

Mentaal welbevinden

Onderzoek naar mentaal welbevinden in een verpleeghuis

Juni 2012 – Gereformeerde Hogeschool Zwolle

Mariëlle Holstege – Alies Nagelhout – Suzan Poolman



**Gereformeerde
Hogeschool**

Lectoraat Zorg en Spiritualiteit

Titel:	Mentaal welbevinden
Subtitel:	Onderzoek naar mentaal welbevinden in een verpleeghuis
Opleiding:	Hoger Beroepsonderwijs Verpleegkunde Gereformeerde Hogeschool Zwolle
Auteurs:	Mariëlle Holstege, 2810318 Alies Nagelhout, 2810029 Suzan Poolman, 2810083
In opdracht van:	Icare locatie Altingerhof – Beilen
Contactpersoon instelling:	Anita Akkerman, geestelijk verzorger
Begeleidend docent:	Riana Driebergen
Begeleider lectoraat:	Anneke Pullen

Gereformeerde Hogeschool Zwolle, juni 2012

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enige andere manier, zonder voorafgaande toestemming van de auteurs.

Samenvatting

Dit onderzoek is uitgevoerd in het kader van een cliënttevredenheidsonderzoek in verpleeghuis Altingerhof, waaruit bleek dat er niet genoeg aandacht werd besteed aan mentaal welbevinden. In dit onderzoek is een antwoord gezocht op de vraag wat dimensies zijn van mentaal welbevinden van cliënten met een chronisch somatische aandoening die verblijven op afdeling Tipakker in verpleeghuis Altingerhof. Ook is onderzocht hoe deze dimensies gesignaleerd kunnen worden. Het doel van dit onderzoek is erachter te komen hoe praktisch vorm gegeven kan worden aan de dimensies van mentaal welbevinden.

In dit onderzoek heeft er eerst een literatuurstudie plaatsgevonden. Naar aanleiding van deze literatuurstudie hebben er diepte-interviews plaatsgevonden met cliënten van afdeling Tipakker. Aan de hand van de analyse van de diepte-interviews zijn een aantal kernthema's naar voren gekomen. Dit zijn: 'spiritualiteit', 'autonomie', 'verlies', 'aandacht' en 'vrijtijdsbesteding'. Deze thema's zijn te plaatsen bij de dimensies, zoals ze genoemd zijn in de literatuur.

Vervolgens heeft er een focusgroep plaatsgevonden met zorgverleners van de desbetreffende afdeling. Aan de hand van de analyse van de focusgroep zijn een aantal kernthema's naar voren gekomen. Dit zijn: 'autonomie', 'verlies' en 'aandacht'.

De conclusie is, dat ouderen graag zelf willen beslissen hoe hun leven ingericht wordt. Ouderen willen graag een stuk eigen regie en autonomie behouden en hebben behoefte aan individuele aandacht.

Op basis van de conclusies zijn de aanbevelingen gedaan. De aanbevelingen zijn het werven van vrijwilligers, het doen van vervolgonderzoek en het gebruik van een biografische paragraaf in het zorgleefplan.

In de discussie wordt inhoudelijk en methodologisch ingegaan op mogelijke tekortkomingen van het onderzoek.

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
Voorwoord	6
1. Inleiding	7
2. Literatuurverdieping	9
2.1 Mentaal welbevinden	9
2.1.1 Zes dimensies van mentaal welbevinden	9
2.1.2 Meten van mentaal welbevinden	10
2.1.3 Mentaal welbevinden in de praktijk	11
2.1.4 Vormgeven aan mentaal welbevinden	12
2.1.5 Mentaal welbevinden en geestelijke verzorging	13
2.1.6 Implementatie van mentaal welbevinden	14
2.2 Spiritualiteit	15
2.2.1 Neuman Systems Model	15
2.2.2 Spirituele variabele	16
2.2.3 Anamnese	16
2.2.4 Richtlijn spirituele zorg	17
2.3 Belevingsgerichte zorg	17
2.3.1 Hulpmiddelen voor belevingsgerichte zorg	17
2.3.2 Belevingsgerichte zorg in verpleeghuis Altingerhof	18
2.4 Samenvatting	19
3. Methode van onderzoek	20
3.1 Typering van onderzoek	20
3.2 Onderzoekspopulatie	20
3.2.1 Steekproef	21
3.2.2 Inclusiecriteria	21
3.2.3 Exclusiecriteria	21
3.2.4 Ethische verantwoording	22
3.3 Meetinstrumenten	23
3.3.1 Diepte-interviews	23

3.3.2 Focusgroep	27
3.4 Samenvatting	30
4. Resultaten	31
4.1 Resultaten diepte-interviews	31
4.1.1 Kernthema's	31
4.1.2 Overige labels	34
4.1.3 Member-checking	35
4.2 Resultaten focusgroep	35
4.2.1 Kernthema's	35
4.2.2 Overige labels	37
4.3 Samenvatting	38
5. Conclusies en aanbevelingen	39
5.1 Conclusies	39
5.2 Aanbevelingen	41
5.2.1 Vrijwilligers	41
5.2.2 Vervolgonderzoek	42
5.2.3 Zorgleefplan	42
5.3 Samenvatting	43
6. Discussie	44
6.1 Methodologische discussie	44
6.2 Inhoudelijke discussie	45
6.3 Samenvatting	45
Literatuurlijst	46
Bijlage 1 Diepte-interview	49
Bijlage 2 Focusgroep	51
Bijlage 3 Uitnodigingsbrieven	52
Bijlage 4 Toestemmingsformulieren	54
Bijlage 5 Aanvullende resultaten	57
Bijlage 6 Biografische paragraaf mw. A.	69

Voorwoord

Ter afsluiting van de opleiding Hoger Beroepsonderwijs Verpleegkunde aan de Gereformeerde Hogeschool te Zwolle, voerden drie vierdejaars studenten een afstudeeronderzoek uit. Dit afstudeeronderzoek vond plaats in het studiejaar 2011-2012.

Het afstudeeronderzoek is uitgevoerd onder cliënten en zorgverleners van afdeling Tipakker in verpleeghuis Altingerhof. Vanuit de instelling kwam de vraag om het mentaal welbevinden van cliënten te onderzoeken.

De motivatie om voor dit onderzoek te kiezen was, dat wij meer geïnteresseerd zijn in kwalitatief onderzoek dan in kwantitatief onderzoek. De combinatie van diepte-interviews met de focusgroep sprak ons aan, doordat je op die manier vanuit beide invalshoeken de situatie onderzoekt.

Door middel van dit onderzoek hebben wij ons kunnen verdiepen in , en ontwikkelen op het gebied van verpleegkundig onderzoek.

