

# Mensenrechten als handelingskader binnen de residentiële ouderenzorg.

Een kwalitatief onderzoek over hoe  
'waardigheid' en 'autonomie' worden  
gewaarborgd binnen de zorg voor  
ouderen.

**Simone Bootsma**

R0651177

Masterproef aangeboden tot  
het behalen van de graad

MASTER IN HET SOCIAAL WERK EN SOCIAAL  
BELEID

Promotor: Prof. Dr. Anja Declercq

Verslaggever: Karin Hannes

Academiejaar 2018-2019

Word count: 24.757



## Voorwoord

In 2017 maakte ik tijdens mijn vakantiejob in het plaatselijke verzorgingstehuis kennis met de doelgroep ouderen. Een kennismaking die leidde tot een nieuwe passie, namelijk het werken voor, maar vooral mét een bijzondere groep mensen. Ondanks dat deze masterproef gericht is op het verbeteren voor het zorg en welzijn van deze doelgroep, en ik daarmee een prachtig doel voor ogen had, was het niet altijd een makkelijke opgave. Daarom wil ik graag een aantal mensen bedanken, die mij hebben ondersteund en geholpen, in welke vorm dan ook.

Allereerst een dankwoord aan mijn promotor, professor Anja Declercq. Dank voor uw kritische blik, het delen van uw eigen kennis en ervaring, maar vooral voor het zelfvertrouwen dat u mij als student meegaf. Het feit dat ik altijd met vragen bij u terecht kon, maakte het schrijven van de masterproef een enorm plezierig leerproces, waarbinnen ik mijzelf heb mogen ontwikkelen.

Ten tweede ook een bijzonder dankwoord aan de organisatie Sevagram. Een dankjewel aan alle zorgmedewerkers en de teammanager, die zich gedurende dit onderzoek voor mij openstelden en bereid waren om deel te nemen aan dit onderzoek. Jullie input is van onschatbare waarde geweest! Daarnaast dien ik Sevagram ook als werkgever te bedanken. De ruimte die ik kreeg om mijn masterproef naast mijn job te combineren was onmisbaar. Ik besef mij dat ik me gelukkig mag prijzen met een werkgever die dit mij gegund heeft. Een groot dankjewel aan mijn collega's Maatschappelijk Werk. Het was enorm fijn dat ik altijd op jullie kon terugvallen!

Afsluitend zou ik graag mijn ouders en vrienden willen bedanken, voor alle liefdevolle steun die ik heb mogen ontvangen tijdens de stressvolle en drukke periode. Zonder jullie was ik nergens geweest!

Een welgemeende dank u aan allen!

## **Inhoud**

Abstract .....	4
1. Introductie .....	5
1.1 Inleiding.....	5
1.2 Probleemstelling.....	6
1.3 Relevantie onderzoek voor het Sociaal Werk.....	9
2. Theoretisch kader .....	11
2.1 literatuurstudie.....	11
2.2 Leerpunten literatuur .....	32
3. Onderzoeksvragen .....	36
3.1 Hoofdvraag en onderzoeksvraag .....	36
3.2 Deelvragen.....	36
4. Onderzoekskader .....	37
4.1 Onderzoekdesign .....	37
4.2 Onderzoekspopulatie en selectie waarnemingseenheden: Wie observeren? .....	37
4.3 Dataverzameling: Hoe observeren?.....	38
4.4 Analyse-methoden.....	40
5. Contextualisering.....	41
5.1 Organisatorische context .....	41
5.2 De overheidscontext .....	44
6. Resultaten .....	46
6.1 Inleiding.....	46
6.2 Betekenis autonomie en waardigheid .....	48
6.3 Communicatie & Bejegening .....	50
6.4 Zorg .....	55
6.5 Dagbesteding .....	62

6.6 Persoonsgerichte zorg.....	66
6.7 Omgevingsfactoren .....	68
6.8 Gesloten setting & Beperkende maatregelen .....	69
6.9 Reflectie en scholing .....	71
7. Conclusies .....	73
7.1 Waardigheid en autonomie: Geen onbekende begrippen?! .....	73
7.2 Zij die het hardst roepen.....	74
7.3 Persoonsgericht of routinegericht.....	75
7.4 Met oog voor het thuisgevoel.....	78
9. Kritische terugblik.....	80
8. Aanbevelingen.....	83
8.1 Belevingsgerichte taken .....	83
8.2 Faciliteren van het “Wij werken waar zij wonen – principe” .....	84
8.3 Welzijnscoördinator .....	84
8.4 Waardigheid en autonomie voor álle cliënten .....	85
8.5 Met oog voor de omgeving.....	85
8.6 Mag ik even informeren? .....	86
Bronnenlijst: .....	87
Bijlagen: .....	95

## **Abstract**

Deze masterproef focust zich op mensenrechten als handelingskader binnen de residentiële ouderenzorg. Het doel van deze masterproef is om inzicht te krijgen in de huidige situatie en manier van het handelen van professionals binnen de residentiële ouderenzorg, ten aanzien van waardigheid en autonomie. Door een gebrek aan conceptualisering en onderzoek rondom interventies die waardigheid en autonomie van ouderen kunnen stimuleren, zouden waardigheid en autonomie nog onvoldoende verankerd zijn binnen het handelen van zorgmedewerkers. Daarom tracht deze masterproef enerzijds te beschrijven hoe de waardigheid en autonomie van ouderen momenteel worden gewaarborgd binnen de zorg en worden er anderzijds aanbevelingen gedaan ter verbetering van deze waarborging. De centrale onderzoeksvraag luidt 'hoe worden binnen de huidige residentiële ouderenzorg waardigheid en autonomie gewaarborgd?'

Door middel van observaties en interviews is onderzocht hoe zorgmedewerkers hun handelen vormgeven en welke motieven zij hiervoor aandragen. Tevens is er aandacht geweest voor de conceptualisering en betekenisgeving van de begrippen waardigheid en autonomie. Om de focus voor het onderzoek te bepalen, werd gebruik gemaakt van literatuur rondom deze onderwerpen.

Deze masterproef beargumenteert dat de zorgmedewerkers de begrippen waardigheid en autonomie overeenkomstig invullen. Daarnaast wordt geconcludeerd dat de waarborging van autonomie en waardigheid verschillend is per cliënt. Dit verschil komt voornamelijk voort uit de ongelijkheid van zorgzwaarte en vordering van het ziektestadium en heeft betrekking op de overname van de zorg, communicatie en dagbesteding. Ondanks dat er binnen de huidige ouderenzorg meer aandacht is voor het persoonsgericht werken, kan er worden geconcludeerd dat het routinegericht werken over het algemeen toch nog de boventoon voert. Voor de fysieke omgeving geldt dat de ruimten waarbinnen de cliënten zich bevinden nog weinig uiting geven aan de identiteiten van de cliënten. Aanbevelingen worden naar aanleiding van deze conclusies voorgesteld.

# **1. Introductie**

## **1.1 Inleiding**

Momenteel wonen er binnen Nederland 1,3 miljoen mensen die ouder zijn dan 75 jaar. Naar verwachting zal dit aantal tegen 2040 ongeveer verdubbeld zijn (Tweede kamer, 2018). Met de toenemende vergrijzing staat de samenleving voor een aantal uitdagingen betreffende de zorg voor deze ouderen, zowel voor de extramurale als intramurale zorg. Deze masterproef richt zich op deze laatste vorm van zorg. Actiz (2016) beschrijft dat er in 2025 naar verwachting 141.000 cliënten beroep zullen doen op de residentiële verpleeghuiszorg. Dit toenemend aantal gaat gepaard met een structureel tekort aan zorgmedewerkers en vormt daarmee een eerste uitdaging voor de ouderenzorg (Actiz, 2016). Daarnaast is er meer aandacht voor de kwaliteit die wordt geleverd binnen de ouderenzorg, nadat diverse partijen zoals bezorgde mantelzorgers, alarm sloegen in 2016. Hieruit volgde onder andere een lijst van verpleeghuizen die niet aan de kwaliteit voldeden, en een manifest voor betere zorg in verpleeghuizen (Van Campen & Verbeek, 2016). Tevens maakte staatsecretaris Van Rijn in 2016 een aantal verpleeghuizen met naam en toebehoren bekend die volgens de Inspectie van de Gezondheidszorg op diverse vlakken niet voldeden aan de gewenste kwaliteit (Van Campen & Verbeek, 2016). De overheid heeft intussen een aantal beleidsplannen ontwikkelt die het verhogen van de kwaliteit in Verpleeghuizen beogen (Tweede Kamer, 2018). Voorgaande feiten geven aan dat het zowel voor cliënten, betrokken mantelzorgers, organisaties als de overheid waardevol is om te weten hoe het met de kwaliteit in de huidige ouderenzorg is gesteld en op welke manier de kwaliteit waar nodig verhoogd kan worden. Binnen dit onderzoek wordt getracht voorgaande vragen te beantwoorden, door de kwaliteit binnen de residentiële ouderenzorg te benaderen vanuit het perspectief van de mensenrechten.

## 1.2 Probleemstelling

De groeiende ouderenpopulatie wordt beschreven als een meervoudig fenomeen dat haar gevolgen kent op zowel sociaal, politiek, economisch als cultureel vlak (Riekkinen, 2015). De toenemende vergrijzing lijkt zowel een nationale als internationale kwestie. In het regeerakkoord 2017-2021 ‘Vertrouwen in de Toekomst’ geeft het Nederlandse kabinet haar aandacht aan de ouderenzorg door onder andere te stellen “dat ouderen die niet meer thuis kunnen wonen, moeten kunnen rekenen op goede zorg in een verpleeghuis” (VVD, CDA, D66, & ChristenUnie, 2017, p.13). Om deze goede zorg te realiseren wordt 2,1 miljard euro beschikbaar gemaakt. “Kleinschalig, vraaggericht, innovatief, met minder regels en meer vertrouwen in de zorgprofessionals” zijn de speerpunten die het kabinet hanteert om deze goede zorg te waarborgen (VVD et al., 2017, p. 13). Het college van de rechten van de mens (2016) bracht onlangs een rapport uit waarbinnen het denken en handelen vanuit een mensenrechtenperspectief binnen de residentiële ouderenzorg gelijk wordt gesteld aan het streven naar een menswaardig bestaan voor de ouderen. Sleutelbegrippen voor dit menswaardig bestaan zijn autonomie en bejegening (Het college van de rechten van de mens, 2016).

In 1991 werd door de Verenigde Naties “De principes rondom ouderenzorg” opgesteld als internationale beleidsreactie op de groeiende ouderenzorg (Brownie & Horstmanshof, 2012). Deze principes omarmen legitieme mensenrechten zoals “onafhankelijkheid, participatie, zorg, zelfontplooiing en waardigheid”(Brownie & Horstmanshof, 2012, p.776; Van Leuven & De Hert, 2011, p.32). De verenigde naties trachten de mensenrechten op functionele wijzen toegankelijk en toepasselijk te maken, door te streven naar erkenning voor ouderen als zijnde een kwetsbare en volwaardige doelgroep. Toch blijkt de waarborging van mensenrechten voor ouderen nog een uitdaging te vormen binnen de huidige zorg. Volgens Van Leuven en De Hert (2011) valt dit te verklaren vanuit het gegeven dat de huidige instrumenten nog niet toereikend genoeg zijn om de mensenrechten voor ouderen te garanderen. Riekkinen (2014) geeft aan dat er ondanks de toenemende aandacht voor ouderenrechten een gebrek is aan



conceptualisering van de implementatie van deze rechten. Malek en Razzak (2017) stellen dat dit gebrek aan een rechtsinstrument, aangepast op de specifieke behoeften van ouderen, maakt dat ouderen tot op heden een kwetsbare doelgroep zijn binnen de samenleving.

Uit een onderzoek van de mensenrechtencommissie van Noord-Ierland blijkt dat de mensenrechten van ouderen binnen de zorg worden geschaad. Ondanks dat dit niet op systematische wijze gebeurt, zouden de schendingen wel van grote invloed zijn op het welzijn van de ouderen (The Lancet, 2015). Barnett en Hayes (2010) benadrukken dat er, ongeacht hun woonplek, zorg en behandeling, rekening moet worden gehouden met de mensenrechten en fundamentele vrijheden van de ouderen. Dit betekent dat er rekening wordt gehouden met onder andere privacy, geloof en speciale (individuele) behoeften en wensen van de ouderen, met het oog op kwaliteit van leven. Toch blijkt dat er bij veel ouderen sprake is van sociale isolatie, eenzaamheid en depressie, vaak voortkomend vanuit een verlies van autonomie en zelfbeschikking (Brownie & Horstmanhof, 2012).

Ondanks de toenemende aandacht voor mensenrechten, wijzen onderzoeken uit dat deze binnen de residentiële instellingen nog maar minimaal worden gewaarborgd (Barkay & Tabak, 2002; Brownie & Horstmanhof, 2012; Hubbard et al., 2017; Riekinnen, 2014). Enerzijds valt dit te verklaren vanuit een gebrek aan conceptualisering (Hubbard et al., 2017; Malek & Razzak, 2017; Riekinnen, 2014). Zo wordt participatie als recht voor ouderen door juristen niet meegenomen als integraal onderdeel van de wet (Riekinnen, 2014). Over waardigheid als mensenrecht zijn er weinig onderzoeken gedaan die inzicht geven over interventies die de waardigheid van mensen kunnen stimuleren (Hubbard et al., 2017; Zahran et al., 2016). Zahran et al., (2016) benadrukken dan ook het belang van meer onderzoek naar interventies die bijdragen aan de implementatie van waardigheid binnen de ouderenzorg.

Daarnaast worden ouderen in de residentiële instellingen vaak niet meer beschouwd als participatieve deelnemers van de samenleving (Abbott, Fisk, & Forward, 2000). Ouderen worden in het kader van autonomie, in kleine mate betrokken bij de besluitvorming over

bijvoorbeeld hun zorg (Brownie & Horstmanshof, 2012; Van den Wijngaart & Witte, 2015). Bovendien zorgt de opkomst van het Neoliberalere denken voor een grotere nadruk op zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van autonomie. Kwetsbare groepen binnen de samenleving die hiertoe niet meer in staat zijn, neigen te worden verwaarloosd (Hartman, Knevel, & Reynaert, 2006). Ondanks de aandacht voor meer vraaggerichte zorg, werken veel residentiële instellingen nog vaak taakgericht (College van de rechten van de mens, 2015). Uit onderzoek van Helgesen, Larsson, & Athlin (2010) komt voort dat professionals in gesprekken wel aangeven pro-participatief te handelen, maar dat dit in de observaties niet wordt bevestigd.

Voorgaande vaststellingen kunnen problematisch worden bevonden. Zo blijkt uit onderzoek van Barkay & Tabak (2002) dat er sprake is van een positieve correlatie tussen participatie, autonomie en het welbevinden van ouderen. Tevens worden de fundamentele mensenrechten van de ouderen geschonden wanneer participatie en waardigheid, zoals vastgesteld in “De principes rondom ouderenzorg” door de VN (1991), niet worden gewaarborgd. Binnen deze masterproef wordt getracht antwoord te geven op de vraag hoe de mensenrechten van ouderen kunnen dienen als handelingskader voor de zorgprofessionals. De focus ligt hierbij op ‘waardigheid’ en ‘autonomie’. Er is daarbij aandacht voor zowel de conceptualisering als implementatie voor mensenrechten binnen de ouderenzorg.

### 1.3 Relevantie onderzoek voor het Sociaal Werk

Aangezien deze masterproef wordt uitgevoerd in het kader van de Master Sociaal Werk en Sociaal Beleid van de KU Leuven, wordt hier een bondige koppeling gemaakt naar de relevantie van het onderzoek voor het sociaal werk.

De relevantie voor het sociaal werk, kan worden gevonden in het belang van het concept van de universele mensenrechten binnen dit onderzoek. De definitie van het sociaal werk zoals opgesteld door de International Federation of Social work (IFSW), beschrijft het volgende: “Principles of human rights and social justice are fundamental to social work” (Hare, 2014, p. 409). De IFSW stelt dat sociaal werkers de sociale structuren moeten bevorderen, met het oog op veiligheid en ontwikkeling, zodat mensen hun waardigheid kunnen behouden (IFSW, 1996). Volgens Murdach (2011) stellen sociaal werkers zich in het hedendaagse werkveld steeds meer op als beschermer van de fundamentele mensenrechten. Dit leidt in sommige gevallen wel tot een duale missie: Sociaal werkers proberen zowel het welzijn van het individu als dat van de gemeenschap te dienen. Murdach (2011) stelt dan ook dat het van belang is om te focussen óp het individu, en de bredere sociale context hierin mee te nemen. Vanwege de focus op mensenrechten zoals beschreven binnen de internationale definitie (Hare, 2011), zouden sociaal werkers volgens Hawkins & Knox (2014) steeds meer moeten handelen vanuit een mondiaal leiderschap. Sociaal werkers moeten daarom worden opgeleid tot professionals die over kennis beschikken ten aanzien van de mensenrechten en empathisch zijn met het oog op waarden. Sociaal werkers dienen de verantwoordelijkheid te dragen om indien nodig over te gaan tot actie daarmee verandering teweeg te brengen (Hawkins & Knox, 2014). Volgens Hartman et al., (2016) is het de kerntaak van een sociaal werker om op te komen voor de rechten en belangen van kwetsbare doelgroepen, en op deze manier een menswaardig bestaan te stimuleren. Dit maakt sociaal werk een “mensenrechtenberoep” met een sociaal, politiek en ethisch karakter. Hartman et al., (2016) pleiten dan ook voor een integrale inbedding van mensenrechten binnen het handelingskader van het sociaal werk. Daarnaast stellen zij dat sociaal werkers moeten opkomen voor doelgroepen waarbij de

mensenrechten in het gedrang neigen te komen. Onderzoek binnen het sociaal werk over mensenrechten zou volgens Hartman et al., (2016) inzicht geven over hoe mensenrechten hun plaats vinden binnen het sociaal werk, en waar en waarom dit zowel goed of fout gaat.

## **2. Theoretisch kader**

### **2.1 literatuurstudie**

#### ***2.1.1 Het begrip Waardigheid: Betekenis en invulling***

Ondanks het belang van waardigheid binnen de kwaliteit van leven van mensen, is waardigheid een vaag begrip. Volgens Tranvåg, Petersen en Nåden (2013) is het lastig om een eenduidige en concrete betekenis toe te kennen aan het begrip waardigheid. Het onderzoek dat Chochinov (2008) deed naar de definitie van het begrip waardigheid, wat uiteindelijk resulteerde in de conclusie dat waardigheid “verschillende dingen voor verschillende mensen” betekent, is hier volgens hen een goede illustratie van (Tranvåg et al., 2013, p. 861) In de beginselen voor ouderen van de Verenigde Naties (1991) wordt het recht op waardigheid beschreven als “Beginselen die ertoe leiden dat ouderen kunnen leven in waardigheid en veiligheid, en hen vrij laten zijn van uitbuiting en lichamelijke of geestelijke mishandeling” (Van Leuven & De Hert, 2011, p.31). Beschreven wordt dat er sprake moet zijn van een rechtvaardige behandeling, ongeacht leeftijd, ras of etnische achtergrond, handicap, financiële situatie of een andere status. Daarnaast zouden ouderen gewaardeerd moeten worden, ongeacht hun financiële bijdrage (Van Leuven & De Hert, 2011). Waardigheid komt van het latijnse woord ‘dignus’, wat waardig betekent. En dignitas is latijns voor ‘verdienste’ (Matiti, Cotrel-Gibbons & Teasdale, 2007) . Seedhouse (2000) stelt dat waardigheid gaat over het afstemmen van iemands mogelijkheden op basis van de omstandigheden. Matiti et al., (2007) omschrijven waardigheid daarmee als een begrip dat een veranderende invulling krijgt, afhankelijk van context en tijd. Het is omwille van de complexiteit van het concept waardigheid en de waarborging ervan, belangrijk dat er een beschrijving is van hetgeen waardigheid exact omhelst (Tadd, Vanlaere, & Gastmans, 2010).

Waardigheid in de zorg kan worden beschreven als de zorg die het zelfrespect van de oudere bevordert en ondersteunt in plaats van ondermijnt (Dixon, Biggs, Stevens, & Tinker, 2013). Volgens Nordenfelt (2003) en Formosa en Mackenzie (2014) kan er worden

gesproken van twee visies op waardigheid: de eerste vorm van waardigheid richt zich op de waardigheid waar mensen recht op hebben ten aanzien van hun verdiensten. Het is een vorm van waardigheid op basis van gradatie, en deze waardigheid is nooit stabiel (Formosa & Mackenzie, 2014). De tweede vorm van waardigheid, statuswaardigheid (Formosa & Mackenzie, 2014), heeft betrekking op alle rechten die mensen zouden moeten bekomen, gewoonweg om 't feit dat zij mens zijn (Nordenfelt, 2003). Het is een meer stabiele vorm van waardigheid (Formosa & Mackenzie, 2014). Het gaat over bepaalde waarden, die worden getracht te waarborgen in de 'Verdragen voor de rechten van de mens' (Nordenfelt, 2003). Deze invulling van het begrip waardigheid omarmt het idee dat waardigheid van een persoon enkel kan worden behouden in een niet-veroordelende omgeving (Hubbard et al., 2017).

Tadd et al., (2010) spreken over het verschil tussen objectieve en subjectieve waardigheid. Hierin is menselijke waardigheid de objectieve waardigheid, die eenieder mens minimaal toekomt en die men niet kan opdoen of verliezen. Algemene waardigheid, ofwel de subjectieve waardigheid, kan wel worden opgedaan of verloren. Rehnsfeldt et al., (2014) maken onderscheid tussen 'menselijke waardigheid' en 'sociale waardigheid'. Daarbij verwijst de 'menselijke waardigheid' naar een absolute waardigheid, die is gebaseerd op het 'mens zijn'. De 'sociale waardigheid' is de waardigheid die enerzijds voortkomt uit eigenwaarde en zelfrespect, en anderzijds de waardigheid die wordt overgebracht in sociale relaties met anderen (Rehnsfeldt et al., 2014).

Volgens Tracy en Skillings (2007) omvat waardigheid daarmee drie belangrijke componenten. De eerste component richt zich, zoals eerder beschreven, op de menselijke waardigheid en eigenwaarde. De tweede component is de externe component van gedragswaardigheid. Deze heeft betrekking op de gedragingen die mensen vertonen wanneer zij zich wel of niet waardig voelen. Binnen dit aspect zijn de professionals in de zorg volgens Tracy en Skillings (2007) van belang, omdat hun gedrag een rol speelt in de bevordering van waardigheid wanneer mensen dit zelf niet kunnen.

De laatste component wijst op cognitie, en gaat over waar en wanneer mensen zich waardig voelen (Tracy & Skillings, 2007).

Volgens Jacelon, Connelly, Brown, Proulx en Thuy (2004) kan de betekenis van waardigheid worden beschreven op basis van vier verschillende aspecten: het filosofisch aspect, het toekenningsaspect, het gedragsmatig aspect en het ontwikkelingsaspect. Het filosofisch aspect heeft betrekking op de gedachtegang dat aan ieder mens, ongeacht ras, etniciteit of klasse, waardigheid kan worden toegeschreven. Mensen worden ermee geboren en kunnen het verliezen. Waardigheid als toekenning beschrijft het gegeven dat een mens waardigheid kan toekennen aan 'het zelf' middels zelfrespect en trots. Het gedragsmatige aspect sluit hierbij aan, en gaat over de manier waarop het zelfrespect wordt behouden en hoe de normen van een individu worden gewaardeerd. Het gedragsmatige aspect van waardigheid kan worden gesplitst in enerzijds de manier waarop de ouderen zelf hun waardigheid kunnen behouden, maar anderzijds ook over hoe de omgeving in haar handelen de waardigheid kan waarborgen. Volgens de respondenten in het onderzoek van Jacelon et al., (2004) kunnen ouderen hun waardigheid behouden door controle uit te oefenen over de zorg, behandeling en hun resterende tijd. Voor de zorg is het voornamelijk van belang dat professionals aandacht hebben voor een positieve relatie met de ouderen. Daarnaast werden concrete aspecten aangegeven door de respondenten zoals het praten 'met' in plaats van 'over' de bewoners, niet neerbuigend zijn naar de afhankelijke persoon en de persoon behandelen als een gelijke (Jacelon et al., 2004). Tot slotte stelt het aspect van ontwikkeling dat waardigheid en waardig gedrag iets is dat mensen leren gedurende hun leven (Jacelon et al, 2004).

In 2003 deden Tranvåg et al., (2013) een meta-analyse om de belangrijkste aspecten te achterhalen van dementiezorg waarbinnen de waardigheid van mensen wordt gehandhaafd. Het behouden van autonomie en integriteit, komen hierbij duidelijk naar voren. Dit hangt samen met het uiten van compassie naar de persoon, waarbij gestreefd wordt om een gevoel van eigenwaarde bij de cliënt te bewerkstelligen. Een doelbewuste en menselijke omgeving is daarbij een belangrijke randvoorwaarde. Tevens wordt gesteld dat de

menselijke waardigheid moet worden beschermd voor hen die hier zelf geen inzicht meer in hebben.

