

De geleefde ervaring van opnamegesprekken



Een fenomenologisch onderzoek
binnen de Zorgethiek

*Een bijdrage aan het project 'Waardig verhuizen naar een verpleeghuis begint thuis'
van zorginstelling Pieter van Foreest.*



*“Heb je een prachtig gesprek,
probeert er ineens iemand
een touw aan vast te knopen”*

Loesje

Masterthesis	Zorgethiek en Beleid
Universiteit voor Humanistiek	Utrecht
Opdrachtgever	Zorginstelling Pieter van Foreest
Student	Loes klein Tank
Studentnummer	1009524
Datum	18 augustus 2016
Eerste lezer en begeleider	Dr. Vivianne Baur
Tweede lezer	Dr. Inge van Nistelrooij
Examinator	Prof. Dr. Carlo Leget
Vakcode	ZeB-70

Inhoud

Voorwoord	4
1. Samenvatting	5
2. Probleemstelling	6
2.1 Aanleiding	6
2.2 Probleemstelling	6
2.3 Vraagstelling	8
3. Theoretisch kader	9
4. Methode.....	2
5. Kwaliteitsmaatregelen voorafgaand aan het onderzoek.....	5
6. Bevindingen	6
6.1 Bevindingen verzorgenden	6
6.2 Bevindingen artsen.....	9
6.3 Bevindingen cliënten psychogeriatric	12
6.4 Bevindingen cliënt somatiek	14
6.5 Bevindingen mantelzorgers	16
7. Kritische zorgethische discussie	21
8. Conclusie	25
9. Kwaliteit van het onderzoek	29
10. Literatuur	32
Bijlage 1: Codebomen, observaties, interviews en bijbehorende coderingen	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Bijlage 2: Fasering	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Bijlage 3: Dagboek.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Bijlage 4: Reflectie op eigen rol als onderzoeker	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Voorwoord

Voor u ligt mijn masterthesis 'De geleefde ervaring van opnamegesprekken'. Deze thesis is de uitwerking van een onderzoek naar de geleefde ervaring van opnamegesprekken binnen zorginstelling Pieter van Foreest, locatie de Kreek. Het onderzoek is uitgevoerd als afstudeeropdracht voor de Master Zorgethiek en Beleid aan de Universiteit voor Humanistiek.

Met deze thesis hoop ik binnen de zorgethiek een eerste stap te hebben gezet in onderzoek naar opnamegesprekken en ik hoop dan ook zowel een bijdrage te hebben geleverd aan Pieter van Foreest als aan het zorgethische kennisgebied.

Ik wil allereerst graag mijn begeleidsters Dr. Vivianne Baur en Dr. Inge van Nistelrooij bedanken voor de goede begeleiding en de altijd zinvolle feedback. Daarnaast wil ik mijn familie, vrienden en studiegenoten van de Master Zorgethiek en Beleid bedanken, voor het meedenken en meelesen met mijn onderzoek, maar ook voor de ontspannen momenten die zij mij geboden hebben gedurende de gehele master.

Loes klein Tank
Delft, 2016.

1. Samenvatting

Op mijn werk, een verpleeghuis van zorginstelling Pieter van Foreest (PvF), locatie de Kreek, gaat men het verbeterplan *Waardig verhuizen naar een verpleeghuis begint thuis* honoreren. Dit zal de overgang naar een verpleeghuis en de opnamegesprekken waardiger moeten maken. Binnen de zorgethiek is nog niet eerder onderzoek gedaan naar hoe opnamegesprekken binnen verpleeghuizen worden ervaren. In dit onderzoek is middels een fenomenologische onderzoeksmethode de geleefde ervaring van verzorgenden, artsen, cliënten en mantelzorgers betreffende het fenomeen opnamegesprekken onderzocht. Met inzichten, verkregen uit een theoretisch kader, is de empirische data verzameld. Deze data is opgedaan door vier opnamegesprekken te observeren en vervolgens de betrokken partijen te interviewen. Drie opnamegesprekken zijn op de psychogeriatrische afdelingen onderzocht. Vanwege het dementiesyndroom is met de cliënten van deze afdelingen geen interview afgenomen. Het vierde onderzochte opnamegesprek vond plaats op een somatische cliënt. De verzamelde data is gecodeerd. Hier zijn verschillende thema's uit naar voren gekomen. Deze bevindingen zijn vervolgens kritisch zorgethisch bediscussieerd.

Uit de bevindingen blijkt dat een waardig opnamegesprek nog niet voldoende bereikt wordt. Cliënten kunnen zich bijvoorbeeld niet voldoende ontplooiën en alle partijen voelen zich kwetsbaar, afhankelijk en niet voldoende erkend in een opnamegesprek. Wel zijn er een aantal inzichten opgedaan, welke mogelijk bij kunnen dragen aan een waardig opnamegesprek.

Zo werd *engrossment* vanuit de theorie aanbevolen, om een zo'n goed mogelijke zorgrelatie aan te gaan. Echter, *engrossment* blijkt niet volledig haalbaar binnen een opnamegesprek. Het concept *motivational displacement* lijkt hieraan bij te kunnen dragen. Daarnaast wordt aanbevolen om meer *embodiment* te laten plaatsvinden in het opnamegesprek, waardoor een beter *insiders* perspectief aangenomen kan worden. Ook heerst er bij verzorgenden en mantelzorgers een gevoel van verplichtingen rondom regels, protocollen en richtlijnen. Deze verplichtingen gaan met name over het invullen van stapels formulieren. Doordat verzorgenden en artsen met name bezig zijn met wat vanuit de institutie en systemen 'moet', gaan zij voorbij aan de noden van de ander, waardoor ook geen *engrossment* plaats kan vinden en alle partijen te weinig erkend worden tijdens het opnamegesprek. Het amendement van Kittay (1999) op het *vulnerability* model, waarin zij schetst dat de omgeving van de verzorgenden en artsen een morele verantwoordelijkheid heeft, lijkt ook binnen opnamegesprekken van toepassing.

Concluderend zijn er zeer zeker momenten waarop een opnamegesprek wel als waardig wordt ervaren door alle partijen. Echter, helaas lijken deze momenten in de schaduw te staan van andere ervaringen. Deze ervaringen staan een waardig opnamegesprek in de weg. Met name vanuit de institutie zou veel meer aandacht mogen zijn voor deze ervaringen, waarbij bijvoorbeeld trainingen van verzorgenden en artsen en een gesprek voorafgaand aan het opnamegesprek zouden kunnen helpen.

2. Probleemstelling

2.1 Aanleiding

Aanleiding voor dit onderzoek is een afstudeeropdracht voor de Master Zorgethiek en Beleid. In mijn werk in een verpleeghuis van zorginstelling Pieter van Foreest (PvF), zie ik veel mensen opgenomen worden. Een opnamegesprek is het eerste waar zorgvragers mee in aanraking komen. Mijn ervaring leert dat deze periode vaak al emotioneel is voor hen, en dan komen zij ook nog eens direct in een heftig gesprek terecht. Daarnaast lijkt het mij voor zorgverleners ook lastig om zo'n gesprek te moeten leiden. Ik ben nieuwsgierig naar hoe verzorgenden, artsen, cliënten en mantelzorgers een opnamegesprek ervaren en of bovenstaande hypothese wel klopt.

2.2 Probleemstelling

Maatschappelijk

“Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) wilde begin dit jaar ruimte geven aan maximaal 200 verpleeghuislocaties die de ambitie hebben *best practice* te worden” (Rijksoverheid, 2015). PvF neemt hieraan deel. Het verbeterplan van PvF richt zich op de fase vóór de opname (Growwork, 2015).

Het verbeterplan *Waardig verhuizen naar een verpleeghuis begint thuis* is als *pilot* gehonoreerd in één van de 25 locaties van PvF; de Kreek. Om voor een waardige overgang te zorgen, worden alle processen rondom het verhuizen naar een verpleeghuis onderzocht. “Voordat de oudere verhuist naar een verpleeghuis, moet je al heel actief informatie verzamelen” (Growwork, 2015, p.10). PvF denkt daarbij na over wat de cliënt zelf wil en wat zijn of haar naasten willen. “Als je partner naar een verpleeghuis gaat, dan weet je: we wonen nooit meer samen. [H]et overlaten van een groot deel van de zorg aan anderen doe je niet zomaar” (Growwork, 2015, p.10). Het vooraf al actief verzamelen van informatie zou de overgang moeten verbeteren en het zou de opnamegesprekken minder heftig en meer waardig moeten maken.

Echter, er is nog niet onderzocht hoe opnamegesprekken momenteel worden ervaren binnen PvF. Er zou dus gesteld kunnen worden dat PvF een stap te ver is; zij wil iets verbeteren, terwijl de ervaring van hetgeen zij doet nog niet *evidence based* is onderzocht.

Wetenschappelijk

Bekend is dat verpleegkundigen hun communicatieve vaardigheden goed getraind moeten hebben om een opnamegesprek tot een goed gesprek te brengen (Paans, Müller-Staub & Nieweg, 2013): “*Balancing the use of open-ended and closed-ended questions is important because this enables them to analyze patients’ experiences, feelings, perceptions, and beliefs about their disease and prognosis*” (p.106).

Paans, Müller-Staub & Nieweg (2013) hebben ondervonden dat het gebruik van diagnostische hulpmiddelen bij een opnamegesprek zowel ondersteunend als belemmerend kan werken. Een opnamegesprek bevat vaak taakgeoriënteerde communicatie, waardoor de kans groot is dat het gesprek faalt in het verkennen van de psychosociale behoeftes van de ander. Miscommunicatie in een opnamegesprek zorgt vaak voor conflicten in de toekomstige relatie tussen zorgvragers en zorgverleners (VanCott, 1993). Gezamenlijke besluitvorming vindt vaak plaats binnen de opnamegesprekken (Esch,

2013). “Bij gezamenlijke besluitvorming tussen zorgverlener en cliënt spelen enerzijds de professionele expertise van de zorgverlener en anderzijds de wensen en waarden van cliënten een kernrol” (Esch, 2013, p.47). Uit de *Consumer Quality-Index* (CQ-index) komt naar voren dat patiënten in ziekenhuizen tevreden zijn over opnames, maar ontevreden over opnamegesprekken (Universitair Medisch Centrum Utrecht, 2016; Wilhelmina Kinderziekenhuis, 2016; UMCG, 2016; Reinier de Graaf, z.d.).

Zoals bovenstaand te zien, is een summier aantal onderzoeken gedaan naar opnamegesprekken. De onderzoeken zijn daarnaast met name in ziekenhuizen uitgevoerd, en minder in verpleeghuizen. Echter, er is binnen de zorgethiek nog minder onderzoek gedaan naar opnamegesprekken. Alleen Timmermann (2010) doet na onderzoek de aanbeveling om al in de formulering van de hulpvraag en doelstelling niet te focussen op de zorg, maar op de mens die de zorg behoeft (p.359). Er is nog niet onderzoek gedaan waarin de perspectieven van alle betrokken partijen die samen een opnamegesprek voeren centraal worden gesteld. De zorgethiek heeft aandacht voor juist deze perspectieven. Alle betrokken partijen in een opnamegesprek bij PvF zijn verzorgenden, artsen, cliënten en mantelzorgers.

2.3 Vraagstelling

De hoofdvraag die in dit onderzoek centraal staat is:

Wat is de geleefde ervaring van verzorgenden, artsen, cliënten en mantelzorgers wat betreft opnamegesprekken binnen locatie de Kreek van Pieter van Foreest, en wat betekent dit voor goede zorg tijdens opnamegesprekken?

De hoofdvraag richt zich op de geleefde ervaring van de participanten en op de betekenis voor goede zorg. Daarom valt deze vraag uiteen in de volgende deelvragen:

1. Wat is de geleefde ervaring van verzorgenden wat betreft opnamegesprekken?
2. Wat is de geleefde ervaring van artsen wat betreft opnamegesprekken?
3. Wat is de geleefde ervaring van cliënten wat betreft opnamegesprekken?
4. Wat is de geleefde ervaring van mantelzorgers wat betreft opnamegesprekken?
5. Wat betekenen deze geleefde ervaringen voor goede zorg tijdens opnamegesprekken?

2.4 Doelstelling

Doel is om hiermee bij te dragen aan het zorgethisch kennisgebied en aan de pilot *Waardig verhuizen naar een verpleeghuis begint thuis* van PvF. Wanneer de ervaring van een opnamegesprek door de vier meest voorkomende betrokken partijen is onderzocht, kunnen de opnamegesprekken en het proces voor en na de opnamegesprekken in de toekomst eventueel verbeterd worden en kan een bijdrage geleverd worden aan het zorgethisch kennisgebied.

3. Theoretisch kader

In dit theoretisch kader worden belangrijke concepten voor dit onderzoek nader toegelicht. Het kennisgebied waarin dit onderzoek zich afspeelt is de zorgethiek. In dit hoofdstuk zal daarom allereerst kort ingegaan worden op het kennisgebied. Daarna vindt er een theoretische verkenning op 'geleefde ervaring' en 'opnamegesprekken' plaats. Vervolgens vindt er een verkenning op zorgethische concepten plaats. Uit deze verkenningen komen een aantal *sensitizing concepts* naar voren, die in paragraaf 3.4 worden beschreven.

Zorgethiek

Het ontstaan van de zorgethiek ligt bij de Amerikaanse en Engelse feministische denkers, die ondergewaardeerde zorg ter discussie stelden (Van Heijst, 2008). Carol Gilligan ontdekte een andere morele stem van 'care', waarin de nadruk meer ligt op relationele zorg (Gilligan, 1982). In 1993 is het Joan Tronto die zorgethiek een politiek-ethisch profiel geeft (Van Heijst, 2008). Tronto (1993) definieerde zorg als: "[A] species activity that includes everything that we do to maintain, continue, and repair our 'world' so that we can live in it as well as possible. That world includes our bodies, our selves, and our environment, all of which we seek to interweave in a complex, life-sustaining web" (p. 103). Van Heijst (2011) definieerde zorg als een manier van doen, in op mensen afgestemde betrekkingen, waarbij de zorgdrager ook afstemt op zichzelf. Niet de universele regels staan centraal binnen de zorgethiek, maar relaties en onderlinge afhankelijkheid. Daarbinnen is oog voor emoties van mensen, zowel binnen het publieke- als binnen het private leven (Held, 2006).

Zorgethiek biedt een probleemgestuurd ethisch perspectief. Zij gaat op zoek naar het moreel goede binnen een particuliere (zorg)situatie (Notitie van de Utrechtse Zorgethiek, 2015; Held, 2006, p.11). Niet door abstract te redeneren, maar door naar de zorgpraktijk in het geheel te kijken, kan het moreel goede worden ontdekt (Gilligan, 1982; Held, 2006; Walker, 1993, 2007). De Utrechtse Zorgethiek (2015) heeft als sleutelvraag 'wat is goede zorg, gegeven deze particuliere situatie?'. De visie van de zorgethiek wordt geslepen door via een bril met een gescherpte lens naar geleefde ervaringen, praktijken en ordeningen van de samenleving te kijken (De Utrechtse Zorgethiek, 2015). Er worden binnen deze lens verschillende *critical insights* aan de orde gesteld om na te denken over wat goede zorg is, te weten: relationaliteit, contextualiteit, affectiviteit, *practices*, kwetsbaarheid, lichamelijkeheid, macht en positie, en zin/betekenis. Deze *critical insights* zorgen ervoor dat conceptuele en theoretische discussies aangegaan kunnen worden en geven daarom een normatief beeld. Daarnaast wordt de lens van de Utrechtse Zorgethiek (2015) beïnvloed door het werken met kwalitatieve empirische methoden voor het doen van empirisch onderzoek. Door aan de ene kant deze empirie te gebruiken, om de sociale wereld te vatten zoals deze is, en aan de andere kant normativiteit te gebruiken om de wereld te vatten zoals deze zou moeten zijn, kan een dialectische verbinding aangegaan worden tussen deze twee richtingen (Leget et al, 2009). Er vindt hierdoor een lemniscaatbeweging plaats tussen empirie en normativiteit. Leget et al. (2009) noemen deze constante beweging tussen empirie en normativiteit de *Critical Applied Ethics* benadering.