Wij willen onze dank uitspreken aan de volgende personen:

- Anita Akkerman, geestelijk verzorger in verpleeghuis Altingerhof, contactpersoon binnen de instelling.
- Alle medewerkers van afdeling Tipakker in Altingerhof die hebben bijgedragen aan ons onderzoek.
- Alle cliënten van afdeling Tipakker die bereid waren om mee te werken aan ons onderzoek. Zonder hen had dit onderzoek niet plaats kunnen vinden.
- Riana Driebergen, docent aan de Gereformeerde Hogeschool, begeleider gedurende het onderzoek en de verslaglegging daarvan.
- Anneke Pullen, begeleider vanuit het lectoraat Zorg en Spiritualiteit, begeleider gedurende het onderzoek en de verslaglegging daarvan.

Vanaf de voorbereidende fase in september tot en met de afsluiting in juni hebben wij met veel plezier aan dit onderzoek gewerkt.

Wij wensen u veel leesplezier.

Zwolle, juni 2012

Mariëlle Holstege

Alies Nagelhout

Suzan Poolman

1. Inleiding

Dit onderzoek wordt uitgevoerd in het kader van het afstudeeronderzoek van de opleiding HBO-V aan de Gereformeerde Hogeschool te Zwolle. Het onderzoek vindt plaats in verpleeghuis Altingerhof te Beilen. In dit verpleeghuis heeft een cliënttevredenheidsonderzoek plaatsgevonden waaruit bleek dat mentaal welbevinden een aandachtspunt is. Dit onderzoek staat daarom in het teken van mentaal welbevinden en wordt uitgevoerd in opdracht van Erna Maring, toenmalig locatiemanager in verpleeghuis Altingerhof.

De opdrachtnemende organisatie is het lectoraat Zorg en Spiritualiteit van de Gereformeerde Hogeschool. Het lectoraat Zorg en Spiritualiteit doet onderzoek naar de betekenis van geloof en levensbeschouwing in de zorgrelatie tussen patiënten en zorgverleners en in de relatie tussen zorgverleners onderling (Gereformeerde Hogeschool, s.d.). Drie studenten HBO-verpleegkunde zullen dit onderzoek voor het lectoraat uitvoeren. De studenten zullen zich bezig houden met het onderzoeken van mentaal welbevinden van cliënten op de chronisch somatische afdeling Tipakker.

Het doel van het onderzoek is erachter te komen hoe praktisch vorm gegeven kan worden aan de dimensies van mentaal welbevinden.

Met de resultaten uit dit onderzoek worden aanbevelingen gedaan aan de opdrachtgever.

Dit verslag bestaat uit verschillende hoofdstukken. In hoofdstuk twee is literatuur beschreven met betrekking tot mentaal welbevinden. In hoofdstuk drie wordt verantwoording gegeven van de methodologische aspecten van het onderzoek. Vervolgens worden in hoofdstuk vier de resultaten van het onderzoek beschreven. In hoofdstuk vijf worden de conclusies beschreven als antwoord op de onderzoeksvraag. Vanuit deze conclusies worden de discussie en aanbevelingen uiteengezet. In de bijlagen is aanvullende informatie over- en aanvullende resultaten van de diepte-interviews en de focusgroep te vinden. Ook zijn daarin de uitnodigingsbrieven en de toestemmingsformulieren voor de diepte-interviews en de focusgroep opgenomen. Als laatste is er een uitwerking van één van de aanbevelingen opgenomen.

Onderzoeksvraag:

‘Wat zijn dimensies van het mentaal welbevinden van cliënten met een chronisch somatische aandoening die verblijven in verpleeghuis Altingerhof en waaraan kunnen deze worden signaleerd?’

De volgende deelvragen ondersteunen de onderzoeksvraag:

Deelvraag 1: Welke dimensies van mentaal welbevinden geven oudere cliënten met een chronisch somatische aandoening aan als belangrijk?

Deelvraag 2: Wat zijn de behoeften van ouderen op het gebied van mentaal welbevinden?

Deelvraag 3: Waaraan zijn deze behoeften te herkennen en hoe zijn deze te beïnvloeden tot mentaal welbevinden?

Deelvraag 4: Welke dimensies van mentaal welbevinden voor cliënten met een chronisch, somatische aandoening, geven zorgverleners aan als belangrijk?

2. Literatuurverdieping

In dit hoofdstuk worden verschillende punten vanuit de literatuur benadert die relevant zijn voor dit onderzoek. Dit hoofdstuk wordt begonnen met een gedeelte over mentaal welbevinden. Er wordt ingegaan op de vraag wat het precies inhoudt, hoe mentaal welbevinden gemeten kan worden, hoe het vormgegeven wordt en hoe het geïmplementeerd kan worden. Hierna zal verder ingegaan worden op spiritualiteit. Het onderwerp spiritualiteit is verder uitgediept, omdat onderzoek heeft aangetoond dat aandacht voor spiritualiteit een positieve invloed heeft op het welbevinden van een mens (van Leeuwen, 2009).

Er wordt eerst ingegaan op het begrip spiritualiteit, daarna komt de spirituele variabele aan de orde samen met het NSM, vervolgens gaat het over spiritualiteit in een anamnese en ten slotte zal het gaan over de richtlijn spirituele zorg.

De laatste paragraaf gaat over belevingsgericht werken. De combinatie met mentaal welbevinden is gemaakt, omdat in verpleeghuis Altingerhof gewerkt wordt met het belevingsgericht werken. Belevingsgericht werken zou het mentaal welbevinden kunnen vergroten. Als eerste wordt ingegaan op de vraag wat belevingsgericht werken nu precies inhoudt. Daarna worden er hulpmiddelen genoemd en als laatste wordt de link gelegd met belevingsgericht werken in verpleeghuis Altingerhof.

2.1. Mentaal welbevinden

Bij mentaal welbevinden gaat het om in welke mate iemand een positieve evaluatie maakt ten aanzien van zijn of haar leven. Die evaluatie gaat dan niet om het moment zelf, maar om het hele leven van die persoon. Welbevinden is subjectief welbevinden en is het 'resultaat' van de verwachtingen in vergelijking met de waargenomen situatie. Subjectief welbevinden wordt ook wel gedefinieerd als: 'the individual's current evaluation of their happiness'.

Samengevat is subjectief welbevinden de huidige evaluatie van geluk. Deze evaluatie wordt dan vaak uitgedrukt in termen die met emotie te maken hebben. Als aan een oudere gevraagd wordt, hoe die oudere zich voelt, is het antwoord vaak: 'ik voel me goed' (Schwartz & Strack, 1999).