### ***2.1.2 Waardigheid: In de praktijk***

Volgens Lothian en Philp (2001) verwijst waardigheid naar het zelfrespect van het individu, en de mate waarop het individu gewaardeerd wordt door anderen. De waardigheid komt in de huidige ouderenzorg in het gedrang. Lothian en Philp (2001) geven hierover de volgende concrete voorbeelden: “er is sprake van negatieve interacties tussen personeel en de ouderen, de privacy wordt met regelmaat geschonden en er heerst een algemene tendens van ongevoeligheid voor het aanpassen van de zorg aan de behoeften en wensen van de ouderen” (Lothian & Philp, 2001, P.322). Een eerste struikelblok is dat professionals vaak een negatief beeld hebben over de ouderen. Onderzoek wijst uit dat een negatieve beeldvorming van ouderen zich in de praktijk vaak vertaalt naar onwaardige zorg (Lothian & Philp, 2001).

Er zijn verschillende aspecten die bepalen in hoeverre mensen waardigheid ervaren binnen de ouderenzorg, aldus Tracy en Skillings (2007). Zo is de culturele achtergrond van een persoon van belang, aangezien de toebehorende waarden een individuele invulling geven aan waardigheid. De groeiende culturele diversiteit in de samenleving, maakt het voor professionals daarmee nog ingewikkelder om de waardigheid van de ouderen als individu te beschermen (Tracy & Skillings, 2007). Ook het verleden van een ouderen is medebepalend. Ouderen die slachtoffer zijn geweest van (ouderen)mishandeling of slechte ervaringen hebben met de zorg, zullen zich wantrouwend en teruggetrokken opstellen ten aanzien van de professionals. Het is daarom van belang dat professionals inspelen op een vertrouwensrelatie met de ouderen (Tracy & Skillings, 2007).

Nussbaum (2011) maakt geen onderscheid tussen de twee vormen van waardigheid. Volgens Nussbaum (2011) bekommen mensen waardigheid, op basis van het gegeven dat zij van het menselijk soort zijn en tevens lid zijn van de menselijke gemeenschap. Nussbaum (2011) focust zich in de menselijke waardigheid met name op het



idee dat er sprake is van menselijke bloei, en dat het schadelijk is wanneer anderen deze bloei blokkeren. Om de menselijke waardigheid te waarborgen ontwikkelde Nussbaum (2011) de capaciteitenbenadering. Pirhonen (2014) tracht in zijn artikel de toebehorende capaciteitenlijst tegen het licht van de ouderenzorg te houden.

De capaciteit van leven betreft het kunnen leven van een leven dat de moeite waard is (Nussbaum, 2011) en wordt door Pirhonen (2014) vertaald naar het gegeven dat ouderen mogen kiezen onder welke omstandigheden zij hun leven willen beëindigen. Lichamelijk gezondheid gaat over het kunnen hebben van een goede gezondheid en de bescherming ervan (Nussbaum, 2011). De ouderenininstellingen zouden de gezondheid van de ouderen zo optimaal mogelijk moeten maken, door het bieden van voldoende middelen en diensten ter ondersteuning hiervan. Voorbeelden van deze middelen en diensten zijn medicatie, fysiotherapie en beweeg – en sportmogelijkheden (Pirhonen, 2014).

Lichamelijke integriteit betreft bewegingsvrijheid, veiligheid en de mogelijkheid tot seksuele bevrediging (Nussbaum, 2011). Dit wil zeggen dat er vervoersmogelijkheden aanwezig zouden moeten zijn en dat mensen hun genderidentiteit kunnen uitdrukken bijvoorbeeld door middel van kapsels, kleding en cosmetica (Pirhonen, 2014). Daarnaast zou volgens Pirhonen (2014) geen ouderenmishandeling mogen plaatsvinden, en moet in het kader hiervan ook kritisch worden gekeken naar het toedienen van kalmerende middelen. Daarnaast voegt hij eraan toe dat er een veilige en integere sfeer in de woonvorm moet worden gewaarborgd. Nussbaum (2011) beschrijft het belang van het kunnen uiten van emoties, zoals verdriet, vreugde en angst, en de garantie van de vrijheid van meningsuiting en geloof. Het is belangrijk dat mensen datgene kunnen doen en diegene kunnen zijn, zoals ze dit vanuit thuis zijn gewend, aldus Pirhonen (2014). Hij benadrukt daarom dat dit een goede reden is om de dagbesteding en routines op de wensen van de bewoners te baseren, en niet op de roosters en wensen van de organisatie en professionals. Nussbaum (2011) richt zich ook op de manier waarop gereflecteerd wordt op de achterliggende motieven van keuzes die iemand maakt en zijn levensplanning. Dit betekent

dat ouderen goed moeten worden geïnformeerd over de situatie waarin de ouderen zich bevinden en welke mogelijkheden er eventueel zijn. Daarnaast zouden naasten kunnen worden betrokken, om te informeren over de opvattingen en wensen van een individu (Pirhonen, 2014).

Aansluiting gaat volgens Nussbaum (2011) over de mogelijkheid tot sociale interactie, en de manier waarop deel kan worden uitgemaakt van een gemeenschap. Pirhonen (2014) beschrijft een aantal speerpunten waarmee de aansluiting kan worden gestimuleerd: Zo moet eenzaamheid worden voorkomen en een persoon moet zich kunnen aansluiten bij anderen wanneer hij dat wil. Dit betekent dat gemeenschap moet worden gestimuleerd, door bijvoorbeeld de voorziening van toegankelijke gemeenschapsruimten en gezelschapsruimten (Pirhonen, 2014). Nussbaum (2011) beschrijft daarnaast dat mensen ook in gemeenschap zouden mogen zijn van andere soorten, zoals dieren en planten. Dit betekent dat mensen naar buiten zouden moeten kunnen gaan. Indien dit niet mogelijk is kunnen er eventuele binnentuinen worden aangelegd (Pirhonen, 2014). Ook zouden woonvormen moeten nadenken over het al dan niet verbieden van huisdieren. Zo stelt Pirhonen (2014) dat huisdieren een therapeutische werking kunnen hebben en tevens een thuisgevoel creëren, omdat de instelling het thuis is voor het (gemeenschappelijk) huisdier.

Nussbaum (2011) pleit ook voor de mogelijkheid van mensen tot spelen, lachen en het deelnemen aan recreatieve activiteiten. Een simpele manier om dit te waarborgen is volgens Pirhonen (2014) door de normale routines te doorbreken en plaats te maken voor spontane activiteiten. Als voorbeeld noemt hij 'buiten koffie drinken bij goed weer'.

Controle hebben over de omgeving heeft volgens Nussbaum (2014) zowel betrekking op het hebben van politieke keuzes, als het recht op eigendomsbezit. Dit kan worden gerealiseerd door het voorzien van informatie vooraf aan politieke verkiezingen en het bieden van stemmogelijkheden. Daarnaast is het van belang dat het economisch kapitaal van ouderen wordt beschermd, aldus Pirhonen (2014).

### ***2.1.3 Implementatie waardigheid***

Seedhouse en Gallagher (2002) beschrijven op welke manier zorginstellingen de waardigheid voor de cliënten kunnen waarborgen. Zij stellen enerzijds dat het van belang is om personeel te informeren over de componenten van waardigheid, en dat personeel anderzijds ook wordt aangemoedigd om op deze componenten te reflecteren. Ook empirisch werk over situaties waarbinnen de waardigheid in het gedrang is, kan helpend zijn.

Een manier om te komen tot meer waardigheid binnen de ouderenzorg, is middels de training van professionals over waarden en ethische kwesties (Leino-Kilpi et al., 2003; Lothian & Philp, 2001; Randers & Mattiasion, 2004). Professionals binnen het onderzoek van Jakobsen en Sørli (2010) geven aan dat zij het lastig vinden om met collega's te praten over ethische kwesties, waarbinnen de autonomie en waardigheid van de ouderen worden aangetast. Professionals voelen zich ook niet altijd gehoord wanneer zij kwesties aandragen bij leidinggevende professionals die het protocol van handelen opstellen (Jakobsen & Sørli, 2010).

Dickson, Riddell, Gilmour en McCormack (2017) beschrijven dat de negatieve stereotypering van cliënten van invloed is op de waardigheid en autonomie van de cliënt. De negatieve stereotypering wordt door professionals vaak beantwoord met een paternalistische manier van zorgen. Juist dit handelen maakt dat cliënten zichzelf minder gaan waarderen en zich meer afhankelijk gaan opstellen. Hierdoor ontstaat er een vicieuze cirkel, omdat de cliënt de verwachtingen en perceptie van de professional bevestigt.

Lothian en Philp (2001) geven het belang aan van trainingen voor personeel, om de waardigheid en autonomie te waarborgen. Deze trainingen zouden zich volgens hen voornamelijk moeten richten op het wegnemen van de stigma's en negatieve houdingen tegenover ouderen. Dickson et al., (2017) sluiten zich hierbij aan en stellen daarnaast dat het ook van belang is dat professionals zichzelf leren kennen. Zo zouden professionals moeten weten over zichzelf wat zij inbrengen in de interactie en zorg voor de ouderen. Zo worden zij zich bewust van hun eigen krachten en valkuilen ten aanzien van hun handelen. Tranvåg et al., (2013) wijzen op het belang van

zelfreflectie waarbij een professional kan nagaan wat zijn eigen behoeften zouden zijn in een soortgelijke situatie.

Een oprechte interesse in de cliënt als individu, gecombineerd met een professionele kennis en zorgattitude zijn volgens Tranvåg et al., (2013) essentiële elementen om waardigheidsgerichte zorg voor dementerende ouderen te realiseren. In de praktijk blijken de trainingen bij te dragen aan de visie van personeel ten aanzien van de ouderen; na de trainingen worden dementerende ouderen als ‘uniek’ beschouwd (Lothian & Philip, 2001). Ook Randers en Mattiasion (2004) geven aan dat de attitudes, waarden en normen ten opzichte van de ouderen van invloed zijn op de manier waarop professionals de ouderen benaderen. Het is volgens hen om deze reden essentieel dat de professionals zich kunnen inleven in de ouderen. Dit betekent ten eerste dat professionals kennis hebben van de ziektebeelden van de ouderen, en welke gevolgen deze kunnen hebben op het gedrag. Daarnaast moeten professionals leren luisteren naar de ouderen. Hierbij is het essentieel dat de professionals hun eigen waarden, normen en overtuigingen opzij zetten (Randers & Mattiasion, 2004). Professionals zouden ten alle tijden met respect voor de cliënt moeten handelen, ook wanneer er zich gedragsmatige problemen voordoen die voortkomen uit het ziektebeeld van de ouderen (Tranvåg et al., 2013).

Matiti et al., (2007) geven naar aanleiding van hun onderzoek een aantal handvaten, waarmee professionals binnen de ouderenzorg waardigheid kunnen implementeren in hun handelen. Deze handvaten hebben betrekking op het respecteren van de waarden en privacy van de cliënt. Daarnaast wordt gepleit voor een zero-tolerantie ten aanzien van alle vormen van misbruik. Het is hierbij van belang dat er een makkelijke procedure is omtrent het melden van dit misbruik, aldus Seedhouse en Gallagher (2002). Evenals Seedhouse en Gallagher (2002), hechten ook Matiti et al., (2007) belang aan de reflectie van professionals. Professionals zouden zich voortdurend de vraag moeten stellen op welke manier zij zelf behandeld willen worden. Tevens moeten professionals met elkaar spreken over ethische kwesties en situaties in de zorg.

Om de waardigheid van ouderen te stimuleren, is het belangrijk om oog te hebben voor de identiteit van de cliënt. Voor ouderen die

leven in intramurale instellingen, bestaat er volgens Hubbard et al., (2017) het gevaar dat zij worden ontdaan van hun fysieke en culturele identiteit. Om de aandacht voor deze identiteit te vergroten, wordt er in sommige instellingen gebruik gemaakt van fotodagboeken. De foto's zouden enerzijds helpend zijn voor de ouderen, daar zij herinneringen oproepen. Daarnaast zou ook personeel op deze manier 'de persoon achter de cliënt' beter leren kennen (Kelson, 2006). Op basis van deze interventie, onderzochten Hubbard et al., (2017) hoe foto's op een nachtkastje van de ouderen kunnen bijdragen aan voorname aspecten met betrekking tot het waarborgen van de waardigheid van de ouderen. Geconcludeerd werd dat de foto's bijdragen aan drie belangrijke aspecten die de waardigheid van de ouderen stimuleren. Ten eerste zouden de foto's bijdragen aan het behoud van de identiteit van de ouderen. Zowel de ouderen zelf als de familie gaven aan het gevoel te hebben meer te worden gerespecteerd. Personeel gaf daarnaast aan dat het zien van de foto's het personeel herinnerde aan het individu achter de cliënt. Ten tweede zouden de foto's ook een positief effect hebben op de relatie tussen de professionals en de ouderen. De foto's gaven directe aanknopingspunten tot gesprekken en maakte het eenvoudiger om de connectie aan te gaan met de ouderen. Ten derde werd geconcludeerd dat de foto's ook bijdroegen aan een meer persoonlijke zorg – en woonomgeving. Dit laatste werd zowel door de ouderen als door de professionals als positief ervaren (Hubbard et al., 2017). Randers & Mattiason (2004) concludeerden dat het ook helpend is om een levensloop van de cliënt op te stellen. Deze levensloop zou helpend zijn voor professionals om gedrag te begrijpen en de autonomie van de cliënt te maximaliseren.

Rehnsfeldt et al., (2014) duiden een aantal componenten binnen de ouderenzorg aan, die kunnen bijdragen aan de waardigheid van ouderen. De organisatiecultuur is hierbij een belangrijke factor. Zo stellen Rehnsfeldt et al., (2014) dat een flexibele en open cultuur waarbinnen de ethos zich voornamelijk focust op de waardigheid van de cliënt, kan leiden tot een huiselijke woonomgeving. Het gaat om een heilige omgeving, waarin mensen zich beschermd voelen. Ervaring, relatie en plaats zijn belangrijke speerpunten van 'het concept thuis'. Een valkuil is de routine-gerichte, instrumentale

zorgcultuur; deze is ontworpen met het oog op organisatorische principes, maar niet met het oog op de wensen en behoeften van de ouderen als individu. Een tweede punt Rehnsfeldt et al., (2014) aandragen en aansluit bij de open cultuur van de organisatie, is het principe van ‘een beetje extra’. Dit betekent dat professionals inspelen op de behoeften van de ouderen, door soms een spontaan en onverwachts extraatje te doen toekomen aan de ouderen. Deze gebaren kunnen de overbrugging zijn tussen de universele zorgaspecten die voor eenieder gelden, en de individuele aspecten van de oudere als uniek persoon. Voorbeelden die worden gegeven door Rehnsfeldt et al., (2014) van kleine extraatjes zijn het benoemen dat een patiënt mooi gekleed is of het bakken van een omelet voor de ouderen die dat graag eten.

Ter bewaking van de waardigheid binnen de ouderenzorg, schreef Gastmans (2013) een ethische benadering uit als onderliggende basis voor het handelen van de professionals. Deze benadering kent vier basisprincipes. Principe één betreft het belang van ‘levenservaringen’ in plaats van ‘abstracte principes’. Gastmans (2013) pleit voor meer aandacht van concrete ervaringen uit de zorg, en stelt dat deze concrete ervaringen vanuit een gevoelsmatige visie moeten worden benaderd. Een ethische interpretatie van concrete ervaringen van zowel de cliënt, de cliënt zijn netwerk en professionals, laat zien dat situaties binnen de zorg een complexiteit met zich meebrengen, die niet louter vanuit theorie kan worden benaderd. Een tweede principe richt zich op de ‘interpretatie van dialoog’. Het is volgens Gastmans (2013) van belang dat professionals zich proberen te verplaatsen in standpunten van cliënten en andere betrokkenen wanneer zij hun mening uiten. Daarnaast moeten professionals trachten om de vraag boven te halen, omdat het nooit in één keer duidelijk is wat een persoon nu exact wilt. Het laatste principe is het principe van ‘normativiteit’ en sluit enigszins aan bij het principe van de interpretatie van het dialoog. Volgens Gastmans (2013) is het van belang om de normatieve basis van de zorg op te helderen. Pas dan is het nuttig om zorgpraktijken te evalueren en te optimaliseren vanuit een ethisch oogpunt.

Effectieve interpersoonlijke en organisatorische communicatie is volgens Johnston en Womack (2015) essentieel om de waardigheid

van ouderen binnen de residentiële instellingen te kunnen waarborgen. Gezien het gebrek aan evidence-based kennis over deze communicatie, voerden zij een onderzoek uit om te achterhalen hoe organisaties en professionals de communicatie binnen de organisatie konden verbeteren. Hieruit voortkomend bleek allereerst dat, om de waardigheid van een individu te optimaliseren, het van belang was dat professionals zowel goed luisterden naar elkaar als naar andere bewoners. Beide partijen zouden dienen als goede informatiebron over de behoeften van een bewoner. Daarnaast bleken ook interdisciplinaire evaluatiemomenten van belang. Deze momenten zouden professionals de mogelijkheid geven om samen kritisch te kijken naar de individuele bewoner en zijn/haar zorgplan. Daarnaast bleek dat het samenkomen en dialoog voeren over een cliënt, zorgden voor positieve emoties bij professionals binnen de organisatie en werksfeer. Om zowel de bewoners als hun familie zo goed mogelijk te bereiken, was het effectief om gebruik te maken van verschillende communicatiemiddelen. De zorg moest daarnaast bottom-up worden georganiseerd; professionals zouden zelf de tijd moeten nemen om samen met de bewoner te kijken naar bijvoorbeeld familiefoto's en de bewoner zo goed mogelijk te leren kennen (Johnston & Womack, 2015).

Interactie en communicatie zijn volgens Perrin (1997) voorname behoeften voor ouderen met dementie. Haar onderzoek toont aan dat zorgmedewerkers over het algemeen voldoende interactie hebben met de cliënt gedurende alledaagse taken, zoals bij het naar bed brengen of wassen. Echter stelt Perrin (1997) dat het voor zorgmedewerkers met name een uitdaging is om een gesprek te voeren met cliënten, wanneer de alledaagse taken zijn gedaan. Door de beperkte spraakmogelijkheden en de moeite met begrijpen, voortkomend uit de dementie, zouden zorgmedewerkers vaak niet weten wat zij met de cliënten moeten doen. Het gevolg hiervan is dat zorgmedewerkers zich weer terugstorten op andere taken. Volgens Perrin (1997) is het van belang dat zorgmedewerkers begeleid worden in de mogelijkheden. Uiteindelijk, zo stelt Perrin (1997), zijn de persoonlijke aandacht voor cliënten, waarbij er bijvoorbeeld samen wordt gezongen of gelezen, en de lach van de

zorgmedewerkers gedurende de activiteit, zeer voornamelijk voor de kwaliteit van leven van de cliënt (Perrin, 1997).

#### ***2.1.4 Het begrip Autonomie: Betekenis en invulling***

Autonomie wordt door Het college van de rechten van de mens (2015) aangeduid als een essentieel element voor een menswaardig bestaan. Ook in verschillende politieke (beleids)documenten en beginselen voor het professioneel handelen wordt autonomie beschreven als een voornamelijk aspect (Tadd et al., 2010). Volgens Buijsen (2010) moet autonomie niet worden verward met waardigheid, maar kunnen ze ook niet los van elkaar worden gezien. Buijsen (2010) ziet autonomie voornamelijk als een belangrijk fundament van de mensenrechten. Ook Tracy en Skillings (2007) zien autonomie als een belangrijk aspect van waardigheid, dat haar basis vindt in fysieke onafhankelijkheid en controle over besluitvorming.

Autonomie zou binnen de ouderenzorg wegens verschillende redenen in het gedrang komen: “door ziekte, gebrek aan duidelijke en tijdige communicatie, gedwongen afhankelijkheid door personeel en ontoereikende beslissingsmogelijkheden” (Tracy & Skillings, 2007, p. 303). Autonomie wordt enkel in het Verdrag voor mensen met een handicap (2007) opgenomen als een expliciet recht, maar autonomie dient in andere rechten wel als onderliggende waarde (College van de rechten van de mens, n.d.). Ook Moody (1998) stelt dat autonomie voor ouderen belangrijk is om na te streven, omdat op deze manier de waardigheid van mensen kan worden behouden. Autonomie is een essentieel onderdeel van ‘gezond ouder worden’, aldus Hansen-Kyle (2005). Autonomie uit zich door de mate van zelfbeschikking en omarmt het recht op vrijheid (Het college van de rechten van de mens, 2015). Autonomie gaat over het kunnen kiezen en meebeslissen over de zorg (Hansen-Kyle, 2005). Dabové (2016) sluit zich hierbij aan en beschrijft autonomie als een individueel territorium, waarin eenieder vrije keuzes en beslissingen kan maken. Autonomie is daarmee een fundamenteel recht, dat door wetgeving wordt gewaarborgd (Dabové, 2016). Ondanks dat de Verenigde Naties in het internationale actieplan voor vergrijzing het belang



benadrukken van autonomie in besluitvormingsprocessen, blijkt dat ouderen in verpleeghuizen hun autonomie grotendeels verliezen (Welford, Murphy, Rodgers, & Frauenlob, 2012). Heggestad, Nortvedt, & Slettebø (2013) stellen dat de institutionalisering van ouderen maakt dat ouderen ervaren dat zij niet meer worden gehoord. Het betreft volgens Van den Wijngaart en Witte (2015) voornamelijk de ouderen die moeite hebben met het aangeven van hun wensen en behoeften, en de passieve bewoners van instellingen, die niet worden gehoord door professionals: “Zij richten hun aandacht toch vooral op de ‘beste’ mensen op de afdeling omdat zij daar ook (enige) respons van krijgen” (Van den Wijngaart & Witte, 2015, p. 55). Riekinen (2014) benadrukt het recht van álle ouderen op participatie. Zo stelt zij: “Ook ouderen met dementie heb gevoelens en behoefte aan communicatie” (p. 259). Daarnaast zou het volgens haar tegen het internationale recht zijn, om ouderen met speciale behoeften het recht van deze participatie te onttrekken.

McCormack (2001) omschrijft de waarborging van autonomie van ouderen als een ondersteuning bij het geven van betekenis aan de ouderen hun leven. Het gaat over het optimaliseren van de groeimogelijkheden. Daarnaast is cliëntenparticipatie een bijbehorend aspect, wat betekent dat ouderen worden geïnformeerd en gefaciliteerd in de besluitvorming. Het erkennen van de waarden en normen zijn een belangrijk basisprincipe in het autonomiegericht handelen (McCormack, 2001). Ook Davies, Lorainne, & Laker (2000) zien autonomie als een principe waarbij de cliënt wordt geïnformeerd en waarbinnen er onderhandelingsruimte is over de zorg van de cliënt. Daarbij zouden professionals moeten proberen om de cliënt zo zelfstandig mogelijk te laten functioneren (Davies et al., 2000).

### ***2.1.5 Autonomie: In de praktijk***

Het bewaken van de autonomie van ouderen in instellingen is volgens Sasson (2008) voor professionals vaak een moeilijke opgave. Eén van de redenen die zij hiervoor geeft, is de dubbele doelstelling die professionals behoren na te streven. Enerzijds wordt van professionals geacht dat zij de oudere ondersteunen om

zelfredzaam te zijn. De oudere heeft recht op zelfbeschikking, en moet waar mogelijk zijn eigen keuzes kunnen maken. Anderzijds beschrijft Sasson (2008) het doel waarbij de professional verplicht is om de gezondheid van de oudere te optimaliseren. Dit laatste doel zou in veel gevallen tegenstrijdig zijn met de zelfdeterminatie van de oudere, en vraagt in veel gevallen om een paternalistische houding van de professional. Dworking (1997) ziet deze paternalistische houding als een inmenging in de vrijheid van de oudere. Echter kan deze volgens hem gerechtvaardigd worden, wanneer deze inmenging in de vrijheid het doel heeft om het geluk, de behoeften en waarden van mensen te maximaliseren. Stuart Mill (1973) daarentegen, vindt dat deze inmenging enkel kan worden verrechtvaardigd wanneer deze voorkomt dat mensen schade toebrengen aan anderen (Sasson, 2008).