Geleefde ervaring

Binnen dit zorgethisch onderzoek wordt gebruik gemaakt van een fenomenologische methode¹. De geleefde ervaring, een begrip uit de vraagstelling, is een basisbegrip in de fenomenologie. De geleefde ervaring omvat de ervaring van onszelf, ons lichaam en onze relaties (Finlay, 2008). Deze manier van onderzoek doen is typerend voor zorgethisch onderzoek (Notitie van de Utrechtse Zorgethiek, 2015). Zoals eerder beschreven, kenmerkt het zorgethisch denken zich door de opvatting dat de morele kennis te vinden is in praktijken van zorg (Ruddick, 1989; Tronto, 1993; Held, 2006). Margaret Urban Walker heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan deze opvatting binnen de zorgethiek. Zij plaatste morele kennis in praktijken, in plaats van de idee dat morele kennis enkel vanuit een universeel en abstract gezichtspunt ontstaat. Door contextueel en concreet in praktijken te kijken, kunnen we tot *moral understandings* komen, in plaats van *moral knowledge* (Walker, 2007). Door in praktijken van opnamegesprekken te zoeken naar geleefde ervaringen van participanten, daarin meenemend onszelf, ons lichaam en onze relaties, komen we tot deze *moral understandings* van opnamegesprekken. Vanuit deze *moral understandings* kunnen we pas echt onderzoeken wat er nodig is, om een opnamegesprek een moreel goed gesprek te laten zijn.

Opnamegesprekken

Binnen PvF wordt er bij iedere nieuwe opname van een cliënt een opnamegesprek gevoerd. Dit gebeurt op de dag van opname. Vaak zitten daar een verzorgende, een arts, de cliënt en één of meerdere mantelzorgers bij. Het opnamegesprek vindt meestal plaats in de nieuwe kamer van de opgenomen cliënt.

In de fase van opname worden veel vragen gesteld aan en vanuit alle betrokken partijen (Monagle & Thomasma, 2005, p.478). “Opname in een verpleeghuis is een ingrijpende gebeurtenis voor iemand met dementie, én voor zijn partner, familie en vrienden” (Alzheimer Nederland, 2012). Een opnamegesprek kan daarbij erg emotioneel zijn (Alzheimer Nederland, 2012). Kenniscentrum Zorginnovatie (2012) geeft aan dat het opnamegesprek eigenlijk al voor de verhuizing plaats moet vinden. Zo is alles minder heftig op de dag van verhuizing zelf, en daardoor kan de dag van verhuizing zelf volledig gericht zijn op het op gemak stellen van de nieuwe bewoner en diens familie.

Gespreksvoering tussen verzorgenden en cliënten is in de laatste decennia toegenomen. Daarbij is het gesprek tussen verzorgenden en cliënten tot op zekere hoogte teruggebracht naar een methode die gericht is op het verwerven van kennis over de problemen en behoeften van cliënten (Frederiksson & Eriksson, 2003). Een gesprek tussen verzorgenden en cliënten dreigt daardoor te worden gedegradeerd tot een techniek die kan worden onderwezen in een paar eenvoudige lessen. Dit zorgt er voor dat veel cliënten zich niet goed behandeld voelen (Rogers, Karlsen & Addington-Hall, 2000; Jones, 2003; Frederiksson & Eriksson, 2003). De communicatie van verzorgenden met cliënten blijft oppervlakkig en gaat niet de diepte in, wat een goede zorgrelatie in de weg kan staan (Jarret & Payne, 1995; Frederiksson & Eriksson, 2003).

Bovenstaande bevindingen uit de theorie over (opname)gesprekken zijn met name in ziekenhuizen onderzocht. Ze zijn dus nog niet in verpleeghuizen onderzocht en daarnaast ook nog niet eerder

¹ Zie hoofdstuk 4 ‘Methode’ voor een uitwerking van de fenomenologische methode.

zorgethisch doordacht. Wel vloeien er al wat zorgethische concepten voort uit de probleemstelling en de theoretische verkenning. Deze concepten zullen in de volgende paragrafen uitgewerkt worden (paragraaf 3.1, 3.2 en 3.3).

Nadat de empirische data verkregen is, zal hier vanuit deze zorgethische theoretische concepten op gereflecteerd worden. Vervolgens zal er andersom ook vanuit de bevindingen op de zorgethische theoretische concepten gereflecteerd worden en op de betekenis voor beiden.

3.1. Vulnerability model

Het eerste zorgethische concept wat naar boven komt is het *vulnerability model* van Feder Kittay (1999). In deze paragraaf zal dit model worden toegelicht aan de hand van de zorgethische *critical insights* relationaliteit, kwetsbaarheid en afhankelijkheid.

In bovenstaande theorie over opnamegesprekken komt naar voren dat opname in een verpleeghuis een ingrijpende gebeurtenis is voor de cliënt, maar ook voor zijn/haar relaties. Binnen de zorgethiek staan deze relaties centraal (Held, 2006). Omdat het zelf niet over een separate kern beschikt, kan het zelf enkel ontwikkeld worden wanneer het in relatie tot anderen staat (Hekman, 1995, p.73).

Afhankelijkheid en kwetsbaarheid zijn binnen deze relaties morele categorieën (Kittay, 1999; Van Heijst, 2008; Robinson, 2011). De idee dat mensen autonome wezens zijn, drukt volgens de zorgethiek de onderlinge afhankelijkheid (interdependentie) van mensen onterecht buiten beeld (Gilligan, 1982; Tronto, 1993, 2013; Kittay, 1999; Held, 2006). Op een bepaald moment is ieder mens kwetsbaar, en daardoor afhankelijk van de zorg van een ander (Kittay, 1999; Held, 2006). Andersom zal de ander op een bepaald moment ook kwetsbaar zijn en zorg nodig hebben, waardoor onderlinge afhankelijkheid ontstaat; interdependentie. Deze afhankelijkheid ziet Kittay (1999) als iets dat eigen is aan de menselijke oorsprong. Zij zegt dan ook: *“everybody is a mother’s child”* (Kittay, 1999, p.23). Kittay (1999) ziet zorgen als ‘werk’ en noemt zorgverleners daarom *dependency workers*. Het gaat volgens Kittay (1999) om een niet-wederkerige afhankelijkheidsrelatie tussen zorgontvangers en *dependency workers*.

Vanuit bovenstaande ideeën kan de praktijk van opnamegesprekken bij PvF ook gezien worden als een web van relaties tussen verzorgenden, artsen, cliënten en mantelzorgers en eventueel ook nog anderen. In die relatie zou iedereen kwetsbaar en afhankelijk van elkaar zijn.

Kittay (1999) verwerkt de niet-wederkerige afhankelijkheidsrelatie in een amendement op het *vulnerability model* van Goodin (1985). Goodin ziet de kwetsbaarheid van een ander als morele basis voor onze acties. Het morele appèl geldt volgens hem alleen als de ander kwetsbaar is vanwege mijn handelingen (Goodin, 1985). Kittay (1999) vindt dat het *vulnerability model* te kort schiet. Het model ontkent de feitelijk bestaande dwang en accepteert het pragmatische ‘*ought*’, zonder oog te hebben voor hoe verantwoordelijkheden ongelijk worden toegewezen. Onze intuïtie over het beantwoorden van de roep van kwetsbare anderen hangt juist af van de positie waarin we ons bevinden (Kittay 1999, p.49-66). In het amendement dat Kittay (1999) op het *vulnerability model* doet, geeft zij aan dat anderen morele verplichtingen hebben jegens de *dependency workers*. De *charge* (degenen die passief toevertrouwd worden aan de zorg van anderen en door anderen) dient rekening te houden met de kwetsbaarheid van de *dependency workers*. De grotere sociale orde heeft een morele verantwoordelijkheid ten aanzien van de *dependency worker*, zodat zij ook behandeld wordt als *“a mother’s child”* (Kittay, 1999). Kwetsbaarheid moet dus relationeel worden verstaan. Daarbij moeten we

vanuit afhankelijkheid naar gelijkheid denken.

De hypothese is dat iedereen binnen opnamegesprekken dus kwetsbaar en afhankelijk is. Of dit inderdaad zo is en of het *vulnerability model* wat te bieden heeft in het opnamegesprek, zal uit de bevindingen blijken en zal bediscussieerd worden.

3.2 Engrossment

Een ander concept wat in dit onderzoek centraal staat is het concept *engrossment* van Nel Noddings (1984). Dit concept zal voortvloeien uit een korte bespreking van de *critical insights practices*, contextualiteit en affectiviteit.

Door abstract te redeneren, komen we tot *moral knowledge*. Echter, met enkel *moral knowledge* kan geen recht gedaan worden aan de complexiteit van het morele leven (Noddings, 1984; Tronto, 1993; Walker, 2007). Walker (2007) geeft aan dat in de praktijk blijkt wat voor mensen van waarde is. Helen Kohlen (PowerPoint Presentatie, 17 september 2015) heeft het over moreel particularisme: wat in de ene context als moreel goed gezien wordt, wordt in een andere context niet als moreel goed bevonden. Contextualiteit is daarom ook een belangrijk begrip in de zorgethiek. Daarom is het van belang om in de praktijk, dus in de praktijk van opnamegesprekken, onderzoek te doen en daarin de gehele context mee te nemen, om zo tot *moral understandings* te komen. Daarbij moeten we niet abstract redeneren, maar contextueel en concreet (Gilligan, 1982). Zorgen is daarbij handelen met speciale achting voor de particuliere persoon in een concrete situatie. Dit handelen is gericht op bescherming of versterking van het welbevinden van de ander (Noddings, 1984). Daarbij is aandacht voor affectie, kwetsbaarheid en angst. Noddings (1984) spreekt daarbij van een subjectief opgaan in de ander; een inbeslagname, *engrossment* (Tjong Tjin Tai, 2006). *Engrossment* is noodzakelijk voor goede zorg, omdat iemands persoonlijke en fysieke situatie moet worden begrepen voordat de zorgverlener de geschiktheid van elke actie kan bepalen (Noddings, 1984). Dit is dus in iedere praktijk en in iedere context verschillend. Noddings (1984) acht gevoelens van empathie als zeer belangrijk voor een houding van *engrossment*. Aandachtigheid maakt het mogelijk om een *insiders* perspectief aan te kunnen nemen, waardoor *engrossment* kan ontstaan. De betrokkenheid bij de ander, het zich gevoelsmatig verbonden voelen met de ander, is de grondslag van reactieve gevoelens en emoties. Noddings (1984) geeft aan: “*When I am in this sort of relationship with another, when the other’s reality becomes a real possibility for me, I care*” (p. 14).

Met name in een opnamegesprek lijkt *engrossment* op het eerste oog een belangrijke rol te hebben. Om de relatie tijdens de eerste kennismaking met elkaar direct zo goed mogelijk te laten verlopen, lijken deze reactieve gevoelens en emoties van belangrijke aard om subjectief op te kunnen gaan in de ander. Of *engrossment* daadwerkelijk plaatsvindt binnen een opnamegesprek zal na het opdoen van de bevindingen bediscussieerd worden.

3.3 Waardigheid

In de probleemstelling is reeds aangegeven dat PvF tracht een verbeterplan uit te voeren vanuit het begrip waardigheid. Het verbeterplan van PvF richt zich namelijk op het ‘waardig’ verhuizen naar een verpleeghuis. Daarom is het interessant om ook vanuit het begrip waardigheid de opnamegesprekken binnen PvF te onderzoeken. Binnen de zorgethiek is het concept waardigheid al vaker doordacht (Leget, 2013; Oosterveld-Vlug et al, 2014; Frederiks & Niemeijer, 2011). Volgens Leget (2013) heeft het begrip

‘waardigheid’ te maken met de manier waarop wij elkaar behandelen. Het gaat daarnaast over het omgaan met lijden en tegenslag. Leget (2013) vindt het woord waardigheid met name ook relevant voor de zorg, omdat het in de zorg draait om het omgaan met mensen, lijden en tegenslagen. Oosterveld-Vlug et al (2014) ondervonden in hun onderzoek dat waardigheid niet per definitie wordt aangetast door het wonen in een verpleeghuis op zichzelf. “Mogelijke gevolgen hiervan op persoonlijk, relationeel of maatschappelijk vlak konden de persoonlijke waardigheid echter wel bedreigen” (Oosterveld-Vlug et al, 2014, p.189). Frederiks en Niemeijer (2011) geven aan dat een menswaardig bestaan niet alleen samenhangt met autonomie en zelfbeschikking, maar vooral ook met goede zorg. Volgens hen houdt die goede zorg in dat de zorg gericht is op het vergroten van de mogelijkheden en ontplooiingskansen van de mensen (Frederiks & Niemeijer, 2011). In de discussie van dit onderzoek zal kritisch bediscussieerd worden of de opnamegesprekken binnen PvF als waardig worden ervaren.

3.4 Sensitizing concepts

De onderzoeker werkt met *sensitizing concepts*, om zo niet te verdwalen in de grote hoeveelheid data die er verkregen is. *Sensitizing concepts* zijn begrippen die aan het begin van een kwalitatief onderzoek worden geïdentificeerd. Ze komen voort uit het theoretisch kader. Ze geven richting aan het analyseren van de literatuur en de data van het empirische onderzoek. De *sensitizing concepts* zijn daardoor in dit fenomenologisch onderzoek bijvoorbeeld richtinggevend bij het coderingsproces en bij het bepalen van de vragen in de interviews. Er wordt verwacht dat zij als ervaringen zullen emergeren uit de verzamelde data (Patton, 2002; Bowen, 2006). Vanuit bovenstaand theoretisch kader komen de volgende *sensitizing concepts* naar voren:

- Relationaliteit
- Kwetsbaarheid
- Afhankelijkheid
- *Practices*
- Affectiviteit
- Contextualiteit
- *Vulnerability model*
- *Engrossment*
- Waardigheid
- Geleefde ervaring

4. Methode

In dit hoofdstuk zal worden toegelicht welke onderzoeksmethode wordt gebruikt om de opnamegesprekken te onderzoeken. De onderzoekseenheid zal worden toegelicht en er zal uitgewerkt worden hoe de data verzameld en geanalyseerd wordt.

4.1 Onderzoeksbenadering

Er is gekozen voor een fenomenologische onderzoeksbenadering. De fenomenologie is op zoek naar de gemeenschappelijke geleefde ervaring van individuen over een fenomeen (Creswell, 2013). Omdat in dit onderzoek specifiek de geleefde ervaring wordt onderzocht over het fenomeen opnamegesprekken, is gekozen voor een fenomenologische onderzoeksbenadering. Binnen de fenomenologie gaat het om het ontwikkelen van een beter inzicht van een fenomeen (Creswell, 2013). Er wordt gebruik gemaakt van de interpretatieve fenomenologie. De interpretatieve fenomenologie is ontstaan vanuit een idee van Heidegger. Heidegger geeft aan dat iedere vorm van menselijk bewustzijn in ieder geval interpretatief is (van Manen, 2005). Binnen de interpretatieve fenomenologie wordt de essentie van de ervaring ontdekt, waardoor betekenisgeving aan het fenomeen mogelijk wordt (Johnson & Parry, 2015, p.105).

4.2 Onderzoeksmethode

Voor dit onderzoek wordt de Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) gebruikt. De IPA is ontwikkeld door J.A. Smith (2007). Binnen de IPA focust de onderzoeker zich op hoe een fenomeen ervaren, geïnterpreteerd en begrepen wordt (Callary, Rathwell & Young, 2015; Chan, Fung & Chien, 2013). De IPA van Smith (2007) is in het bijzonder gericht op onderzoekers nauwelijks ervaring hebben met de fenomenologische methodologie en analyse. Bij de IPA wordt een dubbele hermeneutiek gehanteerd. De onderzoeker geeft betekenis aan de manier van betekenis geven van de participant. Er wordt aangeraden om ieder transcript apart te interpreteren (Smith & Osborn, 2007; in Smith & Osborn, 2003).

