek te gaan met de bewoner over zijn wensen en telkens de zorghandeling af te stemmen op het unieke van elke bewoner. Het is gebleken dat het alleen ondersteunen van de beschreven punten niet voldoende is, de bewoner heeft een gevoel van ondersteuning nodig en het is aan de verzorgende om deze te blijven bieden.

5.3 Discussie & Aanbevelingen

In deze paragraaf zal in worden gegaan op de discussiepunten van de thesis en de aanbevelingen die gedaan kunnen worden voor vervolgonderzoek in de toekomst betreffende dit onderwerp. Als eerste punt kan genoemd worden dat de zelfdeterminatietheorie bestaat uit drie behoeften, autonomie, verbondenheid en competentie. In de toekomst zal het nuttig zijn om deze drie aspecten te analyseren en onderzoek te doen naar de behoeftevervulling van competentie en de uiting van competentie door de bewoners en verzorgenden.

Tijdens de evaluatie van de video spelen een aantal factoren een rol die kunnen bijdragen aan een verminderde generaliseerbaarheid van dit onderzoek. Zo kan de geestelijke gesteldheid van de bewoner van invloed zijn op zijn reacties op de verzorgende die dag. Van de bewoner is bekend dat hij in lichte mate last heeft van depressieve en sombere gevoelens. De stabiliteit van het gedrag van de bewoner in zijn gedrag kan niet gegarandeerd worden en zo kan niet bij elk videofragment gesproken worden van de invloed van de verzorgende die maakt dat de bewoner op een bepaalde manier reageert. Er kan niet met zekerheid gezegd worden dat de waargenomen reactie van de bewoner wordt veroorzaakt door de interactie met de verzorgende. Wel is waar te nemen dat de reactie van de bewoner, zelfs binnen enkele minuten, kan veranderen en dat dit in meerdere fragmenten lijkt te komen door de (non-verbale) communicatie met de verzorgende. Toch blijft het lastig om te interpreteren of bijvoorbeeld een negatieve reactie van de bewoner komt door het gedrag van de verzorgende of doordat de bewoner bijvoorbeeld niet goed heeft geslapen.

Naast het zojuist beschreven punt is er nog een tweede aspect dat bijdraagt aan de mindere mate van generaliseerbaarheid van deze thesis. In dit onderzoek is de aandacht gericht op één bewoner, een introverte man die weinig initiatief neemt. Voor vervolgonderzoek zal het nuttig zijn om te kijken naar meerdere bewoners, met uiteenlopende karakteristieken, om een generaliserende uitspraak te kunnen doen over de kenmerken die werken voor alle individuen. Daarnaast is er sprake van een man/vrouw interactie aangezien de drie verzorgenden vrouwen zijn. De vraag rijst hoe de zorgmomenten zouden zijn bij een mannelijke verzorger, of een verzorger van erg jonge leeftijd. Men kan zich voorstellen dat de bewoner weinig aansluiting kan vinden bij de jonge generatie, daarentegen kan de jonge generatie met haar enthousiasme en nieuwe passie voor het vak en de bewoner een grote rol spelen in de behoeftevervulling van de bewoner. In vervolgonderzoek zou dit aan bod kunnen komen en hiermee kan ook tegemoet gekomen worden aan de afhankelijkheid-steun relatie die gesteld wordt aanwezig te zijn. Met een grotere groep van verschillende gradaties van lichamelijke beperkingen is het een mogelijkheid om te onderzoeken in hoeverre de verzorgende meer verbondenheid zou bieden aan bewoners die meer afhankelijk zijn.

Er is nog een belangrijk punt dat meespeelt in de zorganalyse en de interpretatie van de interactie tussen de verzorgende en de bewoner. Het contact tussen de bewoner en de verzorgenden en de ervaringen die de bewoner heeft met de verschillende verzorgenden lopen erg uiteen. Het is moeilijk en subjectief om te interpreteren wat voor een effect de relatie met de verzorgende heeft op de bewoner. Het kan zijn dat de verzorgende die voor de eerste keer bij de bewoner is meer onzekerheid bij haar en de bewoner met zich meebrengt. Het kan ook betekenen dat de verzorgende meer dan gemiddeld haar best doet om de bewoner op zijn gemak te stellen.

Het laatste aspect wat belangrijk is om te noemen zijn de evaluatieformulieren die de bewoner heeft ingevuld. Deze zijn besproken in hoofdstuk 4 en huidig hoofdstuk en laten een aantal keer onverwachte evaluaties zien. Waar in de videofragmenten moeilijke situaties tussen de verzorgende en de bewoner zijn waargenomen, heeft de bewoner deze niet als zodanig benoemd in zijn evaluatieformulier. Wederom is er sprake van subjectiviteit om een verklaring te geven voor deze constatering. Het kan zijn dat de bewoner deze momenten niet als negatief heeft ervaren, het kan ook betekenen dat de evaluatieformulieren te abstract zijn voor de bewoner. Daarnaast kan het ook betekenen dat deze bewoner weinig zelfinzicht heeft. Het lijkt erop dat de gevoelens van de bewoner in de zorgmomenten erg wisselend zijn en dat wanneer een zorgmoment positief wordt afgesloten, de bewoner de voorgaande negatieve ervaringen niet meer als zodanig ervaart. Uit de literatuur blijkt ook dat bewoners veel moeite hebben met het aangeven wat ze belangrijk vinden in de zorg en wat hun zorgbeleving is. Het blijkt dat ze vaak een verzorgende in gedachten hebben die ze adequaat vinden. In vervolgonderzoek kan hier ook naar gevraagd worden en gekeken worden wat de betreffende verzorgende te bieden heeft en of dit gegeneraliseerd kan worden naar een protocollaire aanpak in de zorg.