Veel ouderen blijken nog weinig inspraak te hebben ten aanzien van de geboden zorg. Abbot et al., (2000) stellen dat deze specifieke vorm van participatie een belangrijke bijdrage kan leveren aan de kwaliteit van het zorgaanbod. Er liggen volgens Tracy en Skillings (2007) een aantal uitdagingen voor professionals, om de autonomie van de ouderen te garanderen. Een eerste uitdaging wordt gevormd door het toenemend gebruik van technologieën binnen de zorg. Professionals geven aan vaak meer tijd kwijt te zijn aan het gebruik en oplossen van problemen met de technologische hulpmiddelen. Deze tijd maakt dat er minder ruimte is voor individueel cliëntcontact. Een tweede uitdaging is de fysieke status van de ouderen (Tracy & Skillings, 2017). Deze fysieke status kan zeer snel veranderen, wat maakt dat cliënten plots, aanvaard of gedwongen, afhankelijk zijn van anderen. Het is volgens Tracy en Skillings (2007) van belang dat personeel voldoende is opgeleid om op deze snelle veranderingen in te spelen. Zo kunnen professionals er voor waken dat cliënten waar mogelijk nog invloed kunnen blijven uitoefenen op de zorg. Zo gaan professionals niet aan de cliënt voorbij. Ook fysieke beperkingen kunnen leiden tot een afbreuk van autonomie en waardig. Concrete voorbeelden hiervan zijn dat ouderen met een fysieke beperking niet kunnen krabben wanneer zij jeuk hebben, of de dekens niet kunnen optrekken wanneer zij het koud hebben (Tracy & Skillings, 2007). Het personeelstekort is

volgens Tracy en Skillings (2007) ook een gevaarlijke factor binnen de ouderenzorg. De verhoogde werkdruk die hieruit voortkomt, maakt dat professionals minder tijd hebben voor individueel cliëntcontact. Dit laatste leidt tot een afname van individuele zorg. Daarnaast vormt communicatie een uitdaging volgens Tracy en Skillings (2007). Zo zouden veel professionals vaak langzaam en hard spreken en gebruik maken van verkleinwoorden en eenvoudige taal, vanuit de gedachtegang dat ouderen hen zo beter zullen begrijpen. Echter blijken veel ouderen aan te geven dat zij zich gekleineerd voelen wanneer er op deze manier wordt gecommuniceerd (Tracy & Skillings, 2007).

Rodgers en Murphy (2012) benoemen drie essentiële factoren die bepalend zijn voor de mate van autonomie voor ouderen in de residentiele ouderenzorg: de benadering van zorg door organisaties, persoonsgerichte zorgverlening en levensplannen voor de ouderen. Van den Wijngaart & Witte (2015) geven aan dat ondanks dat de benadering van ‘vraaggerichte zorg’ door veel residentiële woonvormen wordt getracht na te streven, de autonomie van de ouderen niet altijd tot zijn recht komt. De cliënt zou dikwijls niet worden betrokken in beslissingen en professionals handelen onbewust taakgericht. Taakgerichte zorg zou de autonomie van bewoners in residentiële woonvormen beperken. Een benadering die meer zou aansluiten bij de individuele behoeften en wensen van de ouderen, is volgens Manley en McCormack (2008) een persoonsgerichte benadering waarbij medewerkers de tijd nemen om te luisteren naar de ouderen. Rodgers en Murphy (2012) beschrijven persoonsgerichte zorg als een manier van zorgverlening waarbinnen de oudere vanuit een holistische visie wordt benaderd. Volgens McGreevy (2015) gaat het om een benadering waarbinnen de cliënt wordt gezien en er behoud is van de persoonlijkheid van de oudere.

Ook Kelly (2010) stelt dat een persoonsgerichte benadering zal helpen bij dit behoud, zeker omdat de persoonsgerichte benadering minder snel ertoe neigt om mensen met bijvoorbeeld dementie ook te omschrijven met het label “dement”. De persoonsgerichte benadering kent volgens Kelly (2010) een status toe aan mensen, die haar basis vindt in erkenning, respect en vertrouwen. De persoonsgerichte benadering zou daarbij helpen bij het vinden van een evenwicht

tussen zorgbehoeften en zorgaanbod, en stelt empowerment en gedeelde besluitvorming centraal (Eissens – Van der Laan, Van Offenbeek, Broekhuis & Slaets, 2014).

Welford et al., (2012) stellen verder dat een levensplan helpend kan zijn bij het waarborgen van de autonomie van de ouderen. Dit betekent dat er concrete aandacht moet zijn voor de gewoonten van mensen, en hoe zij gedurende hun leven geïdentificeerd wensten te worden. Tutton (2005) stelt daarbij dat een afhankelijke oudere niet direct zijn autonomie hoeft te verliezen, mits hij/zij zich kan identificeren met de keuzes die worden gemaakt. Het is van belang dat professionals de geschiedenis van een persoon kennen, om op basis hiervan de identiteit van de oudere te kunnen erkennen en de zorg zoveel mogelijk hierop aan te passen. Het betrekken van informele zorgverleners, zoals partners, kinderen of burens, is daarom van belang, omdat zij de cliënt en zijn waarden en normen kennen (Boumans, Van Boekel, Baan, & Luijkx, 2018; Reid & Chappel, 2007). Het onderzoek van Reid en Chappel (2007) stelde dat informele zorgverleners vaak niet tot nauwelijks werden geïnformeerd wanneer zorgplannen werden gewijzigd. Het gebrek aan communicatie met informele zorgverleners zou tot gevolg hebben dat zij uiteindelijk ook minder betrokkenheid tonen (Reid & Chappel, 2007).

Tutton (2005) beweert dat het niet zozeer gaat over ‘hoe laat de cliënt wenst gedoucht de worden’, maar wel over de waardering voor bepaalde interesses en belangen van de cliënt. Volgens Heggstad et al., (2013) ligt in voorgaande nog een grote uitdaging voor de ouderenzorg. Volgens hun onderzoek zouden professionals in de ouderenzorg momenteel nauwelijks op de hoogte zijn van subjectieve ervaringen van de ouderen. Professionals zouden zich voornamelijk focussen op een gebrek aan capaciteit voor besluitvorming (Heggstad et al., 2013).

Volgens Brownie en Horstmanshof (2012) zouden er in de huidige ouderenzorg nog te vaak beslissingen worden gemaakt zonder overleg met de betreffende ouderen, waardoor hun autonomie onder druk komt te staan. Volgens Van den Wijngaart en Witte (2015) is de inspraak van ouderen in de residentiele ouderenzorg tamelijk beperkt. Voornamelijk de kansen ten aanzien van concrete

en individuele afspraken over persoonlijke verzorging zouden niet optimaal worden benut. Uit het onderzoek van Zhai en Zong Qiu (2007) blijkt dat ouderen de autonomie in het maken van eigen beslissingen als een belangrijke voorwaarde zien voor hun waardigheid. Het participeren van de ouderen in beslissingen kan bijdragen aan een gevoel van waardigheid en autonomie (Hedman et al., 2014).

Onderzoek van Jakobsen en Sørлие (2010) wijst uit dat professionals binnen de ouderenzorg moeite hebben om de balans van waardigheid en autonomie te vinden. De betrokken professionals binnen het onderzoek geven aan dat zij soms keuzes maken, tegen de wil in van cliënten, om hun waardigheid te bevorderen. Het betreft hier vaak ouderen die zelf, bijvoorbeeld door hun dementie, niet meer in staat worden geacht tot het maken van eigen keuzes (Jakobsen & Sørлие, 2010). Ouderen geven aan dat zij de verzorging en het maken van beslissingen door hun eigen kinderen ook als een voornaam aspect zien (Zhai & Qiu, 2007). Volgens Van den Wijngaard en Witte (2015) is er op dit punt veelal sprake van een spanningsveld, waarbinnen het voortdurend zoeken is of de autonomie van de ouderen wel geheel tot zijn recht komt. Zo wordt in twijfel getrokken of families wel nog goed kunnen inschatten wat een oudere zou wensen, en of bepaalde keuzes worden gemaakt op basis van het belang van de ouderen of vanuit een eigenbelang van de kinderen (Van den Wijngaard & Witte, 2015).

### ***2.1.6 Implementatie waardigheid***

Om de waardigheid en autonomie van mensen te bewaken kan de zorg gebruik maken van de strategie van ‘dignity driven decision making’ (Potera, 2012; Vladeck & Westphal, 2012). Deze strategie omhelst een samenwerkingsrelatie tussen cliënten, hun familie en professionals. Op basis van gesprekken over doelstellingen en wensen wordt er een zorgplan opgesteld (Potera, 2012). Het is een procesmatige manier van werken, waarbinnen diverse betrokken partijen een samenwerkingsrelatie aangaan (Vladeck & Westphal, 2012). De strategie is volgens Vladeck en Westphal (2012) een manier om het principe van Person-centred-care te operationaliseren

en te concretiseren. Door het interdisciplinair karakter, de verschillende visies en de daaruit voortkomende complexiteit, is het van belang dat de professionele deelnemers van het team worden opgeleid en ondersteund door de organisatie. De organisatie moet hiervoor geld en tijd vrij maken door de professionals te helpen met de ontwikkeling van vaardigheden voor samenwerking (Vladeck & Westphal, 2012). Belangrijk is dat binnen de besluitvorming de ervaringen van de cliënt en de familie als voornaamste uitgangspunt gelden (Potera, 2012; Vladeck & Westphal, 2012).

Ook Boumans et al., (2018) stellen dat informele zorgverleners, waaronder familieleden, moeten worden betrokken bij de besluitvorming rondom de cliënten. Tevens zouden zij ook een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de zorg. Om dit faciliterende element te waarborgen, is het wel noodzakelijk om de betrokkenheid van informele zorgverleners te stimuleren (Boumans et al., 2018; Reid & Chappel, 2017). De betrokkenheid van informele zorgverleners kan volgens Boumans et al., (2018) worden aangemoedigd door een verwelkomende houding van personeel naar informele zorgverleners toe. Dit betekent dat zij de informele zorgverleners erkennen als een belangrijke bron van informatie over de cliënt. Tevens dienen formele zorgverleners ook het contact tussen informele zorgverleners en cliënten te stimuleren, aldus Boumans et al., (2018). Zij kunnen hen bijvoorbeeld betrekken bij de planning en deelname aan activiteiten. Deze activiteit kan eenvoudig zijn, zoals 'samen koffie drinken' (Boumans et al., 2018).

Volgens Tutton (2005) zou de nadruk van besluitvorming voornamelijk moeten liggen op samenwerking, het begrijpen van de ouderen en het emotionele welzijn. Uit onderzoek van Helgesen et al., (2010) blijkt dat een vriendelijke, respectvolle en individuele benadering door personeel, ouderen aanmoedigt om zich meer in discussies te mengen en hun mening te uiten. Echter geven zij aan dat deze manier van bejegening nog niet altijd gebeurt. Zo zouden sommige ouderen worden genegeerd en niet worden betrokken in besluitvormingsprocessen. Adams en Granier (2005) benoemen dit als een invaliderende vorm van communicatie. Communicatie is volgens Esanu, Taranu, Chirita en Paraschiv (2016) een belangrijk middel om de waardigheid en autonomie voor ouderen te

optimaliseren. Vanwege hun biologische, psychische en sociale beperkingen, vraagt deze communicatie om een specifieke aanpak. Helgesen et al., (2010) stellen daarom dat teams moeten worden voorzien van een verantwoordelijke, die het gedrag en handelen van de professionals waar nodig kan bijsturen.

Lundberg (2018) heeft onderzocht hoe professionals in de praktijk balanceren tussen autonomie, waardigheid en veiligheid voor ouderen met dementie. Dit onderzoek wees uit dat de autonomie van ouderen vaak conflicteert met hun waardigheid en veiligheid. Lundberg (2018) wijst in zijn onderzoek allereerst op het belang van voldoende richtlijnen en protocollen rondom ethische vraagstukken. Medewerkers dienen ondersteund te worden om de juiste afweging te kunnen maken, daar waar de autonomie van de ouderen onder druk staat. Volgens Lundberg (2018) wordt er binnen veel zorginstellingen gewerkt op basis van wettelijke voorschriften. Echter wijst Lundberg (2018) erop dat wanneer professionals zich enkel baseren op wettelijke richtlijnen, de ethische kwesties niet voldoende aandacht krijgen. Verder stelt Lundberg (2018) dat goede vaardigheden op gebied van communicatie van professionals essentieel zijn. Zo bleek uit de praktijkvoorbeelden dat een motiverende manier van communiceren een goede overbrugging kan zijn om sturing te geven aan situaties waarin de veiligheid en waardigheid van een oudere in het gedrang lijken te komen, zonder dat de oudere daarmee zijn autonomie verliest.

Volgens McCabe (2004) is communicatie een manier waarop professionals de cliënten kunnen laten zien dat zij gehoord worden. Zij onderzocht hoe persoonsgerichte communicatie werd gehandhaafd binnen de ouderenzorg. Vier belangrijke thema's rondom communicatie zijn uit haar onderzoek voortgekomen. Allereerst blijkt dat ouderen ervaren dat professionals vaak nog taakgericht communiceren. Echter zouden ouderen wel graag willen dat professionals meer persoonsgericht communiceren. Daarnaast hebben de ouderen het idee dat de professionals zich meer focussen op het uitvoeren van hun taken, dan met het communiceren met de ouderen. Het onderzoek van McCabe (2004) wees daarbij uit dat ouderen het prettig vinden wanneer zij het idee hebben dat zij worden begrepen en de professionals er voor de ouderen zijn.

Beschikbaarheid van de professional is daarmee een voornaam uitgangspunt. Daarnaast geven de ouderen in het onderzoek aan dat zij baat hebben bij vriendelijke, spraakzame en humoristische professionals. Vooral de humor zou ertoe bijdragen dat ouderen zich veilig genoeg voelen om problemen bespreekbaar te maken. Daarnaast kan humor helpend zijn om hun problemen te relativieren.

Dickson et al., (2017) stellen dat luisteren van belang is om ouderen te voorzien van waardigheid en autonomie. De handeling van luisteren vraagt om betrokkenheid en aanwezigheid, en heeft een therapeutische uitwerking (Fleischer, Berg, Zimmermann, Wüste, & Behrens, 2009). Uit onderzoek van Dickson et al., (2017) blijkt dat er binnen de huidige ouderenzorg weinig persoonsgerichte communicatie is. Dit komt omdat professionals nog veel routinegericht werken. Binnen dit routinegericht werken is er weinig prioriteit voor individuele wensen en waarden van de cliënt. Professionals zouden nog weinig betrokken zijn bij de cliënt. Betrokkenheid wil zeggen dat de professional zich inleeft in de cliënt, aandacht heeft voor zijn normen en waarden, en zich zo verbonden voelt met de cliënt. Deze verbondenheid bewerkstelligt autonomie (Dickson et al., 2017). De relatievorming tussen professional en cliënt blijkt soms tegengewerkt te worden vanuit de opvatting van cliënten dat zij de professionals niet mogen storen, omdat zij te druk zijn. Een continu beoordelingsproces kan leiden naar een dialoog tussen professional, cliënt, en de familie van de cliënt, over de doelstellingen en uitgangspunten van de geboden zorg. Van belang is dat deze beoordeling niet gebeurt vanuit een probleem-georiënteerd paradigma, maar vanuit een paradigma dat zich baseert op doelstellingen die aansluiten bij de waarden en behoeften van de cliënt, geplaatst in een brede context van 'het ouder worden'. Dit vraagt van de professional om een zeer nieuwsgierige instelling en een intrinsieke drang om "de persoon achter de cliënt" te leren kennen. Professionals moeten openstaan voor de ervaringen en verhalen van de cliënt en dit dialoog waarderen. Op basis hiervan kunnen gedeelde prioriteiten en doelstellingen worden opgesteld, met het oog op een zinvol geachte zorginvulling (Dickson et al., 2017).



Dickson et al., (2017) beschrijven een aantal punten waaraan professionals zouden moeten voldoen, om waarde – en autonomiegericht te communiceren met hun cliënten. Allereerst wordt motivatie al basisprincipe beschreven. Dit wil zeggen dat professionals intrinsiek worden gemotiveerd om hun cliënten zo goed mogelijk te leren kennen. Onderzoek van Lundberg (2018) bevestigt het belang van het kennen van de cliënt. Wanneer professionals de cliënt kennen, kunnen zij cliënten makkelijker benaderen en met hen communiceren. Ook zouden professionals volgens Dickson et al., (2017) emotioneel betrokken moeten zijn. Dit betekent dat zij soms het lef moeten hebben om hun rol als professional even opzij te zetten en te reageren vanuit “een menselijke ik”. Professionals zouden daarnaast beschikbaar moeten zijn voor de cliënt, wat zich uit in toegankelijkheid en de bereidheid om naar iemand te luisteren. Nieuwsgierigheid, luisteren en informeren naar de ervaringen van de cliënt zijn daarbij van belang. De professional zou continue zoekende moeten zijn naar feedback. Dit veronderstelt een onderzoekende en kritische houding waarmee de professional voortdurend de vraag stelt of de geboden zorg voldoet aan de wensen, waarden en normen van de cliënt. Dit laatste hangt nauw samen met de vaardigheid tot het flexibel en creatief beoordelen van de feedback van de cliënt. Door samen te onderhandelen met de cliënt, kan de professional trachten om te komen tot gezamenlijke besluitvorming. Dit laatste heeft wel als onderliggende voorwaarde, dat er sprake is van een wederzijds gevoel van veiligheid binnen de relatie tussen de professional en de cliënt (Dickson et al., 2017).

Om de autonomie van de ouderen te bevorderen, is het volgens Boumans et al., (2018) ook helpend om de omgeving waarbinnen de ouderen zich bevinden in te richten met speciale plekken voor ouderen die herinneringen oproepen. Tevens wijst het onderzoek van Boumans et al., (2018) uit dat kleine ruimten en kleinschalige woonvormen, maken dat ouderen en de formele zorgverleners nauwer contact met elkaar hebben. Dit contact zorgt ervoor dat de zorgverleners de ouderen beter leren kennen, waardoor zij meer kennis hebben over de ouderen en daarmee meer kunnen handelen

naar hun persoonlijkheid, wensen en behoeften (Boumans et al., 2018).

## **2.2 Leerpunten literatuur**

### **2.2.1 Waardigheid en autonomie**

De literatuur laat zien dat waardigheid een complex begrip is. Zo blijkt waardigheid afhankelijk van omgeving, context en tijd (Jacelon et al., 2004; Matiti et al., 2007; Tadd et al., 2010). Ook de relatie tussen de zorgmedewerker en de cliënt kan de waardigheid van de cliënt bevorderen (Rehnsfeldt et al., 2014; Tracy & Skillings, 2007). Daar het onderzoek zich richt op het handelingskader van de professional ten aanzien van waardigheid en autonomie, is het de 'sociale waardigheid' (Rehnsfeldt et al., 2014) die centraal staat binnen dit onderzoek. De literatuurstudie wijst uit dat autonomie en waardigheid geen gelijke begrippen zijn, maar dat ze wel sterk met elkaar samenhangen. Zo is autonomie een belangrijk speerpunt om waardigheid te waarborgen (College van de rechten van de mens, 2015; Tracy & Skillings, 2007; Tranvåg, Petersen, et al., 2013).

### **2.2.2 Besluitvorming**

Waardigheid en autonomie omhelzen beiden het belang van inspraak en besluitvorming. Zo zouden ouderen hun waardigheid kunnen behouden door controle uit te oefenen op zorg, behandelingen (Jacelon et al., 2014) en eventueel een levensbeëindiging (Pirhonen, 2014). Nussbaum (2011) stelt dat het daarom noodzakelijk is dat ouderen goed worden geïnformeerd. De autonomie van de cliënt lijkt samen te hangen met het stimuleren van zelfredzaamheid en zelfbeschikking, waarbij de eigen kracht van de cliënt centraal staat. Dit betekent dat ouderen zelf keuzes moeten kunnen maken (Sasson, 2008) of moeten participeren in een gedeelde besluitvorming (Hedman et al., 2014; Zhai & Qiu, 2007). Dit wil niet zeggen dat er voorbij moet worden gegaan aan de geestelijke of lichamelijke achteruitgang die het maken van keuzes eventueel belemmert. Erkenning van de cliënt blijkt een belangrijk element van waardigheid en autonomie. Hierbij is het van belang dat de

zorgmedewerker zich kan inleven in de cliënt (Gastmans, 2013) en tracht de behoeften van de cliënt te achterhalen (Rodgers & Murphy, 2012) in de bredere context van het ouder worden (Dickson et al., 2017). Dit impliceert dat zorgmedewerkers niet routinegericht werken, maar voortdurend het dialoog aangaan met de cliënt om te zoeken naar zijn behoeften en wensen, en dat zij daar vervolgens hun handelen op aanpassen. Routinegericht en/of taakgericht werken lijken een bedreiging te vormen voor de waarborging van autonomie en waardigheid. De dagelijkse routines zouden de aandacht op de cliënt als individu afleiden en ervoor zorgen dat medewerkers onbewust taakgericht handelen (Rodgers & Murphy, 2012). Zo stelt Pirhonen (2014) dat het van belang is dat de invulling van de dag wordt gebaseerd op de wensen en behoeften van de cliënten. Rehnsfeldt et al., (2014) spreken van een ‘open cultuur’ waarbinnen een huiselijke sfeer wordt nagestreefd en de focus ligt op de cliënt. Een voorbeeld waaruit blijkt dat er sprake is van deze open cultuur, is dat er ruimte is voor een spontaan extraatje.

### ***2.2.3 Communicatie***

Communicatie komt als voornaam aspect naar voren binnen de waarborging van waardigheid en autonomie. De manier van communiceren kan zowel recht als afbreuk doen aan waardigheid en autonomie. Zo dient de communicatie niet neerbuigend te zijn en is het van belang dat er met de ouderen wordt gepraat, in plaats van over de ouderen (Jacelon et al., 2014). De communicatie dient daarnaast begrijpelijk te zijn voor de ouderen. In de praktijk zou er vaak gebruik worden gemaakt van verkleinwoorden en eenvoudige taal, maar het onderzoek van Tracy en Skillings (2007) geeft aan dat ouderen aangeven zich gekleineerd te voelen wanneer zij zo worden aangesproken. In het onderzoek zal er daarom aandacht zijn voor de communicatie tussen zorgmedewerkers en cliënten. Hierbij is het van belang om te onderzoeken of de communicatie aansluit bij een persoonsgerichte manier van communiceren: worden cliënten geïnformeerd of hebben zij keuzemogelijkheden met betrekking tot dagelijkse handelingen, is er (één-op-één) contact tussen de professional en de ouderen buiten de zorgtaken om, verloopt de

communicatie vriendelijk en met respect, is er sprake van humor? Voorgaande aspecten die zijn passend binnen het persoonsgericht communiceren, en bevorderen daarmee de autonomie en waardigheid van de cliënt (Jacelon et al., 2004; Lothian & Philp, 2001; McCabe 2004; Perrin, 1997). Binnen het communicatieproces is ook het luisteren naar de cliënt van belang om de waardigheid en autonomie te bevorderen. Zo wordt beschreven dat zorgprofessionals zich moeten kunnen inleven in de cliënt (Dickson et al., 2017; Manley & McCormack, 2008; Gastmans, 2013). Daarnaast zouden professionals actief op zoek moeten gaan naar feedback van de cliënt, bijvoorbeeld door te vragen of de geboden zorg aan de wensen voldoet (Dickson et al., 2017).

#### ***2.2.4 Identiteit***

De identiteit van de cliënt als persoon is een terugkerend aandachtspunt. De literatuur beschrijft onder andere het gevaar van stigmatisering. Een negatieve beeldvorming is een valkuil voor waardige zorg (Lothian & Philp, 2001). Daarnaast lijkt het erop dat negatieve beeldvorming leidt tot een paternalistische manier van zorgen, waarbij er enkel oog is voor de onbekwaamheden van de ouderen en weinig oog voor de eigen kracht. Dickson et al., (2017) wijzen op de vicieuze cirkel die hierdoor ontstaat: Door te focussen op de onbekwaamheden, is er minder zelfwaardering, en zullen ouderen zich meer afhankelijk gaan opstellen. In het onderzoek zal er daarom worden gelet op de mate van overname van de totale zorg en of deze voor iedere cliënt gelijk is. Bij eventuele overname van zorg of besluitvorming, is het van belang dat deze overname aansluit bij de gewoonten van mensen en dat deze tevens passend is bij hoe de cliënt zich wenst te identificeren (Welford et al., 2012). Hierbij is het van belang dat er erkenning is voor de persoon achter de cliënt. Overname van de zorg zou kunnen worden gelegitimeerd, wanneer dit het zelfrespect van de ouderen bevordert (Dixon, et al., 2013), wanneer het de doelstelling heeft om de behoeften en waarden van mensen te maximaliseren (Dworking, 1973), of wanneer het voorkomt dat mensen schade toebrengen aan andere (Sasson, 2008). In het onderzoek is het dus de vraag in hoeverre er sprake is van

overname van de zorg, waarom deze overname er is en of deze overname van de zorg aansluit bij de identiteit van de persoon.

### ***2.2.5 Reflectie***

Tot slot wordt in de literatuur aangegeven dat er ruimte dient te zijn voor reflectie. Hierbij kunnen zorgmedewerkers met elkaar praten over de ethische kwesties en situaties, waarbij de waardigheid en autonomie van de cliënt bijvoorbeeld onder druk staan (Matiti et al., 2007; Seedhouse & Gallagher, 2002). De vraag is daarom of er reflectiemomenten zijn en in welke mate er dialoog wordt gevoerd over ethische kwesties tussen de professionals onderling. Bij deze dialoogvoering is het volgens Seedhouse en Gallagher (2002) van belang dat de zorgmedewerkers op de hoogte zijn van de componenten die bijdragen aan waardigheid. Dit laatste impliceert dat er binnen de organisatie een duidelijke afbakening is van het begrip waardigheid, daar zoals eerder beschreven, het begrip waardigheid complex is.

### **3. Onderzoeksvragen**

#### **3.1 Hoofdvraag en onderzoeksvraag**

De hoofdvraag binnen dit onderzoek is:

- ‘Op welke manier kan het universeel mensenrecht ‘Waardigheid’ als handelingskader dienen binnen de residentiële ouderenzorg?’