Het formuleren van een rijke beschrijving van de menselijke ervaring is het doel van de IPA (Callary, Rathwell & Young, 2015; Chan, Fung & Chien, 2013). Daarbinnen wordt er bij de IPA uitgegaan van de idee dat de onderzoeker zelf een belangrijke, actieve rol heeft. De onderzoeker zal moeten proberen een '*insiders* perspectief' aan te nemen, om de wereld van de participant zo goed mogelijk te begrijpen. Aangegeven wordt daarbij dat de eigen wereld van de onderzoeker altijd aanwezig is. Het bijhouden van een dagboek is daarom dan ook een belangrijk aspect binnen de IPA. Hierdoor is de onderzoeker beter in staat om eigen ervaring te scheiden met de ervaring van de participant (Smith & Osborn, 2007).

4.3 Casusdefinitie en onderzoekseenheid

Er zijn vier opnamegesprekken onderzocht. Er hebben negen interviews plaatsgevonden: vier met de verzorgenden, één met een arts, drie met mantelzorgers en één met een cliënt. Dit is onderzocht op de locatie van PvF waar men de pilot honoreert; locatie de Kreek in 's Gravenzande. Er is zowel onderzocht op de psychogeriatrische afdelingen als op de somatische afdelingen. Drie keer is een opnamegesprek op psychogeriatrische afdelingen onderzocht. Één keer is een opnamegesprek op

de somatische afdeling onderzocht. Vanwege een kort tijdsbestek kon wel gestreefd worden naar, maar niet gewacht worden op een goede verdeling van de onderzoekspopulatie.

Idealiter wordt een opnamegesprek gevoerd met een contactverzorgende, een arts, de cliënt en mantelzorger(s). Uit het onderzoek blijkt dat niet altijd de contactverzorgende het opnamegesprek voert. Het komt vaker voor dat een andere verzorgende het opnamegesprek voert. Bij alle geobserveerde opnamegesprekken voerde niet een contactverzorgende, maar een andere verzorgende het opnamegesprek.

PvF telt 25 locaties. Bij PvF werken 3400 medewerkers. De Kreek, de locatie waar het onderzoek is uitgevoerd, telt drie somatische afdelingen. Daarnaast heeft de Kreek twee psychogeriatrische afdelingen.

4.4 Dataverzameling

Volgens Hays & Singh (in Johnson & Perry, 2015, p.112) zijn semigestructureerde interviews passend binnen fenomenologie. Een andere manier van dataverzameling kan bijvoorbeeld observatie zijn (Creswell, 2013, p.81). Binnen dit onderzoek zijn semigestructureerde interviews gehouden. Daarnaast zijn alle opnamegesprekken geobserveerd.²

Met de cliënten van de afdeling psychogeriatricie zijn geen interviews gehouden, gezien zij hier niet toe in staat waren vanwege de dementie waar zij aan lijden (Ablitt e.a., 2009; van Baalen e.a., 2011).³ Door fysiek aanwezig te zijn bij het opnamegesprek en het opnamegesprek te observeren, kon er alsnog een *insiders* perspectief worden aangenomen en kon de geleefde wereld van de geobserveerde participant alsnog begrepen worden. Doordat via observaties een *insiders* perspectief aangenomen kon worden, konden ook emoties van participanten beter gevoeld, geïnterpreteerd en begrepen worden.

Volgens Moustakas (1994) worden er binnen interviews twee vragen gesteld. Dat zijn: 'Wat heb je ervaren wat betreft het fenomeen?' en 'Welke context en/of situatie heeft je ervaringen wat betreft het fenomeen beïnvloed?'. Creswell (2013) geeft aan dat andere open vragen ook gesteld mogen worden, maar deze twee specifieke vragen zijn de vragen om ervaringen van participanten te kunnen begrijpen (p.81), en deze moeten dus gesteld worden.

4.5 Data-analyse

- De data is verbatim uitgewerkt en vervolgens open gecodeerd.
- Hieruit volgende thema's (de open codes) zijn geclusterd.
- Deze thema's zijn daarna axiaal gecodeerd.
- Vervolgens is nog een keer axiaal gecodeerd, door de data nog eens na te kijken. Hierbij is gekeken of de thema's nog kloppen bij de data.
- Er vond een herclustering van overkoepelende thema's plaats.
- De axiale codes zijn gezamenlijk selectief gecodeerd.
- De onderzoeksrapportage is geschreven, aan de hand van alle codes, thema's en citaten van de

² De observaties, interviews en coderingen zijn te vinden in bijlage 1.

³ Een uitgebreidere omschrijving voor het niet interviewen van de psychogeriatricie cliënten is te vinden in paragraaf 8.3.

participanten. Dit is gekoppeld aan literatuur, waardoor antwoord kon worden gegeven op alle deelvragen, en daarmee op de hoofdvraag.

4.6 Ethische overwegingen

Er is gebruik gemaakt van *informed consent*, waarbij participanten na goede informatieverstrekking toestemming geven voor deelname aan het onderzoek (Centrum voor ethiek en gezondheid, z.d.). Er zullen geen namen van participanten worden genoemd. Data wordt alleen gebruikt voor onderzoek en zal niet voor andere doeleinden dan de universiteit en PvF worden gebruikt.

5. Kwaliteitsmaatregelen voorafgaand aan het onderzoek

5.1 Geldigheid

Binnen geldigheid wordt onderscheid gemaakt tussen interne- en externe validiteit. Interne validiteit gaat over de 'waarheidswaarde' (Visse, 2012). Dit wordt gewaarborgd door methodische triangulatie. Daarnaast zullen *member-checks* plaatsvinden, waarbij aan participanten gevraagd wordt of omschrijvingen, interpretaties en conclusies kloppen (Swanborn, 1996).

Externe validiteit gaat over generaliseerbaarheid. *Thick description* wordt door Lincoln & Guba (1985) omschreven als een methode om dit te bereiken. Daar zal binnen dit onderzoek dan ook gebruik van worden gemaakt. Door het in detail beschrijven van de situatie worden lezers meegenomen in hoeverre conclusies ook betrekking hebben op andere situaties (Lincoln & Guba, 1985).

5.2 Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid heeft te maken met herhaalbaarheid en navolgbaarheid van onderzoek (Boeije, 2005, p.150). Om dit te waarborgen wordt gebruik gemaakt van het bijhouden van een dagboek (Visse, 2012). Daarnaast wordt gebruik gemaakt van *multiple coding*, waarbij de begeleider van het onderzoek de externe audit is tijdens het codeerproces. Ook zal de *32-item checklist* van Tong, Sainbury & Graig (2007) worden gebruikt om de kwaliteit te kunnen checken.

Zelf ben ik werkzaam bij PvF, maar ik ben niet werkzaam op de locatie waar het onderzoek uitgevoerd wordt. Ik zal dus geen bekende collega's van mij interviewen, waardoor de kwaliteit van het onderzoek in dit opzicht niet geschaad zal worden.⁴

⁴ De volledige kwaliteit van het onderzoek is terug te vinden in hoofdstuk 9.

6. Bevindingen

In dit hoofdstuk worden de bevindingen beschreven die uit het codeerproces gekomen zijn. Allereerst worden de bevindingen van de verzorgenden beschreven, gevolgd door de bevindingen van de artsen. Daarna zullen afzonderlijk van elkaar de bevindingen van de cliënten van de psychogeriatric en de cliënt van de somatische afdeling worden beschreven. Als laatste komen de bevindingen van de mantelzorgers aan bod.

6.1 Bevindingen verzorgenden

Er vormen zich zeven thema's rondom de geleefde ervaring van verzorgenden betreffende een opnamegesprek. Dit zijn: er willen zijn voor de ander, het goed willen doen, relatieve tijdsbeleving, zich kwetsbaar voelen, gevoel van verplichtingen, een prettige samenwerking met de arts ervaren en cliëntgericht willen zijn.

6.1.1 Er willen zijn voor de ander

Een centraal thema voor de verzorgenden is dat zij er willen zijn voor zowel cliënten als voor mantelzorgers. De mantelzorger wordt tijdens een emotioneel, verontschuldigt zich hiervoor en de verzorgende reageert daar als volgt op:

“Nee dat geeft toch niks. Is alleen maar goed, is alleen maar goed dat je he... moet je ook lekker laten gaan.”

Dezelfde verzorgende geeft achteraf in een interview het volgende aan:

“Ja. Nee ik vind altijd een mens moet gehoord worden en een mens moet zich prettig voelen. [E]n ook gewoon dat je open staat voor allerlei vragen, maakt niet uit wat.”

6.1.2 Het goed willen doen

Een volgend thema dat centraal staat bij de verzorgenden is dat zij het goed willen doen. De open code “duidelijkheid willen krijgen” komt bijvoorbeeld bij alle verzorgenden veel naar voren. In een interview geeft een verzorgende aan:

“Je kan maar beter alles goed in één keer duidelijk een beetje hebben, anders blijf je elke keer van hoe zit het ook alweer en worden er zo nog fouten gemaakt ook.”

En:

“Op mijn vorige werk hadden we laat maar zeggen zo'n checklist. Voor, waar op je kan zien van dit moet je sowieso vragen, [D]us dat vind ik wel voor mezelf gewoon, naja zoals ik al zei ik heb het nog niet zo vaak gedaan, dat je toch even kan spieken of je alles gehad hebt.”

Aan het eind van het interview geeft een verzorgende aan:

“Ik hoop dat ze het goed hebben ervaren.”

6.1.3 Relatieve tijdsbeleving

Als derde thema komt 'relatieve tijdsbeleving' naar voren bij de verzorgenden. Verzorgenden ervaren tijdsdruk, maar vinden tegelijkertijd ook dat ze tijd moeten nemen voor cliënten en mantelzorgers. Deze tijd nemen ze ook en dat wordt duidelijk in de synopsis van een opnamegesprek:

Tijdens het opnamegesprek krijgt de cliënt een benauwdheidsaanval en wordt de canule geleegd. Dit neemt veel tijd in beslag, maar deze tijd wordt genomen en niemand lijkt zich te haasten of überhaupt de tijd in de gaten te houden.

Ook vinden verzorgenden de uitwerking van het opnamegesprek belangrijk. Daarbij geven zij wel aan dat ze daar tijd voor moeten hebben. Een verzorgende zegt in een interview:

"Het is alleen, nou was het iets lastiger omdat hij [de cliënt, Lk] om half 2 kwam, en dat is niet zo'n fijn tijdstip om nog dingen uit te moeten werken voordat je dan klaar bent."

Een andere verzorgster geeft aan:

"Je kan nooit zeggen 11 uur zijn ze [de cliënt en mantelzorgers, Lk] er stipt. [D]us dat is soms wel een beetje ehm, en dan is het precies onder etenstijd. En ik stond natuurlijk niet met zo'n ontzettend grote ploeg. Dus dan vind ik dat best wel weer lastig. [O]mdat je ook tijd aan iemand wil besteden."

6.1.4 Zich kwetsbaar voelen

Verzorgenden voelen zich kwetsbaar tijdens een opnamegesprek. Ze worden geraakt door emoties van anderen, voelen zich ongemakkelijk, krijgen moeilijke vragen waar ze geen antwoord op weten, vinden het spannend en sommigen zijn onervaren.

Dat verzorgenden zelf emotioneel ook geraakt worden en daardoor kwetsbaar zijn, komt in een uitspraak van een verzorgende tijdens een interview naar voren:

"Word ik daar zelf door geraakt? [J]Ja, omdat je dat zelf ook.. Ja soms heb je wel eens situaties die .. Er komt bijvoorbeeld bij jou iemand binnen die voor jou privé ook aan de orde zijn."

Verzorgende lijkt zich wat te schamen en loopt een beetje rood aan.

Dat onervaren verzorgenden ook opnamegesprekken voeren en dit spannend vinden, blijkt bijvoorbeeld uit de volgende observaties:

"Eehm.. ja....." Verzorgende kijkt naar haar papier en loopt rood aan. Een stilte valt. *"Eehm.. even kijken hoor..."* Kijkt naar papier, en nog een stilte valt, tot cliënt de stilte verbreekt.

Tijdens een opnamegesprek krijgt een onervaren verzorgende veel vragen waar zij geen antwoord op weet:

"Nou eerlijk gezegd, durf ik dat niet helemaal te zeggen over het wasgoed..."

Verzorgende wordt een beetje rood. Zoekt het formulier af. *"Dat weet ik eigenlijk niet."*

In een interview geeft dezelfde verzorgende aan deze momenten inderdaad vervelend te vinden. Ze geeft hierbij niet duidelijk aan waarom ze het precies vervelend vindt.

6.1.5 Gevoel van verplichtingen

Als vijfde thema komt naar voren dat verzorgenden het gevoel hebben tot dingen verplicht te zijn. Vanuit PvF moeten veel formele vragen gesteld worden en formulieren moeten zo snel mogelijk ingevuld worden. Verzorgenden vinden hier wel wat van, maar ze hebben het gevoel het verplicht te moeten doen, ook al gaat dit soms tegen de zin van zichzelf en zorgvragers in. Een verzorgende geeft aan:

“Ja dat is voor hun ook wel moeilijk. En dan kom ik met mijn formele dingen. Wat hun misschien helemaal niet, dat ze denken van nou eh, daar heb ik helemaal geen zin in. Maarja dat moet dan. [E]n dan moet je op een gegeven moment vragen van wat doet u met wassen, aankleden. Wat wij echt willen weten. En waar hun misschien helemaal niet echt perse op zitten te wachten.”

Een andere verzorgende geeft aan:

“Of de eehm, dat blaadje van de verantwoordelijke, die de beslissingen neemt, ja dat moet gewoon. Ja, dat moet gewoon. Dus ja... Dus dan schakel je daar maar gewoon naar over.”

Tijdens een opnamegesprek lijkt een verzorgende zich het hele gesprek in te leven in de mantelzorg. Tot aan het eind, waarbij ze voorbij lijkt te gaan aan de gevoelens van de mantelzorg. De mantelzorg is nog emotioneel, en de verzorgende wil formulieren ingevuld hebben. Dit staat haaks op de rest van het gesprek, waarin de verzorgende lijkt te proberen er zoveel mogelijk te willen zijn:

“En dan heb ik die zorgleefovereenkomst dan. Die dan zo snel mogelijk dan getekend en wel weer terug moet zijn. Of u die dan op stuurt. [D]an mag u nog een handtekening zetten voor deze. Dan heb ik keuze 1 gemaakt, en keuze 1 betekent dat u alles zelf verzorgt, qua was.”

6.1.6 Prettige samenwerking met arts ervaren

Als zesde thema komt naar voren dat de verzorgenden een prettige samenwerking met de arts ervaren. Volgens een verzorgende zorgt dit er voor dat ze alle informatie krijgen die ze nodig hebben en dat er niets vergeten wordt.

Een andere verzorgende geeft in een interview aan:

“Nou ik vind het altijd allemaal wel fijn dat het stuk medisch dat de arts dat natuurlijk altijd doet. [E]n je neemt natuurlijk heel veel dingen mee. De arts neemt natuurlijk wat mee in haar verslag.”

En:

“Ja ik vind het altijd heel fijn. Ook de dingen die je dan deelt nog samen. [E]hm zoals bijvoorbeeld 's middags had ik dan weer een paar dingen die ik dan bij de arts niet tegen ben gekomen. Dus

dan overleg ik altijd even van hee moet ik dat nog mee nemen in het verslag of neem jij het nog mee?"

6.1.7 Cliëntgericht willen zijn

Uit de member-check komt naar voren dat er in de interpretaties van de onderzoeker iets niet naar voren kwam, en dat was het cliëntgericht willen zijn. Verzorgenden willen zich als eerste richten op de cliënt. Zo legt een verzorgende tijdens een opnamegesprek alles aan de cliënt uit, en stelt ze vragen aan de cliënt zelf:

"Nou in de tijd dat u hier bent willen we wel een paar dingen over u weten. U krijgt ook wat zorg aangeboden, waar nodig.[D]an willen we wel een beetje weten van wie bent u? Heeft u zorg nodig? Wat was u thuis gewend?"

Tijdens een interview geeft een andere verzorgende aan:

"Maar vooral ook hem, hij is natuurlijk toch de.... Zolang hij daar goed antwoord op kan geven vind ik wel, ja vind ik dat wel het belangrijkste. En dan kan de familie het aanvullen."