2.1.1 Zes dimensies van welbevinden

De organisatie Actiz heeft een bundel uitgegeven onder de naam: 'Werken aan mentaal welbevinden; vijf startpunten voor de zorgorganisatie.' Die vijf startpunten zijn vijf artikelen over hoe het begrip mentaal welbevinden in een zorginstelling kan worden geïmplementeerd. Het eerste

artikel gaat over depressie preventie, de tweede gaat over de sleutel tot integrale zorg, het derde artikel staat in het teken van de geestelijk verzorger, het vierde artikel heeft het over de kracht van levensverhalen en in het laatste artikel staat implementatie en organisatie centraal (Actiz, 2009).

Er zijn zes dimensies van subjectief welbevinden zoals ze bij ouderen voorkomen. Dit zijn:

- Het psychische welbevinden: tevreden zijn met het beeld wat iemand van zichzelf heeft, het heden de moeite waard vinden.
- Het lichamelijke welbevinden: dit is de positieve lichaamsbeleving. Het lichaam verandert innerlijk en uiterlijk. Het gaat er dan om in welke mate de oudere hier hinder van ondervindt
- Het sociale welbevinden: de kern van het sociale welbevinden ligt in het 'ergens bij horen', veel sociale contacten hebben. Hiertegenover staan de pijnlijke gevoelens van eenzaamheid en het verliezen van sociale contacten.
- Het materiële welbevinden: dit gaat vooral over de beschikbaarheid van kleding, woonruimte, voeding en de woonomgeving.
- Het culturele welbevinden: dit betekent dat iemand zich goed voelt in de actuele omgeving, en dat er geen vervreemding is door vernieuwingen.
- Het existentiële welbevinden: deze dimensie gaat over de zin en orde van het leven, het geloof in een God (Marcoen, Grommen, & van Ranst, 2006).

Als aan een oudere wordt gevraagd: 'hoe gaat het met u', is er een grote kans dat er antwoord wordt gegeven aan de hand van deze dimensies. Een antwoord zou bijvoorbeeld kunnen zijn: 'ik ben nog gezond, ik heb kleinkinderen die me vaak bezoeken, ik lees regelmatig de krant en ik kan mijzelf prima in huis redden.' Er worden dus feiten benoemd, die stabiel zijn maar ook kunnen veranderen (Marcoen, et al., 2006).

2.1.2 Meten van mentaal welbevinden

Er zijn in Vlaanderen een tweetal studies geweest naar het mentaal welbevinden bij ouderen (De Groof & Elchardus, 2005; Jacobs, Vanderleyden & Vanden Boer, 2004). Tussen deze twee onderzoeken zijn veel overeenkomsten, maar ook veel verschillen te vinden. Hieruit blijkt dat het nog niet gemakkelijk is om mentaal welbevinden te meten.

De LOVO (Leefsituatie Onderzoek Vlaamse Ouderen van het Centrum Bevolkings- en Gezinsstudie – CBGS) heeft het subjectieve welbevinden bestudeerd van 55-plussers in Vlaanderen. De auteurs van deze studie hebben mentaal welbevinden opgevat als een fenomeen met meerdere dimensies.

De SSWO-32 (Schaal Subjectief Welzijn Ouderen) bestaat uit 32 items voor de vaststelling van vijf dimensies van het mentaal welbevinden. Die vijf dimensies zijn: de gezondheidsbeleving, de zelfwaardering, de weerbaarheid, de contacten en het optimisme. De gezondheidsbeleving en zelfwaardering gaan over hoe de persoon zijn gezondheid en zichzelf als persoon inschat.

Weerbaarheid focust op de negatieve gevoelens en op de ervaringen die tekens zijn van het afwezig zijn van weerbaarheid. Deze ervaringen kunnen zijn: verdriet, ontmoediging, piekeren, angstig, neerslachtig en bezorgd zijn. Het label 'contacten' gaat over gevoelens van eenzaamheid en isolement. Optimisme gaat over de positieve gevoelens en de positieve toekomstgerichtheid. In de schaal van contacten zijn zes items gebruikt van de eenzaamheidsschaal van de Jong-Gierveld en Kamphuis (1999).

De Groof en Elchardus (2005) hebben het mentaal welbevinden gemeten met de LSI schaal (Life Satisfaction Index) en een aangepaste versie van de eenzaamheidsschaal. De LSI schaal is gericht op vijf dimensies van levenstevredenheid:

- Levenslust versus apathie.
- Vastberadenheid en standvastigheid.
- Ervaren overeenstemming tussen nagestreefde en bereikte levensdoelen.
- Positief zelfbeeld.
- Positief gekleurde gemoedstoestand.

In het onderzoek werden deze vijf items als één meting van levenstevredenheid beschouwd. De aangepaste versie van de eenzaamheidsschaal bestaat uit 7 van de 9 items (Jong-Gierveld, 1999).

Deze twee studies vergelijkend, valt op dat er gebruik gemaakt wordt van de eenzaamheidsschaal. Het CBGS is vooral gericht op de factor eenzaamheid, terwijl De Groof en Elchardus (2005) verwijzen naar items die gericht zijn op verveling.

2.1.3 Mentaal welbevinden in de praktijk

In Nederland werken ongeveer 8000 instellingen met het zorgleefplan (Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland, 2008). De kwaliteit van leven is belangrijk, daarom wordt daar aandacht aan gegeven door middel van vier domeinen.

Die vier domeinen zijn:

1. Lichamelijk welbevinden
2. Woon- en leefomstandigheden
3. Participatie
4. Mentaal welbevinden

Deze vier domeinen kunnen niet los van elkaar bestaan. Als de zorg goed is, moet het gaan om de identiteit van de cliënt. Voor alle domeinen -maar vooral van die van mentaal welbevinden- geldt dat er een goede aansluiting moet zijn met de cliënt. Vraaggerichte en belevingsgerichte zorg (zie paragraaf 2.3) sluiten aan bij de identiteit. Het is in de praktijk erg lastig om die zorg te kunnen verlenen, omdat er in de zorg veel beperkingen en onmogelijkheden zijn om werkelijk in te spelen op de vragen en verlangens van cliënten. Voorbeelden van beperkingen zijn tijdsdruk en personeelstekort door bezuinigingen.

Mentaal welbevinden maakt deel uit van het Kwaliteitskader voor Verantwoorde zorg. Het gaat om de volgende indicatoren:

- Zorgverleners hebben respect voor de identiteit en levensinvulling van de cliënt.
- Zorgverleners bieden ondersteuning aan cliënten bij de persoonlijke ontwikkeling, zingeving en bij levenskeuzen.
- Aandacht geven aan cliënten die depressieve gedachten hebben of eenzaam zijn.
- Doorverwijzen naar een geestelijk verzorger, deze moet dan wel beschikbaar zijn in verpleeg- of verzorgingshuis.
- Veranderingen in het mentaal welbevinden van de cliënt worden op tijd gesignaleerd en doorgegeven.