Om te komen tot een antwoord op deze hoofdvraag, is het van belang om inzicht te krijgen in de huidige situatie binnen de residentiële ouderenzorg. De hoofddoelstelling van dit onderzoek is daarom:

- ‘Inzicht krijgen in de huidige situatie en manier van het handelen van professionals binnen de residentiële ouderenzorg, ten aanzien van waardigheid en autonomie’.

Een passende onderzoeksvraag bij deze hoofddoelstelling is:

- ‘Hoe worden binnen de huidige residentiële ouderenzorg waardigheid en autonomie gewaarborgd?’

#### **3.2 Deelvragen**

- Hoe geven de betrokken professionals betekenis aan de waardigheid en autonomie van de bewoners?
- Hoe worden bewoners van de residentiële ouderenzorg betrokkenen bij alledaagse besluitvorming rondom de geboden zorg?
- Hoe verloopt de communicatie tussen de professionals en de ouderen?
- Op welke manier wordt er invulling gegeven aan de dag?

Voor bijbehorende topics wordt verwezen naar bijlage 1 en bijlage 2.

## **4. Onderzoekskader**

### **4.1 Onderzoeksdisegn**

Het onderzoek is van kwalitatieve aard en heeft een explorerend karakter. Gezien de methoden die gebruikt worden voor de dataverzameling, kan er worden gesproken over een participatief actieonderzoek. Het onderzoeksdisegn voldoet namelijk aan een aantal overeenkomende kenmerken. Zo wordt het onderzoek ingezet om een sociale verandering teweeg te brengen (Small, 1995). Binnen dit onderzoek wordt gekeken in hoeverre de mensenrechten binnen de huidige residentiële ouderenzorg dienen als handelingskader, om uiteindelijk een aantal aanbevelingen te kunnen geven ter verbetering. Een tweede overeenkomst is dat de kennis van de waarnemingseenheden, in dit geval de zorgmedewerkers, ook wordt meegenomen in het onderzoek door middel van kwalitatieve interviews (Small, 1995). De data komt dus niet louter voort vanuit de kennis en visie van de onderzoeker, maar wordt ook afgestemd met, en aangevuld door de waarnemingseenheden zelf. Dit laatste impliceert dat er wordt gewerkt vanuit een paradigma, dat ervan uit gaat dat de sociale wetenschap niet waardevrij is. Het onderzoek is daarmee constructivistisch van aard (Mortelmans, 2013).

### **4.2 Onderzoekspopulatie en selectie waarnemingseenheden: Wie observeren?**

De onderzoekspopulatie betreft alle zorgprofessionals in Nederland, die werken binnen de residentiële ouderenzorg in een psychogeriatrische setting. Het betreft professionals die direct betrokken zijn bij de zorg van de cliënt. Aangezien het niet mogelijk is om de gehele populatie te bevragen, wordt er een steekproef getrokken.

De selectie van de waarnemingseenheden is reeds gebeurd, en heeft plaatsgevonden middels een gerichte steekproef. Dit wil zeggen dat de steekproef op voorhand is beredeneerd (Baarda et al., 2013). Er is voor gekozen om de dataverzameling te laten plaatsvinden binnen de organisatie Sevagram. Sevagram is een ouderenzorgorganisatie in Nederland, en beschikt over diverse locaties voor ouderen. De specifieke locatie betreft een psycho-

geriatrie afdeling van Sevagram. Binnen deze setting hebben allereerst de observaties plaatsgevonden. De waarnemingseenheden zijn zowel de ouderen die wonen binnen de psychogeriatrische afdeling, als de betrokken zorgprofessionals. Vervolgens zijn nog vijf respondenten geselecteerd en uitgenodigd voor een interview. De selectie van deze respondenten gebeurde doelgericht. Er is geprobeerd om een heterogene groep samen te stellen. De waarnemingseenheden zijn op basis van hun functie geselecteerd. De realiserende steekproef bestaat uit: één leerling verzorgende, één eerste verantwoordelijke verzorgende, één mbo-verpleegkundige, één zorgcoördinator/hbo-verpleegkundige en één zorgondersteuner.

### **4.3 Dataverzameling: Hoe observeren?**

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden, werd ervoor gekozen om te starten met een participerende observatie. Dit is een methode van dataverzameling waarbij waarnemingen worden gedaan, terwijl de onderzoeker deelneemt aan het leven in de natuurlijke context van de onderzoekseenheden (Roose & Meuleman, 2014). De zorgmedewerkers werden vooraf aan de observaties geïnformeerd over de aanwezigheid van de onderzoeker. Hierbij werd een bondige beschrijving gegeven van het thema van het onderzoek, maar er werd geen informatie gegeven over de exacte focus van de observaties. Dit laatste is typerend voor een gedeeltelijk verborgen onderzoek (Roose & Meuleman, 2014). De nadruk tijdens de aanwezigheid binnen de afdeling lag dan ook niet zozeer op participeren maar op het observeren. Dit betekent dat het voor de waarnemingseenheden duidelijk is dat er sprake is van een buitenstaander en met welke reden deze er is (Mortelmans, 2013). Er werd in totaal vierentwintig uur geobserveerd. De observaties vonden in tijdsblokken van maximaal twee uur plaats. De observaties die hebben plaatsgevonden waren semi-gestructureerd. Dit betekent dat er vooraf aan de observatie een topiclijst is opgesteld (Baarda et al., 2013), maar dat er gedurende de observaties ook ruimte is geweest om van deze topics af te wijken. De topics werden opgesteld op basis van de literatuur, en zijn terug te vinden in bijlage 1. Het voordeel van het werken met de topics, is dat er op voorhand al een focus werd bepaald. Deze focus biedt de onderzoeker structuur, en



vermindert de kans dat kleine onderdelen over het hoofd worden gezien, terwijl ze op basis van de literatuur wel aandacht behoeven (Baarda et al., 2013). Gedurende de observaties werd daarmee deductief gewerkt (Swanborn, 2006). Getoetst werd in hoeverre de literatuur strookte met de realiteit.

Naar aanleiding van de observaties en de daaruit voortkomende resultaten en tussentijdse conclusies, werd ervoor gekozen om de dataverzameling uit te breiden met een vijftal diepte-interviews. Kenmerkend voor dit type interviews is dat zij op zoek gaan naar de diepere betekenis van gedrag vanuit het perspectief van de waarnemingseenheden (Roose & Meuleman, 2014). Net zoals bij de observaties, werd opnieuw gekozen voor een semigestructureerde vorm. Hierbij liggen een aantal vragen op voorhand vast, maar is er voor de onderzoeker ook een mogelijkheid om af te stappen van de volgorde en indien nodig verder door te vragen op bepaalde antwoorden (Baarda et al., 2013). Het voordeel hiervan is dat er ruimte is voor zowel ‘content mapping’, waarbij in kaart kan worden gebracht welke aspecten van belang zijn in de ogen van de respondent, en ‘content mining’, waarbij er dieper kan worden ingegaan op de betekenisgeving van de respondent (Roose & Meuleman, 2014). Voor de topiclijst die werd gebruikt tijdens de interviews, wordt verwezen naar bijlage 2.

Een voordeel van de gekozen de observatiemethoden, is dat feitelijk gedrag kan worden vastgelegd aangezien dit onderzoek zich richt op het handelen van de zorgmedewerkers. Mensen zijn zich namelijk niet altijd bewust van hun eigen handelen of geven, al dan niet bewust, een vertekend beeld van de werkelijkheid (Baarda et al., 2013). Een beperking van observaties is echter dat achterliggende motivaties voor bepaald gedrag niet zichtbaar zijn (Baarda et al., 2013). Daarom is ervoor gekozen om de observaties aan te vullen met interviews. Het combineren van twee onderzoeksmethoden is een vorm van datatriangulatie. Het voordeel van datatriangulatie is dat het de validiteit van het onderzoeksmateriaal versterkt en de kans op een systematische vertekening beperkt (Baarda et al., 2013). Eén van de valkuilen die observaties met zich meebrengen, is dat de onderzoeker verkeerd interpreteert of te snelle conclusies trekt naar aanleiding van hetgeen dat hij ziet (Baarda, et al., 2013; Mortelmans,

2013). Observaties zijn nooit geheel objectief (Roose & Meuleman, 2014). Door na de observaties de interviews te houden, is er sprake van een mogelijkheid tot ‘member checking’, waarin respondenten kunnen reageren op tussentijdse conclusies (Baarda et al., 2013).

#### **4.4 Analyse-methoden**

Gedurende de observaties zijn er ‘scratch notes’ gemaakt. Dit zijn snelle en ongestructureerde notities die gedurende de aanwezigheid kunnen worden genomen (Roose & Meuleman, 2014). Deze nota’s dienden ter ondersteuning van de uitgebreide observatienota’s, die na ieder observatiemoment werden vastgelegd. De observatienota’s zijn een uitgebreide en feitelijke verslaglegging van de geobserveerde gebeurtenissen (Roose & Meuleman, 2014). Nadat de verslaglegging compleet was, is ervoor gekozen om de observaties te coderen. Er werd gestart met een open coderingsproces, dat als functie heeft om meer structuur in de onderzoeksgegevens aan te brengen (Mortelmans, 2013). In de volgende stap is er axiaal gecodeerd. Hierbij wordt gezocht naar verschillende observaties verband houden met elkaar (Roose & Meuleman, 2014). In de laatste analysefase werd middels selectief coderen gezocht naar de verbanden tussen de kernconcepten (Mortelmans, 2013; Roose & Meuleman, 2014).

De interviews die werden afgenomen zijn volledig getranscribeerd. In verband met de anonimiteit van de respondenten, is besloten deze schriftelijke weergaves niet toe te voegen in de bijlagen. De interviews zijn na het transcriberen op dezelfde wijze gecodeerd zoals de verslaglegging van de observaties. Het proces van open coderen, axiaal coderen en selectief coderen werd opnieuw doorlopen. Vervolgens werden de resultaten en tussentijdse conclusies van de observaties opnieuw herzien en aangevuld.

## **5. Contextualisering**

### **5.1 Organisatorische context**

#### ***5.1.1 De organisatie***

Om data te verzamelen en te komen tot het beantwoorden van de onderzoeksvraag, werd ervoor gekozen om het onderzoek uit te voeren binnen de organisatie Sevagram. Sevagram is een ouderenzorgorganisatie in Nederland en bevindt zich in het zuiden van de provincie Limburg. Sevagram beschikt over twintig zorginstellingen, bestaande uit zorgcentra, een revalidatiecentrum, drie hospices en een zorgboerderij (Sevagram, n.d.). Specifiek werd het onderzoek uitgevoerd binnen een psychogeriatrische afdeling van Sevagram. Binnen deze afdeling wordt de dienst psychogeriatric met behandeling geleverd aan ouderen met dementie. De dienst wordt aangeboden door een multidisciplinair team met diverse behandelaren. De specialist ouderengeneeskunde is de behandelend arts (Sevagram, n.d.). Opname binnen deze verpleeghuisafdeling valt binnen de Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (Bopz), die zich o.a. richt op mensen met een psychogeriatrische aandoening, bijvoorbeeld dementie (Rijksoverheid, n.d.).

#### ***5.1.2 Missie en visie***

Sevagram kent als organisatie een overkoepelende missie en visie, die iedere instelling eigen dient te maken. De organisatie spreekt ook wel over ‘het merk Sevagram’. Dit merk heeft 4 globale speerpunten: 1) Betrokken, 2) Gepassioneerd, 3) Innovatief en 4) Resultaatgericht. Een belangrijk uitgangspunt is dat er wordt gedaan wat wordt gezegd, om op deze manier een positieve naamsbekendheid en sympathie te ontwikkelen bij (toekomstige) klanten.

De missie van Sevagram, geeft een indruk waar Sevagram voor staat. De kernwaarden worden benoemd in een drieluik. Het eerste luik richt zich op het zijn van een betrouwbare partner in de ouderenzorg. Het tweede luik gaat over het organiseren en regisseren

van flexibele zorg op maat. Het derde luik beschrijft de wil van Sevagram om een aantrekkelijke zorgorganisatie te zijn voor alle betrokken; cliënten, familie, medewerkers en vrijwilligers. De missie wordt nagestreefd door kwalitatief goede zorg – en gemaksdiensten te bieden tegen een eerlijke prijs. Daarnaast wordt getracht het zorgaanbod vanuit een integrale visie te organiseren. Het handelen van zowel medewerkers als vrijwilligers dient ten alle tijden de kwaliteit van leven van de cliënt te optimaliseren. Plezier en engagement in het werk zijn de voornaamste uitgangspunten om dit te bewerkstelligen. Daarbij worden ontplooiingsmogelijkheden aan de medewerkers en vrijwilligers geboden (Sevagram, n.d.).

Sevagram tracht middels de visie een krachtig en concreet antwoord te bieden op de vraag: Hoe zien wij onszelf in de wereld van morgen? De visie bepaalt daarmee de richting en zet aan tot een bundeling van energie, met het oog op ontwikkelingen in de ouderenzorg. Sevagram staat voor een visie van kwaliteit van leven die aansluit bij het levensstadium en de behoeften van de cliënt. Dit wordt bewerkstelligt door een samenwerking van betrokken en deskundige medewerkers. Dit zou ertoe moeten leiden dat zowel cliënten, familie, medewerkers en vrijwilligers gezien worden en zich thuis voelen (Sevagram, n.d.).

### ***5.1.3 Planetree***

Om de missie en visie van Sevagram te realiseren en te versterken, wordt er binnen Sevagram gebruik gemaakt van het Planetree-concept. Planetree biedt Sevagram handvaten om mensgerichte zorg te kunnen bieden. Het planetree-concept is een idee van Angelica Thieriot, en beoogt zorgorganisaties te ontwikkelen die het beste van een hotel, ziekenhuis en huis doen samenkomen. Planetree beroept zich daarmee op drie uitgangspunten: Betere zorg, een helende omgeving en een gezonde organisatie. Deze uitgangspunten zijn omgezet in 12 componenten, die een organisatie zou moeten nastreven:

1. Menselijke interactie en liefdevolle bejegening
2. Eigen keuze en verantwoordelijkheid door informatie en educatie

3. Uitstekende behandeling en zorg
4. Gezond eten, drinken en bewegen
5. Aanvullende zorg en zingeving
6. Menswaardige technologie
7. Architectuur en interieur leveren bijdrage aan gezondheid en heling
8. Vrienden, familie en gemeenschap spelen een positieve rol
9. Tevreden cliënten
10. Tevreden en gemotiveerde medewerkers
11. Gezonde financiële resultaten
12. Goede marktposities en relaties met belanghebbende (Sevagram, n.d.)

Het plantreeconcept is een cliëntgerichte aanpak. Organisaties die zich aansloten bij het werken middels Planetree, ontwikkelde verschillende manieren om zo cliëntgericht mogelijk te werken. Voorbeelden hiervan zijn het betrekken van familie in de verzorging van cliënten, het betrekken van cliënten en familie in de ontwikkeling van beleid en inzage geven aan cliënten en familie in rapportages (Frampton, 2009). De voorgaande 12 componenten zijn in samenspraak met zorgverleners, organisaties en zorgdeskundigen van over de hele wereld verfijnd tot 51 specifieke criteria die samen het Plantetree Label vormen. In februari 2018 werden alle 19 zorgcentra, hospices en de GRZ kliniek van Sevagram voorzien van een gerenommeerd internationaal kwaliteitskeurmerk (Raad van Bestuur, 2017).

#### ***5.1.4 Waardigheid en trots***

Staatssecretaris Van Rijn presenteerde in 2015 zijn plan ‘Waardigheid en Trots, liefdevolle zorg voor onze ouderen’. Binnen dit rapport staat verbetering van de kwaliteit van verpleeghuiszorg centraal. Het plan omschrijft het begrip waardigheid als “Zorg die aansluit bij de wensen en mogelijkheden van de cliënt, met warme betrokkenheid van familie en naasten” (Van Rijn, 2015, p. 2).

Het begrip ‘trots’ refereert aan de beroepstrots van betrokken verzorgenden, verpleegkundigen en behandelaars (Van Rijn, 2015).

Sevagram ontwikkelde op basis van, en aansluitend bij dit plan vier speerpunten om de zorg te verbeteren:

1. Focus op persoonlijke interesse en welbevinden: In 2018 is er gestart met het project 'Waardig Verhuizen'. Binnen dit project wordt getracht een warme overdracht te verzorgen tussen thuisituatie en verpleeghuis (Sevagram, n.d.). Door in een vroegtijdig stadium kennis te maken met de cliënt en zijn/haar wensen, wilt men een betere afstemming op individuele wensen en ondersteuning mogelijk maken (Raad van Bestuur, 2017).

2. Integraal georganiseerd activiteiten aanbod: Dit speerpunt richt zich op een betere betrokkenheid van Activiteitenbegeleiders in het zorgproces.

3. Function focused care: In 2018-2019 start Sevagram met de inzet van Function Focussed Care. Deze methodiek wordt ingezet om een transitie te bewerkstelligen in het zorgproces van zorgen vóór de cliënt naar zorgen mét de cliënt. Het doel is om de autonomie en zelfredzaamheid en autonomie van de cliënten te bevorderen en tevens de achteruitgang zoveel als mogelijk te beperken.

4. Deskundigheidsbevordering personeel (Raad van bestuur, 2017)

## **5.2 De overheidscontext**

### ***5.2.1 Kwaliteitskader verpleeghuiszorg***

Op 13 januari 2017 presenteerde het Zorginstituut Nederland het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Dit kader dient als een wettelijke basis voor de kwaliteit van de verpleeghuiszorg. Centraal binnen dit kwaliteitskader staat dat de cliënt als vertrekpunt wordt gezien.

Dit betekent dat de cliënt enerzijds bepaalt hoe zorgverleners en zorgorganisaties liefdevolle en optimale bijdragen kunnen leveren aan de kwaliteit van leven, anderzijds is het ook de cliënt die de resultaten van deze bijdragen bepaalt. Verder is er binnen het kwaliteitskader ruimte voor leren en verbeteren en er is oog voor de samenstelling van personeel. Het kwaliteitskader houdt zowel

rekening met de zorg op micro, meso – en macroniveau; het focust zich op de cliënt, de medewerker en randvoorwaarden van de organisatie en op toezicht en verantwoording voor zorgkantoren en samenleving. Het kwaliteitskader heeft een integraal model ontwikkeld met een dynamisch en ontwikkelingsgericht karakter (Zorginstituut Nederland, 2017).

Binnen het kwaliteitskader geldt personsgerichte zorg en ondersteuning als eerste belangrijk criterium. Binnen dit criterium worden vier thema's onderscheiden:

1. Compassie
2. Uniek zijn
3. Autonomie
4. Zorgdoelen (Zorginstituut Nederland, 2017, p.11).

### **5.2.2 Kwaliteitsbudget**

Voortkomend uit het kwaliteitskader verpleeghuiszorg heeft de overheid extra gelden beschikbaar gemaakt voor de verpleeghuizen. Voor het jaar 2019 gaat dit om een totaalbedrag van 600 miljoen euro. Dit bedrag wordt onderverdeeld tussen zorgaanbieders in de vorm van een kwaliteitsbudget (Zorgenz, 2018). Op basis van een concreet kwaliteitsplan wordt een budget toegekend aan de zorgaanbieder. Het bedrag is echter niet vrij te besteden. Zo is de landelijke richtlijn dat zorgaanbieders 85% van het budget dienen te besteden aan extra inzet van zorgpersoneel. Daarnaast mag 15% van het budget worden besteed aan overige inzet, zoals technologie, deskundigheidsbevordering en productiviteitsverbetering (Actiz, 2019; De Jonge, 2018).

## **6. Resultaten**

### **6.1 Inleiding**

In dit hoofdstuk worden de resultaten besproken naar aanleiding van de observaties en interviews. Allereerst wordt er beschreven welke betekenis en invulling zorgmedewerkers zelf geven aan de begrippen autonomie en waardigheid. Deze betekenisgeving zou een belangrijke rol kunnen spelen in de verklaring van het handelen van de zorgprofessionals. Daarnaast wordt in de literatuur beschreven dat autonomie en waardigheid complexe begrippen zijn (Chochinov, 2008; Tranvåg et al., 2013). De vraag daaruit voortkomend is of de invulling van de begrippen verschilt per zorgmedewerker of dat deze over het algemeen overeenkomsten kent.

Gedurende de observaties is er gekeken naar de communicatie en bejegening van zorgmedewerkers naar de cliënten toe. In de interviews is vervolgens gevraagd naar de achterliggende gedachtes en motieven voor deze manier van communiceren. De literatuur rondom waardigheid en autonomie wijst uit dat communicatie een belangrijke rol speelt in de waarborging ervan. Onder andere wordt er beschreven dat zorgmedewerkers persoonsgericht zouden moeten communiceren: met aandacht voor het individu, vriendelijk, respectvol en met humor (Dickson et al., 2017; Lothian & Philp, 2001; McCabe 2004).

Daar routinegericht werken een grote valkuil is voor de waarborging van autonomie en waardigheid (Pirhonen, 2014; Van den Wijngaart & Witte, 2015), werd er gedurende de observaties ook gekeken naar de structurering van de dag en hoe deze tot stand kwam. Een belangrijk vraagstuk hierbij was of de daginvulling werd aangepast aan de (individuele) behoefte van de cliënt en of er ruimte was voor spontane activiteiten. Daar er na de observaties tussentijds werd geconcludeerd dat de invulling van de dag een aantal kenmerken bevatte van het routinegericht werken, werd hier in de interviews ook aandacht aan besteed. De achterliggende vraag over waarom dit routinegericht werken plaatsvindt werd verder uitgediept. Naar aanleiding van de literatuurstudie waarin wordt beschreven dat er sprake moet zijn van een flexibele en open cultuur (Rehnsfeldt et al., 2014), werd onderzocht hoe zorgmedewerkers de



afdelingscultuur ervaren en of zij daarbij het gevoel hebben dat er ruimte is voor spontaniteit. Daarnaast kregen zorgmedewerkers de vraag gesteld wat zij verstaan onder persoonsgericht werken en wat zij ervoor nodig hebben om deze manier van werken toe te passen.

Aansluitend op het al dan niet routinegericht werken, werd er gedurende de zorgmomenten geobserveerd in hoeverre er sprake was van keuzemogelijkheden voor de cliënten. Tevens werd gekeken of cliënten werden geïnformeerd. In de interviews werd gevraagd hoe zorgmedewerkers de keuzes bij cliënten laten liggen en zij vinden dat er voldoende keuzemogelijkheden zijn voor de cliënten. Zowel het bieden van keuzes aan de cliënt als het verstrekken van informatie om die keuzes te kunnen maken, zijn beiden van belang voor de waarborging van autonomie en waardigheid (Hedman et al., 2014; Nussbaum, 2010; Sasson, 2008; Zhai & Qiu, 2007) .

Een ander punt heeft betrekking op de besluitvorming. Gedeelde besluitvorming is voordeliger voor de waarborging van zowel autonomie als waardigheid (Dickson et al., 2017; Eissens – Van der Laan et al., 2014; Hedman et al., 2014; Zhai & Qiu, 2007). Er werd onderzocht op welke manier zorgmedewerkers proberen de besluitvorming zoveel mogelijk door, of samen met de cliënt te doen. Daar er in de observaties geen aanwijzingen waren dat informele zorgverleners werden betrokken bij besluitvorming rondom de zorg, werd hier in de interviews nog aandacht aan besteed. Het betrekken van informele zorgverleners kan namelijk bijdragen aan het behoud van de identiteit van de cliënt (Boumans et al., 2018; Reid & Chappel, 2017).

Daar het ook van belang is dat zorgmedewerkers hun handelen aanpassen aan de behoeften en identiteit van de cliënt (Dickson et al., 2017), werd gekeken in hoeverre zorgmedewerkers informeren naar de tevredenheid van de cliënt gedurende de zorg en hoe zij trachten te komen tot gezamenlijke besluitvorming. Daarnaast werd in de interviews gevraagd in hoeverre zorgmedewerkers op de hoogte zijn van de identiteit van de cliënt. De meest prominente zorgmomenten – de ochtendzorg, avondzorg en maaltijdzorg – worden in dit hoofdstuk uiteengezet, met de focus op de hierboven beschreven aandachtspunten.

Ook komt de dagbesteding apart aan bod, aangezien dit één van de manieren is om waardigheid van de cliënten te waarborgen (Nussbaum, 2011). In de observaties werd gekeken welke activiteiten er tussen de zorgmomenten plaatsvinden. In de interviews werd aanvullend gevraagd hoe het activiteitenaanbod tot stand komt en op welke manier zorgmedewerkers proberen om hier een individueel aanbod te creëren. Tevens werd er gefocust op mogelijkheden tot spontane activiteiten, die kenmerkend zijn voor het doorbreken van een routinematige manier van werken (Pirhonen, 2014).