6.2 Bevindingen artsen

Er vormen zich zeven thema's rondom de geleefde ervaring van de artsen betreffende een opnamegesprek. Deze thema's zijn: er willen zijn voor de ander, professioneel willen handelen, zich ongemakkelijk voelen, zorgvuldig willen zijn, respect hebben voor verzorgenden, relatieve tijdsbeleving en cliëntgericht willen zijn. De ervaringen van de twee artsen wisselen. De verschillen in de ervaring liggen met name in wanneer de cliënten en mantelzorgers emotioneel worden of ergernissen uiten.

6.2.1 Er willen zijn voor de ander

Als eerste thema komt duidelijk naar voren dat de artsen er willen zijn voor zorgvragers. De artsen doen dit (over het algemeen) met name door sympathie te tonen, troost te bieden, aandacht te hebben voor- en betekenis te geven aan emoties en door te luisteren naar de behoeftes van zorgvragers.

Dat de artsen sympathie tonen blijkt uit de volgende uitspraak van een arts:

"Goed, nou ik geef u een hand meneer. Drink lekker uw koffie op want anders wordt hij koud. Nou ik hoop dat u gauw kan wennen hier in de Kreek. [M]w veel sterkte he. Daag."

Ook willen artsen troost bieden. Dit doen zij door zorgvragers op empathische wijze het positieve van de situatie in te laten zien. Dat blijkt uit de volgende observaties in een opnamegesprek:

"En is het wel een stukje opluchting dat ze hier kan zijn?"

En:

"Het is natuurlijk confronterend, maar ook fijn dat dat kan."

Dat artsen luisteren naar de behoeftes van cliënten, en daardoor er voor cliënten willen zijn, blijkt uit een moment wanneer de cliënt aangeeft nagedacht te hebben over euthanasie en daar emotioneel door wordt. De arts reageert als volgt:

“Ja kan ik me voorstellen. Is ook niet niks zo’n beslissing. Ja. En u heeft dus al een aantal gesprekken met de huisarts gehad? [M]aar het is goed om te weten dat u daar over denkt en dat het traject al is gestart. [W]ilt u dat dan hier verder met ons oppakken? [I]k kan wel de huisarts vragen of hij er betrokken bij wil blijven, als u dat zelf ook wil natuurlijk.”

Echter, één arts lijkt het ook wat ongemakkelijk te vinden om over emoties te spreken. Dit brengt ons bij het volgende thema: “zich ongemakkelijk voelen”.

6.2.2 Zich ongemakkelijk voelen

Met name wanneer in een gesprek veel ergernissen over een ander huis worden geuit, lijkt een arts zich wat ongemakkelijk te voelen.

Een cliënt van een somatische afdeling geeft bijvoorbeeld meerdere malen ergernissen over vorige zorgsituaties aan tijdens het opnamegesprek. Wanneer de cliënt aangeeft dat hij zich soms een speelbal heeft gevoeld, wordt het volgende bij de arts geobserveerd:

“Ja. Oke.” De arts loopt een beetje rood aan. Kijkt naar zijn papieren, kijkt even weer op... Kijkt weer naar zijn papieren. Gaat over op een totaal ander onderwerp.

Ook geeft een cliënt tijdens een opnamegesprek meerdere malen aan niet lekker in zijn vel te zitten. Het volgende wordt geobserveerd:

Arts gaat niet in op het kwetsbaar opstellen van cliënt. Kijkt naar zijn papier. Gaat over op een ander, medisch onderwerp.

Verder lijkt het erop dat de arts zichzelf in een ongemakkelijke situatie brengt wanneer hij een vragenlijst lijkt af te werken. De arts voelt zich ongemakkelijk nadat het volgende zich voor doet:

Arts uit het niets tegen dochter: *“Als u uw vader zou moeten omschrijven, qua karakter?”*

Dochter schrikt duidelijk. Gaat rechtop zitten en kijkt wat verbaasd.

Dochter: *“haha.. wa, waarom moet dat?”*

Arts: *“Ja naja dan heb ik een beetje, eh, een beetje een beeld wie we voor ons hebben. Als u het liever niet doet dan eh, haha, dan mag u..”* Lijkt zich te schamen voor zijn vorige vraag. Kijkt weer naar zijn papieren.

6.2.3 Professioneel willen handelen

Het derde thema bij de artsen is professioneel willen handelen. Dit komt bijvoorbeeld naar voren in de codes ‘advies willen geven’, ‘eerlijk willen zijn’, ‘medische informatie willen krijgen’ en ‘realistisch willen zijn’.

Dat de artsen eerlijk en realistisch willen zijn wordt duidelijk uit een opnamegesprek, waarbij de cliënt aangeeft geen katheter meer te willen. De arts geeft het volgende aan.

“Als we zien dat u inderdaad niet eehm, via de natuurlijke weg weer gaat plassen, dan ben ik toch bang dat u weer op de katheter aangewezen blijft.”

Dat de artsen ook realistisch willen zijn naar de cliënten en de mantelzorgers blijkt uit het volgende citaat:

“Als ik zo de brief lees van de afgelopen weken dan lees ik wel een hele kwetsbare situatie he? [E]n eh, ik zie ook dat er gister bloed is geprikt en dat er daar te zien is dat de nieren ook minder goed werken. Dus al met al is het toch he, een zorgelijke situatie, van ja hoeveel marge heeft ze nog.”

Dat artsen professioneel willen zijn blijkt ook in het feit dat ze advies en uitleg geven aan zorgvragers. Zo geeft een arts uit zichzelf de volgende uitleg over vrijheidsbeperking:

“Dus he, we willen u de vrijheid geven om te kunnen doen wat u wilt, maar als die agressie zo erg is, dan heeft u medicatie nodig. [J]a dat zijn dingen die moeten we echt met elkaar afspreken en dat moeten we ook melden aan de inspectie of aan de BOPZ arts.”

6.2.4 Zorgvuldig willen zijn

De artsen willen met name ook zorgvuldig zijn. Zij willen duidelijkheid hebben, medische informatie krijgen, de cliënt en mantelzorgers leren kennen en dingen vastleggen.

Tijdens opnamegesprek 1 heeft de cliënt iets nog onbekends voor de arts. Daarom stelt zij de mantelzorger de volgende vragen, om zo zorgvuldig mogelijk te kunnen zijn:

“En wat kunnen we het beste doen bij zo’n benauwdheidsaanval, zoals we nu hebben gedaan vernevelen en uitzuigen? [E]n dan spoelen ze dat even om of zo? Maken ze even schoon?”

Bij de euthanasiewens in opnamegesprek 4 blijft de arts doorvragen en geeft het volgende aan:

“Omdat er al het een en ander gaande is omtrent euthanasie probeer ik het een beetje uit te vragen van waar staat u in dat traject en wie is daar bij betrokken? Om zo onduidelijkheden en misverstanden te voorkomen.”

6.2.5 Respect voor verzorgenden

Als vijfde thema hebben artsen respect voor verzorgenden, met wie zij het gesprek voeren en samenwerken. Dat blijkt uit dat zij de verzorgenden niet willen afkappen wanneer de arts bijvoorbeeld later het gesprek binnen komt lopen. Zo geeft een arts het volgende aan wanneer zij later binnen komt:

“Ga maar gewoon verder waar jullie gebleven waren hoor.”

Een andere arts geeft ook aan:

“Ga jij gerust door met je gesprek, dan neem ik eerst even de papieren door. Pak ik even een stoel van hier naast.”

6.2.6 Relatieve tijdsbeleving

Als zesde thema komt ook bij de artsen ‘relatieve tijdsbeleving’ naar voren. Ze willen de tijd nemen voor zorgvragers, maar tegelijkertijd voelen zij de tijdsdruk.

In opnamegesprek 1 gebeurt er veel rondom de zorg voor de cliënt, wat veel tijd in beslag neemt. Toch blijft de arts zitten en stelt de vragen die ze graag wil stellen, zonder dat ze afgeleid lijkt te worden door de tijd. Zo vraagt de arts:

“Nou we werden eventjes afgeleid net, maar we hadden het over dat uw moeder altijd een sterke vrouw is. Kan u eens karaktereigenschappen benoemen van uw moeder?”

In een ander opnamegesprek voelt de arts wel de tijdsdruk. De cliënt wijkt uit met een verhaal. De arts heeft een tijd interesse getoond en is mee gegaan in zijn verhaal, maar nu lijkt hij zich toch druk te maken om de tijd:

“Ja dus u moet een groter scherm. Goed, wat heeft u vroeger voor werk gedaan?”

Vrij kort daarna zegt de arts:

“Goed, dan wordt het nu tijd om het gesprek af te ehm, gaan afronden.”

6.2.7 Cliëntgericht willen zijn

Ook uit de member-check bij de artsen komt naar voren dat artsen cliëntgericht willen zijn. Dit was door de onderzoeker niet uit de bevindingen gecodeerd. Een arts geeft tijdens een interview wel aan:

“En soms zijn er cliënten die nog wel helder genoeg zijn om daar wat over te zeggen. Ook al zijn ze dement, ze kunnen dan nog wel zeggen van aan mijn lijf geen polonaise meer, ik hoef niet gereanimeerd te worden.”

En:

“Ik vraag ook altijd aan de cliënt van hoe is het om hier te zijn. En dan merk je al heel snel van hoe een cliënt reageert.”

6.3 Bevindingen cliënten psychogeriatric

Bij de cliënten van de psychogeriatric afdelingen (drie cliënten), zijn alleen observaties gedaan tijdens het opnamegesprek. De cliënten zijn niet geïnterviewd. Er zat één cliënt heel kort bij het gesprek, één cliënt zat er wel het hele gesprek bij en één cliënt half wel en half niet.

De observaties uit de opnamegesprekken geven al veel informatie. Er zijn bij de psychogeriatric cliënten drie thema's naar voren gekomen: een stem willen hebben, geconfronteerd worden met kwetsbaarheid en berusten in opname. Vanwege verschillen in de fasen van dementie, zijn er wel verschillen in ervaringen waargenomen. Waar bijvoorbeeld de ene cliënt zichzelf nog goed kon laten

horen, was het voor de andere cliënt te confronterend om vragen te beantwoorden waar ze geen antwoord meer op kon geven.

6.3.1 Een stem willen hebben

Cliënten in het onderzoek willen een stem hebben als ze bij het gesprek aanwezig zijn. Echter, wanneer ze niet bij het gesprek aanwezig zijn, lijken zij hier niet mee bezig te zijn. Wanneer cliënten het meer begrijpen, vragen zij wel om duidelijkheid en proberen ze op een andere wijze toch aan te geven wat ze willen, ook al lukt hen dat lang niet altijd meer. Één cliënt kan uit zichzelf helder aangeven wat hij wil hoe men met hem omgaat wanneer hij agressief wordt:

“Ja laat me maar lopen. Niet tegen houden. Want daar heb ik moeite mee.”

Een andere cliënt geeft in het opnamegesprek aan:

“Ah joh daar moet je niet over praten. Joh dat is mijn leven.”

Dezelfde cliënt vraagt om duidelijkheid wanneer ze het allemaal niet meer kan overzien:

“Wat was er dan? Wacht even, waar hebben we het nou ook alweer over?”

Dat cliënten zich tijdens een opnamegesprek gehoord willen voelen en dat zij een goed opnamegesprek als belangrijk ervaren, blijkt uit de volgende uitspraak van een cliënt:

“Maar die start hier die is jongens.. die is belangrijk.”

6.3.2 Geconfronteerd worden met kwetsbaarheid

Ook cliënten van de psychogeriatrische afdelingen zijn kwetsbaar in het opnamegesprek. Met name wanneer zij bij het opnamegesprek aanwezig zijn, komt de kwetsbaarheid naar boven en worden zij met deze kwetsbaarheid geconfronteerd. Deze komt naar voren in het machteloos zijn, het niet meer begrijpen van hetgeen gevraagd wordt, niet meer uit de woorden kunnen komen en zich schamen.

Dat cliënten niet meer uit hun woorden komen, zich daarvoor schamen en geconfronteerd worden met het niet meer kunnen beantwoorden van vragen, blijkt uit de volgende observatie in een opnamegesprek. Een cliënt krijgt de vraag of ze een eigen bedrijf hadden, de cliënt reageert als volgt:

“Ja, wat moet ik zeggen. Eigenlijk nog. Eh... He ik weet het niet.. Hebben we die. Want eh, nou zeg jij het eens eventjes.” Wijst naar zoon en kijkt ontwijkend weg. Kijkt naar beneden.

Een andere cliënt heeft het volgende gesprek met een verzorgende tijdens het opnamegesprek:

Verzorgende: *“En eh, mag ik vragen hoe oud bent u?”*

Cliënt: *“Pfoeeh, haha.”*

Verzorgende: *“Moeilijke vraag?”*

Cliënt: *“Nee dat is geen moeilijke vraag, maar ik weet even niet eh... naja waarom wordt dat gevraagd?”*

Verzorgende: *“Gewoon interesse.”*

Cliënt: *“Oja precies. Maar eehm, hoe oud ik ben? Jeetje, nu ben ik het zelf weer kwijt. Erg is dat toch he?”* Cliënt zit er aangedaan bij, met zijn handen voor zijn hoofd.

En:

Verzorgende: *“Weet je nog hoeveel kleinkinderen je hebt?”*

Cliënt: *“Ja ehm, de eerste die heb er ehm, drie.”*

Schoondochter: *“Ja...”*

Cliënt: *“En dan heb je ehm...”* Loopt wat rood aan. Slaat handen voor het gezicht.

Schoondochter: *“Willem?”*

Cliënt: *“Willem ja.”* Lijkt opgelucht, maar dan zegt schoondochter:

Schoondochter: *“Die heb geen kinderen. En dan heb je Joost.”*

Cliënt: *“Ja Joost ja.”*

Schoondochter: *“En heb Joost kinderen?”*

Cliënt: *“Haha jaa eehm... even denken...”* Lijkt het niet te weten. Kijkt wat neergeslagen maar vragend om hulp naar schoondochter.

Schoondochter: *“Wij hebben een zoon, Kees. Ja. En dan heb je Esther, en die heb ook een zoon. Dus je hebt vijf kleinkinderen.”*

Cliënt: *“Jaa.”*

6.3.3 Berusten door positief gesprek

Het derde thema dat bij alle cliënten naar voren komt is dat cliënten lijken te berusten in het feit opgenomen te worden door een positief opnamegesprek. Ze zijn positief over de afdeling, zijn opgelucht en zijn dankbaar. Soms zit de cliënt er ontspannen bij.

Bij de vraag van een verzorgende reageert een cliënt als volgt:

“Jazeker het kan niet genoeg zijn met de aandacht die je dan krijgt van.. he ja.”

Dat een cliënt zich (op de confronterende momenten na) ontspannen voelt tijdens het opnamegesprek blijkt uit de volgende observatie:

Meneer maakt veel grapjes. Zit er onderuitgezakt op zijn stoel op zijn gemak bij. Lijkt niet gespannen of emotioneel.

Dat de cliënt inderdaad positief is over de afdeling blijkt uit de volgende uitspraak:

“Precies. En in het begin, dat mag u rustig weten. Wat mijn mening was. Toen liepen we hier naar boven en toen was het zo in gepakt en ik denk ‘nou, moet je daar zo nodig heen?’. Maar dat ben ik helemaal kwijt hoor. Hahaha. Het lijkt me fijn hier.”

6.4 Bevindingen cliënt somatiek

Binnen dit onderzoek is vanwege een kort tijdsbestek één opnamegesprek van de somatische afdeling geobserveerd. De desbetreffende cliënt is geïnterviewd.

Uit de coderingen komen de volgende thema's naar voren: zich gehoord willen voelen, kwetsbaarheid ervaren en afhankelijkheid ervaren.

6.4.1 Zich gehoord willen voelen

De cliënt van de somatische afdeling kan zijn eigen mening nog heel duidelijk geven. Hij heeft slechte ervaringen met vorige huizen en zorgverleners gehad, waar hij zich niet gehoord heeft gevoeld.

Dat de cliënt zich niet gehoord voelde in andere huizen blijkt uit de volgende uitspraak:

“En als ik aan iedere zuster vroeg van zou je eens even willen kijken wat er aan de hand is, dan kreeg ik ‘nee dat weten wij niet’, dan dacht ik ‘nou krijg de....’.”