Voor vervolgonderzoek zal het nuttig zijn meerdere bewoners te zien met dezelfde verzorgende. Zoals besproken zal het ook nuttig zijn verschillende bewoners te analyseren en ook is aan te raden

onderzoek te doen naar wat de bewoner belangrijk vindt in de zorg. Gekeken naar het theoretisch kader is er weinig onderzoek gedaan naar de aspecten die bewoners van somatische verpleeghuizen als essentieel ervaren in het zorgcontact met de verzorgenden. Met deze kennis kan er een betere uitspraak worden gedaan over de behoeftevervulling per individu en in het algemeen voor en vanuit de doelgroep. Als laatste belangrijke punt is het ook van belang dat er vervolgonderzoek wordt gedaan met het opgestelde framework waarbij de belangrijkste aspecten in de zorgrelatie en communicatie met de bewoner uiteen zijn gezet op het gebied van autonomie en verbondenheid. Hierbij kan met behulp van deze aspecten een training worden opgesteld voor de verzorgenden. Vervolgens kan er experimenteel onderzoek worden gedaan met deze training waarbij er een experimentele groep bestaat die bewust handelt vanuit het protocol van de training en een controlegroep die 'gewoon' zorg verleent.

Hoofdstuk 6

Referenties

Baltes, M. M., & Carstensen, L. L. (1996). The process of successful ageing. *Ageing and Society*, 16, 397–422.

Baltes, M.M., & Silverberg, S. (1994). *The dynamics between dependency and autonomy: Illustrations across the lifespan*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

van Beek, S. (2008). *Kwaliteit van leven in verpleeghuizen voldoende?* Ontleed op 24 februari 2012, van: <http://www.medicalfacts.nl/2008/02/11/kwaliteit-van-leven-in-verpleeghuizen-voldoende/>

Bergland, A. & Kirkevold, M. (2005) Resident-Caregiver Relationships and Thriving among Nursing Home Residents. *Research in Nursing & Health*, 28, 365-375

Besselink, E. (2009). *Effect van Sociale Verbondenheid op de Motivatie en de Prestatie door Gebruik van een Weblog*. Doctoraalscriptie. Onderwijswetenschappen, Open universiteit Nederland, Amsterdam.

Bitzan, J.E., & Kruzich, J.M. (1990). Interpersonal relationships of nursing home residents. *The Gerontologist*, 34(6), 775-786.

Blais, M.R., Sabourin, S., Boucher, C., & Vallerand, R.J. (1990). Toward a motivational model of couple happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1021-1031.

Van de Broeck, A., Vansteenkisten, M., de Witte, H., Lens, W. & Andriessen, M. (2009) De Zelf-Determinatie Theorie: kwalitatief goed motiveren op de werkvloer. *Gedrag en Organisatie*, 22 (4), 316-355.

Caris-Verhallen, W.M.C.M., Kerkstra, A., Bensing, J.M. & Grypdonck, M.H.F. (1999). Effects of video interaction analysis training on nurse-patient communication in the care of the elderly. *Patient education and counseling*, 39, 91-103

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. (1997). The role of communication in nursing care for elderly people: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 915-933

Caris-Verhallen, W.M.C.M., Kerkstra, A., van der Heijden, P.G.M. & Bensing, J.M. (1998). Nurse-elderly patient communication in home care and institutional care: an explorative study. *International Journal of Nursing Studies*, 35, 95-108

Centraal Bureau voor de Statistiek (2011) Ontleend op 24 februari 2012, van:
http://www.ouderenfonds.nl/wie_zijn_we/organisatie/feiten_en_cijfers

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

Custers, A.F., Westerhof, G.J., Kuin, Y., Riksen-Walraven, M. (2011). Need support and wellbeing during morning care activities: an observational study on resident-staff interaction in nursing homes. *Ageing & Society*, 31, 1425-1442.

Deci, E.L., & Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum Publishing Co.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The 'what' and 'why' of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.

Deci, E.L., & Ryan, R.M. (2006) *Self-Regulation and the Problem of Human Autonomy: Does Psychology Need Choice, Self-Determination, and Will?* University of Rochester

Goudsblom, J. (2010). *Wat vindt de oudere patient belangrijk in de bejegening door sociaal psychiatrisch verpleegkundigen*. Doctoraalscriptie. Universiteit Utrecht: Utrecht

Kasser, V.M. & Ryan, R.M. (1999). The relation of psychological needs for autonomy and relatedness to health, vitality, well-being and mortality in a nursing home. *Journal of Applied Social Psychology*, 29 (5), 935-954

Keizer (2011). Behoeftevervulling in de ouderenzorg. De invloed van communicatie in het vervullen van de psychologische basisbehoefte verbondenheid bij bewoners in het verpleeg- of verzorgingshuis.