Omdat omgevingsfactoren van invloed kunnen zijn op de waardigheid en autonomie van de cliënt, werden deze ook meegenomen gedurende de observaties. Hierbij is er gekeken in hoeverre de identiteit van de cliënten tot uiting komt binnen de omgeving, bijvoorbeeld door de aanwezigheid van persoonlijke spullen (Hubbard et al., 2017). In de interviews werd hierop doorgevraagd en werd gekeken hoe medewerkers proberen de fysieke omgeving dusdanig vorm te geven, dat deze tegemoet komt aan de waardigheid en autonomie van de cliënten. Ook wordt er binnen dit hoofdstuk nog kort aandacht besteed aan de gesloten setting van de afdeling waarbinnen de observaties plaatsvonden en de andere beperkende maatregelen, die mogelijk van invloed zijn op de autonomie en waardigheid van de cliënten.

Ten slotte wordt er binnen dit hoofdstuk beschreven op welke manier zorgprofessionals reflecteren op de thema's waardigheid en autonomie. In de interviews werd gevraagd of er ruimte is voor reflectie en op welke manier zorgmedewerkers reflecteren of het dialoog aangaan over ethische kwesties.

## **6.2 Betekenis autonomie en waardigheid**

Het begrip waardigheid wordt in de literatuur omschreven als een complex begrip, dat geen eenduidige beschrijving kent (Tranvåg et al., 2013). Zo zou de invulling van waardigheid verschillend zijn per persoon (Chochinov, 2008). Tadd et al., (2010) stellen daarom dat het van belang is dat er een beschrijving wordt gegeven van het begrip waardigheid. Gedurende de interviews werden de zorgmedewerkers bevraagd over hun invulling van het begrip waardigheid en hoe zij dit implementeren in de zorg. Alle

zorgmedewerkers geven aan dat zij waardigheid zien als ‘het kijken naar het individu en zijn gewoontes, normen en waarden’. De waarborging van waardigheid betekent volgens zorgmedewerkers dat de voorgeschiedenis van cliënten moet worden meegenomen in de geboden zorg. De zorgmedewerkers stellen dat er op deze manier respect wordt getoond voor de cliënt als persoon, en een persoon zo in zijn waarde wordt gelaten. De zorgmedewerkers geven aan dat zij de ouderen moeten benaderen als volwaardig persoon, en niet enkel als cliënt of patiënt. Eén van de zorgmedewerkers zegt hierover het volgende:

*“Toch je inleven in de mensen. Iedereen heeft toch een eigen achtergrond. Vaak wordt het toch wel vergeten dat de mensen ook een jeugd hebben gehad, en gewerkt hebben, en een gezin hebben gehad en whatever”.*

De betekenis die de zorgmedewerkers hiermee geven aan het begrip waardigheid, sluit aan bij de ‘sociale waardigheid’ die volgens Rehnsfeldt et al., (2014) voortkomt uit eigenwaarde en zelfrespect en kan worden overgebracht binnen sociale relaties. Ook Tranvåg et al., (2013) omschrijven waardigheid als een oprechte interesse in het individu als een element van waardigheid. Jacelon et al., (2004) beschrijven dit aspect van waardigheid als het gedragsmatige aspect, waarbij het gaat om de manier waarop het zelfrespect van cliënten wordt behouden en hoe normen van het individu worden gewaardeerd.

Buijsen (2010) en Tracy en Skillings (2007) beschreven dat waardigheid en autonomie niet los van elkaar kunnen worden gezien, en dat autonomie een belangrijk aspect is van de waardigheid van mensen. De zorgmedewerkers lijken dit te bevestigen. Zij geven aan dat autonomie van de cliënt van belang is, om de waardigheid van cliënten te waarborgen. Autonomie wordt door de respondenten beschreven als het stimuleren van de zelfredzaamheid, zelfstandigheid en eigen regie van de cliënten. De respondenten geven daarbij aan dat het van belang is dat cliënten gestimuleerd en gemotiveerd worden om zo veel als mogelijk zelf te kunnen doen in de dagelijkse zorg.

*“Euh, het zelfbeschikkings, euh, recht. Eigenlijk het, het, de zelfstandigheid, het zelf mogen beschikken, het zelf mogen euh.. euh.. regie voeren. Dus dat stukje. En dat dat niet zomaar wordt overgenomen, of euh weggevaagd.”*

De invulling die de zorgmedewerkers geven aan het begrip autonomie, strookt met de beschrijvingen uit de literatuur, waarin autonomie wordt beschreven als een mate van zelfbeschikking, keuzemogelijkheden en de vrijheid tot meebeslissen (Hansen-Kyle, 2005; Het college van de rechten van de mens, 2015). Eerder onderzoek van Jacelon et al., (2004) laat zien dat inspraak en controle betreffende de zorg en behandeling inderdaad een manier is om de waardigheid van mensen te behouden.

### **6.3 Communicatie & Bejegening**

Uit de interviews blijkt dat zorgmedewerkers het van belang vinden om in gesprek te blijven met de cliënt, om zo de autonomie en waardigheid van de cliënt te waarborgen. Er wordt aangegeven dat zij door te communiceren veel informatie kunnen ophalen, die kan worden toegepast in de alledaagse zorg. Zo zegt één van de medewerkers hierover:

*“In gesprek blijven met de cliënt. Daar haal je heel veel informatie uit over wat kunnen ze zelf, wat kunnen ze niet zelf, wat versterkt hun, waar zijn ze zwak in en daar heel goed op inspelen.”*

De zorgmedewerkers geven aan binnen de communicatie niet enkel de focus te leggen op de verbale communicatie, maar ook letten op de non-verbale communicatie:

*“Maar ja, euh, bij sommige cliënten, die kunnen dat zelf niet meer aangeven. Maar dan zie je wel een bepaalde mimiek.”*

Uit de observaties blijkt dat de meeste communicatie tussen de cliënt en de zorgmedewerker plaatsvindt gedurende de zorgmomenten. Enerzijds is er tijdens de zorgmomenten een

taakgerichte vorm van communicatie, waarbinnen de zorgmedewerker instructies geeft over handelingen om de zorg te kunnen leveren. Anderzijds zien we dat er tijdens de zorgmomenten ook informele gesprekken worden gevoerd. Deze bevinding sluit aan bij het onderzoek van Perrin (1997), waarin werd vastgesteld dat er voldoende interactie is tijdens alledaagse taken. Tussen de zorgmomenten door vindt er ook interactie en communicatie plaats tussen de zorgmedewerker en de cliënt. Deze communicatie is echter aanzienlijk minder. Opvallend hierbij is dat de communicatie tussen de cliënt en de zorgmedewerker afhankelijk lijkt van het ziektebeeld van de cliënt: hoe beperkter de cliënt in spraak, des te minder communicatie er plaatsvindt tussen de zorgmomenten door. Dit verschijnsel werd eerder ook beschreven in het onderzoek Van den Wijngaart en Witte (2015), waarbij werd gesteld dat “de ‘beste’ mensen op de afdeling de aandacht krijgen, daar zij ook respons teruggeven” (p.55). In de interviews bevestigen verschillende zorgmedewerkers dat er met name wordt gecommuniceerd met de mensen die verbaal nog sterk zijn. Eén van de medewerkers geeft aan dat zij niet weet hoe om te gaan met cliënten van wie zij weinig respons krijgt. Zo zegt ze hierover:

*“Want ja, die vrouw kan ik niet benaderen, en ik euh, ik ben eigenlijk altijd, euh, ik wil toch proberen om toch nog iets, een respons te krijgen. En als ik die niet krijg, ja dan, dan, loop ik tegen een wand. Dan denk ik van ja, wat moet ik daar nu mee. En dan leid ik mezelf dan weer af, eigenlijk is dat wel zielig want dan laat ik haar in de steek, dan ga ik naar een andere cliënt. Dat is eigenlijk ook niet goed, in principe euh ja, eigenlijk fout (...) En dat vind ik, dan bijvoorbeeld mw. (naam cliënt), dat is een vrouw, daar kun je een oneindig gesprek over 100.000 dingen houden, die is ook, ook hierboven heel pienter. En dat vind ik eigenlijk, daar kun je tenminste eigenlijk nog een gesprek mee hebben, daar krijg je nog wat van terug hè. Want ja, zo de mensen waar je niets van terugkrijgt, ja dat vind ik dan wel moeilijk.”*

Voorgaande impliceert dat het voor zorgmedewerkers niet altijd duidelijk is hoe zij om moeten gaan met communicatie en

bejegening. Uit de literatuurstudie kwam voort dat goede vaardigheden op gebied van communicatie inderdaad belangrijk zijn voor zorgprofessionals (Esanu et al., 2016; Lundberg, 2018)

Uit de observaties blijkt dat de bejegening van de cliënt veelal gepaard gaat met humor. Humor zou volgens McCabe (2004) helpend zijn om problemen van ouderen te relativiseren. De humor wordt met name ingezet om bepaalde “ongemakkelijke” situaties te sussen. Zo proberen zorgmedewerkers in situaties waarbij schaamte een rol speelt, de cliënt gerust te stellen middels humor en zelfspot.

**Observatie:** “We gaan u nog even verschonen, goed?”, zegt de medewerker. De cliënt blijkt incontinent. De cliënt geeft aan zich hiervoor te schamen. De medewerker zegt: “Dat is helemaal niet nodig. Als u eens wist waar ik allemaal last van heb”. De cliënt moet hierom lachen.

We zien daarnaast dat humor ook vaak wordt ingezet wanneer een cliënt boos of ontevreden is. Een eventuele valkuil die daarbij zou kunnen ontstaan, is dat de cliënt zich onbegrepen voelt. Onderstaand voorbeeld uit de observatie geeft daar een voorbeeld van:

**Observatie:** “Zuster, ik wil iets doen”, roept een cliënt. De medewerker zegt: “Er was eigenlijk wandelen, maar door het slechte weer gaat dat niet door helaas”. De cliënt draait zich weg van de medewerker. De medewerker zegt op een lollige toon: “We kunnen een spelletje doen? pesten?”. De cliënt zucht en loopt weer weg. De medewerker zegt: “Anders moeten we maar met de tenen spelen”. De cliënt reageert hier niet op en loopt naar de gang.

*“Je moet je ook kunnen inleven, empathie kunnen tonen naar de mensen”,* zegt één van de zorgmedewerkers op de vraag hoe bejegening en communicatie bijdragen aan de waarborging van waardigheid. In de observaties wordt gezien dat de medewerkers gedurende de zorgmomenten empathie en medeleven tonen. Tevens informeren zij met regelmaat naar de beleving van de cliënt of hoe de cliënt de zorg ervaart. Deze beleving wordt met name afgetast

wanneer er zich voor de cliënt onprettige situaties voordoen, bijvoorbeeld wanneer er bloed moet worden geprikt of iemand met een passieve tillift een transfer maakt. Inleven in de cliënt zou een belangrijk onderdeel van communicatie en bejegening zijn, waarmee de autonomie en waardigheid van de cliënten kunnen worden geoptimaliseerd (Dickson et al., 2017; Gastmans, 2013; Manley & McCormack, 2008).

De cliënten worden op verschillende manieren aangesproken door de medewerkers. In de meeste gevallen worden de cliënten aangesproken bij hun achternaam. Soms wordt een cliënt ook bij zijn voornaam genoemd. Opvallend is dat er dikwijls gebruikt wordt gemaakt van koosnamen. In een enkel geval zien we dat de cliënten de medewerkers ook aanspreken met koosnamen. Er wordt binnen de communicatie ook gebruik gemaakt van verkleinwoorden. Volgens Tracy en Skillings (2007) zou het gebruik van verkleinwoorden en eenvoudige talen, ertoe leiden dat ouderen zich gekleineerd voelen. In de interviews wordt echter gesteld dat het voor sommige cliënten nodig is dat er gebruik wordt gemaakt van eenvoudige taal en dit daarom ook bewust wordt gedaan:

*“Met de ene ga je toch, kinderlijker om, of ja, kinderlijker niet, maar.. kinderlijker of, hè, toch op een ander niveau praten dan als je iemand hebt waarvan je weet dat ie je begrijpt als je iets uitlegt. En het ligt natuurlijk aan de manier hoe hè. Je moet toch meer in ‘Jip en Janneke-taal’. Kijk, onze bewoners hè, omdat ze dementerend zijn begrijpen ze dat beter dan als ik weet ik wat voor een woorden gebruik.”*

Wanneer cliënten onrustig gedrag vertonen, wordt hier op verschillende manieren op gereageerd. In de meeste gevallen wordt het onrustige gedrag niet gecorrigeerd door de medewerkers. Medewerkers gaan wel vaker mee in de beleving van de cliënt. Daarnaast wordt het onrustig gedrag soms genegeerd door medewerkers. Tijdens de interviews geeft één van de zorgmedewerkers aan zich af te sluiten voor onrustig gedrag aan de hand van een voorbeeldcasus:

*“Ja en dan hebben we nu dan een mevrouw die is ocharm, constant aan het schreeuwen. Toen ik het de eerste keer hoorde dacht ik, oe het gaat me door merg en been. Maar op een gegeven moment, heel stom euh, maar dan sluit je je ervoor af. En dat ja, dat doe je eigenlijk ook voor jezelf. Ja, innerlijk word je daar eigenlijk ook onrustig van. Dat je denkt van, hè, bah. Dat voelt, dat werkt me dan wel eens op het gevoel. En dan sluit ik me maar ervoor af en dan denk ik, ja niet luisteren en opeens euh, ja dan hoor ik het ook niet meer.”*

Gedurende de observaties werd één keer gesignaleerd dat een zorgmedewerker een cliënt probeert gerust te stellen.

**Observatie:** Eén cliënt vertoont al een lange tijd onrustig gedrag. De cliënt zit te neuriën en maakt harde geluiden. De cliënt heeft een knuffel in de handen. De cliënt trippelt onrustig heen en weer in de rolstoel. De cliënt zit zo al enige tijd, maar medewerkers hebben er nog niet op gereageerd. Eén medewerker stapt op cliënt af. De medewerker gaat tegenover de cliënt zitten. De medewerker pakt de handen van de cliënt vast. De medewerker streelt de handen en probeert de cliënt te kalmeren: “Shht... Doe maar rustig”. De medewerker pakt een boekje en bladert dit vervolgens samen met de cliënt door.

Agressief gedrag wordt door de zorgmedewerkers wel gecorrigeerd. Dit gedrag vindt met name plaats wanneer er één-op-één verzorging is in de ochtend of avond. Zorgmedewerkers spreken cliënten aan op hun gedrag, wanneer zij verbaal of non-verbaal agressief gedrag vertonen. Hierbij wordt er fysiek contact gemaakt, bijvoorbeeld door een hand van een cliënt even vast te houden. Daarnaast wordt ook humor gebruikt om de cliënt tot bedaren te brengen.



## 6.4 Zorg

### 6.4.1 Ochtendzorg

De meeste cliënten worden in de ochtend verzorgd tussen zeven en 11 uur. De volgorde van verzorging wordt in overleg gedaan door de medewerkers. Wat bij de volgorde van de ochtendzorg een rol speelt, is dat sommige cliënten met twee medewerkers moeten worden verzorgd en andere door één medewerker. Uit de observaties blijkt nergens dat er rekening wordt gehouden met de cliënten die bijvoorbeeld graag willen uitslapen. Cliënten die nog zelfstandig kunnen opstaan, hebben hier wel de vrijheid toe. We zouden in dit geval dus kunnen spreken van een routinematige manier van werken, daar de manier van werken voornamelijk op organisatorische principes is gebaseerd in plaats van op de behoeften van de cliënt (Rehnsfeldt et al., 2014). ). Bij de ochtendzorg wordt niet gevraagd aan cliënten of zij al willen opstaan. Er wordt met andere woorden geen dialoog aangegaan om de wensen en behoeften van de cliënt te achterhalen, wat passend zou zijn bij een persoonsgerichte manier van werken (Dickson et al., 2017; Pirhonen, 2014). Toch wordt in de interviews aangegeven dat er momenteel wel voorbeelden zijn van deze persoonsgerichte manier van werken. Eén van de zorgmedewerkers geeft hierover het volgende voorbeeld:

*“Meneer (naam) is dan het ultieme voorbeeld. Die wilt niet voor twaalf uur verzorgd worden, die wilt graag uitslapen. Die gaat altijd pas rond twee of drie uur slapen, dus die slaapt ook altijd zo lang. En dan gaan we kijken van oké, dan gaan we daarop verder. Dan wordt ie in de avonduren mee gedoucht, of, in ieder geval zoals het hem uitkomt. Dat is nu het omdenken wat we nu met het team moeten gaan doen, met de nieuwe cliënten die nu binnen komen.”*

Toch wordt in de interviews door de meeste zorgmedewerkers wel erkend dat deze persoonsgerichte manier van werken nog een uitdaging is binnen de huidige zorg. Eén van de zorgmedewerkers schetst een casus, waarbij de zorg – ondanks verzet van de cliënt –

toch wordt doorgezet. De zorgmedewerker geeft aan dat het routinematig werken hier de boventoon voert:

*“Leg het haar uit he, vraag haar de dingen, en dan zie je dat ze daarop reageert. Reageert ze niet bijvoorbeeld, of met verzet, want dat vind ik echt een item met de ochtendzorg bijvoorbeeld, dat ik zeg, nou dan ga weg op dat moment. Als je merkt van, mevrouw wilt niet verzorgd worden, dat ze gewoon nog de deken vasthoudt of zelf met het hoofd aangeeft hè, dan geef haar die ruimte en accepteer het. Euh, en dan zal je ook zien, als je die mevrouw daarna gaat verzorgen en ze staat er wel voor open, dat het gewoon veel fijner verloopt. En ook voor jezelf uiteindelijk. Maar in eerste instantie ook voor haar. En dat is, vind ik, nog een zwak punt op, binnen het team hè waarmee we nu werken, dat ik denk van, nou hé. Er wordt maar gedacht, de mensen moeten verzorgd en gewoon het rijtje aflopen of het rijtje wat men gewend is, en dan niet kijken van hé, wie ligt er nu in dat bed? Zo van, ik vind zelf ook altijd, ga bij mw. (Naam) al eens naar binnen het 's ochtends, probeer eens te kijken of ze al wakker is, of maak haar een beetje wakker, zet de gordijnen een beetje open en geef dan aan van, ik ga eerst naar iemand anders hè, dan kunt u al een beetje wakker worden en ik kom dadelijk bij u terug, klein lampje aan, en als je dan terug gaat en je ziet dan dat ze al wakker is en ook op je reageert waardoor euh, de zorg ook veel beter gaat.”*

De overname van de ochtendzorg is verschillend per cliënt. De meeste cliënten krijgen toezicht en ondersteuning gedurende de zorg. Sommige cliënten krijgen de keuze of zij wel of geen hulp willen bij het wassen en aankleden. De zelfredzaamheid van de cliënten ten aanzien van de zorg wordt waar mogelijk gestimuleerd.

**Observatie:** De medewerker vraagt of de cliënt zichzelf wast of dat zij zal helpen. De cliënt zegt “Ik kan dat zelf, maar als jij helpt gaat dit sneller”. De medewerker laat de keuze aan de cliënt: “Zeg maar wat u wilt”. De cliënt geeft aan het zelf te doen.

In sommige gevallen is er sprake van een totale overname van de zorg. De cliënten worden in dat geval op bed gewassen en voorzien van nieuw incontinentiemateriaal. Vervolgens worden de cliënten aangekleed. Met behulp van een lift worden de cliënten daarna uit bed getild. Deze overname van de zorg gebeurt enkel bij de meest afhankelijke cliënten die door hun ziektebeeld niet meer in staat zijn om zichzelf te wassen. Daarmee kan deze overname van zorg worden gelegitimeerd (Dixon et al., 2013). De totale overname van zorg brengt een bepaald spanningsveld met zich mee. Zo liggen de cliënten tijdens de wasbeurten meestal geheel naakt op bed, ook wanneer dit geen directe meerwaarde heeft. Dit laatste zou kunnen worden geïnterpreteerd als een schending van de lichamelijke integriteit (Nussbaum, 2011), of een schending van privacy (Barnett & Hayes, 2010).

**Observatie:** Wanneer de medewerker terug is, wordt de deken van de cliënt afgetrokken. De cliënt wordt geïnstrueerd om te draaien. Er zijn spullen gepakt om de haren te wassen. De cliënt ligt op bed en de bak met water wordt onder het hoofd gezet. De haren van de cliënt worden gewassen. De cliënt liggen intussen naakt op het bed zonder deken.

Ondanks dat er gedurende de interviews niet naar voorgaande observatie is gevraagd, geeft één van de zorgmedewerkers dit wel aan als aandachtspunt ten aanzien van waardigheid.

*“Dan heb je iemand uitgekleeft en liggen ze poedelnaakt in bed. En dan toch daar een handdoek over leggen. Want kijk, ja de schaamte van de mensen die wij verzorgen is groter als die van ons. Wij leren gewoon om daarmee om te gaan, maar ja, vroeger was dat niet hè.. Dat zijn toch van die dingen, waar je ja, toch aan moet denken. En ondanks dat de mensen dementerend zijn, dat ze toch volwassen zijn hè. En daar dan ook zo mee omgaan hè.”*

### 6.4.2 Avondzorg

In tegenstelling tot in de ochtend bij het opstaan, krijgen de cliënten in de avond wel de keuze voorgelegd om te gaan slapen. De avondzorg vindt plaats vanaf ongeveer zeven uur. Daar waar gedurende het eerste observatiemoment in de avond alle cliënten in bed lagen voor negen uur, was dit bij het tweede moment rond tien uur. In sommige gevallen worden cliënten uiteindelijk toch naar bed gebracht, ondanks dat zij weerstand blijven bieden. Het betreft in dit geval de meest zorgbehoefte cliënten, waaruit zou kunnen worden opgemaakt dat deze misschien niet meer in staat worden geacht tot het zelf maken van eigen keuzes (Jakobsen & Sørli, 2010). Opnieuw is er ook hier onderscheid met betrekking tot de overname van zorg. De cliënten die nog transfers kunnen maken, worden naar het toilet begeleid. De zorgmedewerker laat de cliënt hier even alleen, zodat de cliënt naar het toilet kan gaan. Vervolgens wordt de cliënt al zittend op het toilet geholpen met uitkleden en wordt de pyjama aangetrokken. Soms kiest een cliënt deze pyjama zelf uit, soms wordt de pyjama door de medewerker gepakt. Wanneer de cliënt klaar is om naar bed te gaan, legt de medewerker de cliënt meestal in bed om te gaan slapen. In sommige gevallen worden de cliënten in hun stoel geholpen op hun kamer, om nog televisie te kijken of muziek te luisteren. Deze cliënten gaan vervolgens zelfstandig naar bed.

Het stimuleren van de zelfredzaamheid wordt door de zorgmedewerkers beschreven als een essentieel uitgangspunt ten aanzien van het behoud van de autonomie van de cliënten. De respondenten geven daarbij aan dat het van belang is dat cliënten gestimuleerd en gemotiveerd worden om zo veel mogelijk zelf te doen in de dagelijkse verzorging. Zo zegt één van de respondenten hierover het volgende:

*“Ja, ook dat van, laat mensen, geef hun de ruimte om dat wat ze zelf nog kunnen, dat ze dat ook zelf kunnen doen. Nodig ze ook uit, want neem het niet zomaar over. Vraag dingen, biedt ook dingen aan, biedt keuze aan, geef ze de ruimte.”*

Ondanks dat er in de observaties positieve voorbeelden naar voren kwamen, waarin de zelfredzaamheid van de cliënten wordt gestimuleerd en er niet altijd sprake is van overname van de zorg, geven alle zorgmedewerkers in de interviews aan dat hier wel nog een grote uitdaging ligt. Zo geven zij aan dat de overname van de zorg toch nog vaak gebeurt. De zorgmedewerkers lijken de overname van de zorg met name te wijten aan de tijdsdruk die zij ervaren. Die tijdsdruk zou onder andere voortkomen uit een relatief lage personeelsbezetting in combinatie met een grote groep cliënten. Daarnaast zegt één van de zorgmedewerkers dat er te weinig toezicht hierop is:

*“Euhm.. de meeste in het team doen het eigenlijk, proberen die autonomie wel in stand te houden. Maar je hebt gewoon collega’s die zeggen ijskoud, ik denk aan mijn rug, en dan toch alles gaan overnemen. En dan ben je gewoon iedere keer... En ik merk aan collega’s, omdat ik de oudste in het team ben hè, en ook al lang in de zorg ben, we zijn een jong team, dat het toch nog altijd, bij mij doen ze het als ik in de buurt bent, terwijl ik wel, als ik niet in de buurt ben, dan doen ze het niet.”*

Daarnaast wordt er in de interviews gesteld dat veel zorgmedewerkers geneigd zijn om taakgericht te werken.

*“En een ander, euh, een ander punt, wat ik dan minder positief vind, is zo het taakgericht zijn. Ik wil mijn werk afmaken, ik wil mijn werk afhebben, ik wil klaar zijn met het werk en dan niet denken in een idee van goh, dit gaat 24 uur door en het maakt helemaal niet uit of dat in een bepaalde tijd allemaal is euh... Het mag de ruimte hebben, ik mag daar aandacht aan besteden, euh. Dus dat denk ik nog, dat ze teveel taakgericht zijn en niet mensgericht. Zo van, het werk, dat staat nog eerder dan de mens daarachter.”*

In de interviews geven de zorgmedewerkers aan dat er wordt gewerkt met agendapunten. Deze agendapunten dienen dagelijks te

worden afgevinkt. De agendapunten lijken daarmee de invulling van de zorg (deels) te bepalen.