Nog een voorbeeld van het uiten van de ergernissen van de cliënt en het geven van zijn mening is het volgende:

“Ik heb zitten hameren, geef mijn die prednison. [E]n dan geven ze die niet. En dan lig ik iedere nacht te krimperen van de pijn. [E]n ik wil dat niet meer meemaken. [D]at ze niet gewoon die middelen geven.”

De cliënt geeft ook duidelijk een euthanasiewens aan, en wil zich gehoord voelen hierin:

“Als het zo door gaat euthanasie. [M]aar dat wil ik zelf kunnen beslissen, snapt u toch wel?”

6.4.2 Kwetsbaarheid ervaren

De cliënt ervaart kwetsbaarheid, ondanks dat hij goed kan aangeven wat hij wel en niet wil. Hij voelt zich bang en emotioneel, maakt zich zorgen, heeft vragen en ervaart veel pijn.

Dat de cliënt emotioneel is, blijkt uit de allereerste observatie helemaal aan het begin van het gesprek:

Bij binnenkomst heeft dhr al een zakdoekje in zijn handen. Hij vindt het duidelijk een emotioneel gebeuren.

Dat de cliënt zich kwetsbaar voelt blijkt ook uit de opgedane slechte ervaringen met andere zorgsituaties. De cliënt geeft aan:

“En zo gaat dat een beetje. Ik ben dan een beetje een speelbal geworden. Want soms kan je zelf niet meer goed beslissen over de dingen.”

6.4.3 Afhankelijkheid ervaren

Daarnaast voelt de cliënt zich afhankelijk van wat zorgverleners doen; bijvoorbeeld of ze reageren op dat de cliënt het gesprek wil afronden of niet. Daarnaast geeft de cliënt ook aan überhaupt afhankelijk te zijn, niet alleen in het opnamegesprek, maar ook in het dagelijks leven.

Dat de cliënt afhankelijkheid ervaart is te zien in dat hij hulp vraagt wanneer hij niet uit zijn woorden komt, zoals in de volgende uitspraak:

“Ehm.. Wil je me even helpen? Ik kom er niet uit.” Kijkt naar dochter.

Dat de cliënt afhankelijkheid ervaart in het dagelijks leven komt naar voren in het volgende citaat van de cliënt:

“Dat er zoveel kapot is. Dus dan moet je ook rekening gaan houden met alles. Dat anderen het beleid voor je gaan doen. Ja en nu weer”

Daarnaast is te zien dat de cliënt zich afhankelijk voelt doordat hij in het opnamegesprek meerdere malen om verhoging van medicijnen vraagt. Hij kan nog om ophoging van de medicatie vragen. Toch weet hij dat hij afhankelijk is van wat de arts met deze hulpvraag doet. Dit wordt duidelijk in de volgende uitspraak van de cliënt:

“Waarom mag ik dat zelf niet beslissen? Dat is het lastige. Ik kan nu aan u aangeven wat ik wil, maar het is altijd maar afwachten of ik dat dan krijg.”

In een interview geeft de cliënt zelf ook betekenis aan deze afhankelijkheid. Ondanks dat hij aangeeft dat er veel langs hem heen is gegaan in het gesprek, geeft hij aan:

“En zelf kan ik dat ook niet helemaal goed meer vertellen, dus dan voel je je alsof je niet meer zonder je dochter kan, praktisch gezien dan. Zelfs tijdens zo’n gesprek al niet eens.”

6.5 Bevindingen mantelzorgers

In de bevindingen van de mantelzorgers komen vijf thema’s naar voren: kwetsbaarheid ervaren, veerkracht tonen, zich (niet) begrepen voelen, cliëntgericht willen zijn en ervaring van druk rondom verplichtingen. Het ene moment voelen zij zich bijvoorbeeld begrepen en voelen zij ruimte voor emoties, het andere moment hebben ze het idee dat er geen ruimte voor emoties is en lijken verzorgenden en artsen hier aan voorbij te gaan.

6.5.1 Kwetsbaarheid ervaren

Als eerste komt naar voren dat mantelzorgers kwetsbaarheid ervaren tijdens een opnamegesprek. Dit komt met name doordat zij zich zorgen maken. Zij maken zich zorgen, omdat ze de zorg voor een dierbare moeten overdragen en niet weten hoe de toekomst er uit ziet.

Een mantelzorger geeft in het opnamegesprek het volgende aan:

Schoondochter raakt geëmotioneerd en zegt: “Ik vind het ook wel moeilijk hoor om haar hier zo achter te laten. Maar het gaat gewoon niet meer. En weet je wat het is, ze gaat zo snel achteruit de laatste paar maanden, nu was er een plekje.”

Ook is een opnamegesprek voor alle mantelzorgers emotioneel. Een mantelzorger geeft in het opnamegesprek aan:

“Wij vinden het ook niet leuk dat mijn schoonvader hier naar toe is gegaan, en dat we hem hier heen moeten brengen. En we hopen maar dat het dan beter gaat....”

Dat een opnamegesprek emotioneel is, wordt ook duidelijk wanneer de arts aan een mantelzorger (echtgenote) van een cliënt vraagt hoe zij de opname ervaart. De mantelzorger reageert als volgt:

“Heel moeilijk. Kijk je bent samen of je bent het niet... Ja, nee ik heb er best wel moeite mee. [Z]olang alles gewoon goed gaat is dat alleen maar, ja het is ehm... Ja je doet nou alles alleen eigenlijk. En dat ehm, dat ben je helemaal niet gewend.”

Dat mantelzorgers zich zorgen maken blijkt in het over moeten dragen van de zorg en daar dan wat terug over willen horen. Ze missen de transparantie, zowel in het opnamegesprek als daarna. Wanneer ze niet te horen krijgen hoe deze zorg verloopt, baart dat opnieuw zorgen en wordt kwetsbaarheid ervaren:

“Maar weet je, ik zou graag weten hoe een dag verloopt. [E]n ook na het gesprek dat je nog even kan vragen van joh hoe is de dag geweest, of hoe gaan de nachten? Daar word ik niet wijzer van. [J]a ik vind die dagindeling gewoon belangrijk. [D]at daar in het gesprek ook wat over verteld wordt. Van eh, ja nu moest ik zelf overal achteraan, en dat zou best een beetje aangegeven kunnen worden.”

6.5.2 Veerkracht tonen

Toch tonen mantelzorgers veerkracht. Ze voelen ergens kracht om het positieve van de situatie in te zien en zijn ook opgelucht dat het moment van opname daar is. Doordat een verzorgende of een arts ze tijdens het gesprek het positieve laten inzien van de opname, kunnen mantelzorgers deze veerkracht voelen.

Het volgende stuk uit een opnamegesprek laat deze veerkracht zien:

Verzorgende: *“Hopelijk vinden jullie nu ook wat rust.”*

Schoondochter: *“Ja het is best wel zwaar hoor zo allemaal bij elkaar. Ik ben ook wel aan het eind van mijn latijn nu. En dan is misschien het positieve nu dat er hier voor haar gezorgd wordt en dat wij dan wat rust krijgen, ja... [M]aar ze zit fijn onder de lieve mensen en jullie. Ze heeft alles wat ze moet hebben, een natje en een droogje.”*

In alle geobserveerde opnamegesprekken laten mantelzorgers opluchting zien, waarbij dit getriggerd wordt door de verzorgende of de arts:

Arts: *“Zo, fijn dat ze hier nu is he? U had eigenlijk de hoop opgegeven dat ze nog hier heen zou kunnen?”*

Dochter: *“Ehm.. Ja nou wel op zo’n korte termijn.”*

Arts: *“Ja want bent u al bij uw vader langs geweest?”* (Vader is ook opgenomen in hetzelfde verpleeghuis)

Dochter: *“Ja want mijn vader heb natuurlijk ook de heup gebroken, dus hij kon ook een maand niet naar d’r toe. En ja daarvoor zitten ze nu ook lekker bij elkaar he.”*

Arts: *“Ja en daarvoor zeg je ‘ja’ he 60 jaar geleden, dat je tot het eind toe samen kan zijn. En dat dat dan anders loopt, ja dat is natuurlijk heel erg.”*

Dochter wordt geraakt door deze uitspraak. Dochter: *“Ja precies. [J]a, want hij ging altijd met zijn scootmobiel naar mama zelf toe. Hij was niet afhankelijk. En nu was hij afhankelijk van ons. En ja hij is ook een maand niet geweest, omdat hij zelf moest herstellen. Dus het is wel heel fijn*

dat het eeh, ja...."

Arts: *"Ja dat het uiteindelijk gelukt is, ja."*

6.5.3 Zich (niet) begrepen voelen

Bovenstaande citaten uit de opnamegesprekken laten zien dat zorgverleners begrip tonen voor de situatie en dat mantelzorgers zich daardoor begrepen voelen. Er wordt geluisterd naar de behoeftes van mantelzorgers en er is aandacht voor emoties. Daarnaast hebben mantelzorgers het gevoel dat er tijd wordt genomen in het opnamegesprek. Wel verschillen de ervaringen over het zich (niet) begrepen voelen ook bij de mantelzorgers. Over het algemeen voelen mantelzorgers zich begrepen, maar soms is er een uitzondering.

Dat mantelzorgers zich (grotendeels) gehoord en begrepen voelen blijkt uit de volgende ervaring van een dochter in een interview:

"Ja hoor, nee. Absoluut ook ruimte voor mijn eh, en er werd ook echt geluisterd. Tijd voor genomen."

In het volgende onderdeel van een opnamegesprek wordt de mantelzorger geraakt door het inlevingsvermogen van de verzorgende:

Verzorgende: *"Zo, nou. Het is heel wat allemaal. Komt ook wel veel op je pad nu."*

Dochter: *"Ja, klopt."*

Dochter wordt emotioneel. Begint te huilen.

Dochter: *"Ja, en ook omdat ze hier is. Je bent dan drie maanden alleen maar aan het rijden. En nu komt er meer rust."*

Verzorgende: *"Zo is het, goed zo. Dat is ook belangrijk."*

Dochter: *"Haha, ik huil snel hoor.. dat is allemaal... haha"*

Verzorgende: *"Haha nee dat geeft toch niks. Is alleen maar goed, is alleen maar goed dat je he... moet je ook lekker laten gaan."*

Meestal voelen zij zich begrepen, maar soms gaat de verzorgende of de arts voorbij aan het gevoel van de mantelzorger, waardoor deze zich juist niet begrepen voelt. In het volgende stuk gaat de verzorgende voorbij aan het gevoel van de mantelzorger.

Iedereen loopt weg.

Schoondochter wrijft door haar haren en zucht heel hard. Heeft het duidelijk moeilijk, maar lijkt hier geen ruimte voor te voelen.

6.5.4 Cliëntgericht willen zijn

Als vierde thema komt bij de mantelzorgers naar voren dat zij cliëntgericht zijn. De cliënt staat in het opnamegesprek voorop, daarna komen eigen emoties en verlangens pas aan de beurt. Wel wisselen de ervaringen over het wel of niet betrekken van een psychogeriatrische cliënt in het opnamegesprek. Soms wil een mantelzorger juist de cliënt niet betrekken, omdat ze het beste willen voor de cliënt en het alleen maar onrust met zich mee brengt wanneer deze cliënt bij het gesprek aanwezig is.

Dat mantelzorgers cliëntgericht zijn en de stem van de cliënt belangrijk vinden blijkt uit de volgende uitspraak die een mantelzorger in een interview doet:

“Ja dus niet eerst het gesprek af, maar gelijk er op inspringen. He mijn moeder heb het benauwd dus die wordt eerst geholpen. Ja dat is het belangrijkste ik wacht wel effies.”

Ook zegt deze mantelzorger:

“Nee dat is ook niet handig want ik heb het liefst dat mijn moeder er bij is. [W]ant het gaat over mijn moeder, dus ik heb zoiets van laat het haar maar zeggen. Zolang zij dat allemaal nog kan zeggen vind ik dat heel belangrijk.”

Echter, de meningen zijn verdeeld over het betrekken van de cliënt zelf bij het opnamegesprek. Een andere mantelzorger zegt:

“Jaaa, ik denk dat ze de helft niet heeft meegekregen van die dag. Zeg maar gerust alles niet. Ik vind het geen nut hebben eigenlijk, dat dat, de cliënt er zelf bij is eigenlijk. Had van mij niet hoeven. Maakt alleen maar onrust, als het niet nodig is.”

In een ander opnamegesprek laat de mantelzorger zien de cliënt te willen betrekken in het gesprek, door niet over hem te praten, maar met hem:

Schoondochter: *“He? Thuis ook vond je het heel vervelend dat wij de deur op slot deden.”*

Op deze manier de cliënt willen betrekken, door tegen de cliënt te praten, doet zich vaker voor in de geobserveerde opnamegesprekken.

6.5.5 Gevoel van verplichtingen

Ook mantelzorgers hebben het gevoel verplicht te zijn tot bepaalde zaken, terwijl ze daar helemaal geen behoefte aan lijken te hebben. Zo irriteren mantelzorgers zich aan sommige formele vragen, aan het invullen van formulieren en aan het snel moeten beslissen van wie bijvoorbeeld de wettelijk vertegenwoordiger is.

Dat mantelzorgers zich hieraan irriteren, blijkt uit het volgende stukje uit een opnamegesprek. De arts stelt een vraag over wie de contactpersoon is, terwijl de verzorgende dat daarvoor ook al heeft gedaan, waar de arts niet bij aanwezig was:

Arts: *“Oke en u bent de eerste contactpersoon?”*

Dochter: *“Ja dat weten we dus nog niet. Ik werk onregelmatig. En Marjolein zit veel in Spanje. Dus dat moeten we nog even.. Ik ga d'r even appen wat we doen.”*

Dochter kijkt wat geïrriteerd, wordt rood en pakt haar telefoon om haar zus een bericht te sturen.

Wanneer de arts weg is, en de verzorgende weer terug komt, vraagt de verzorgende nogmaals hetzelfde en dochter lijkt het gevoel hebben verplicht te zijn om er op te reageren en het te moeten invullen:

Verzorgende: *“De gegevens die wij hebben, vanuit het andere huis. Dat is gewoon nog hetzelfde gebleven? De eerste contact persoon en eh??”*

Dochter: *“Ja, dat eh... dat... Ik denk het wel. Ja, dat adres en zo dat ja. Maar dat is dus alleen de vraag of Marjolein of dat ik dat word.”*

Dochter lijkt een beetje van slag door alweer dezelfde vraag. Pakt haar telefoon en gaat wat rommelen.

Verzorgende: *“Ik weet niet of u morgen nog komt? Dan leg ik hem in haar dossier en kunt u hem morgen tekenen.”*

In een ander opnamegesprek doet zich het volgende voor, helemaal aan het einde van een lang gesprek:

Verzorgende: *“Ja voor de telefoon. En de televisie heb ik handtekeningen nodig. En van de was wilt u nog even over nadenken he, dan laat ik die hier nog liggen. [E]ven kijken waar er allemaal getekend moet worden. Twee drie handtekeningen heb ik nodig...”*

Dochter zucht hard: *“Nou oke.”*

7. Kritische zorgethische discussie

In dit hoofdstuk zullen de bevindingen aan de genoemde zorgethische concepten uit het theoretisch kader gekoppeld worden en hier zal kritisch op bediscussieerd worden. Bestaande concepten komen terug, maar ook nieuwe inzichten en concepten komen naar voren. De bestaande concepten zijn *vulnerability model*, *engrossment* en waardigheid. Nieuwe inzichten in dit onderzoek zijn de concepten erkenning en macht.

7.1 Erkenning

Het concept 'erkenning' is allereerst een nieuw inzicht en concept dat naar voren komt. Onderstaand zal duidelijk worden waarom dit een belangrijk concept blijkt.

Binnen opnamegesprekken komen zowel de *critical insights* relationaliteit, kwetsbaarheid als onderlinge afhankelijkheid (interdependentie) naar voren. Binnen die relationaliteit en interdependentie moet oog zijn voor emoties van mensen (Held, 2006). In de opnamegesprekken lijkt er oog te zijn voor deze emoties. Verzorgenden en artsen geven aan dit belangrijk te vinden. Cliënten en mantelzorgers voelen zich daardoor soms begrepen en gezien en krijgen vertrouwen in een goede zorgrelatie. Van Heijst (2008) schrijft hierover dat het er toe doet of en hoe mensen tegen elkaar aankijken en of ze elkaar 'zien staan'. Het 'in elkaars ogen bestaan' is de dynamiek van erkenning (Van Heijst, 2008). Volgens Van Heijst (2008) heeft erkenning namelijk alles te maken met je wel of niet gezien voelen, wat in de opnamegesprekken dus wel naar voren lijkt te komen.