2.1.4 Vormgeven aan mentaal welbevinden

Er zijn een aantal aanknopingspunten die kunnen helpen om mentaal welbevinden vorm te geven.

- Individuele contacten: Maak ruimte voor een praatje en neem de tijd om een relatie met de cliënt op te bouwen. In die relatie moet ook plaats kunnen zijn voor het delen van vreugde en verdriet.
- Intake: Ga na welke vragen er in een intake gesteld worden. Deze moeten niet alleen de medische kant belichten, maar ook de persoonlijke aandacht voor de cliënt is van belang. Een voorbeeld hiervan is een biografische paragraaf in het zorgleefplan.
- Levensboeken: Maak een levensboek of een levensverhaal, waarin verhalen over vroeger aan bod komen. Het is een goede manier om de cliënt beter te leren kennen. Voor verzorgenden is er ook een speciale cursus die leert om te werken met levensverhalen.
- Teamoverleggen: Bespreek in de teamoverleggen het mentaal welbevinden van cliënten. Vragen stellen die centraal staan bij mentaal welbevinden zijn de sleutel van de integrale zorg.

- Professionele begeleiding: Er zijn allerlei professionals , die cliënten kunnen helpen met problemen binnen het mentaal welbevinden. Denk hierbij aan een activiteitenbegeleider, die een plan opstelt ter ondersteuning van de dagbesteding van een bewoner.
- Extra activiteiten: Aandacht voor mentaal welbevinden kan ook worden gestimuleerd door af en toe een bijzondere activiteit te organiseren. Bijvoorbeeld het organiseren van een themaweek (Actiz, 2009).

2.1.5 Mentaal welbevinden en geestelijke verzorging

De geestelijk verzorger is een belangrijke voorziening binnen kwaliteitszorg en kan daarom extra inzet bieden bij het domein van het mentaal welbevinden. De geestelijk verzorger is een specialist op het gebied van de zingeving. Zingeving wordt gezien als het beroepsdomein van de geestelijk verzorger. De inzet van een geestelijk verzorger binnen een organisatie kan erg breed zijn en is niet alleen specifiek gericht op het begeleiden van cliënten. Geestelijke verzorging is wettelijk verplicht en moet laagdrempelig zijn voor de mensen die het nodig hebben (Doolaard, 2006).

Vrijwilligers zijn erg belangrijk voor het welbevinden van cliënten. Een uitje of gewoon een praatje kan van groot belang zijn voor cliënten, die bijvoorbeeld niet veel bezoek krijgen van familie. De geestelijk verzorger kan coördineren welke cliënten het leuk zouden vinden om bezoek te krijgen van een vrijwilliger en om met die persoon op stap te gaan (Actiz, 2009). In Altingerhof wordt dit geregeld door de vrijwilligerscoördinator.

Vrijwilligers geven extra kleur aan de zorg; zij kunnen goed inspelen op specifieke behoeften van cliënten. Zij kunnen een voorbeeldfunctie hebben in het geven van aandacht en betrokkenheid aan cliënten.

Niet alleen de geestelijk verzorger houdt zich bezig met het begeleiden van cliënten. Ook de maatschappelijk werker, psycholoog, geriater en activiteitenbegeleider houden zich daarmee bezig. Elk heeft een afzonderlijke taak, maar de beste begeleiding komt toch als er een goede samenwerking is tussen de verschillende disciplines. Het onderscheidende van de geestelijk verzorger is dat deze zich richt op de grote levensvragen van de cliënt. Uit onderzoek is gebleken dat cliënten de geestelijk verzorger erg op waarde schatten (van der Wal, 2005). Cliënten hebben ook aangegeven behoefte te hebben aan gesprekken met een geestelijk verzorger, zodat ze deze gesprekken niet met familieleden hoeven te voeren (Actiz, 2009).

Aandacht voor mentaal welbevinden komt alleen goed tot zijn recht, als de geestelijk verzorger samenwerkt met andere disciplines. Overleg over cliënten kan plaats vinden in multidisciplinaire

overleggen, waarin ook aandacht is voor het mentaal welbevinden van de cliënt. Door zo'n overleg kan er inzicht komen in de zorgbehoefte en kan daarop de zorg worden afgestemd.

2.1.6 Implementatie van mentaal welbevinden

In de vorige paragraaf kwam naar voren dat de kern van mentaal welbevinden is, dat er aandacht is voor identiteit en zingeving van de cliënt in de zorginstelling. Het is daarom van belang dat zorginstellingen weten hoe ze op de juiste manier die aandacht kunnen geven. Het gaat niet alleen om het respecteren van de identiteit van de cliënt, maar ook om de zorg voor die identiteit. Goede informatie over de cliënt is van belang voor de inrichting van de zorg. Als er sprake is van aandacht, dan kunnen ook de andere aspecten van zorg op de goede manier ingevuld worden. Actiz (2009) onderscheidt zes kwaliteitsterreinen waarop zorginstellingen mentaal welbevinden kunnen vormgeven. Ter verduidelijking volgen de vier kwaliteitsterreinen die van toepassing zijn op dit onderzoek.

Visie

Goede zorg begint met een visie op inhoud en de morele waarden die in de zorg centraal staan. Aandacht en betrokkenheid voor cliënten moet geen extraatje zijn, maar een belangrijk onderdeel innemen in de zorgverlening. Instellingen kunnen ervoor kiezen om te werken volgens een zorgmodel, zoals het Neuman Systems Model, de Integrerende Verpleegkunde of het Zorgleefplan.

Structuur

Een organisatie moet aan structurele voorwaarden voldoen om over mentaal welbevinden in gesprek te kunnen gaan. Instellingen kunnen bijvoorbeeld werken met Eerst Verantwoordelijke Verzorgenden, die een persoonlijke band opbouwen met hun eigen cliënten. Het is ook van belang dat de aandacht voor mentaal welbevinden een vaste plaats heeft in het zorgproces. Dit begint al bij de intake van een cliënt. Er dient aandacht te zijn voor de eigen wensen van de cliënt, zodat de continuïteit gewaarborgd blijft. In gesprek blijven met de cliënt blijft daarom op de eerste plaats staan.

Cultuur

Cultuur kan verschil maken bij de vormgeving van mentaal welbevinden. In een instelling zijn er drie aspecten van cultuur waarop invloed kan worden uitgeoefend, namelijk het gedrag, de communicatie en de symboliek. Een praatje maken met iemand is een belangrijk kenmerk van het domein mentaal welbevinden. Zorgverleners moeten dat ook laten zien in het gedrag naar elkaar toe. Ook de communicatie kan verbeterd worden, denk hierbij aan de normen die gehanteerd

worden qua communicatie. Een organisatie moet open zijn naar de zorgverleners toe, maar ook naar familieleden en mantelzorgers.