### **6.4.3 Eten en drinken**

Wanneer de cliënten na het opstaan zijn verzorgd, worden zij naar de gezamenlijke ruimte gebracht. Hier kunnen de cliënten vervolgens ontbijten. Op de tafel liggen placemats, kopjes en borden. Het brood wordt voor alle cliënten gesmeerd. Sommige cliënten worden geholpen bij het eten van hun boterham. Andere cliënten eten hun boterham zelfstandig.

Rond twaalf uur wordt de warme maaltijd geserveerd. De maaltijd wordt bereid in een grote keuken van de organisatie. In karren wordt het eten vervolgens naar de afdeling gebracht. Het eten wordt vanaf de karren opgeschept. Alle cliënten krijgen dezelfde maaltijd. Er is geen keuzemogelijkheid. Bij sommige cliënten is het eten gepureerd of gemalen. Een aantal mensen dragen tijdens het eten een slabber.

In de avond wordt er rond half zes nogmaals een broodmaaltijd geserveerd. Hierbij is er ook voor alle cliënten soep. Opnieuw kunnen de cliënten niet kiezen welke soep. De boterhammen worden wederom voor de cliënten gesmeerd. Het smeren van de boterhammen gebeurt dit keer aan tafel. Aan sommige cliënten wordt de keuze voorgelegd voor het beleg. De keuze bestaat uit vlees of kaas. Voor andere cliënten wordt het brood belegd naar keuze van de zorgmedewerker.

De eetmomenten hebben een routinematig karakter. Vooreerst is er het gegeven dat het nuttigen van de warme maaltijd en het nagerecht bij elkaar ongeveer een half uur duurt. Bij cliënten die moeten worden geholpen met eten, gebeurt dit snel. Volgend voorbeeld uit de observaties schetst daarvan een goed beeld:

**Observatie:** Eén cliënt heeft moeite met het eten op de lepel te krijgen. De medewerker signaleert dit en zegt: “Kom hier”. De medewerker pakt de lepel uit de handen van de cliënt en neemt het over. De medewerker brengt lepeltjes met pudding erop naar de mond van cliënt. De medewerker doet dit in snel tempo en staat intussen naast de cliënt. De medewerker communiceert verder niet met cliënt. Wanneer de pudding op is, loopt de medewerker zonder iets te zeggen weer weg.

Het eetmoment als een dagelijkse routine, maakt volgens Rodgers en Murphy (2012) dat zorgmedewerkers de aandacht voor de cliënt als individu niet vasthouden, waardoor zij taakgericht zouden handelen. Een ander voorbeeld uit de observaties waaruit blijkt dat de taken soms voor de cliënt gaan, is dat de tafels na enige tijd al worden opgeruimd terwijl er nog een aantal cliënten zitten te eten. De overname van het smeren van de broodmaaltijden, wordt daarnaast door één van de zorgmedewerkers aangehaald als een aandachtspunt. Zo zou de autonomie en waardigheid van de cliënten volgens deze zorgmedewerker kunnen worden gestimuleerd, door dit aan de cliënten zelf over te laten.

*“Ik ben nu bezig op het ontbijt, er wordt iedere keer maar brood gesmeerd? En iedere keer maar hameren op weer, nee, die mensen kunnen het zelf. Hè, laat ze ook, geef hen die waarde van hé, dat gevoel van, kijk eens, ik kan dat nog, ik, ik, als je niets meer kunt. Niet dat die mensen protesteren, helemaal niet, maar van de andere kant geeft dit wel iets in de beleving van, oh ik kan dat, ik kan zelf bepalen wat ik erop doe, en ik kan het zelf uitkiezen. Het maakt niet uit hoe ze het doen, al leggen ze het niet zo netjes erop. Het maakt niet uit. Hè.”*

Ondanks dat de maaltijden op vaste tijdstippen worden geserveerd, geven de zorgmedewerkers aan dat hier wel steeds vaker vanaf wordt geweken indien de cliënt dit wenst. Dit laat zien dat er op dit punt wel van het routinematige karakter van de maaltijdserving kan worden afgeweken.

## 6.5 Dagbesteding

Tussen de gezamenlijke eetmomenten door, bevinden de cliënten zich verspreid over de afdeling. De meeste cliënten brengen de tijd door in de gezamenlijke ruimte, en zitten overdag niet op hun kamer. Het merendeel van de cliënten blijft overdag aan tafel zitten. Een aantal cliënten zitten in een zithoek van de kamer, waar een televisie staat. Andere cliënten lopen rond over de gang, en gaan daar op de stoelen zitten. Op bepaalde momenten staan de deuren, die de afdeling scheidt van de andere afdeling, open. De cliënten hebben dan de mogelijkheid om naar de andere afdeling te wandellen.

Gedurende de dag wordt met regelmaat een DVD afgespeeld. Opvallend is dat hier steeds dezelfde muziek-dvd wordt afgespeeld, namelijk André Rieu. Tijdens het afspelen van de DVD zijn er slechts een aantal cliënten die hier aandachtig naar kijken of luisteren. Het uitkiezen van de DVD gebeurt altijd door een medewerker.

Er zijn overdag zorgondersteuners aanwezig die activiteiten met de cliënten doen, zoals het rollen met een bal of het gooien van “dartballetjes” op een bord. Opvallend is dat de activiteiten steeds met dezelfde groep cliënten wordt ondernomen. Het betreft hier “de beste” cliënten. De meer zorgbehoevende cliënten met wie het lastiger is om te communiceren, worden nauwelijks betrokken in de gezamenlijke activiteiten. Sommige van deze cliënten krijgen wel alternatieven aangeboden, maar worden hier niet bij ondersteund door een zorgmedewerker of zorgondersteuner. In het interview erkennen de zorgmedewerkers dat niet alle cliënten kunnen deelnemen aan de activiteiten:

*“Er zijn heel veel activiteiten gericht op de betere cliënten, op de groepsdingen, maar er vallen toch heel wat mensen buiten de boot, vind ik.”*

<p><b>Observatie:</b> Eén cliënt zit afgezonderd alleen aan een tafel. Een medewerker zet een aantal blokken voor cliënt neer en loopt vervolgens weer weg. De cliënt blijft alleen aan de tafel zitten met blokken voor zich. De cliënt kijkt ernaar maar onderneemt geen actie.</p>
---



(....) De cliënt die de blokken kreeg voorgezet kijkt de hele tijd naar de tafel waar de activiteit plaatsvindt. De cliënt zegt echter niets. Niemand geeft verder aandacht aan deze cliënt.

In de interviews geven een aantal zorgmedewerkers aan dat zij het lastig vinden om cliënten te motiveren en te activeren. Eén van de redenen die hiervoor wordt gegeven, is dat er een gebrek aan kennis zou zijn bij de zorgondersteuners, die zich gedurende de dag moeten focussen op het stuk welzijn. Zo zou er onvoldoende kennis zijn over de cognitieve beperkingen van cliënten en hoe zij hierop moeten inspelen. Daarnaast wordt aangegeven dat er kennis ontbreekt over de mogelijkheden qua activiteiten. Eén zorgmedewerker zegt hierover het volgende:

*Soms vind ik het ook wel euh, heel moeilijk met het feit dat zeg maar, dat je de cliënten niet geactiveerd krijgt. Daar heb ik het ook met de activiteitenbegeleider over gehad. Euh.. dat eigenlijk zeg maar, dat je de mensen, ja, dan ga je wat uit de kast halen, een spelletje of weet ik wat. Ja, kan ik daar iets mee winnen wordt dan gevraagd door een cliënt dan, wat brengt me dat op, moet ik dat doen, ja nee ik heb eigenlijk hoofdpijn, ja nee, ik zie het niet. Soms zakt je de moed wel de schoenen in. Dan denk je van, ja dan ben ik hier eigenlijk voor jullie ja, een beetje te activeren euh, zeg maar in datgeen wat ze kunnen, maar dat is vaak heel moeilijk. Vind ik wel heel moeilijk.”*

De activiteiten die plaatsvinden worden grotendeels bepaald door de zorgmedewerker. Een enkele keer vraagt de cliënt zelf om een bepaalde activiteit, bijvoorbeeld om iets te lezen. De individuele activiteiten bestaan uit het lezen van een boekje of de krant, het kijken van een dvd of het maken van een woordpuzzel. Gedurende de observatie is er één moment waarin een activiteit duidelijk aansluit bij de (vroegere) hobby van de cliënt.

**Observatie:** Een cliënt vraagt: “Kan ik zo beginnen aan de piano? Ik heb een week niet gespeeld hè, ik moet nodig oefenen”. De cliënt wordt door vrijwilliger geholpen naar de piano. De cliënt gaat vervolgens zitten en begint piano te spelen. Alle cliënten luisteren. De cliënt speelt kerstliedjes. De partner van de cliënt loopt naar piano toe en gaat ernaast zitten. De cliënt die piano speelt zit geheel in z’n eigen wereld. De partner van de cliënt lijkt te genieten van het pianospel en schommelt langzaam heen en weer.

Volgens de zorgmedewerkers is het huidige activiteiten aanbod maar beperkt. Tevens geven zij aan dat de activiteiten niet altijd aansluiten bij de individuele wensen van de cliënten. Eén van de zorgmedewerkers geeft aan dat er momenteel een verbeterplan is om ervoor te zorgen dat mensen meer individuele activiteiten krijgen en er tevens voor iedereen activiteiten op maat zijn. Op deze manier zouden de zorgondersteuners meer houvast krijgen betreffende de activiteiten. Zo zegt de zorgmedewerker:

*“Waar we wel mee bezig zijn, is om euh, te kijken naar het activiteitenprogramma. Dus ik heb, met de activiteitenbegeleider, heb ik daarvoor gevraagd van goh, ik zou heel graag eens zien dat we in kaart hebben per week welke activiteiten en bezigheden er zijn voor cliënten, georganiseerd, geregeld, vastleggen in de agenda, nou, en dat we het overzicht hebben en dat we dan gaan kijken van, komt iedereen wel aan bod.”*

Er zijn speciale activiteiten die wekelijks terugkomen. Zo blijkt uit de observaties dat sommige cliënten gaan zwemmen. Daarnaast zou er ook gewandeld worden. Wanneer één van deze activiteiten uitvalt, wordt er geen alternatieve activiteit aangeboden. De activiteiten die doorgaans plaatsvinden op de afdeling hebben vaak het karakter van een spelvorm.

Eén van de zorgmedewerkers geeft aan dat er momenteel op gestuurd wordt dat cliënten ook dagbesteding wordt aangeboden in de vorm van huishoudelijke taken. Dit betekent dat cliënten worden uitgenodigd om te helpen, bijvoorbeeld bij het maken van de bedden

of het dekken van de tafel. Een zorgmedewerker geeft hiervan een positief praktijkvoorbeeld:

*“Want laatst heb ik dat met een mevrouw gedaan, die was aan ’t stralen, toen kwam ze ook met verhalen van vroeger. Och dat moest ik met mijn moeder vroeger ook altijd doen. Weet je, en dan krijg je eigenlijk, ja een beetje een antwoord op het kleine ding wat ik ze dan aanbiedt zeg maar. Hè, het is maar even, een paar bekertjes drogen, maar ze vond het fantastisch.”*

Toch zou op dit punt wel nog verbetering kunnen worden aangebracht, aangezien dit momenteel nog onvoldoende gebeurt. Eén van de zorgmedewerkers stelt dat dit soort afspraken moeten worden vastgelegd in de agenda. Zo vertelt zij:

*“Maar dat moet je aandragen. Want dat zit niet in het systeem nog van mensen, om dat, zo oh ja, dat kan ook doen. Maar dat moet je iedere keer weer opnieuw aandragen. En kijk, zou dat nu in de agenda staan. Bijvoorbeeld drie keer per week, mevrouw meenemen tijdens het maken van de bedden – ik noem maar wat stoms – dan werd dat gedaan, dan werd dat geborgen. En dan denk ik van, dat helpt ons team, dit is afspraak, en hey, neem de mensen nu mee.”*

Gedurende de observaties is er op gebied van activiteiten geen sprake geweest van spontane extraatjes. Toch geven de zorgmedewerkers aan dat er met de komst van de zorgondersteuners steeds meer ruimte is voor deze kleine extraatjes. Deze kleine extraatjes bestaan zowel uit bijvoorbeeld het spontaan maken van een wandelingetje bij goed weer, het samen roken van een sigaretje, als de extra aandacht die kan worden geboden gedurende de verzorging. Rehnsfeldt et al., (2014) geven aan dat dit principe van ‘een beetje extra’ laat zien dat professionals inspelen op de behoeften van de ouderen, wat bijdraagt aan de waardigheid van de ouderen.

## 6.6 Persoonsgerichte zorg

Gedurende de interviews is gevraagd in hoeverre de zorgmedewerkers de zorg en het welzijn kunnen afstemmen op de persoonlijke behoeften van de cliënten. Zorgmedewerkers geven aan dat dit verschillend is per cliënt. Dit verschil komt voort vanuit de mate waarin mensen al dan niet mondig zijn om hun wensen te kunnen uiten. De zorgmedewerkers geven aan dat de mondige cliënt, die zich nog goed kan uitdrukken en zijn wensen duidelijk kan maken, meer inspraak heeft op de geboden zorg.

*“Ik denk, ik denk dat daar best nog wel euh, de mensen die het zich, die het kunnen uiten, die komen er wel ergens. Maar de mensen die dat niet kunnen, die afhankelijk zijn van, hoe worden mijn signalen gezien, of uitgelegd, ik denk dat dat nog erg, erg lastig is. En dat die ook tekort komen.”*

Een beperking die de zorgmedewerkers ervaren, is dat zij soms onvoldoende kennis hebben over de cliënt. De zorgmedewerkers geven aan dat lastig is om de achtergrond van alle cliënten te leren kennen. Eén van de redenen die hiervoor wordt gegeven, is dat de cliëntgroep erg groot is. Een manier waarop de zorgmedewerkers proberen de cliënt toch zo goed mogelijk in kaart te brengen, is door zich in te lezen in het elektronische cliëntdossier. Het elektronische cliëntdossier wordt echter niet door alle zorgmedewerkers als positief ervaren. Zo geeft één van de zorgmedewerkers aan dat het elektronische cliëntdossier door de organisatie is ingezet als vervanger van de cliëntbesprekingen, waarbij zorgmedewerkers gezamenlijk informatie uitwisselden over alle cliënten. De zorgmedewerkers zouden deze informatie nu uit het elektronische cliëntdossier moeten halen:

*“Maar goed, de overleggen zijn weg, we moeten alles halen uit het dossier, maar mensen gaan niet zitten en die gaan niet een half uur lezen, want, hey, kijk eens wat nog allemaal moet gebeuren, dat wordt hun helemaal niet in dank afgenomen.”*

Een ander kritisch punt dat wordt aangedragen, is dat niet alle zorgmedewerkers toegang hebben tot de elektronische cliëntdossiers. Dit geldt onder andere voor de zorgondersteuners, die zich grotendeels bezig houden met het welzijn van de cliënt, met de activiteiten en dagbesteding. Hierdoor is het voor de zorgondersteuners lastig om rekening te houden met de achtergrond en persoonlijke wensen van de cliënten.

Een positieve ontwikkeling die zorgmedewerkers benoemen, is de start van het nieuwe project ‘waardig verhuizen’ waarbij de maatschappelijk werker op voorhand de cliënt in kaart brengt middels een huisbezoek. Zo zegt één van de zorgmedewerkers hierover:

*“Ik moet zeggen, met dat waardig verhuizen, als de maatschappelijk werker al is geweest, dat je al veel informatie krijgt, dan heb ik toch het idee dat je de mensen beter kent en weet wat, ja eigenlijk, wat voor een mensen je voor je hebt staan. Dat vind ik al prettig.”*

De zorgmedewerkers geven aan dat zij in het leveren van de zorg het individuele zorgleefplan van de cliënt volgen:

*“We zorgen allereerst dat het zorgleefplan op orde is. Dat is gewoon echt een heel goed hulpmiddel en ook een leidraad in de zorg voor de continuïteit van de zorg voor de mensen.”*

Dit zorgleefplan wordt in samenspraak met de cliënt en de informele zorgverleners (o.a. familie, vertegenwoordigers) opgesteld en geeft de belangrijkste zorgnoden en wensen van een cliënt weer. Er is op dit punt sprake van een gedeelde besluitvorming, waarbij de ervaringen van de cliënt en familie worden meegenomen. Poters (2012), Vladeck en Westphal (2012) en Boumans et al., (2018) beschrijven dit als een manier om de autonomie en waardigheid van cliënten te waarborgen. Een valkuil die door één van de zorgmedewerkers wordt aangehaald, is dat de zorgmedewerkers soms geneigd zijn om zich teveel hieraan vast te houden.

*“Als iemand vroeg of laat naar bed gaat, maar dat dat niet, euh, een must is . Als iemand euh, gewend is om altijd om elf of om twaalf uur naar bed te gaan en die zegt opeens van, ik wil om acht uur naar bed, ga dan niet zeggen ja nee, het staat in het zorgleefplan, om, om elf uur naar bed, nee je moet nog opblijven (lacht). Ik maak dat nu, ik overdrijf het, maar het zijn wel dingen die nog gebeuren. Zo van, ‘t, het moet toch euh, iemand moet toch, dit of moet toch dat, waarvan ik denk, nee het moet niet. Blijf in het moment en kijk ook naar, hey dit is afgesproken, dit is de richting die we aangereikt krijgen, maar blijf gewoon kijken en ga niet met de kleppen op dat uitvoeren.”*

De zorgmedewerker lijkt hiermee te zeggen dat het zorgleefplan zou kunnen leiden tot een routinematige manier van werken.

## **6.7 Omgevingsfactoren**

Nussbaum (2011) beschrijft in haar capaciteitenbenadering dat mensen in gemeenschap zouden mogen zijn van planten en dieren. De afdeling waar de observaties plaatsvonden, voldoet deels aan deze punten. Zo is de afdeling aangekleed met een aantal kerststukjes en kerstbomen. Op de afdeling zijn geen huisdieren aanwezig van de cliënten zelf. Echter zijn er personeelsleden die hun eigen huisdieren meenemen naar hun werk. De cliënten reageren hier positief op.

De structuur van de afdeling wordt ook duidelijk aan de hand van de observaties. Zo heeft iedere cliënt zijn vaste plek aan tafel. Cliënten worden geacht zich aan deze plek te houden. Op dit punt worden cliënten dus beperkt in hun bewegingsvrijheid (Nussbaum, 2011). In de interviews geven de medewerkers aan dat zij bewust kijken naar deze vaste zitplekken. Zo wordt er rekening gehouden met de groepsdynamiek. Eén van de zorgmedewerkers zegt hierover:

*“Ja, de ruimtes zijn vrij klein en beperkt, en we hebben dan 3 tafels en alle 3 tafels zijn dan bezet met de hele groep en jij moet gewoon goed blijven kijken van wie trekt naar wie, wat is goed voor die, vindt die dit leuk met die bewoner, hebben die gesprekstof, je bent continue aan het kijken van euhm, gaan we nu*

*verschuiven, gaan we nu verwisselen van tafelindeling. Dat is gewoon heel belangrijk. Daar moeten we altijd alert op blijven. Ook zo'n tafelindeling. Je ziet wel graag dat iedereen op z'n eigen plek zit, maar is die eigen plek nog wel goed voor iemand, aangezien de bewonersgroep toch altijd verandert.”*

Dit voorbeeld impliceert dat er wel ruimte is voor verandering, en de tafelindeling niet op pure routine gebeurt.

De cliënten bevinden zich overdag grotendeels in de gezamenlijke ruimte. Ondanks dat deze ruimte gezellig is aangekleed – tijdens de observaties bestond die aankleding uit kerstdecoratie – vindt men in de gezamenlijke ruimte weinig terug van persoonlijke spullen die de identiteit van de cliënten weergeven. Hubbard et al., (2017) stellen dat hierdoor het gevaar ontstaat van het ontdoen van de fysieke en culturele identiteit van de cliënt. De inrichting en aankleding van de gezamenlijke ruimte is standaard, en zal hoogstwaarschijnlijk niet veranderen wanneer de samenstelling van cliënten verandert. De éénpersoonsslaapkamers van de cliënten zijn zeer verschillend ingericht. Daar waar de kamer van de ene cliënt is ingericht met foto's en persoonlijke spullen, is de kamer van de andere cliënt enkel aangekleed met de standaardinrichting van de organisatie.

## **6.8 Gesloten setting & Beperkende maatregelen**

De afdeling waarbinnen de observaties hebben plaatsgevonden, betreft een gesloten afdeling. Om de afdeling te kunnen verlaten, is er een code nodig waardoor de deuren openen. Binnen de deuren van de afdeling kunnen de cliënten vrij rondlopen. De slaapkamers van de meeste cliënten zijn wel afgesloten. Op sommige momenten is de tussendeur, die de ene gesloten afdeling scheidt van de andere gesloten afdeling, open. De cliënten hebben dan de mogelijkheid om ook naar de andere afdeling te gaan. Gesteld kan worden dat de cliënten, binnen de muren van de afdeling, wel een vrijheid van beweging hebben. Dit is volgens Nussbaum (2011) een belangrijke factor ten aanzien van lichamelijke integriteit.

Er zijn ook cliënten waarvoor de vrijheid van beweging in sterkere maten wordt beperkt. Zo zitten een aantal cliënten gedurende de dag in een rolstoel met een tafelblad ervoor. In de nacht worden bij verschillende cliënten sensoren voor het bed geplaatst. Wanneer de cliënt uit bed komt krijgt de zorgmedewerker door deze sensoren een melding. In het meest extreme geval slaapt de cliënt in een “Poseybed”. Hierbij is er sprake van een soort gesloten tent om het bed van de cliënt, die enkel vanaf de buitenkant kan worden geopend. De beperkende maatregelen zoals hiervoor beschreven, kunnen enerzijds worden geïnterpreteerd als een beperking van de vrijheid, en daarmee een inbreuk op de autonomie en waardigheid van de cliënt (Het college van de rechten van de mens, 2015; Nussbaum, 2011). Anderzijds kunnen de beperkende maatregelen ook worden gezien als een manier om de veiligheid van de cliënt te beschermen, en daarmee de behoeften van de cliënt te bevredigen. In dat geval zou in de inmenging in de vrijheid kunnen worden gelegitimeerd (Dworking, 1997; Mill, 1973; Sasson, 2008).

**Observatie:** Een cliënt komt aanlopen: “Alles goed?” vraagt een andere cliënt die op het bankje op de gang zit. “Nee, het is niks. Dat zitten hier. Ik wil naar huis. Maar ze hebben ons hier opgesloten. Ik ga eens aan de deur rammelen”. De cliënt rammelt vervolgens aan de deur. Ook klopt de cliënt op deuren van slaapkamers van andere cliënten. Vervolgens dwaalt de cliënt rond op de gang.

Gedurende de interviews wordt de gesloten setting nergens benoemd als eventuele bedreiging van de waardigheid en autonomie van de cliënten. Daarentegen benadrukken een aantal zorgmedewerkers wel dat zij ‘veiligheid’ als een belangrijke voorwaarde zien voor de waardigheid van cliënten.

*“Hoe veiliger de omgeving, hoe fijner de cliënt het zelf heeft binnen ons verpleeghuis.”*

In de beginselen voor ouderen van de verenigde naties (1991) wordt veiligheid ook genoemd als een aspect van waardigheid (Van Leuven & De Hert, 2011). Daarnaast zou ook een veilige sfeer



binnen een afdeling bijdragen aan de waardigheid en autonomie van ouderen (Pirhonen, 2014). Zorgmedewerkers spreken ook over een subjectieve vorm van veiligheid, waarbij het ‘zich veilig kunnen voelen’ voor de cliënt centraal staat. De zorgmedewerkers geven aan hiermee bezig te zijn, bijvoorbeeld tijdens multidisciplinaire overleggen:

*“Maar we proberen wel mee te denken, zo van, wat kunnen wij als team doen om verandering in te brengen en wat kunnen we doen om de cliënt nog veiliger of nog meer thuis te laten voelen.”*

## **6.9 Reflectie en scholing**

De medewerkers geven aan dat er één keer per week wordt samengezeten met een aantal zorgmedewerkers en de psycholoog. Gedurende dit overleg is er ruimte om cliënten naar wens te bespreken. Zorgmedewerkers dragen deze cliënten zelf aan. Eén van de zorgmedewerkers geeft aan dat deze overleggen daarom met name gaan over cliënten waarmee de zorgmedewerkers moeite ervaren. Zo zegt één van de zorgmedewerkers hierover:

*“Het concentreert zich nu alleen maar eigenlijk op de probleemgevallen en niet zozeer op euh, alle mensen. Waarvan ik denk dat moeten we hebben. Alle mensen verdienen gezien te worden en bekeken te worden en niet alleen maar op het moment dat we er last van hebben als team of als medecliënten.”*

De zorgmedewerkers geven aan dat er geen structurele momenten van reflectie of intervisie zijn. Een reden die hiervoor wordt gegeven is dat er momenteel te weinig ruimte is om dit soort momenten in te plannen. De zorgmedewerkers spreken wel over een behoefte aan reflectie. Zo zegt één van de zorgmedewerkers:

*“Ja, euhm, misschien als team dan, dat we dat meer zouden kunnen bespreken. Zo van, doet iedereen de zelfredzaamheid toevoegen, letten we met zijn allen op de waardigheid van de cliënten of wat zijn de gedachtes van andere collega’s over die 2*

*onderwerpen. Dat is ook iets wat ik vind van, dat kan verbeterd worden.”*

Alle zorgmedewerkers geven aan dat zij binnen het team de ruimte voelen om elkaar aan te spreken wanneer zij vinden dat collega's onjuist handelen ten aanzien van de waardigheid en autonomie van mensen. Een aantal zorgmedewerkers stellen dat de rol van zorgcoördinator hierin helpend is, aangezien deze hierbij ondersteunt. De zorgmedewerkers zoeken elkaar op wanneer zij tegen zaken aanlopen.