Echter, ook werd duidelijk dat dit niet binnen alle situaties zo is. Zo voelen cliënten en mantelzorgers zich ook wel eens niet begrepen in een opnamegesprek, willen ze een stem hebben en willen ze zich gehoord voelen. De vraag is of verzorgenden en artsen wel genoeg oog hadden voor de noden van de ander. Dit wordt bijvoorbeeld duidelijk in dat de cliënt graag meer morfine wil, maar dit in een vorige zorgsituatie keer op keer niet heeft gekregen. Wanneer de cliënt daar in het opnamegesprek op terug komt, gaat de arts te snel aan dit onderwerp voorbij. Hierdoor voelt de cliënt zich opnieuw niet gezien. Wanneer deze erkenning niet plaatsvindt, vindt er miskennis plaats. Miskennis verstoort de identiteit (Van Heijst, 2008). Het behouden van deze identiteit is iets wat bij iedereen, maar juist ook bij dementerenden hoog in het vaandel zou moeten staan. Het gaat er bij het behouden van deze identiteit om dat een persoon met dementie zich erkend en gerespecteerd voelt (Heck & Stoop, 2009, p.30). Heck en Stoop (2009) geven aan dat het cruciaal is om aan te sluiten bij mogelijkheden, behoeften en persoonlijke wensen van de cliënt, om zo de identiteit van de cliënt zoveel mogelijk te behouden. De omgeving van de cliënt hier tijdig bij betrekken is iets wat als belangrijk wordt bevonden (Heck & Stoop, 2009 p.30).

Het tijdig betrekken van de omgeving van de cliënt, is ook iets wat in overeenstemming is met wat zowel verzorgenden, artsen als mantelzorgers in dit onderzoek aangeven. Een gesprek voorafgaand aan het opnamegesprek met de omgeving van de cliënt zou wat hen betreft prettig zijn. Zo kan de identiteit van de cliënt tijdens het opnamegesprek zoveel mogelijk worden behouden. Hierdoor zou tijdens het opnamegesprek zelf meer erkenning vanuit alle betrokken partijen plaats kunnen vinden.

7.2 Vulnerability model

Echter, er lijkt andersom ook miskennis van de verzorgenden en artsen plaats te vinden tijdens opnamegesprekken. Zij lijken in opnamegesprekken niet gelijkwaardig neergezet te worden ten opzichte van de cliënten en de mantelzorgers. Twee verzorgenden gaven aan het spannend te vinden om een opnamegesprek te voeren en onervaren te zijn, wat hen een kwetsbaar gevoel gaf. Een arts gaf dit zelf niet in een interview aan, maar ook bij hem was een duidelijke ongemakkelijkheid te voelen tijdens het geobserveerde opnamegesprek. Daarnaast ervaren verzorgenden een gevoel van verplichtingen. Zijn deze verzorgenden en artsen door de institutie hierin wel erkend? Hebben collega's en managers deze kwetsbaarheden van verzorgenden en artsen hierbij überhaupt wel gezien?

Het amendement wat Kittay (1999) op het *vulnerability model* doet, is vanuit bovenstaande ideeën uit de bevindingen goed te begrijpen. Kittay (1999) vond dat het *vulnerability model* te kort schoot in feitelijk bestaande dwang tot zorgen. Zorgen is een politieke praktijk die ingebed is in instituties en systemen (Tronto, 1993; Van Heijst, 2008), waardoor instituties en systemen hoe dan ook druk uitoefenen op degenen die binnen deze instituties en systemen werkzaam zijn. Tijdens de opnamegesprekken leken verzorgenden en de arts zich inderdaad 'gedwongen' te voelen om het opnamegesprek te voeren. Ze deden het toch, ondanks dat ze spanning en ongemakkelijkheid ervaren. Daarnaast voelden zij zich gedwongen (het gevoel van verplichtingen) tot bijvoorbeeld het invullen van allerlei formulieren. Ook bleek dat verzorgenden 'het goed willen doen', wat de druk bij hen hoog zou kunnen leggen en hen kwetsbaar maakt. Vanuit het *vulnerability model* zou de omgeving van de verzorgenden en artsen een morele verantwoordelijkheid kunnen dragen voor deze kwetsbaarheden (Kittay, 1999). Deze omgeving zou dan bijvoorbeeld de institutie zelf kunnen zijn, of de managers, collega's en dierbaren van de verzorgenden en artsen. Als kwetsbaarheid daarnaast inderdaad relationeel moet worden verstaan, zou ook vanuit de *charge* nog meer oog kunnen zijn voor de kwetsbaarheid van verzorgenden en artsen. Zo valt het bijvoorbeeld op dat cliënten en mantelzorgers negatieve zorgervaringen willen delen in het opnamegesprek, wat verzorgenden en artsen kwetsbaar lijkt te maken. Er is sprake van *nested dependencies* tussen al deze relaties (Kittay, 1999).

7.3 Engrossment

Opvallend was dat verzorgenden en artsen, mede door deze kwetsbaarheden en doordat ze het goed wilden doen, terugpakten op vragenlijsten. Ook hierdoor werd zoals zojuist gezegd, volledig onbedoeld, soms toch nog voorbij gegaan aan de emoties van cliënten en mantelzorgers. Ook de opgelegde regels, protocollen en richtlijnen zorgen er binnen de onderzochte opnamegesprekken voor dat er voorbij gegaan wordt aan wat er echt speelt. Er leek daardoor geen sprake te zijn van *engrossment*, waar Noddings (1984) naar streeft. Noddings (1984) geeft aan dat men moet handelen naar bescherming of versterking van het welbevinden van de ander (p.24). Er moet aandacht zijn voor affectie, kwetsbaarheid en angst (Noddings, 1984). Tijdens het opnamegesprek betekent dit dat verzorgenden en artsen een *insiders* perspectief aan moeten nemen om tot *engrossment* te komen. We kunnen ons afvragen of *engrossment* in een opnamegesprek überhaupt volledig mogelijk is, omdat zorgverleners en zorgvragers elkaar nog helemaal niet kennen. Wanneer we de ander nog niet kennen, bestaat de kans dat we anderen al veel te snel reduceren tot al bekende begrippen (Levinas, 1971). Dit uit zich in de onmogelijkheid om een ander goed in te schatten (Goossensen, 2011). Het *insiders* perspectief lijken de

verzorgenden en artsen wel enigszins aan te kunnen nemen in de opnamegesprekken, maar dus niet volledig. Dat verzorgenden en artsen het wel proberen, is te zien aan dat zij cliëntgericht willen zijn en er willen zijn voor de ander. Ze proberen te voelen wat cliënten en mantelzorgers voelen en ervaren, en richten zich daar op. Uit de bevindingen blijkt echter ook dat cliënten en mantelzorgers zich soms toch nog niet begrepen en gehoord voelen. Het lukt verzorgenden en artsen dus niet volledig om dit *insiders* perspectief aan te nemen, waardoor *engrossment* niet plaatsvindt.

Naast *engrossment* geeft Noddings (1984) ook *motivational displacement* als belangrijk aan voor een goede zorgrelatie. *Engrossment* alleen zorgt er namelijk niet voor dat er goede zorg geleverd wordt. Iemand kan, ondanks een diep begrip van de ander, alsnog tegen iemands belangen in handelen. Noddings (1984) geeft aan dat *motivational displacement* dit kan voorkomen. *Motivational displacement* doet zich voor wanneer het gedrag van de zorgverlener grotendeels wordt bepaald door de behoeften van de persoon voor wie gezorgd wordt. Dit levert het nieuwe inzicht op dat het belangrijk is om tijdig de behoeften van cliënten en mantelzorgers voor het opnamegesprek te achterhalen. Ook *motivational displacement* op zichzelf is onvoldoende voor het bieden van goede zorg. Zo kan de handeling van een zorgverlener volledig gericht zijn op het bereiken van iets voor een ander, terwijl de zorgverlener er niet genoeg in slaagde zorgvuldig genoeg de *needs* van de ander te hebben onderzocht (niet voldoende *engrossed* in de ander). Noddings (1984) hecht dan ook waarde aan zowel *engrossment*, als aan *motivational displacement* (p.4). Van belang is dus om de behoeftes van de zorgvragers duidelijk te hebben in een opnamegesprek.

7.4 Lichamelijkheid

De *critical insight* 'lichamelijkheid' is ook niet eerder in dit onderzoek genoemd, maar heeft wel extra aandacht vanuit de bevindingen. Onderstaand zal duidelijk worden waarom dit toch een belangrijk concept blijkt waarop gediscussieerd moet worden.

Lichamelijkheid ziet de Utrechtse Zorgethiek (2015) als belangrijke bron van morele kennis in praktijken (Tillman, 2013; Ruddick, 1989, 1995; Held, 1995). "In de medische wereld is het vrij gebruikelijk om het lichaam voornamelijk te zien als een op zichzelf staande entiteit, los van het mentaal cognitieve, het psychische [...] en ook los van de sociaal-culturele context" (Slatman, 2014, p.60). Het lichaam wordt op deze manier vooral als object gezien. De zorgethiek pleit er voor dat het lichaam als subject (een mens met een verhaal) wordt gezien (Hamington, 2012; Tillman, 2013). Dit wordt ook wel *embodiment* genoemd. Bij *embodiment* staat juist die subjectiviteit van het 'geleefde lichaam' centraal (Turner, 2001). Echt zorgen komt volgens Hamington (2012) van binnenuit ons, door een lichamelijke connectie die gemaakt wordt met de ander. Merleau-Ponty (1945) stelde ook al dat ons lichaam het mogelijk maakt om ons te kunnen focussen op de ander: als we met ons lichaam in relatie tot een ander ervaren wat een concrete situatie met ons als persoon doet, kunnen we weten wat het goede in een situatie is. Het lichaam voorziet daarom in middelen voor zorgverleners bij het creëren van een rijkere zorgrelatie. Tillman (2013) pleit daarom voor een belichaamde morele theorie. Ze ziet het als morele plicht om recht te doen aan contextuele eigenschappen van belichaamde objecten van morele kennis (Tillman, 2013). Uit de bevindingen blijkt dat artsen tijdens het opnamegesprek met name bezig zijn met het lichaam als object, door de medische aspecten bij de cliënt uit te vragen. Echter, cliënten en mantelzorgers lijken dit niet het belangrijkste te vinden in het opnamegesprek. Zij geven aan zich vooral begrepen en gehoord te

willen voelen, een stem te willen hebben en duidelijkheid te willen krijgen over bijvoorbeeld dagindeling. Zij willen dus dat er aandacht is voor het lichaam als subject; de persoon in zijn of haar geheel. Verzorgenden en artsen lijken hierdoor dus voorbij te gaan aan deze wensen van cliënten en mantelzorgers.

Juist die lichamelijke kan een basis zijn om een zorgrelatie aan te gaan en tot een nog beter *insiders* perspectief te komen. Aandacht voor het lichaam is dus van wezenlijk belang in de zorgrelatie, maar niet op de wijze waarop verzorgenden en artsen daar nu mee om lijken te gaan (lichaam als object). Door meer aandacht te hebben voor *embodiment* (lichaam als subject), lijkt er meer kans te ontstaan om tot *engrossment* te komen in het opnamegesprek. Zo zou er bijvoorbeeld meer aandacht kunnen zijn voor de vraag 'hoe voelt u zich' en voor observaties op hoe iemand er echt bij zit. Rothschild (2004) geeft aan dat we door iemand anders te spiegelen (het aannemen van dezelfde houding) zelf beter kunnen ervaren wat de ander voelt; we kunnen zo een beter *insiders* perspectief aannemen. Daarnaast zorgt spiegelen ervoor dat er een gevoel van empathie bij de ander ontstaat (Rothschild, 2004).

7.5 Waardigheid

Het begrip waardigheid is iets waar PvF naar streeft tijdens het proces rondom het verhuizen, vanwege de titel van het verbeterplan *Waardig verhuizen naar een verpleeghuis begint thuis*.

Het behoud van waardigheid is een belangrijk onderdeel van verpleegkundige zorg (Anderberg et al., 2007; Griffin-Heslin, 2005; Jacelon et al., 2004). Oosterveld-Vlug et al (2014) ondervonden in hun onderzoek dat waardigheid niet per definitie wordt aangetast door het wonen in een verpleeghuis op zichzelf. "Mogelijke gevolgen hiervan op persoonlijk, relationeel of maatschappelijk vlak konden de persoonlijke waardigheid echter wel bedreigen" (Oosterveld-Vlug et al, 2014, p.189). Aandacht voor deze gevolgen is iets wat nog maar weinig naar voren komt tijdens opnamegesprekken. Zoals eerder gemeld gaat het namelijk vaker met name over het lichaam als object, dan over lichaam als subject, waar deze gevolgen op verschillende vlakken ook onderdeel van kunnen zijn. Zo wordt er bijvoorbeeld weinig gevraagd hoe het nou echt voor de cliënt is om opgenomen te worden, hoe het voor de omgeving van de cliënt is en wat voor gevolgen de opname heeft.

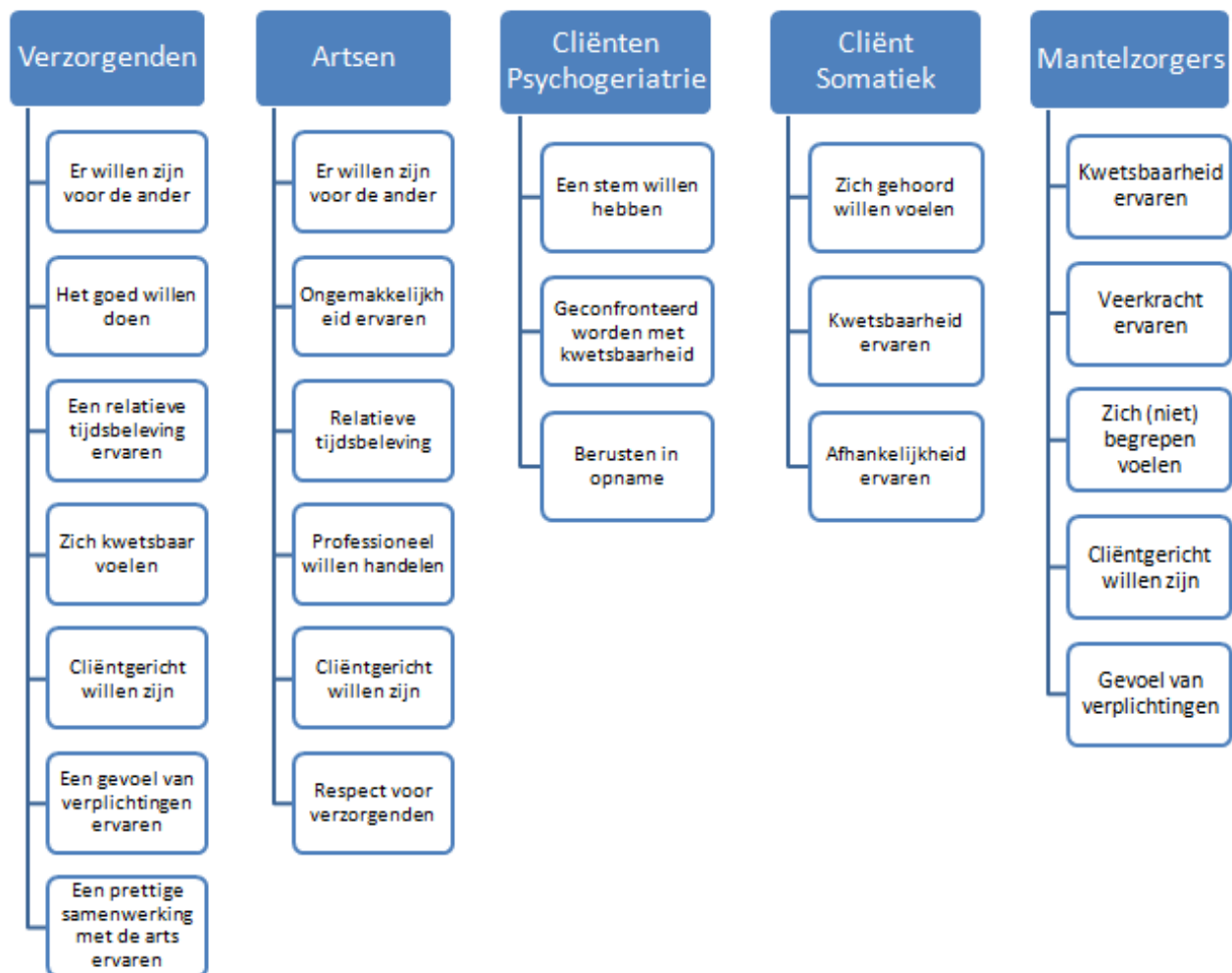
Frederiks en Niemeijer (2011) geven aan dat waardigheid inhoudt dat de zorg gericht is op het vergroten van mogelijkheden en ontplooiingskansen van mensen. Helaas is ook dit vaak niet ervaren in de onderzochte opnamegesprekken. Daarin komt juist vaak naar voren dat cliënten zich kwetsbaar voelen, in plaats van dat zij zich kunnen ontplooien. Een opnamegesprek zou meer gericht kunnen zijn op wat de cliënt nog goed kan en bijvoorbeeld op wat zijn/haar hobby's zijn, om zo de cliënt in zijn/haar kracht te zetten, waardoor de mogelijkheden van de cliënt vergroot kunnen worden.