Mensen

De zorgverleners zijn het belangrijkste kapitaal van een organisatie. Zij hebben erkenning nodig voor hun inzet. Als zij zich welbevinden, werkt dit door naar de cliënten en de sfeer binnen de organisatie. Scholing en aandacht voor vrijwilligers zijn nodig om mentaal welbevinden op niveau te houden.

In deze paragraaf kwam naar voren dat aandacht voor identiteit en zingeving van de cliënt de kern is van mentaal welbevinden. In de volgende paragraaf wordt zingeving uitgediept aan de hand van het begrip spiritualiteit, het Neuman Systems Model en het concept belevingsgerichte zorg.

2.2 Spiritualiteit

Het begrip spiritualiteit is overgekomen vanuit de Engelse literatuur, spirituality. Het is in de verpleegkunde gangbaar geworden. Het begrip wordt op verschillende manieren uitgelegd en gebruikt. Onder spiritualiteit wordt meer verstaan dan alleen godsdienstigheid. Het is daarom beter om te kijken naar wat spiritueel functioneren is, dan alleen naar het begrip spiritualiteit. Het gaat om handelingen, overtuigingen en houdingen die laten zien hoe mensen zich verhouden tot de fundamentele kenmerken van het menselijk bestaan. Spiritualiteit gaat over persoonlijke overtuigingen, belevingen en ervaringen (van Leeuwen en Cusveller, 2005).

2.2.1 Neuman Systems Model

Verpleeghuis Altingerhof wil meer aandacht schenken aan het begrip mentaal welbevinden. In de visie van verpleeghuis Altingerhof staat belevingsgerichte zorg centraal. Er wordt gekeken naar de mens als geheel, dit is een holistische benadering. Een omschrijving van het holisme is: 'de eenheid van de mens in een sociaal, somatisch, psychisch en spirituele eenheid' (Jong et al., 2003).

Het Neuman Systems Model (NSM) vertaalt mentaal welbevinden naar hoe de coping van mensen is op verschillende stressfactoren. Als coping worden in het NSM beschermende factoren genoemd. Deze beschermende factoren zijn gerelateerd aan vijf verschillende variabelen. De fysiologische variabele heeft betrekking op de lichaamsstructuur en het functioneren daarvan. De psychologische variabele heeft betrekking op alle psychische processen. De sociaal-culturele variabele heeft betrekking op zowel het sociaal, als cultureel functioneren. De ontwikkelingsvariabele heeft betrekking op het ontwikkelingsproces in en naar de verschillende levensfasen. Als laatste is er de spirituele variabele, deze heeft betrekking op de invloed van de (geestelijke) waarden en normen.

Deze variabelen zorgen ervoor dat het cliëntsysteem zich kan herstellen en kan terugkeren naar het oude evenwicht of naar een beter evenwicht (Verberk en de Kuiper, 2006).

De spirituele variabele wordt in de volgende paragraaf verder uitgewerkt, omdat onderzoek onder verschillende patiëntencategorieën aangetoond heeft, dat aandacht voor spiritualiteit positief van invloed is op het algeheel welbevinden van de mens (van Leeuwen, 2009).

2.2.2 Spirituele variabele

In het NSM wordt de spirituele variabele gezien als een aangeboren eigenschap van iedere mens. Het kan zijn dat de mens zich volledig onbewust is van deze variabele, of dat deze volledig is ontwikkeld naar een waarden- en normenpatroon. De spirituele variabele is essentieel voor een holistische benadering van de mens. Spiritualiteit heeft betrekking op de persoonlijke beleving, het toekomstperspectief en de betekenisgeving van de cliënt. In het verpleegkundig proces komt deze variabele tot uiting in de anamnese, diagnose stelling, interventies en evaluatie (Verberk en de Kuiper, 2006).

2.2.3 Anamnese

In de anamnese kan de JAREL- Schaal voor spiritueel welbevinden gebruikt worden. Dit is een schaal die gebruikt wordt voor de anamnese als het gaat om spiritueel welbevinden. Het is snel en makkelijk te gebruiken in de praktijk. Er worden bijvoorbeeld vragen gesteld als: 'Is bidden belangrijk voor u?', 'Voelt u zich in spiritueel opzicht goed?' en 'Ervaat u uw leven als zinvol?' (Hickman, 2006).

Een ander hulpmiddel bij de anamnese om spirituele zorg in kaart te brengen is FICA. Hierbij worden open vragen gesteld en wordt er een gesprek aangegaan met de cliënt.

Hieronder volgt een overzicht van het model met een aantal vragen die als voorbeeld kunnen dienen.

F: Faith en Believes / Geloof

Waar gelooft u in, in spiritueel opzicht en religieus opzicht?

Vindt u van uzelf dat u spiritueel of religieus bent?

Wat geeft betekenis aan uw leven?

I: Importance and influence / Belang en invloed

Wat voor rol speelt religie of spiritualiteit in het oplossen van uw problemen?

Is het belangrijk in uw leven?

Hoe heeft het invloed op de manier waarop u met uw problemen omgaat?

C: Community/ Maatschappij

Bent u betrokken bij een spirituele of religieuze gemeenschap?

Ondervindt u hier steun aan? En op wat voor een manier?

Is er een persoon of zijn er meerdere personen waar u van houdt of die heel belangrijk zijn voor u?

A: Address/ Vormgeven

Hoe wilt u dat deze punten vorm gegeven worden in uw behandelplan?

(Hickman, 2006).

2.2.4 Richtlijn spirituele zorg

Er is een richtlijn geschreven door de Agora werkgroep spirituele zorg. In een lezing op de Internationale Studentenconferentie te Amsterdam(2011) verduidelijkte Dr. C. Leget dat er argumenten voor en tegen zijn voor een richtlijn voor spirituele zorg. Een nadeel is dat spiritualiteit een breed begrip is en door een richtlijn wordt het in een kader geplaatst. Het voordeel is, dat zorgverleners zo een handvat hebben om met spirituele zorg om te gaan.

2.3 Belevingsgerichte zorg

2.3.1 Belevingsgerichte zorg

Belevingsgerichte zorg gaat uit van de ervaringen en betekenisverlening van de zorgvrager (de Jong, Kerstens & Salentijn, 2003). Volgens Pool(1998) is de vraag die centraal staat: 'Hoe beleeft de patiënt zijn situatie?'. Belevingsgerichte zorg wordt gegeven in voortdurend overleg met de cliënt en zijn familie. De cliënt is dan niet meer object van zorg, maar subject van zorg; hij verandert van lijdend-naar meewerkend 'voorwerp'(Pool, Kruyt & Walters, 1998). Het doel van belevingsgerichte zorg is om de autonomie van de cliënt te herstellen, nadat deze door ziekte of aandoening beïnvloed is(Pool et al., 2003).