Scholingen en trainingen worden door de zorgmedewerkers als belangrijk ervaren:

*“Ja je moet zelf ook alert blijven. Het moet geen routine worden. Je moet blijven bijleren en bijscholen. Als het routinewerk is, dan kun je beter naar de fabriek gaan toch? Je moet wel nieuwsgierig blijven en blijven ontwikkelen.”*

Toch komt uit de interviews naar voren dat er momenteel geen scholingen of trainingen worden geboden ten aanzien van thema's zoals waardigheid en autonomie. In het verleden heeft er wel een cursusdag over autonomie plaatsgevonden, waaraan een aantal zorgmedewerkers hebben deelgenomen. Volgens één van de zorgmedewerkers had dit als gevolg dat het thema weer levendig werd binnen de afdeling:

*“Ja, ik moet zeggen. We hebben toen de cursus gehad. Maar daar is niet iedereen heen hoeven gaan. Over de autonomie van de mensen en zo. Daar zijn geloof ik van onze afdeling vier mensen heen gegaan. En we hadden zoiets van, waarom, we weten het hè. Maar je merkte wel. Het was gewoon, omdat die paar mensen op de afdeling nog eens, erover werd gepraat. Ik bedoel we weten het en we doen het ook, maar soms schiet het er gewoon bij in, daar ben ik eerlijk in.”*

## **7. Conclusies**

### **7.1 Waardigheid en autonomie: Geen onbekende begrippen?!**

Een eerste conclusie die naar aanleiding van de observaties en interviews kan worden getrokken, is dat waardigheid en autonomie geen onbekende begrippen zijn voor de zorgmedewerkers. Ondanks het feit dat de literatuur verschillende beschrijvingen weergeeft van de begrippen, komt uit de interviews naar voren dat zorgmedewerkers over het algemeen eenzelfde invulling geven aan de begrippen. De identiteit van de cliënt en zijn samenhangende gewoontes, normen en waarden worden centraal gesteld binnen de invulling van waardigheid. Daarnaast koppelen medewerkers het begrip waardigheid aan autonomie. Autonomie wordt gezien als de mate van zelfredzaamheid en zelfbeschikking. Voorgaande bevindingen komen overeen met de conclusies die Tranvåg et al., (2013) naar aanleiding van hun meta-analyse over het begrip waardigheid beschreven. Hierbij werd ook gezien dat autonomie en een gevoel van eigenwaarde voor de cliënt centraal stonden.

Tadd et al., (2010) stellen dat er een duidelijke beschrijving moet zijn van het begrip waardigheid ten aanzien van de waarborging hiervan. Ondanks dat deze beschrijving er momenteel niet is, streven de zorgmedewerkers wel hetzelfde na, en lijkt er omtrent de betekenisgeving geen probleem te liggen. Toch wil dit niet zeggen dat er geen aandacht meer hoeft te worden besteed aan de invulling van de begrippen. De reden hiervoor is het uitblijven van reflectie. Uit de interviews komt naar voren dat er momenteel niet tot weinig wordt gereflecteerd. Wanneer zorgmedewerkers samenzitten om de situatie van cliënten te bespreken, ligt de focus op probleemgedrag van cliënten. Zelfreflectie wordt door de literatuur beschreven als een manier om negatieve stigma's en houdingen tegenover ouderen weg te nemen (Dickson et al., 2017; Lothian & Philp, 2001). Dit zou mogelijk een positief effect kunnen hebben het bevorderen van de zelfredzaamheid van de ouderen en zou een snelle overname van de zorg kunnen voorkomen. Daarnaast wordt reflectie gezien als een manier om te komen tot meer zelfbewustheid omtrent het handelen, zeker in situaties waarbij het handelen onder druk staat (Matiti et al., 2007; Seedhouse & Gallagher, 2002; Tranvåg et al., 2013). Deze

zelfbewustheid zal nodig zijn om routinematig werken te voorkomen en niet te vervallen in een alledaagse sleur van de zorg.

## **7.2 Zij die het hardst roepen**

Een tweede conclusie die kan worden getrokken, is dat de waarborging van autonomie en waardigheid verschillend is per cliënt. Dit verschil komt met name voort uit het verschil in zorgzwaarte en het ziektestadium. Zo werd in de observaties ondervonden dat er bij sommige cliënten een algehele overname is van de zorg, terwijl andere cliënten zich nog deels zelfstandig verzorgen. Cliënten die zich nog zelf kunnen verzorgen, worden gestimuleerd tot zelfredzaamheid. De zorgmedewerker lijkt voor deze doelgroep het spanningsveld tussen enerzijds waarborging van autonomie en anderzijds het zorg dragen voor de gezondheid van de cliënt zoals Sasson (2008) dit beschreef, te overbruggen door enkel sturing en toezicht te geven en zoveel mogelijk van de handelingen aan de cliënt zelf over te laten. In sommige gevallen is er wel sprake van een meer paternalistische houding van zorgmedewerkers. Echter kan deze meestal worden gerechtvaardigd, daar het om de cliënten gaat die door hun ziektebeeld niet meer in staat lijken om zelf zorg te dragen voor hun verzorging (Dworking, 1997).

Communicatie is een tweede punt waarbij er een verschil kan worden gevonden op basis van de ziektebeelden van de cliënt. Een belangrijke vaststelling hierbij is dat er een gebrek aan communicatieve vaardigheden ten grondslag ligt aan dit verschil. Zo geven zorgmedewerkers aan dat zij soms problemen ervaren bij de communicatie wanneer cliënten geen respons geven. Door dit gebrek aan communicatieve vaardigheden zijn de zorgmedewerkers geneigd om zich met name richten op de verbaal sterkere cliënten. Zo werd geobserveerd dat er bij cliënten die beperkter zijn in hun spraak, minder communicatie plaatsvindt dan bij cliënten die zich, ondanks hun dementie, nog verbaal goed verstaanbaar kunnen maken. Deze waarneming sluit aan bij een eerder onderzoek van Van den Wijngaart en Witte (2015) waarbij werd gesteld dat dit komt omdat de laatste groep ook respons teruggeeft aan de zorgmedewerker.

Een derde punt waarbij een onderscheid wordt gevonden, is de dagbesteding. Het huidige activiteiten aanbod is niet toereikend voor

alle cliënten. Opnieuw betreft het de cliënten die zich relatief goed kunnen uitdrukken en verbaal nog sterk zijn, die wel aanspraak kunnen doen op het activiteitsaanbod. Daarnaast speelt mee dat sommige cliënten gemakkelijker te motiveren zijn tot deelname aan de activiteiten. Voorgaande resulteert erin dat eenzelfde groep cliënten profiteert van het huidige activiteitsaanbod en een andere groep buiten schot blijft. De inzet van zorgondersteuners zou hierbij een oplossing kunnen bieden. Echter stagneert deze nu, aangezien de zorgondersteuners onvoldoende zijn opgeleid.

### **7.3 Persoonsgericht of routinegericht**

Ondanks dat er binnen de huidige ouderenzorg meer aandacht is voor het persoonsgericht werken, kan er worden geconcludeerd dat het routinegericht werken over het algemeen toch nog de boventoon voert. Zo wordt de invulling van de dag vaak vanuit organisatorische overwegingen bepaald. Dit is onder andere te zien aan de strakke indeling van de dag die wordt gehanteerd: De ochtendzorg, de eetmomenten, de toiletrondes en de avondzorg vinden plaats op specifieke tijdstippen. Voor sommige cliënten geldt dat er meer ruimte is om van deze structuur af te wijken, maar over het algemeen geldt voor een grotere groep cliënten dat zij leven volgens deze structuur. In de observaties werden specifieke voorbeelden gezien waarin zorgmedewerkers onderling overleg voerden over de volgorde van het opstaan en verzorgen. Enkel voor de mensen die zelf kunnen opstaan, is er een mogelijkheid om hier zelf een keuze in te maken. Dit laat zien dat ook hier de waarborging van autonomie en waardigheid afhankelijk is van de zorgzwaarte van de cliënt.

Binnen de zorg proberen de zorgmedewerkers aandacht te hebben voor de autonomie en waardigheid van de cliënt, door hun zelfredzaamheid te stimuleren. Hieruit kan worden geconcludeerd dat er aandacht is voor de mogelijkheden van de cliënten, en er goede afwegingen worden gemaakt betreffende het al dan niet overnemen van de zorg. Voorgaande sluit volgens Eissens – Van der Laan et al., (2014) aan bij een persoonsgerichte manier van zorgen, waarbij evenwicht wordt gezocht tussen zorgbehoeften en zorgaanbod, en empowerment centraal wordt gesteld. Ondanks de aandacht voor de zelfredzaamheid, blijkt in de praktijk dat de

zorghandelingen soms toch nog worden overgenomen, ondanks dat een cliënt deze zelf zou kunnen uitvoeren. De belangrijkste reden die hiervoor wordt gegeven, is de tijdsdruk die medewerkers ervaren. Medewerkers nemen op momenten van tijdsdruk de zorg over, omdat dit dan vlugger gaat. De focus op het afmaken van de taken lijkt op deze momenten voorrang te krijgen op de persoon.

Een ander moment waarin het routinegericht handelen sterk naar voren kwam, was tijdens de maaltijden. Deze momenten vinden vluchtig plaats; medewerkers lijken niet de tijd te nemen om een cliënt vanuit een rustige benadering te helpen met eten. Tevens worden tafels al afgeruimd terwijl sommige cliënten nog eten. Deze praktische handeling lijkt hiermee prioriteit te krijgen. Binnen deze eetmomenten lijkt er geen sprake te zijn van een open cultuur, die een belangrijke component zou kunnen zijn voor het realiseren van waardigheid bij de ouderen (Rehnsfeldt et al., 2014). Het betreft een huiselijke woonomgeving met aandacht voor het welzijn van de cliënt. Daarnaast is er bij de eetmomenten veel sprake van overname van zorg. De broodmaaltijden worden door het personeel klaargemaakt, ondanks het feit dat sommige cliënten nog in staat zijn om hier zelf zorg voor te dragen. Er kan daarmee gesteld worden dat het behoud van de waardigheid en autonomie gedurende de eetmomenten niet de voornaamste prioriteit krijgt.

Op gebied van activiteiten vraagt de persoonsgerichte vorm van werken ook nog aandacht. De meeste activiteiten die plaatsvinden bij de ouderen zijn structureel vooraf vastgelegd. In de observaties zien we dat zorgprofessionals geen alternatief bieden, wanneer een activiteit door weersomstandigheden uitvalt. Daarnaast zou het huidige activiteitenaanbod onvoldoende zijn afgestemd op de cliënten en is er behoefte aan een groter individueel aanbod van activiteiten. Ondanks dat uit de interviews blijkt dat dit wel in ontwikkeling is, kan er momenteel niet worden gesproken van een persoonsgericht activiteitenaanbod. Van spontane activiteiten en kleine extraatjes rondom de dagbesteding zijn er vanuit de observaties geen voorbeelden te benoemen. Volgens Pirhonen (2014) en Rehnsfeldt et al., (2014) zijn het juist deze spontane activiteiten die de normale routines doorbreken, die essentieel zijn voor de persoonsgerichte zorg en waardigheid van ouderen. De komst van de

zorgondersteuners biedt hierin zeker kansen. Hier dient echter wel de kanttekening te worden geplaatst dat diezelfde zorgondersteuners momenteel onvoldoende kennis lijken te hebben over de ziektebeelden en de daarmee samenhangende mogelijkheden voor activiteiten. Tevens hebben zij ook maar beperkte kennis over de achtergrond van cliënten, daar zij de dossiers niet kunnen inzien.

Betreft de communicatie en bejegening kan er worden gesproken over een persoonsgerichte manier van communiceren. Zo is de bejegening van de professionals naar de cliënten meelevend en informeren zorgmedewerkers met regelmaat naar de beleving van de cliënt. Ook wordt er veel humor ingezet, onder andere om ongemakkelijke situaties voor cliënten te relativiseren of onrustig en agressief gedrag te verminderen. Deze humor draagt bij aan het gevoel van veiligheid van de cliënten (McCabe, 2004). Ondanks dat het gebruik van verkleinwoorden door Tracy en Skilling (2007) wordt beschreven als een kleinerende manier van communiceren, kan dit niet worden aangehaald als een negatief punt in de bejegening en communicatie. Cliënten lijken er in de observaties goed op te reageren en tevens geven zorgmedewerkers aan deze manier van communiceren bewust toe te passen met het oog op de cognitieve beperkingen van de cliënten.

Ook het luisteren is van belang binnen de persoonsgerichte zorg (Dickson et al., 2017; Fleischer et al., 2009). De zorgmedewerkers lijken dit mee te nemen in hun handelen. Bij cliënten die verbaal niet zo sterk zijn, observeren zorgmedewerkers het non-verbale gedrag en stemmen de zorg hier vervolgens op af. Toch blijft het communiceren met de verbaal minder sterke cliënten een punt van aandacht. Zowel uit de observaties als de interviews komt naar voren dat de meeste communicatie plaatsvindt met de cliënten die verbaal sterk zijn en een respons teruggeven aan de zorgmedewerkers. Zoals eerder beschreven komt dit verschil voort uit een gebrek aan communicatieve vaardigheden. Indien de organisatie hier verbetering in wilt aanbrengen, zal zij zorgmedewerkers moeten helpen bij het ontwikkelen van communicatieve vaardigheden die passend zijn bij de doelgroep.

Om persoonsgerichte zorg te kunnen bieden en daarmee de autonomie en waardigheid te waarborgen, is het van belang dat de

zorg wordt afgestemd op de cliënt en zijn normen en waarden. De achterliggende vraag hierbij is in hoeverre de geboden zorg de identiteit van de cliënt respecteert. Tutton (2005) stelt dat het belangrijk is om de geschiedenis van een persoon te kennen en de huidige zorg hierop aan te passen. Kennis over de cliënt en zijn achtergrond zijn daarom essentieel. We kunnen concluderen dat deze cliëntkennis niet vanzelfsprekend is. Met name over cliënten die niet meer in staat zijn om zelf deze informatie te verschaffen, bijvoorbeeld door middel van een gesprek, is er beperkte kennis. Daarnaast zou de groep cliënten te groot zijn en zijn er geen cliëntbesprekingen meer over alle cliënten. Zorgmedewerkers proberen hun kennis met name te halen uit de elektronische dossiers en zorgleefplannen. Op deze manier proberen ze de zorg zo goed mogelijk af te stemmen op de behoefte van de cliënt. Hierin lijken twee valkuilen te schuilen. De eerste valkuil is dat zorgmedewerkers zich niet de tijd nemen om de dossiers aandachtig door te lezen. Hier zou tevens ook niet de ruimte voor zijn. Daarnaast kunnen niet alle zorgmedewerkers de dossiers inzien. Met name voor het bieden van persoonsgerichte activiteiten die aansluiten bij de identiteit van de cliënt, is dit een belemmerend gegeven. Een tweede valkuil is dat zorgmedewerkers zich te zeer focussen op de zorgleefplannen en daarmee geen dialoog meer opzoeken met de cliënt. Dit laatste kan leiden tot een routinematige manier van handelen.

Een positieve ontwikkeling die wordt genoemd is de start van het project 'Waardig Verhuizen', waarbij in een vroegtijdig stadium vóór opname, kennis wordt gemaakt met de cliënt. Een kritische vraag die hierbij zou kunnen worden gesteld, is of deze informatie vervolgens ook daadwerkelijk terecht komt bij alle zorgmedewerkers, daar zij zich hiervoor opnieuw in het dossier moeten inlezen.

#### **7.4 Met oog voor het thuisgevoel**

De fysieke inrichting van de ruimten waarbinnen de cliënten zich overdag bevinden, geeft maar beperkt uiting aan de identiteit van de cliënten. Ondanks dat er zichtbaar wordt geprobeerd een gezellige sfeer te creëren door middel van bloemstukken en dergelijke, zijn er geen persoonlijke spullen terug te vinden in de algemene leefruimtes.



Hierdoor zou er sprake kunnen zijn van het ontdoen van de fysieke en culturele identiteit van de cliënten (Hubbard et al., 2017). Overigens kunnen we aanvullend hierop wel concluderen dat zorgmedewerkers trachten om een huiselijke omgeving voor de bewoners te realiseren. Behalve de objectieve veiligheid die vanuit het principe van de ‘gesloten setting’ voortkomt, zien we ook dat er aandacht is voor de subjectieve veiligheid van de cliënten. Zo wordt bewust nagedacht over de tafelindeling. Hiermee is er aandacht voor het gemeenschapsleven binnen de afdeling (Nussbaum, 2011; Pirhonen, 2014) en voor een veilige, beschermde leefomgeving (Rehnsfeldt et al., 2014).

## **9. Kritische terugblik**

Binnen dit onderzoek is getracht om te onderzoeken hoe waardigheid en autonomie als handelingskader kunnen dienen binnen de residentiële ouderenzorg. Er is voor gekozen om te focussen op een aantal bredere aspecten die mogelijk kunnen bijdragen aan de waardigheid en autonomie van de ouderen. Deze brede focus voldoet als eerste vertrekpunt om een zo breed mogelijk beeld te krijgen van de sterke en zwakke punten die momenteel voorkomen binnen de ouderenzorg. Echter is het aan te raden om deze thema's ook afzonderlijk te onderzoeken. Op deze manier kunnen zij beter worden uitgediept. Zeker wanneer besloten wordt om in de toekomst aan de slag te gaan met verbeterpunten, is het aan te raden om vooraf nogmaals kritisch te kijken naar de afzonderlijke verbeterpunten alvorens er een plan van aanpak wordt gemaakt.

Verder moet men voorzichtig zijn om de conclusies en aanbevelingen binnen alle residentiële zorgsettings over te nemen. Het onderzoek is verricht binnen een psychogeriatrische setting. Het is aannemelijk dat er voor woonzorgcliënten, die wonen op een openbare setting, die minder cognitieve beperkingen ervaren en daarmee een andere zorgvraag hebben, ook andere resultaten en conclusies zullen worden gevonden wanneer er eenzelfde onderzoek wordt uitgevoerd. Het is tevens de vraag of de resultaten veralgemeenbaar zijn voor andere woonvormen van de psychogeriatric, zoals bijvoorbeeld kleinschalige woonvormen.

Het tekort aan personeel werd in de inleiding van deze masterproef al beschreven als een uitdaging voor de huidige ouderenzorg (Actiz, 2016). Het is dan ook niet verassend dat zorgmedewerkers 'werkdruk' aanhalen als knelpunt binnen de huidige ouderenzorg. Deze werkdruk lijkt een risico te vormen voor de waarborging van autonomie en waardigheid. Zo geven zorgmedewerkers aan dat zij bij tijdsdruk sneller geneigd zijn om de zorg van cliënten over te nemen, ongeacht of een cliënt nog in staat is om bepaalde handelingen zelf uit te voeren. Een vanzelfsprekende aanbeveling zou zijn om meer personeel te werven, al is het de vraag hoe realistisch deze aanbeveling is, daar er een landelijk tekort aan zorgmedewerkers is. De werkdruk die zorgmedewerkers ervaren

verdient echter wel de aandacht in dit hoofdstuk. Zo zal de organisatie zich ervan bewust moeten zijn dat de werkdruk die zorgmedewerkers ervaren altijd een grote valkuil zal vormen, ook wanneer de aanbevelingen “succesvol” worden geïmplementeerd. Het is daarbij de vraag of de waardigheid en autonomie optimaal kunnen worden gewaarborgd, zolang er sprake is van personeelstekort in de zorg.

Het waarborgen van de autonomie en waardigheid van cliënten lijkt gepaard te gaan met het stimuleren van de zelfredzaamheid van de cliënten. Ondanks dat dit in wezen geen verkeerd uitgangspunt is, zou een bijkomende valkuil kunnen zijn dat de cliënten worden overschat. Het is van belang dat deze valkuil wordt vermeden, door ten alle tijden vraaggericht te werken. Communiceren met cliënten is hierbij een voornaam aspect van de zorg: overleg met cliënten over wat zij nog willen en focus met name op datgene zij nog kunnen. Niets is zo vernederend voor cliënten dan voortdurend te ervaren dat handelingen niet lukken, ondanks dat dit min of meer wel van ze wordt gevraagd. Het stimuleren van de zelfredzaamheid is daarom een goed vertrekpunt van de zorg, mits het realistisch is én aansluit bij de behoeften van de cliënt. Daarnaast moet ervoor gewaakt worden dat het stimuleren van de zelfredzaamheid geen tactiek wordt om sneller werkzaamheden af te ronden en de eventuele tijdnood/werkdruk te overbruggen. Zorgmedewerkers dienen ten alle tijden de aandacht voor de cliënten te behouden en waar nodig toezicht en ondersteuning te bieden.

Een laatste kritisch punt ten opzichte van dit onderzoek, is dat het wellicht in een illusie is om ervanuit te gaan dat waardigheid en autonomie ooit volledig zullen worden gewaarborgd. De complexiteit en persoonlijke invulling van deze rechten creëren een handelingskader waarin de zorgmedewerker altijd dient te balanceren. Kleine veranderingen kunnen van grote invloed zijn. Een onbalans is daarom niet te voorkomen. Dit laatste hoeft geen groot probleem zijn, mits de zorgmedewerker er wel altijd aandacht voor heeft en werkt vanuit de gedachtegang dat er altijd geprobeerd wordt te gaan voor het meest optimale dat mogelijk is. Dit laatste impliceert ook dat eventuele verbeterpunten op basis van dit onderzoek géén

incidentele verbeteracties mogen betreffen, maar dat het een eindeloos (verbeter)proces betreft.

## **8. Aanbevelingen**

### **8.1 Belevingsgerichte taken**

Het routinegericht werken lijkt op basis van dit onderzoek nog een valkuil te vormen binnen de ouderenzorg voor de waarborging van de autonomie en waardigheid van de cliënten. Met name wanneer zorgmedewerkers tijdsdruk ervaren, zijn zij geneigd een taakgerichte werkhouding aan te nemen. De zorgleefplannen en agendapunten vormen (op deze momenten) uitgangspunten voor de geleverde zorg. De vraag is of deze taakgerichtheid zich niet kan aandienen als oplossing. Hiervoor is het van belang dat de thema's waardigheid en autonomie en de daarmee samenhangende factoren worden geprioriteerd binnen de actiepunten. Door acties uit te zetten rondom waardigheid en autonomie worden zorgmedewerkers aangestuurd om deze acties uit te voeren. Deze actiepunten kunnen onder andere worden verwerkt in het zorgleefplan. Daarnaast kunnen ook agendapunten worden opgezet, waarbij de waarborging van autonomie en waardigheid een achterliggende doelstelling is. Van belang is dat de afspraken niet zozeer gaan over 'wat' er moet gebeuren, meer eerder over 'hoe' het moet gebeuren, bijvoorbeeld: hoe wilt de cliënt worden bejegend, hoe kan ervoor worden gezorgd dat de cliënt zich thuis voelt, hoe en waarvan raakt de cliënt gemotiveerd, hoe wilt de cliënt graag worden verzorgd, wat kan en wil de cliënt nog zelf doen? Voorgaande vraagstellingen moeten worden gekoppeld aan de identiteit en persoonlijkheid van de cliënt. Cliëntkennis is daarom van belang. Een advies is om informele zorgverleners actief mee te laten participeren in het opstellen van het zorgleefplan. Het zorgleefplan wordt daarmee een belevingsgericht plan, waarbij er aandacht is voor de subjectieve kant van de zorg. Zorgleefplannen en agendapunten zouden als leidraad moeten dienen. Zorgprofessionals dienen echter uitgedaagd te worden tot het dialoog voeren met de cliënt. Dit betekent dat de zorgleefplannen niet te zeer moeten worden afgebakend, maar ruimte overlaten die zorgmedewerkers stimuleert tot overwegingen betreffende hun handelen.