8. Conclusie

In de inleiding van deze thesis werd beschreven hoe zowel een persoonlijk concern over opnamegesprekken, als een maatschappelijk en wetenschappelijk concern de aanleiding vormde voor het uitvoeren van dit onderzoek. Voorafgaande hoofdstukken geven weer hoe vanuit bestaande normatieve theorieën een empirisch fenomenologisch onderzoek is uitgevoerd en wat de bevindingen uit dit empirisch onderzoek waren. Vervolgens zijn deze bevindingen kritisch zorgethisch bediscussieerd. In deze conclusie zullen de belangrijkste bevindingen en resultaten van dit onderzoek weergegeven worden. Er zal antwoord worden gegeven op de hoofdvraag van dit onderzoek:

Wat is de geleefde ervaring van verzorgenden, artsen, cliënten en mantelzorgers wat betreft opnamegesprekken binnen locatie de Kreek van Pieter van Foreest, en wat betekent dit voor goede zorg tijdens opnamegesprekken?

Allereerst worden hier alle overkoepelende thema's van de participanten weergegeven:



Conclusie

Pieter van Foreest (PvF) streeft naar een zo waardig mogelijk verhuisproces, waar een waardig opnamegesprek onderdeel van is. Uit de bevindingen blijkt dat een waardig opnamegesprek nog niet voldoende bereikt wordt. Cliënten kunnen zich bijvoorbeeld niet voldoende ontplooien en alle partijen voelen zich kwetsbaar, afhankelijk en niet voldoende erkend in een opnamegesprek.

Wel zijn er een aantal inzichten opgedaan, welke er voor kunnen zorgen dat een waardig opnamegesprek voor alle partijen zoveel als mogelijk bereikt kan worden. Er zijn nu namelijk nog een aantal ervaringen die er voor zorgen dat dit momenteel nog niet zo is.

Engrossment werd vanuit de theorie aanbevolen, om een zo'n goed mogelijke zorgrelatie aan te gaan. Echter, *engrossment* blijkt niet volledig haalbaar binnen een opnamegesprek. Omdat verzorgenden en artsen de cliënten en mantelzorgers nog niet kennen, is het lastig een volledig *insiders* perspectief aan te nemen, en daardoor tot *engrossment* te komen. Een idee om dit beter op te vangen, is het vroegtijdig betrekken van de omgeving van de cliënt. Het vroegtijdig betrekken van de omgeving wordt vanuit de theorie als belangrijk bevonden. Dit komt ook terug in de opnamegesprekken. Mantelzorgers, maar ook verzorgenden en artsen zien het in de toekomst graag gebeuren dat er een gesprek voorafgaand aan het opnamegesprek plaats vindt. Zij zien dit het liefst alleen met de mantelzorgers plaatsvinden, en niet met de cliënt zelf. Door kwetsbaarheden van de cliënt tijdens dit vroegtijdige gesprek te bespreken, en niet in het opnamegesprek zelf, komen deze kwetsbaarheden tijdens het opnamegesprek minder naar voren. Daarnaast zijn verzorgenden en artsen al beter op de hoogte van wensen en behoeften van de cliënt en mantelzorgers (*motivational displacement*), waardoor een *insiders* perspectief makkelijker aangenomen kan worden. Hierdoor kan meer erkenning van alle partijen plaatsvinden en de identiteit van de cliënt kan zoveel mogelijk worden behouden.

De vraag die over blijft, is of *engrossment* en *motivational displacement* überhaupt iets is wat te 'bereiken' valt in een opnamegesprek, of dat het om een 'streven' gaat. Ook wanneer er een gesprek voorafgaand aan het opnamegesprek plaatsvindt, is de vraag of verzorgenden en artsen een volledig *insiders* perspectief aan kunnen nemen van de cliënt en de mantelzorgers (die ze eigenlijk nog steeds niet goed kennen, op één gesprek na) om *engrossment* en *motivational displacement* te bereiken.

Dat alle partijen zich kwetsbaar en afhankelijk voelen, heeft meerdere redenen. Zo heerst er bijvoorbeeld een gevoel van verplichtingen rondom regels, protocollen en richtlijnen. Dit wordt binnen het opnamegesprek met name door verzorgenden en mantelzorgers ervaren. Deze verplichtingen gaan met name over het invullen van stapels formulieren. Daarnaast wordt er een relatieve tijdsbeleving ervaren, waarbij sommigen een tijdsdruk voelen. Doordat verzorgenden en artsen met name bezig zijn met wat vanuit de institutie en systemen 'moet', gaan zij vaak voorbij aan de noden van de ander. Het amendement van Kittay (1999) op het *vulnerability* model, waarin zij schetst dat de omgeving van de *dependency worker* een morele verantwoordelijkheid heeft, lijkt ook binnen opnamegesprekken van toepassing. Als eerst wordt gedacht aan een morele verantwoordelijkheid van de institutie, de collega's en de managers van de *dependency workers*. Zij zouden rekening kunnen houden met de kwetsbaarheden (spanningen, ongemakkelijkheid, onervarenheid) van de *dependency workers*, en hen hierin kunnen ondersteunen. Dit lijkt nu nog te weinig te gebeuren. Daarnaast zorgen ook de cliënten en de mantelzorgers er voor dat verzorgenden en artsen zich kwetsbaar en afhankelijk voelen, door

bijvoorbeeld negatieve zorgervaringen in het opnamegesprek te delen. Vanuit relationele kwetsbaarheid gedacht zouden ook de cliënten en de mantelzorgers meer aandacht mogen hebben voor deze kwetsbaarheden van de *dependency workers*.

Om een beter *insiders* perspectief aan te kunnen nemen, zou ook *embodiment* meer plaats kunnen vinden. Te denken valt bijvoorbeeld aan het spiegelen van het geleefde lichaam van de ander, waardoor ook gelijk een empathische verbinding beter tot stand kan komen.

Tot slot:

Er zijn zeer zeker momenten waarop een opnamegesprek wel als waardig wordt ervaren door alle partijen. Zo wordt er gelachen, maar is er ook ruimte voor emotionele momenten. Daarnaast wordt ervaren dat er tijd wordt genomen en wil iedereen cliëntgericht zijn. Ook zijn er cliënten die een door een positief opnamegesprek berusten in opname.

Echter, helaas lijken deze momenten in de schaduw te staan van andere ervaringen, zoals bijvoorbeeld kwetsbaarheid, wat door alle partijen ervaren wordt. Deze ervaringen staan een waardig opnamegesprek in de weg. Vanuit de institutie zou veel meer aandacht mogen zijn voor deze ervaringen, waarbij bijvoorbeeld trainingen van verzorgenden en artsen en een gesprek voorafgaand aan het opnamegesprek zouden kunnen helpen.

8.1 Aanbevelingen voor de praktijk

- Er wordt aangegeven dat zowel verzorgenden, artsen en mantelzorgers een gesprek voorafgaand aan het opnamegesprek zou willen hebben, waar de cliënt niet bij is. Hier zou het invullen van alle formulieren plaats kunnen vinden. Ook zouden zaken, waarvan mantelzorgers zeggen ze liever niet te bespreken waar de cliënt bij is, besproken kunnen worden in dit gesprek. Deze zaken gaan dan bijvoorbeeld over hoe de cliënt was en wat er nu veranderd is. Zo kan de cliënt bijvoorbeeld nu agressief reageren, terwijl hij/zij dat voorheen nooit deed. Mantelzorgers geven aan het niet fijn te vinden om dit in het opnamegesprek te moeten vertellen waar de cliënt bij is, terwijl de cliënt zelf vaak geen weet van deze agressie heeft. Tijdens dat gesprek voorafgaand aan het opnamegesprek is daarnaast het scheppen van duidelijkheid over behoeftes en wederzijdse verwachtingen van belang. De mantelzorgers kennen cliënten het beste en kunnen beter inschatten of het betrekken van cliënten het welbevinden en de waardigheid van cliënten ten goede komt, of juist niet.

- Aandacht voor de kwetsbaarheden van alle betrokken partijen, dus ook voor de *dependency workers*, lijkt van belang. Hierbij ligt een taak voor PvF. Zo geven verzorgenden bijvoorbeeld aan het spannend te vinden om een opnamegesprek te voeren, of onervaren te zijn. Meer begeleiding in deze kwetsbaarheden lijkt een waardig opnamegesprek ten goede te komen. Te denken valt bijvoorbeeld aan trainingen, maar ook aan de vraag of iemand überhaupt wel een opnamegesprek wil voeren.

8.2 Aanbevelingen voor de wetenschap

- Het fenomeen opnamegesprekken vraagt om meer onderzoek. Er zijn vier opnamegesprekken meegenomen in dit onderzoek, binnen één organisatie en één locatie. Een aanbeveling zou zijn om meer en groter onderzoek te doen. Zo kan het bijvoorbeeld zijn dat een andere locatie van PvF het opnamegesprek op een hele andere wijze uitvoert, en de locaties van elkaar kunnen leren. Ook verpleeghuizen buiten PvF zouden opnamegesprekken weer anders uit kunnen voeren, waardoor de

kans aanwezig is dat het opnamegesprek binnen een ander verpleeghuis als waardiger wordt bevonden. Zo hoeft PvF 'het wiel niet opnieuw uit te vinden'.

- Vanwege het feit dat er maar één opnamegesprek van de somatische afdeling is onderzocht, is niet duidelijk te zeggen of er verschil in ervaringen zit betreffende de psychogeriatric en de somatiek. Een aanbeveling zou daarom zijn om ook daar nader onderzoek naar te doen. Zo kan ten eerste van elkaar geleerd worden, maar ook kan ondervonden worden waar de verschillen in behoeftes en bijvoorbeeld in benadering liggen.

9. Kwaliteit van het onderzoek

In dit hoofdstuk wordt verhelderd welke maatregelen zijn getroffen om de kwaliteit van het onderzoek te waarborgen of te vergroten. Daarnaast worden ook de beperkingen verhelderd.⁵

9.1 Interne validiteit

- Er is een member-check uitgevoerd. Een member-check wordt gebruikt om de interne validiteit te verhogen of een samenhangend interpretatiekader te ontwikkelen (Koelsch, 2013; Hutjes & van Buuren, 1992). Er wordt bij een member-check aan de participanten gevraagd of zij het eens zijn met de interpretaties (Koelsch, 2013; Swanborn, 1996). In dit onderzoek is bij alle verzorgenden een member-check via de mail uitgevoerd. Bij de artsen is dit mondeling gebeurd. Bij de mantelzorgers heeft er één member-check plaatsgevonden, telefonisch. Twee mantelzorgers waren helaas niet te bereiken. Volgens zorgverleners bleek er een punt niet naar voren te zijn gekomen in de interpretatie; het 'cliëntgericht willen zijn'. Eerst was dit onder het thema 'er willen zijn voor de ander' geplaatst. Dit thema bleek de ervaring van zorgverleners betreffende het cliëntgericht willen zijn niet voldoende te dekken. Daarom is dit thema als apart thema toegevoegd bij zowel de perspectieven van de zorgverleners. Volgens de mantelzorger klopte de interpretaties volledig bij wat zij had ervaren.

- Tijdens het onderzoek is de vraagstelling van het interview veranderd. In de eerste hoofdvraag stonden de participanten 'contactverzorgenden', 'cliënten' en 'diens naasten'.

Tijdens het onderzoek bleek dat er geen enkele keer een opnamegesprek is gevoerd door contactverzorgenden. Er waren alle vier keer andere verzorgenden die het gesprek voerden. Daarom is er in de hoofdvraag en deelvraag 'verzorgenden' van gemaakt. Daarnaast zijn de woorden 'diens naasten' veranderd in 'mantelzorgers', omdat blijkt dat die 'naasten' in alle geobserveerde opnamegesprekken mantelzorgers van cliënten zijn. Ook zijn artsen toegevoegd in de vraagstelling. Zij hebben een belangrijke rol in het opnamegesprek. Vanwege tijdgebrek is er helaas niet meer dan één arts geïnterviewd, maar wel zijn de artsen tijdens de opnamegesprekken geobserveerd.

- Om het onderscheid tussen eigen ervaringen en die van de participanten beter te zien, is door de onderzoeker een dagboek bijgehouden (Lucassen, & Hartman, 2007; Boeijs, 2008; Smith & Osborn, 2007).⁶

- Tijdens het onderzoek was er sprake van een iteratief, cyclisch proces (Verschuren, 2009). Er vond afwisseling plaats tussen data-verzameling en data-analyse. Interviews en observaties zijn iedere keer kort daarna geanalyseerd, terwijl er nog andere interviews en observaties plaats moesten vinden. Doordat geobserveerde opnamegesprekken vaak geanalyseerd waren voordat interviews met participanten werden afgenomen, konden tijdens de interviews gerichtere vragen gesteld worden.

- De interne validiteit is gewaarborgd doormiddel van *peer debriefing* (Visse, 2012), met begeleidend docent. Er vonden overleggen en uitwisseling van gegevens plaats. Met name heeft er contact via de

⁵ De reflectie op de eigen rol van de onderzoeker is terug te vinden in bijlage 4.

⁶ Het dagboek is terug te vinden in bijlage 3.

mail plaatsgevonden. Er is drie keer afgesproken (twee keer op de universiteit, één keer via skype). Begeleidend docent is op de hoogte gehouden middels tussentijdse verslagen, waar zij feedback op gaf. Ook heeft er uitwisseling met een tweede lezer plaatsgevonden, middels feedback op de ingezonden verslagen. Er is hierdoor sprake geweest van externe controle op het onderzoek.

- Er is gebruik gemaakt van verschillende manieren van data verzameling; observeren en het afnemen van interviews. Dit wordt ook wel *data-triangulatie* genoemd en komt de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek ten goede (Visse, 2012). Opnamesprekken en interviews zijn opgenomen met een voice-recorder. Vervolgens zijn deze verbatim uitgewerkt.

- Voor het bewaken van de schriftelijke kwaliteit is dit onderzoeksrapport naast de '*32-item checklist*' van Tong, Sainbury en Graig (2007) gehouden.

9.2 Externe validiteit

Externe validiteit gaat om de geldigheid van de resultaten buiten het onderzoek (Smaling 2009). Het gaat er daarbij om of de resultaten ook generaliseerbaar zijn voor een grotere groep.

- Er is gebruik gemaakt van 'naturalistische generaliseerbaarheid' (Smaling, 2009). De lezer moet hierbij zelf uitmaken wat relevant is voor zijn/haar eigen situatie. De richtlijnen die hiervoor binnen dit onderzoek gehanteerd zijn, zijn: het presenteren van ruwe gegevens, uitleg geven over de methodes, technieken en concepten, en aansluiten bij wat lezers weten over de onderzoekssituatie (Smaling, 2009).