Van Beek en Schuurman(2007) bevestigen de definitie van Pool. Zij beschrijven dat ziekte, handicap en beperkingen door ieder persoon anders beleefd wordt en dat door de betekenis die hij hier aan geeft, het leven met de ziekte ook specifieke vorm krijgt. Twee cliënten van hetzelfde geslacht, met een zelfde diagnose en vergelijkbare omstandigheden kunnen heel anders met hun ziekte omgaan. Ieder individu is uniek en gaat anders om met ziekte.

2.3.2 Hulpmiddelen voor belevingsgerichte zorg in de praktijk

Om deze belevingsgerichte zorg vervolgens in de praktijk te brengen zijn er verschillende instrumenten ontwikkeld. Pool(1998) heeft een stappenplan van dertien stappen ontwikkeld waarin achtereenvolgens de punten probleeminventarisatie, gezamenlijke doelbepaling, gezamenlijke (probleem) aanpak en eindevaluatie aan bod komen.

In zijn boek 'De kunst van het afstemmen' (2003) beschrijft Pool een vragenlijst die hij ontwikkeld heeft voor het NIZW (Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn), waar hij werkzaam is. Deze vragenlijst wordt de Belevingspeiler genoemd. In de Belevingspeiler wordt gevraagd naar opgaven die de cliënt heeft moeten doen naar aanleiding van de ziekte of opname in verzorgings- of verpleeghuis. Deze opgaven worden ingedeeld in ziekte gerelateerde-, materiele-, sociale- en persoonlijke opgaven.

Een ander hulpmiddel om de cliënt belevingsgericht te benaderen, is het zogeheten levensverhaal. Een levensverhaal is 'de persoonlijke levensgeschiedenis van iemand, verteld of samengesteld door hemzelf of iemand uit de directe omgeving'. Als dit levensverhaal vervolgens in tastbare vorm wordt opgetekend door middel van bijvoorbeeld foto's, tekeningen, audio- en video-opnames, heet dit een levensboek (Van Beek et al., 2007).

2.3.4 Belevingsgerichte zorg in verpleeghuis Altingerhof

In de Altingerhof wordt gewerkt vanuit het perspectief van belevingsgerichte zorg. Op hun website schrijven zij daarover; 'Altingerhof wil de zorg verlenen door middel van belevingsgericht werken, dat wil zeggen dat in de zorg de bewoner en zijn/haar belevingswereld centraal staat. Voorwaarden hiervoor zijn het aangaan van een zorgrelatie met de bewoner door de medewerkers. Daarnaast het luisteren naar het verhaal van de bewoner en het in de zorg aansluiten bij de individuele wensen en behoeften van de bewoner' (Icare, 2007).

Bert Kleinleugenmors is fysiotherapeut en coördinator van het belevingsgericht werken in Altingerhof. Bert heeft als fysiotherapeut gewerkt bij verstandelijk beperkten en is daarna gaan werken in een verpleeghuis. Tevens heeft hij de opleiding tot haptonoom gedaan en geeft hij tilcursussen aan verzorgenden en helpenden. Hierbij legt hij vooral de nadruk op de benadering van de cliënt, en minder op de technische kant van het tillen. Na een overstap kwam hij in 2001 in Altingerhof werken en werd hij in 2006 gevraagd om het belevingsgericht werken te gaan coördineren. Er is bewust gekozen voor de term belevingsgericht werken, omdat er ook vanuit management, receptie en huishouding belevingsgericht gewerkt kan worden. En dus niet, zoals de term belevingsgerichte zorg doet vermoeden, alleen in de zorg door helpenden, verzorgenden en verpleegkundigen. In 2008 is er begonnen met scholing van alle medewerkers en er werd een plan geschreven. In 2010 is het belevingsgericht werken weer opgepakt en is er op elke afdeling een aandachtsfunctionaris aangesteld. Er moet sprake zijn van zorg voor de omgeving van de cliënt. De omgeving bestaat zowel uit het gebouw, als de medebewoners en de medewerkers. Hoe kan de omgeving zo gestructureerd worden dat er meegegaan wordt in de beleving van de cliënt?

In Altingerhof wordt belevingsgericht werken praktisch vorm gegeven door belevingsgerichte zorgkaarten. Deze zijn ontwikkeld door verpleeghuizen de Vierackers en Altingerhof. Er zijn negen verschillende zorgkaarten met de volgende thema's: belevingsgerichte zorg in de praktijk, verzorging, rol en relatie, slaap/rust, uitscheiding, dagbesteding & activiteiten, wondverzorging, bewegen, voeding & stofwisseling. Bij al deze zorgkaarten wordt er onder de verschillende kopjes genoemd wat wel- en wat juist niet te doen. De kopjes zijn; algemeen, bedreigde ik, verdwaalde ik, verzonken ik. Deze zorgkaarten zijn gemaakt voor cliënten op de psychogeriatrische afdeling. Er wordt op dit moment ook gewerkt aan zorgkaarten voor de somatische afdeling. De basis zal hetzelfde blijven, alleen zijn de aandachtspunten bij een somatische cliënt anders dan bij een psychogeriatrische cliënt.

2.4 Samenvatting

In dit hoofdstuk is ingegaan op de vraag wat mentaal welbevinden precies inhoudt, hoe mentaal welbevinden gemeten kan worden, hoe het vormgegeven wordt en hoe het geïmplementeerd kan worden. Daarna is ingegaan op het begrip spiritualiteit. Daarbij is het NSM met de spirituele variabele betrokken. De laatste paragraaf ging over belevingsgericht werken. Deze combinatie is gemaakt, omdat in verpleeghuis Altingerhof gewerkt wordt met het concept belevingsgericht werken.

Het onderwerp van het onderzoek is in dit hoofdstuk duidelijk geworden. In het volgende hoofdstuk zal ingegaan worden op de methodologie van het onderzoek.

3. Methode van onderzoek

Na in het vorige hoofdstuk verdieping te hebben gezocht in het onderwerp, komt in dit hoofdstuk de methodologie van het onderzoek aan de orde. Hierin wordt de methode van onderzoek uitgelegd en inzichtelijk gemaakt hoe het onderzoek wordt uitgevoerd. Eerst wordt het onderzoek getypeerd, de onderzoekspopulatie wordt verduidelijkt, de inclusie- en exclusiecriteria worden benoemd en het onderzoek wordt ethisch verantwoord. Vervolgens worden de twee meetinstrumenten beschreven.