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

Klerk, M. (2005) Ouderen in instellingen. Landelijk overzicht van de leefsituatie van oudere tehuisbewoners. Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP)

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

Mattiasson, A. & Andersson, L. (1997). Quality of nursing home care assessed by competent nursing home patients. *Journal of Advanced Nursing*, 26 (6), 1117-1124

- Ong, L.M.L., Haes, J.C.J.M., Hoos, A.M. & Lammes, F.B. (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Sociale Science Medicine*, 40, (7), 903-918
- O'Rourke, N., Caspar, S., Gutman, G.M., Theurer, K., Cook, M., Kaspro, P., et al. (2009). Cognitive status and the psychological well-being of long-term care residents over time. *Aging & Mental Health*, 13(2), 280–287 in; Custers, A.F., Westerhof, G.J., Kuin, Y., Riksen-Walraven, M. (2010). Need fulfillment in caring relationships: It's relation with well-being of residents in somatic nursing homes. *Aging & Mental Health*, 14, 731-739
- Patrick, H., Knee, C. R., Canevello, A., & Lonsbary, C. (2007). The role of need fulfillment in relationship functioning and well-being: A self-determination theory perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 434-457
- Reis, H.T., Sheldon, K.M., Gable, S.L., Roscoe, J., & Ryan, R.M. (2000). Daily wellbeing: The role of autonomy, competence, and relatedness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(4), 419-435
- 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, 141–166.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). *Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being*. *American Psychologist*, 55, 68–78.
- Ryan, R. M. (1993). *Agency and organization: Intrinsic motivation, autonomy and the self in psychological development*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Sheldon, M.K & Bettencourt, B.A. (2002). Psychological need-satisfaction and subjective wellbeing within social groups. *British Journal of Social Psychology*, 41, 25-38
- Soenens, B., Van Steenkist, M., Lens, W., Luyckx, K., Goossens, L., Beyers, W., & Ryan, R.M. (2007) Conceptualizing parental autonomy support: Adolescent perceptions of promotion of independence versus promotion of volitional functioning. *Dev Psychol*, 43, 633-646
- Umoren, J. A. (1992). Maslow Hierarchy of Needs and OBRA 1987: Toward Need Satisfaction by Nursing Home Residents. *Educational Gerontology*, 18(6), 657-670.
- van Weert, J. C. M., van Dulmen, A. M., Spreeuwenberg, P. M. M., Ribbe, M. W. and Bensing, J. M. (2005). Behavioral and mood effects of snoezelen, integrated in 24-hour dementia care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 24–33.
- Welford, C. Murphy, K., Wallace, M. & Casey, D. (2009). A concept analysis of autonomy for older people in residential care. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1226–1235

Bijlage 1

Transcriptieconventies

(2,0)	Een stilte met een duur van het aantal aangegeven secondes (indien tussen 2 beurten dan op een apart regel.
(.)	Stilte korter dan 0.2 seconde
Tekst =	Geen waarneembare stilte tussen de beurten van twee volgende sprekers
= tekst	
[spreker1]	Deze twee gespreksdeelnemers beginnen tegelijkertijd een beurt
[spreker2]	
.	De punt wijst op een dalend intonatieverloop aan het eind van het betreffende utingsdeel
,	De komma wijst op een licht stijgend intonatieverloop
?	Het vraagteken wijst op een sterk stijgende intonatie aan het einde van het betreffende utingsdeel (het hoeft geen vraag te zijn)
!	Uitroepteken: de spreker produceert het betreffende deel met een uitroepachtige prosodie
↑	Toonbeweging omhoog (voor de duur van één lettergreep of binnen één lettergreep)
↓	Toonbeweging omlaag (voor de duur van één lettergreep of binnen één lettergreep)
Aksent	De onderstreepte lettergreep of klank is geaccentueerd
Re::kken	De betreffende (mede)klinker is opvallend langer dan normaal
LUID	De in hoofdletters geschreven tekst is relatief luid uitgesproken
°zacht°	Relatief zacht uitgesproken (als een fragment steeds zachter wordt, markeren met afsluitende rondjes: °steeds zachter°)
.hHh.	Duidelijk waarneembare inademing; elke h staat voor een duur van ongeveer 0.2 seconde. De hoofdletter H staat voor een relatief luide inademing of een deel ervan
((snuift))	Karakterisering van een non-verbale activiteit, of andere opvallende verschijnselen (handelingen, kuchten, ironie, gezichtsuitdrukkingen)

- () De sprekers zegt iets dat de maker van het transcript niet kan verstaan
- (iets) De transcribeerder is er niet zeker van dat de tussen haakjes vermelde tekst een correcte weergave is van de gesproken tekst