- Hierbij is gebruik gemaakt van *thick description* (Lincoln & Guba, 1985). Door het in detail beschrijven van de situatie, worden lezers meegenomen in ervaringen van de participanten. Zij kunnen daardoor bepalen in hoeverre conclusies ook betrekking hebben op andere situaties (Lincoln & Guba, 1985).

9.3 Beperkingen onderzoek

- De member-check heeft niet bij alle participanten plaats kunnen vinden (zie paragraaf 8.1).

- De member-check heeft bij cliënten niet plaats gevonden. Doordat drie cliënten lijden aan dementie is het onmogelijk geweest om een member-check uit te voeren. Bij deze cliënten heeft hierdoor ook geen interview kunnen plaatsvinden. Beperkingen in de taalvaardigheden (als gevolg van dementie) hebben invloed op het vermogen om ervaringen te kunnen verwoorden (Ablitt e.a., 2009). In een metastudie van Van Baalen e.a. (2011) wordt geconcludeerd dat mensen met dementie over drie vaardigheden moeten kunnen beschikken, om data van hen als betrouwbaar te kunnen laten gelden. Deze vaardigheden gaan niet over het niveau van cognitief functioneren, maar gaan over een minimumniveau van oriëntatie in plaats, aandacht en taalvaardigheid. Deze drie vaardigheden waren bij deze cliënten niet aanwezig. Daarom is er voor gekozen om geen interviews en member-checks bij hen af te nemen. De cliënt van de afdeling somatiek heeft wel een interview kunnen geven, maar hieruit bleek dat ook hij niet veel van het opnamegesprek heeft onthouden. Ook bij hem is daarom geen member-check uitgevoerd.

- Er is één arts geïnterviewd in dit onderzoek. Dit heeft te maken met tijd, maar ook met het feit dat bij de onderzoeker eerst niet bekend was dat artsen zo'n belangrijke rol zouden vervullen bij een opnamegesprek. Wel zijn er observaties uitgevoerd bij de artsen.

- Dat de onderzoeker zelf werkzaam is in de organisatie PvF, kan gezien worden als beperking. Echter, de onderzoeker is niet werkzaam op de locatie waar het onderzoek heeft plaatsgevonden. De onderzoeker heeft geen persoonlijke of professionele betrokkenheid bij participanten.

10. Literatuur

Ablitt, A., Jones, G. & Muers, J. (2009). Living with dementia: A systematic review of the influence of relationship factors. *Aging & Mental Health*, 4, 497-511.

Alzheimer Nederland (2012). *Als thuiswonen niet meer gaat*. Verweij Printing.

Anderberg, P., Lepp, M., Berglund, A.L. & Segesten, K., (2007). Preserving dignity in caring for older adults: a concept analysis. *J. Adv. Nurs.* 59(6), 635–643.

Baalen, A. van, Vingerhoets, A., Sixma, H. & Lange, J. De (2010). How to evaluate quality of care from the perspective of people with dementia: An overview of the literature. *Dementia*, 10(1), 112-137.

Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Amsterdam: Boom Lemma Uitgeverij.

Boeije, H. (2008). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. Den Haag: Boom Lemma Uitgeverij.

Bowen, G.A. (2006). Grounded Theory and Sensitizing Concepts. *International Journal of Qualitative Methods*. 5(3).

Callary, B., Rathwell, S. & Young, B.W. (2015). Insights on the Process of Using Interpretive Phenomenological Analysis in a Sport Coaching Research Project. *The Qualitative Report*, 20(2), 63-75.

Chan, Z.C.Y., Fung, Y.L. & Chien, W.T. (2013). Bracketing in Phenomenology: Only Undertaken in the Data Collection and Analysis Process? *The Qualitative Report*, 18(59), 1-9.

Centrum voor ethiek en gezondheid. (z.d.) *Informed consent*. Geraadpleegd op 25 februari 2016, van <http://www.ceg.nl/themas/bekijk/informed-consent>

Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry & research design: choosing among five approaches*. SAGE Publications inc.: London.

Esch, R. van, (2013). *Patiënt, cliënt, bewoner of toch gewoon 'mens'? Gezamenlijke besluitvorming in een verpleeginstelling en de invloed van managers*. Universiteit Utrecht: Departement Bestuurs- & Organisatiewetenschappen.

Finlay, L. (2008) A dance between the Reduction and Reflexivity: explicating the "Phenomenological Attitude", *Journal of Phenomenological Psychology*, 39, 1-32.

Frederiks, B., & Niemeijer, A. (2011). *De menselijke waardigheid is wel degelijk geschonden*. *Opinie*, De Volkskrant, 31 januari 2011.

Frederiksson, L. & Eriksson, K. (2003). The Ethics of the Caring Conversation. *Nursing ethics*. 10(2), 138-148. Geraadpleegd op 14 juli 2016, van <http://nej.sagepub.com/content/10/2/138.long>

Gilligan, C. (1982). *In a different Voice. Psychological Theory and Women's Development*. Cambridge (Mass.)/London: Harvard University Press. Uit: "Images of Relationship", pp. 24-38 (ELO).

Goodin, R. (1985). *Protecting the Vulnerable: A Reanalysis of Our Social Responsibilities*. Chicago: University of Chicago Press.

Goossensen, A. (2011). *Zijn is gezien worden. Presentie en reductie in de zorg*. Tilburg University. Geraadpleegd op 25 mei 2016, van http://annegoossensen.nl/pdf-oratie_annegoossensen.pdf

Griffin-Heslin, V.L. (2005). An analysis of the concept dignity. *Accid. Emerg. Nurs.* 13(4), 251–257.

Growwork. (2015). *Waardig verhuizen naar het verpleeghuis begint thuis. KWALITEIT VERPLEEGHUISZORG VERBETEREN? BEGIN VÓÓR HET BEGIN! (p.8-10)*. Geraadpleegd op 10 februari 2016, van <https://www.growwork.nl/wp-content/uploads/Kwaliteit-verpleeghuiszorg.pdf>

Hamington, M. (2012). Care ethics and corporeal inquiry in patient relations. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 5(1), 52-69. Geraadpleegd op 9 juni 2016, van http://www.jstor.org/stable/10.2979/intjfemappbio.5.1.52?seq=1#page_scan_tab_contents

Heck, G.L., van. & Stoop, H. (2009). *Vergeet me niet!* Tilburg: Programmaraad Zorgvernieuwing Psychogeriatric.

Heijst, A. Van. (2008). *Iemand zien staan. Zorgethiek over erkenning*. Kampen: Klement.

Heijst, A. Van. (2011). *Professional Loving Care*. Leuven: Peeters.

Hekman, S.J. (1995). *Moral Voices, Moral Selves*. University Park: Pennsylvania State University Press.

Held, V. (2006). *The ethics of care. The oxford handbook of ethical theory*. New York: Oxford University Press New York.

Hutjes, J.M. & Buuren, J.A., van. (1992). *De gevalsstudie: strategie van kwalitatief onderzoek*. Meppel Boom.

Jacelon, C.S., Connelly, T.W., Brown, R., Proulx, K., & Vo, T. (2004) . A concept analysis of dignity for older adults. *J. Adv. Nurs.* 48 (1), 76–83

Jarret, N. & Payne, S.A. (1995). Selective review of the literature on nurse–patient communication: has the patient's contribution been neglected? *Journal of Advanced Nursing*, 22: 72–78.

Johnson, C.W., & Parry, C.D. (2015). *Fostering social justice through qualitative inquiry: a methodological guide*. Left Coast Press: Walnut Creek.

Jones, A. (2003). Nurses talking to patients: exploring conversations analysis as a means of researching nurse-patient communication. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 609-618.

Kenniscentrum Zorginnovatie (2012). *Ondersteuning van mensen met dementie en hun mantelzorgers Handreiking voor zorgverleners. Van thuis naar verpleeghuis*. Rotterdam. Geraadpleegd op 23 februari 2016, van https://www.hogeschoolrotterdam.nl/contentassets/f37c348286564317989f68cf8507fabb/van_thuis_naar_verpleeghuis.pdf

Kittay, E.F. (1999). *Love's Labor. Essays on Women, Equality, and Dependency*. New York: Routledge, 49-73 [Chapter 2].

Koelsch, L.E. (2013). Reconceptualizing the Member Check Interview. *International Journal of Qualitative Methods*, 12, 168-179.

Kohlen, H. (2015) *Feminist ethics* [Persoonlijke informatie, PowerPoint Presentatie]. Geraadpleegd op 24 mei 2016, van <http://www.uvh.nl/mijnvvh/zeb-10-inleiding-zorgethiek-2015-2016/bestanden>

Leget, C.J.W. (2008). *Van levenskunst tot stervenskunst, spiritualiteit in de palliatieve zorg*. Leuven: Lannoo.

Leget, C.J.W., Borry, P. & Vries, R. de. (2009). 'Nobody tosses a dwarf!' The relation between the empirical and the normative reexamined. *Bioethics*, 23(4), 226-35.

Leget, C.J.W. (2013). Analyzing dignity: a perspective from the ethics of care. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 16, 945-952.

Levinas, E. (1971). *Totalité et infini. Essai sur l'extériorité*. Paris: Kluwer Academic

Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage.

Lucassen, P.L.B.J. & Hartman, T.C. (red., 2007). *Kwalitatief onderzoek: praktische methoden voor de medische praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Lochem.

Merleau-Ponty, M. (1945). *Fenomenologie van de waarneming*. Vert. 2009: M. Tiemersma & R. Vlasblom. Amsterdam: Boom.

Monagle, J.F., & Thomasma, D.C. (2004). *Health Care Ethics: Critical Issues for the 21st Century*. Jones & Bartlett Learning. Geraadpleegd op 23 februari 2016, van <https://books.google.nl/books?id=mjqrswV1D4C&pg=PA478&lpg=PA478&dq=intake+ethics+of+care&source=bl&ots=QlAIM9SRbG&sig=iFUH5vbToi8YkOUc0Q09P62PTcY&hl=nl&sa=X&ved=0ahUKEwjlooXm1fTKAhVH1RoKHa4xClgQ6AEIPTAD#v=onepage&q=intake&f=false>

Moustakas, C. (1994). *Phenomenological Research Methods*. Thousand Oaks, C A: Sage.

Noddings, N.(1984). *Caring. A Feminine Approach to Ethics & Moral Education*. Berkeley: University of California Press

Notitie Utrechtse Zorgethiek. (2015). *Utrechtse zorghouders werken visie nader uit*. Geraadpleegd op 16 februari 2016, van <http://zorgethiek.nu/utrechtse-zorghouders-werken-visie-nader-uit>

Oosterveld-Vlug, M.G., Pasman, H.R., Gennip, I.E. van., Vet, H.C. de & Onwuteaka-Philipsen, B.D. (2014). Assessing the validity and intra-observer agreement of the MIDAM-LTC; an instrument measuring factors that influence personal dignity in long-term care facilities. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(17), 1-10.

Paans, W., Müller-Staub, M.M. & Nieweg, M.B. (2013). The influence of the use of diagnostic resources on nurses' communication with simulated patients during admission interviews. *International Journal of Nursing Knowledge*. 24(2).

Patton, M.Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. Sage Publications: London.

Reinier de Graaf (z.d.). *Stijgende lijn patiënten ervaring*. Geraadpleegd op 28 februari 2016, van <https://reinierdegraaf.nl/algemeen/kwaliteit-in-reinier/stijgende-lijn-patient-ervaring/>

Rijksoverheid (2015). *Waardigheid en trots, Liefdevolle zorg. Voor onze ouderen. Plan van aanpak kwaliteit verpleeghuizen*. Geraadpleegd op 12 februari 2016, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2015/02/10/waardigheid-en-trots-liefdevolle-zorg-voor-onze-ouderen>

Robinson, F. (2011). *The Ethics of Care: A Feminist Approach to Human Security*. Temple University Press.

Rogers, A., Karlsen, S. & Addington-Hall, J. (2000). Dying for care: the experiences of terminally ill cancer patients in hospital in an inner-city health district. *Palliative Medicine*:14; 53-54

Rothschild, B. (2004). *Mirror, Mirror: Our Brains are Hardwired for Empathy*. *Psychotherapy Networker*. Los Angeles.

Ruddick, S. (1989, 1995). *Maternal Thinking. Toward a Politics of Peace*, Boston: Beacon Press. Uit de herdruk uit 1995: Preface. *Maternal Thinking Revisited*, pp. xi-xxii.

Slatman, J. (2014) Ethiek belichaamd door de chirurg. *Nederlands Tijdschrift voor Heelkunde*, 23(6), p.50. Geraadpleegd op 16 mei 2016, van <http://www.jennyslatman.nl/wp-content/uploads/2014/02/lichamelijkheid-in-medische-praktijken.pdf>

Smith, J.A. & Osborn, M. (2003). Interpretative phenomenological analysis. In Smith, J.A. (Ed.), *Qualitative psychology: a practical guide to research methods*. London: Sage publications.

Smith, J.A. & Osborn, M. (2007) *Interpretative Phenomenological Analysis*. Geraadpleegd op 16 februari 2016, van http://www.sagepub.com/sites/default/files/upm-binaries/17418_04_Smith_2e_Ch_04.pdf

Swanborn, P.G. (1996) A common base for quality control criteria in quantitative and qualitative research. *Quality and Quantity*, 30, 19-35.

Tillman, R. (2013). Ethical Embodiment and Moral Reasoning: A Challenge to Peter Singer. *Hypatia*, 28(1), 18-31.

Timmermann, M.M.C. (2010). *Relationele afstemming: Presentieverrijkte verpleeghuiszorg voor mensen met dementie*. Utrecht: Lemma

Tjong Tjin Tai, T.F.E. (2006). *Zorgplichten en zorgethiek*. (Thesis). Amsterdam: Amsterdam School for Cultural Analysis (ASCA). Geraadpleegd op 10 mei 2016, van <http://dare.uva.nl/document/2/46956>

Tong, A., et. al. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality of Health Care*, 19(6), 349-357. Advance Press Publication.

Tronto, J. (1993) *Moral Boundaries: A Political Argument For An Ethic Of Care*. New York: Routledge.

Tronto, J. (2013). *Caring Democracy: Markets, Equality and Justice*. New York: New York University Press.

Turner, B.S. (2001) Disability and the sociology of the body. In Albrecht, G.L., Seelman, K.D. and Bury, M. (eds) *Handbook of Disability Studies*. Thousand Oaks: Sage

UMCG (2016). *Goede scores voor UMCG bij onderzoek patiënten ervaringen (CQ-index)*. Geraadpleegd op 28 februari 2016, van [https://www.umcg.nl/NL/Zorg/Professionals/UMCG_verwijsnieuws/Paginas/GoedescoresvoorUMCGbijonderzoekpati%C3%ABntervaringen\(CQ-index\).aspx](https://www.umcg.nl/NL/Zorg/Professionals/UMCG_verwijsnieuws/Paginas/GoedescoresvoorUMCGbijonderzoekpati%C3%ABntervaringen(CQ-index).aspx)

Universitair Medisch Centrum Utrecht (2016). *Onderzoek met de CQ-index*. Geraadpleegd op 28 februari 2016, van http://www.umcutrecht.nl/nl/Ziekenhuis/Ervaringen-van-patienten/Onderzoek-met-de-CQ-index#Wat_is_de_CQ-index?

VanCott, M.L. (1993) Communicative competence during nursing admission interviews of elderly patients in acute care settings. *Qualitative Health Research*, 3(2), 184-208.

Verschuren, P. (2009). *De probleemstelling voor een onderzoek*. Houten: Spectrum.

Visse, M. (2012) *Openings for humanization in modern health care practices*. Proefschrift.

Walker, M.U. (1993). Keeping Moral Space Open. In: *The Hastings Center Report*, (23)2, 33-40.

Walker, M.U. (2007). *Moral Understandings. A Feminist Study in Ethics*. Oxford: University Press.

Wilhelmina Kinder Ziekenhuis (2016). *Ervaringen opname*. Geraadpleegd op 28 februari 2016, van <https://www.hetwkz.nl/nl/Ziekenhuis/Ervaringen-van-patienten/Onderzoek-met-de-CQ-index/Ervaringen-opname>