3.1 Typering van onderzoek

De methode van onderzoek is kwalitatief van aard. Volgens Verhoeven(2007) is kwalitatief onderzoek niet gebonden aan het verzamelen van cijfermatige gegevens. Dat houdt in dat de benadering open en flexibel is en er ingegaan wordt op de achtergronden van de verzamelde gegevens. De beleving van de onderzochte staat centraal. Het kenmerk van kwalitatief onderzoek is, dat het meestal holistisch is. Het te onderzoeken onderwerp en de context ervan worden als een geheel beschouwd(Baarda, de Goede & Teunissen, 2005). Het onderzoek naar mentaal welbevinden staat in verbinding met het belevingsgericht werken zoals dit in Altingerhof wordt toegepast. Een aantal bekende kwalitatieve methoden zijn observatieonderzoek, diepte-interviews, literatuuronderzoek en inhoudsanalyse. Voor dit onderzoek is gekozen voor diepte-interviews, dit zijn vraaggesprekken waarbij de beleving van de geïnterviewde vooropstaat(Verhoeven, 2007). Dit past bij de visie van Altingerhof.

3.2 Onderzoekspopulatie

De populatie betreft de afbakening van de onderzoekseenheden waarop de onderzoeksgegevens betrekking hebben(Verhoeven, 2007). Er zijn twee te onderzoeken groepen in dit onderzoek. De eerste groep bestaat uit cliënten van afdeling Tipakker, een somatische afdeling in verpleeghuis Altingerhof. Dit zullen cliënten zijn die in staat zijn om aan een interview deel te nemen. Verpleeghuis Altingerhof is een gecombineerd verpleeghuis voor cliënten met dementie en/of somatische aandoeningen. Daarnaast is er een somatische dagbehandeling en zijn er psychogeriatrische dagbehandelingen van waaruit ook thuiszorg wordt gegeven. Altingerhof heeft ook een revalidatieafdeling. In de visie van Altingerhof staat de cliënt centraal. De medewerkers willen bijdragen aan de kwaliteit van leven van de cliënt. Kernwaarden zijn: liefde voor de mensen, betrouwbaar, steeds beter en mogelijkheden benutten.

De tweede groep bestaat uit zorgverleners van afdeling Tipakker. Dit zijn helpenden en verzorgenden.

3.2.1 Steekproef

De contactpersoon voor dit onderzoek, vraagt aan cliënten of zij mee willen werken aan het onderzoek. Zij maakt vooraf de afweging of de cliënt adequaat de vragen kan beantwoorden. De cliënten zijn tussen de zeventig en vijfennegentig jaar. Er worden zowel mannen als vrouwen geïnterviewd. De deelnemers van de focusgroep zijn verzorgenden en helpenden van afdeling Tipakker. Dit zijn zowel mannen als vrouwen. Zij worden door het afdelingshoofd gevraagd om deel te nemen aan de focusgroep.

3.2.2 Inclusiecriteria

Er wordt onderscheid gemaakt tussen inclusiecriteria voor de respondenten van de diepte-interviews en de inclusiecriteria voor deelnemers van de focusgroep.

Inclusiecriteria voor de respondenten van de diepte-interviews:

- Cliënten van afdeling Tipakker.
- Cliënten met een somatische aandoening.
- Cliënten waarmee een goede communicatie kan plaatsvinden.

Inclusiecriteria voor de deelnemers van de focusgroep:

- Zorgverleners die werken op afdeling Tipakker als helpende of verzorgende. Een helpende is een zorgverlener met een diploma op niveau twee. Een verzorgende is een zorgverlener met een diploma op niveau drie.
- Er moeten tussen de zes en tien mensen aanwezig zijn bij de focusgroep. Vanuit literatuur is gebleken dat een aantal van zes tot tien mensen voldoende is om tot conclusies te komen die nodig zijn voor het onderzoek (Evers, 2007).
- Geslacht, leeftijd en ervaring staan open. Voor het onderzoek is het niet van belang dat daar rekening mee wordt gehouden.

3.2.3 Exclusiecriteria

Er wordt onderscheid gemaakt tussen exclusiecriteria voor de respondenten van de diepte-interviews en de exclusiecriteria voor deelnemers van de focusgroep.

Exclusiecriteria voor de respondenten van de diepte-interviews:

- Cliënten van een andere afdeling.

- Cliënten die de Nederlandse taal niet goed beheersen.
- Cliënten met een psychogeriatrische aandoening die geen betrouwbaar antwoord kunnen geven en waar geen goede communicatie mee kan plaatsvinden.
- Cliënten met een palliatief beleid of terminale cliënten.

Exclusiecriteria voor de deelnemers aan de focusgroep:

- Zorgverleners van een andere afdeling.
- Andere medewerkers van afdeling Tipakker.

3.2.4 Ethische verantwoording

Het is noodzakelijk dat er normen en waarden bekend zijn van de beroepsgroep van verpleegkundigen, om goed te kunnen werken. Deze normen en waarden staan in de Nationale Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden (2007). Er wordt in dit onderzoek gewerkt met mensen, daarom moet er rekening gehouden worden met de Nationale Beroepscode.

De contactpersoon heeft contact gelegd met de cliënten om hen te vragen of ze deel willen nemen aan dit onderzoek. De diepte-interviews worden dus afgenomen op vrijwillige basis. Hiervoor wordt tijdens het diepte-interview een toestemmingsformulier ingevuld.

Nationale Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden

Een aantal punten uit de Beroepscode die relevant zijn voor dit onderzoek, worden hieronder benoemd. Tevens wordt benoemd waarom ze relevant zijn en hoe er rekening mee wordt gehouden.

‘Als verpleegkundige respecteer en bescherm ik de privacy van de zorgvrager.’

De privacy van de cliënten wordt beschermd doordat alle informatie uit de diepte-interviews anoniem wordt verwerkt in het onderzoek. De gegevens worden alleen gebruikt voor dit onderzoek en worden niet doorgegeven aan derden. In het toestemmingsformulier staat beschreven dat het diepte-interview opgenomen wordt. Ook wordt ervoor gezorgd dat het gesprek plaatsvindt buiten het gehoor van anderen. Dit gebeurt door een afgesloten gespreksruimte. Als de cliënt eerder het interview wil afsluiten, wordt dit gerespecteerd.

‘Als verpleegkundige ga ik zorgvuldig om met vertrouwelijke informatie over de zorgvrager.’

Dit houdt in dat er geen informatie over de cliënt verstrekt wordt aan naasten of aan anderen, zonder dat de zorgvrager hier toestemming voor gegeven heeft. Ook wordt de informatie die in vertrouwen verteld wordt in het diepte-interview en die niet nodig is voor het onderzoek, geheim gehouden.

‘Als verpleegkundige werk ik mee aan wetenschappelijk onderzoek gericht op de verbetering van de volksgezondheid en de individuele zorg voor zorgvragers.’