## **8.2 Faciliteren van het “Wij werken waar zij wonen – principe”**

Wil de ouderenzorg de autonomie en waardigheid van cliënten laten dienen als handelingskader, dan is het van belang dat er ten alle tijden een principe van “Wij werken waar zij wonen” wordt gehanteerd. Dit principe zou als uitgangspunt moeten hebben dat de organisatie en zorgmedewerkers zich aanpassen aan het ritme en de wensen van de bewoners. Dit vraagt om een flexibele en open cultuur (Rehnsfeldt et al., 2014). Wil de organisatie deze cultuuromslag creëren dan dient zij medewerkers hier ook in te faciliteren. Zorgmedewerkers lijken bereid om zich in te zetten voor de waardigheid en autonomie van de ouderen, maar lopen ook tegen knelpunten aan. Het is van belang dat de organisatie deze knelpunten erkent en zorgmedewerkers ondersteunt in het zoeken naar mogelijkheden. Daarnaast zal de organisatie de cultuuromslag moeten zien als een proces, waarbij aansturing en scholing onmiskenbaar zijn. Er lijkt momenteel onvoldoende ruimte voor reflectie, waarbij zorgmedewerkers leren om kritisch naar hun handelen te kijken. Daarnaast lijkt er bij sommige zorgmedewerkers behoefte aan scholing. Met name voor de zorgondersteuners geldt hier dat hun kansen met betrekking tot activiteiten en dagbesteding onvoldoende worden benut. Aansturing, reflectie en scholing zorgen daarnaast dat de thema's autonomie en waardigheid levendig blijven, en creëren daarmee draagvlak voor de waarborging ervan.

## **8.3 Welzijnscoördinator**

Het waarborgen van autonomie en waardigheid vraagt om een procesgerichte manier van werken, en dient voortdurende aandacht te krijgen. Zowel voor de waardigheid en autonomie geldt dat ze nooit stabiel zijn. Het is een continu proces van afstemmen. Zorgmedewerkers dienen voortdurend te balanceren. Dit vraagt om een kritische werkhouding waarbij het handelen van de professional constant aandacht dient te krijgen. Om deze kritische werkhouding bij medewerkers te stimuleren, is voldoende aansturing noodzakelijk. Deze aansturing kan worden gerealiseerd door reflectiemomenten te organiseren, waarbij zorgmedewerkers uitgedaagd worden om hun handelen te overwegen en waar nodig bij te stellen. Echter mag er niet voorbij worden gegaan aan de werkdruk die zorgmedewerkers

ervaren. Het is de vraag of het haalbaar is om deze reflectiemomenten op grote schaal te organiseren. Daarom zou de organisatie kunnen overwegen om een professional in dienst te nemen, die als een soort “welzijnscoördinator” fungeert. Het zou hier een professional betreffen die zich focust op het handelen van de zorgmedewerker en in staat is tot ‘coaching on the job’. Zorgmedewerkers worden hierbij in de directe praktijk aangestuurd en krijgen waar nodig handvaten aangereikt. Daarnaast is deze professional een aanspreekpunt en kunnen zorgmedewerkers hier terecht met vragen. Het aanstellen van een welzijnscoördinator kan daarmee op praktische wijze zowel een tekort aan vaardigheden, scholing en reflectie ondervangen, zonder daarmee al te veel aanspraak te doen op de tijd van de zorgmedewerkers.

#### **8.4 Waardigheid en autonomie voor álle cliënten**

De volgende aanbeveling heeft betrekking op de conclusie dat de waarborging van autonomie en waardigheid afhankelijk is van de zorgzwaarte van de cliënt. Voorgaande aanbevelingen proberen dit verschil al te overbruggen door middel van aandacht voor scholing en reflectie en een meer belevingsgericht zorgleefplan. Echter zijn er meer mogelijkheden die de waarborging van autonomie en waardigheid voor alle cliënten kunnen stimuleren. De eerste aanbeveling hierover heeft betrekking op familieparticipatie. Dit lijkt zich momenteel te beperken tot inspraak op de zorgleefplannen. Hiermee wordt de familie als rijke bron van informatie onvoldoende benut. Familie is bij uitstek een cliëntkenner, die met name over welzijns-gerelateerde zaken een hoop informatie kan volstrekken. Daarnaast kan familie ook een ondersteunende factor zijn, bijvoorbeeld bij het organiseren van activiteiten en dagbesteding. Omdat de implementatie van familieparticipatie vraagt om aandacht voor familie, is het de vraag hoe de organisatie dit het best kan organiseren. Wellicht ligt hier opnieuw een taak voor de welzijnscoördinator, die in de eerdere aanbeveling al werd benoemd.

#### **8.5 Met oog voor de omgeving**

Ook voor de fysieke omgeving liggen er verbeterpunten die aandacht verdienen. Momenteel weerspiegelt de omgeving maar in

beperkte mate de identiteit van de cliënten. De organisatie zou het mogelijk moeten maken om persoonlijke of herkenbare spullen en decoratie van cliënten mee te nemen in de aankleding van de afdeling. Daarbij kan worden gedacht aan (kleine) meubelstukken, foto's en schilderijen die mensen van thuis meenemen, maar ook aan decoratiestukken die door cliënten worden gemaakt. Dit laatste zou al een eerste voorzet zijn voor een activiteit. Het voordeel van het inbrengen van persoonlijke of herkenbare spullen is daarnaast dat het gespreksstof zou kunnen bieden voor zorgmedewerkers. Een persoonlijke omgeving zal daarnaast naar verwachting ook bepaalde prikkels oproepen bij cliënten en het veiligheidsgevoel stimuleren.

## **8.6 Mag ik even informeren?**

Ondanks dat uit het onderzoek blijkt dat cliëntkennis niet vanzelfsprekend is en zorgmedewerkers soms zoekende zijn naar informatie, is het de vraag of er nieuwe vormen van overleggen moeten worden aangereikt die deze belemmering tegengaan. Dit laatste kan, gezien de werkdruk die zorgmedewerkers ervaren, wellicht tegendraads werken. Een aanbeveling die daarom op basis van dit onderzoek wordt gegeven, is om de huidige manier van informatieverstrekking te heroverwegen. Daarbij is een belangrijk aandachtspunt dat alle benodigde informatie in de toekomst toegankelijk is voor zorgmedewerkers. Daarnaast moet de informatie overzichtelijk zijn. Zorgmedewerkers zouden nu veel tijd kwijt zijn aan het inlezen in de elektronische dossiers. De start van het project 'Waardig Verhuizen' waarbij de cliëntkennis voor de komst van een cliënt wordt opgehaald, lijkt een meerwaarde te kunnen bieden aan het gebrek aan informatie. Echter is het ook hier opnieuw de vraag op welke manier de informatie de zorgmedewerkers bereikt. Het is dus niet zozeer alleen het ophalen van de informatie, maar ook het verstrekken van de informatie, dat bepalend is voor de kennis van zorgmedewerkers over hun cliënten.



## **Bronnenlijst:**

- Abbott, S., Fisk, M., & Forward, L. (2000). Social and democratic participation in residential settings for older people: Realities and aspirations. *Ageing And Society*, 20, 327-340.
- Actiz. (2016). *Infographic Ouderenzorg nu en in de toekomst*. Geraadpleegd via <https://www.actiz.nl/feiten-en-cijfers-overzicht>
- Actiz. (2019). *Samen leren & verbeteren: onderzoek Actiz wlz zorgcontractering*. Geraadpleegd via <https://www.actiz.nl/thema/financiering/wlz-zorgcontractering>
- Baarda, B, Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., Van der Velden, T., & De Goede, M. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Barkay, A., & Tabak, N. (2002). Elderly residents' participation and autonomy within a geriatric ward in a public institution. *International Journal of Nursing Practice*, 8(4), 198-209.
- Barnett, Michael, & Hayes, Robert. (2010). Not seen and not heard: Protecting elder human rights in aged care. *University of Western Sydney Law Review*, 14, 45.
- Boumans, J., Van Boekel, L., Baan, C., & Luijkx, K. (2018). How Can Autonomy Be Maintained and Informal Care Improved for People With Dementia Living in Residential Care Facilities: A Systematic Literature Review. *The Gerontologist*,
- Brownie, S., & Horstmanshof, L. (2012). Creating the conditions for self-fulfilment for aged care residents. *Nursing Ethics*, 19(6), 777-786. doi: 10.1177/0969733011423292
- Buijsen, M. (2010). Autonomy, human dignity, and the right to healthcare: A Dutch perspective. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 19(3), 321-328. doi: 10.1017/S0963180110000095
- Dabove, M. (2017). Autonomy and Capacity: About Human Rights of Older Persons in Dependency Situations. *Ageing International*, 42(3), 335-353. doi: 10.1007/s12126-016-9272-4

- Davies, S., Laker, S., & Ellis, L. (1997). Promoting autonomy and independence for older people within nursing practice: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 26(2), 408-417.
- Dickson, M., Riddell, H., Gilmour, F., & McCormack, B. (2017). Delivering dignified care: A realist synthesis of evidence that promotes effective listening to and learning from older people's feedback in acute care settings. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24), 4028-4038. doi: 10.1111/jocn.13856
- Eissens van Der Laan, Van Offenbeek, Broekhuis, & Slaets. (2014). A person-centred segmentation study in elderly care: Towards efficient demand-driven care. *Social Science & Medicine*, 113, 68-76. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.05.012
- Esanu, I., Taranu, T., Chirita, R., & Paraschiv, C. (2016). Ethical issues in communication with elderly patients, *Bulletin of Integrative Psychiatry*, 2016, Vol.22(1), p.43(9).
- Fleischer, Steffen, Almuth Berg, Markus Zimmermann, Kathleen Wüste, and Johann Behrens. "Nurse-patient Interaction and Communication: A Systematic Literature Review." *Journal of Public Health* 17.5 (2009): 339-53. Web.
- Formosa, P., & Mackenzie, C. (2014). Nussbaum, Kant, and the Capabilities Approach to Dignity. *Ethical Theory and Moral Practice*, 17(5), 875-892. doi: 10.1007/s10677-014-9487-y
- Frampton, S. B. (2009). Creating a Patient-Centered System. *AJN, American Journal of Nursing*, 109(3), 30-33. doi: 10.1097/01.NAJ.0000346924.67498.ed
- Gastmans, C. (2013). Dignity-enhancing nursing care: A foundational ethical framework. *Nursing Ethics*, 20(2), 142-149. doi: 10.1177/0969733012473772
- Hansen-Kyle, L. (2005). A Concept Analysis of Healthy Aging. *Nursing Forum*, 40(2), 45-57. doi: 10.1111/j.1744-6198.2005.00009.x
- Hare, I. (2004). Defining social work for the 21st century: The International Federation of Social Workers' revised definition of social work. *International Social Work*, 47(3), 407-424.

- Hartman, J., Knevel, J., & Revnaert, D. (2016). *Manifest: Stel mensenrechten centraal in het sociaal werk*. Geraadpleegd via de <https://www.socialevraagstukken.nl/stel-mensenrechten-centraal-in-het-sociaal-werk/>
- Hawkins, C., & Knox, K. (2014). Educating for international social work: Human rights leadership. *International Social Work*, 57(3), 248-257. doi: 10.1177/0020872814547314
- Hedman, M., Poder, U., Mamhidir, A., Nilsson, A., Kristofferzon, M., & Haggstrom, E. (2015). Life memories and the ability to act: The meaning of autonomy and participation for older people when living with chronic illness. 29(4), 824. doi: 10.1111/scs.12215
- Heggestad, A., Nortvedt, P., & Slettebø, &. (2013). 'Like a prison without bars'. *Nursing Ethics*, 20(8), 881-892. doi: 10.1177/0969733013484484
- Helgesen, A., Larsson, M., & Athlin, E. (2010). 'Patient participation' in everyday activities in special care units for persons with dementia in Norwegian nursing homes. *International Journal of Older People Nursing*, 5(2), 169-178.
- Hubbard, R., Bak, M., Watts, J., Shum, D., Lynch, A., & Peel, N. (2018). Enhancing Dignity for Older Inpatients: The Photograph-Next-to-the-Bed Study. *Clinical Gerontologist*, 41(5), 468-473.
- Heggestad, A., Nortvedt, P., & Slettebø, &. (2013). The importance of moral sensitivity when including persons with dementia in qualitative research. *Nursing Ethics*, 20(1), 30-40.
- Het college van de rechten van de mens. (2015). *De cliënt centraal* (Onderzoeksrapport). Geraadpleegd via <https://mensenrechten.nl/nl/publicatie/36370>
- Jacelon, C., Connelly, T., Brown, R., Proulx, K., & Vo, T. (2004). A concept analysis of dignity for older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 48(1), 76-83.
- Jakobsen, R., & Sørli, V. (2010). Dignity of older people in a nursing home: Narratives of care providers. *Nursing Ethics*, 17(3), 289-300. doi: 10.1177/0969733009355375

- Johnston, L., & Womack, D. (2015). Best practices in in communication with older adults. *China Media Research* 11(3), 54.
- Kelly, F. (2010). Recognising and supporting self in dementia: A new way to facilitate a person-centred approach to dementia care. *Ageing and Society*, 30(1), 103-124. doi: 10.1017/S0144686X09008708
- Kelson, E. (2006). *Supporting Personhood Within Dementia Care: The Therapeutic Potential of Personal Photographs*. (Thesis submitted for Master of Arts), Simon Fraser University, Burnaby, Canada.
- Leino-Kilpi, H., Välimäki, M., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C., Schopp, A., . . . Kaljonen, A. (2003). Perceptions of Autonomy, Privacy and Informed Consent in the Care of Elderly People in Five European Countries: General overview. *Nursing Ethics*, 10(1), 18-27. doi: 10.1191/0969733003ne571oa
- Lothian, K., & Philp, I. (2001). Maintaining the dignity and autonomy of older people in the healthcare setting. *British Medical Journal*, 322(7287), 668-670.
- Lundberg, K. (2018). Dementia Care Work Situated Between Professional and Regulatory Codes of Ethics. *Ethics and Social Welfare*, 12(2), 133-146.
- Malek, M., & Razzak, M. (2017). Rights of the elderly: An emerging human rights discourse. *International Journal of Law and Management*, 59(2), 284-302.
- Matiti, M., Cotrel-Gibbons, E., & Teasdale, K. (2007). Promoting patient dignity in healthcare settings. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain))* : 1987), 21(45), 46-52.
- McGreevy, J. (2015). Dementia and the person-centred care approach. *Nursing Older People*, 27(8), 27-31.
- Moody, H. (1998). The Cost of Autonomy, the Price of Paternalism. *Journal of Gerontological Social Work*, 29(2-3), 111-127. DOI: 10.1300/J083V29N02\_07

- Mortelmans, D. (2013). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden* (Vierde herziene druk ed.). Leuven: Acco.
- Murdach, A. (2011). Is Social Work a Human Rights Profession? *Social Work, 56*(3), 281-283.
- Nordenfelt, L. (2003). Dignity of the elderly: An introduction. *Medicine, Health Care, and Philosophy, 6*(2), 99-101.
- Nussbaum, M. (2011). *Creating capabilities: The human development approach*. Cambridge (Mass.): Harvard university press.
- Perrin, T. (1997). Occupational need in severe dementia: A descriptive study. *Journal of Advanced Nursing, 25*(5), 934-941.
- Pirhonen, J. (2015). Dignity and the capabilities approach in long-term care for older people. *Nursing Philosophy, 16*(1), 29-39. doi: 10.1111/nup.12057
- Potera, C. (2012). Dignity-Driven Decision Making Improves Advanced-Illness Care. *AJN, American Journal of Nursing, 112*(9), 16. doi: 10.1097/01.NAJ.0000418910.72042.cf
- Raad van Bestuur. (2017) *Kwaliteitsplan 2018: Verder op weg binnen het kwaliteitskader* (Beleidsdocument). Sevagram, Heerlen.
- Randers, I., & Mattiasson, A. (2004). Autonomy and integrity: Upholding older adult patients' dignity. *Journal of Advanced Nursing, 45*(1), 63-71.
- Rehnsfeldt, A., Lindwall, L., Lohne, V., Lillestø, B., Slettebø, &, Heggstad, A., . . . Nåden, D. (2014). The meaning of dignity in nursing home care as seen by relatives. *Nursing Ethics, 21*(5), 507-517. doi: 10.1177/0969733013511358
- Reid, R., & Chappell, N. (2017). Family Involvement in Nursing Homes: Are Family Caregivers Getting What They Want? *Journal of Applied Gerontology, 36*(8), 993-1015.
- Riekkinen, M. (2015). Participation of the elderly in sociocultural life: Human rights and inclusive practices under residential care. *Journal of Public Affairs, 15*(3), 252-267. doi: 10.1002/pa.1523

- Rijksoverheid. (n.d.). Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen. Geraadpleegd via <https://www.dwangindezorg.nl/rechten/wetten/wet-bopz>
- Roose, H. & Meuleman, B. (2014). *Methodologie van de sociale wetenschappen : Een inleiding*. Gent: België: Academia Press.
- Seedhouse, D. (2000). Logic, Empiricism and Ethics. *Journal of Health Psychology*, 5(2), 157-160. doi: 10.1177/135910530000500205
- Sasson, S. (2000). Beneficence versus respect for autonomy: An ethical dilemma in social work practice. *Journal of Gerontological Social Work*, 33(1), 5-16.
- Seedhouse, D., & Gallagher, A. (2002). Undignifying institutions. *Journal of Medical Ethics*, 28(6), 368-72.
- Sevagram. (n.d.). *Over Sevagram*. Geraadpleegd via <https://www.sevagram.nl/over-sevagram.html>
- Sevagram. (n.d.) *Waardig Verhuizen* (Informatiebrochure). Sevagram, Heerlen.
- Small, S. (1995). Action-Oriented Research: Models and Methods. *Journal of Marriage and Family*, 57(4), 941-955.
- Stevens, M., Biggs, S., Dixon, J., Tinker, A., & Manthorpe, J. (2013). Interactional perspectives on the mistreatment of older and vulnerable people in long-term care settings. *British Journal of Sociology*, 64(2), 267-286. doi: 10.1111/1468-4446.12017
- Swanborn, P. (2006). *Basisboek sociaal onderzoek* (Vierde geheel herziene druk ed.). Amsterdam: Boom.
- Tadd, W., Vanlaere, L., & Gastmans, C. (2010). Clarifying the Concept of Human Dignity in the Care of the Elderly: A Dialogue between Empirical and Philosophical Approaches. *Ethical Perspectives*, 17(2), 253-281. doi: 10.2143/EP.17.2.2049266
- Tracy, & Skillings. (2007). Upholding Dignity in Hospitalized Elders. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 19(3), 303-312. doi: 10.1016/j.ccell.2007.05.006

- Tranvåg, O., Petersen, K., & Nåden, D. (2013). Dignity-preserving dementia care: A metasynthesis. *Nursing Ethics*, 20(8), 861-880.
- The Lancet. (2015). Emergency care in Northern Ireland: A human rights issue. *The Lancet*, 385(9984), 2224. doi: 10.1016/S0140-6736(15)61048-0
- Tutton, E. (2005). Patient participation on a ward for frail older people. *Journal of Advanced Nursing*, 50(2), 143-152. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03373.x
- Tweede kamer. (2018). *XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport Rijksbegroting 2019*. Geraadpleegd via <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/begrotingen/2018/09/18/xvi-volksgezondheid-welzijn-en-sport-rijksbegroting-2019>
- Van Campen, C., & Verbeek., D. (2017). *Gelukkig in een verpleeghuis?* Geraadpleegd via [https://www.scp.nl/Publicaties/Alle\\_publicaties/Publicaties\\_2017/Gelukkig\\_in\\_een\\_verpleeghuis](https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2017/Gelukkig_in_een_verpleeghuis)
- Van Leuven, N., & De Hert, Paul. (2011). *Fundamentele rechten van ouderen*. Antwerpen, België: Intersentia.
- Van Rijn. (2015). Waardigheid en Trots. Liefdevolle zorg. Voor onze ouderen. Geraadpleegd via <https://www.waardigheidentrots.nl/wp-content/uploads/2015/04/waardigheid-en-trots-liefdevolle-zorg-voor-onze-ouderen1.pdf>
- Vladeck, B., & Westphal, E. (2012). Dignity-Driven Decision Making: A Compelling Strategy For Improving Care For People With Advanced Illness. *Health Affairs*, 31(6), 1269-1276. doi: 10.1377/hlthaff.2012.0173
- VVD, CDA, D66 & Christenunie. (2017). Regeerakkoord: Vertrouwen in de toekomst. Geraadpleegd via <https://www.kabinetformatie2017.nl/documenten/publicaties/2017/10/10/regeerakkoord-vertrouwen-in-de-toekomst>
- Welford, Claire, Murphy, Kathy, Rodgers, Vivien, & Frauenlob, Theresia. (2012). Autonomy for older people in residential care:

A selective literature review. *International Journal of Older People Nursing*, 7(1), 65.

- Van den Wijngaart, M., & Witte., R. (2015). *Waardigheid, autonomie en bejegening in verpleeghuizen: De dagelijkse praktijk vanuit het mensenrechtenperspectief*. Geraadpleegd via <https://mensenrechten.nl/publicaties/detail/36370>
- Zahran, Z., Tauber, M., Watson, H., Coghlan, P., White, S., Procter, S., . . . Norton, C. (2016). Systematic review: What interventions improve dignity for older patients in hospital? *Journal of Clinical Nursing*, 25(3-4), 311-321. doi: 10.1111/jocn.13052
- Zhai, X., & Qiu, R. (2007). Perceptions of long-term care, autonomy, and dignity, by residents, family and caregivers: The Beijing experience.(Report). *The Journal of Medicine and Philosophy*, 32(5), 425-45.
- Zorgenz. (2018). *Eisen gesteld aan extra geld verpleeghuiszorg*. Geraadpleegd via <https://zorgenz.nl/nieuws/eisen-gesteld-aan-extra-geld-verpleeghuiszorg/>
- Zorginstituut Nederland. (2017). *Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg*. Geraadpleegd via <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2017/01/13/kwaliteitskader-verpleeghuiszorg>



## **Bijlagen:**

### **Bijlage 1: Topics observaties**

- Keuzemogelijkheden / informeren:
  - Worden bewoners geïnformeerd over bepaalde keuzes en keuzemogelijkheden?
  - Waar en wanneer hebben cliënten keuzemogelijkheden?
  - Welk belang wordt gehecht aan de mening van de cliënt?
  - Wordt er met bewoners overlegd over / tijdens de zorg?
  - Hoe wordt gehandeld bij onenigheid tussen de bewoner en de zorgmedewerker over een beslissing?
- Communicatie en bejegening:
  - Hoe worden bewoners aangesproken?
  - Welk taalgebruik wordt gehanteerd?
  - Worden bewoners individueel of collectief benaderd?
  - Hoe reageren professionals op emotionele / gedragsmatige uitingen?
  - Wat is de inhoud van de communicatie (taakgericht, persoonsgericht)?
  - Wanneer vindt de communicatie plaats?
  - Communiceren zorgmedewerkers pro-actief?
- Dagbesteding / structuur:
  - Hoe ziet de structuur van de dag eruit?
  - Hoe ziet de dagbesteding er tussen de vaste zorgmomenten uit?
  - Ligt de dag invulling op voorhand vast?
  - Welke activiteiten vinden er plaats?
  - Hoe komen deze activiteiten tot stand (door medewerkers of op vraag cliënten)?
  - Waar vindt de dagbesteding plaats?

- Wordt er binnen de zorg – en dag invulling gebruik gemaakt van spontane activiteiten en kleine extraatjes?

## Bijlage 2: Topics interviews

- Personalia:
  - functie, leeftijd, vooropleiding, werkervaring
- Definities en handelen:
  - Wat versta je onder het begrip waardigheid?
  - Wat versta je onder het begrip autonomie?
  - Op welke manier probeer je de en waardigheid van cliënten te waarborgen? Hoe gaat dit (sterke/zwakke punten)?
  - Op welke manier probeer je de autonomie van cliënten te waarborgen? Hoe gaat dit (sterke/zwakke punten)?
  - Zijn er momenten waarop je ervaart dat de autonomie en/of waardigheid van cliënten onder spanning staat, en zo ja, hoe ga je hier dan mee om?
  - Gedurende welke situaties in je werk vind/vond jij dat de autonomie en waardigheid van de cliënt gewaarborgd zijn / waren? Welke factoren zijn/waren hierbij van belang?
- Keuzemogelijkheden / beslissingen:
  - Op welke manier probeer je de besluitvorming bij de cliënt te laten?
- Informele zorg:
  - Hoe worden informele zorgverleners (Familie, vrienden, kennissen) betrokken bij de alledaagse zorg van de cliënten?
- Cliëntkennis:
  - In hoeverre ken je de persoon achter de cliënt / de identiteit van de cliënt?
  - Hoe wordt het handelen aangepast aan (de identiteit, persoonlijke wensen) van de cliënt?
- Bejegening en communicatie:
  - Hoe zou je de bejegening / communicatie naar de cliënten willen omschrijven? Wat is de

achterliggende gedachte voor deze bejegening / communicatie?

- Dagbesteding:
  - Op welke manier kan dagbesteding volgens jou bijdragen aan de waardigheid en autonomie van de cliënten?
- Organisatie / afdeling:
  - Hoe zou je de afdelingscultuur willen beschrijven en op welke manier draagt deze volgens jou bij aan persoonsgericht werken?
  - Hoe zou de organisatie volgens jou kunnen faciliteren in de waarborging van autonomie en waardigheid?
- Reflectie en scholing:
  - Op welke manier reflecteer je op je handelen?
  - Zou je behoefte hebben aan scholing, en zo ja, waarover?