Dit onderzoek wordt alleen uitgevoerd als de cliënt toestemming heeft gegeven voor deelname aan het onderzoek. Het onderzoek wordt op een ethisch verantwoorde wijze uitgevoerd en het belang van de cliënt staat voorop. In verpleeghuis Altingerhof is geen ethische commissie.

Wet Bescherming Persoonsgegevens

Deze wet regelt wat er allemaal wel en niet mag met persoonsgegevens. Ook staat in deze wet wat de rechten van de cliënt zijn, als de gegevens wel gebruikt worden. Deze rechten zijn: recht op informatie, recht op inzage in gegevens en recht op verzet tegen gebruik van gegevens. De cliënt moet geïnformeerd worden over wat er met de gegevens gebeurt. In dit onderzoek worden de namen van de cliënten geanonimiseerd en worden de gegevens van de diepte-interviews alleen gebruikt voor dit onderzoek. Volgens Baarda en de Goede (2005) is een onderzoek ethisch verantwoord als het aan de volgende voorwaarden voldoet:

- De respondent werkt vrijwillig mee.
- Er wordt geen valse voorstelling van zaken gegeven.
- De gegevens worden anoniem verwerkt.
- De uitkomsten hebben geen nadelig effect voor de respondent.

Tegenover de opdrachtgever heeft de onderzoeker de plicht om het onderzoek op een eerlijke en objectieve manier uit te voeren. Ook mogen er geen gegevens aan derden worden verstrekt als de opdrachtgever daar niet mee instemt (Baarda & de Goede, 2005).

3.3 Meetinstrumenten

In deze paragraaf worden twee methoden besproken waarmee gegevens worden verzameld voor dit onderzoek. Als eerste worden er diepte-interviews met cliënten gehouden. Voor dit onderzoek is het van belang dat cliënten zelf informatie aandragen en de onderzoekers geen sturende informatie geven. Om die reden is er gekozen voor diepte-interviews.

Wat betreft de zorgverleners is voor het onderzoek van belang dat duidelijk wordt of er aandacht geschonken wordt aan mentaal welbevinden en hoe dat vormgegeven wordt. In de focusgroep wordt besproken hoe de zorgverleners in de praktijk met mentaal welbevinden omgaan.

3.3.1 Diepte-interviews

Om een antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag worden er diepte-interviews afgenomen. Deze worden afgenomen bij een aantal cliënten van afdeling Tipakker in verpleeghuis Altingerhof.

In de literatuur wordt diepte-interview ook wel kwalitatief interview genoemd.

Een definitie van een kwalitatief interview is:

‘Een kwalitatief interview is een vorm van informatieverzameling, waarbij de interviewer één of meer respondenten bevraagt op grond van een onderzoeksvraagstelling. Daarbij geeft de interviewer de respondenten ruimte voor uitweiding – in hun eigen woorden – over de door hen ervaren feiten, hun beleving, betekenisverlening en nuanceringen met betrekking tot het onderwerp van onderzoek en eventuele effecten daarvan op hun leven. De interviewer probeert daarmee de leefwereld van de respondenten te begrijpen en te doorgronden’(Evers, 2007). In dit onderzoek wordt de term ‘diepte-interview’ aangehouden.

Bij het interviewen is van belang dat de interviewer zich ervan bewust is dat zijn persoonlijkheid een rol speelt gedurende het diepte-interview. Een onderdeel van het kwalitatieve onderzoeksproces is dan ook reflectie op de eigen interviewstijl. Een manier om te reflecteren op de interviewstijl is aan de hand van de skill learning cycle. In dit onderzoek wordt gereflecteerd door ieder diepte-interview te evalueren met de aanwezige onderzoekers. De verbeterpunten worden besproken met alle onderzoekers.

Van belang bij een goed diepte-interview is de voorbereiding. In de voorbereiding wordt een topiclijst samengesteld. De vraagstelling van het onderzoek is de basis van de topiclijst. Door het bestuderen van de literatuur zijn een aantal topics naar voren gekomen. De topics zijn de zes dimensies van mentaal welbevinden. Dit zijn: het psychisch-, lichamelijk-, sociale-, materiële-, culturele- en existentiële welbevinden. In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van de zes dimensies omdat er vanuit de opdracht gevraagd werd om dimensies van mentaal welbevinden. Met dit onderzoek wordt onderzocht of deze zes dimensies, die uit eerder onderzoek naar voren zijn gekomen, ook terugkomen bij de respondenten.

Topics kunnen in een bepaalde volgorde aan de orde komen, bij een vaste volgorde is er in ieder interview dezelfde basislijn(Baarda, 2007). Voor dit onderzoek is het van belang dat alle topics aan de orde komen maar kan de volgorde verschillen per diepte-interview, omdat de ene topic in de ander over kan gaan. Er wordt een vaste structuur aangehouden in het begin van elk diepte-interview. Een topic wordt iedere keer met een brede beginvraag begonnen. De beginvraag luidt: ‘Hoe voelt u zich op dit moment?’ Vervolgens wordt er doorgevraagd op wat de cliënt vertelt(Baarda, 2007).

De apparatuur wordt vanaf het begin aangezet, zodat geen kostbare informatie verloren gaat. Het diepte-interview begint met een introductie. In de introductie stelt de interviewer de onderzoekers voor en verduidelijkt de rollen van de onderzoekers. De interviewer vertelt wat over het onderzoek en stelt de eerste brede openingsvraag. Daarna is het van belang dat de vragen open blijven, en niet sturend zijn. Als er een nieuwe topic aan de orde komt is de kans groter dat de beginvraag sturend is.

Een vraag mag niet te lang zijn en slechts één vraag bevatten. De interviewer kan de respondent helpen als de vraag niet goed begrepen wordt, door de vraag te versmallen of de vraag in iets andere woorden te herhalen. De interviewer stimuleert de respondent tot antwoorden door de eigen actieve luisterhouding en non-verbale communicatie. De interviewer let ook op de houding en non-verbale communicatie van de respondent en reageert hierop. De interviewer vraagt door bij een sociaal wenselijk antwoord, als het antwoord vertekent is door teruggaan in het verleden en als de respondent informatie verdraait of verzwijgt (Baarda,2007).

De interviewer heeft voor het onderzoek de interviewtraining gevolgd en geoefend met de interviewtechnieken. Voor er met de officiële diepte-interviews wordt begonnen, wordt er eerst een proefinterview gehouden. Het proefinterview is onder andere belangrijk voor het samenstellen van de topiclijst. In het proefinterview wordt na gegaan of de topics die aan de orde worden gesteld, relevant zijn. Er wordt gecontroleerd of het interview op de juiste manier is opgebouwd en of het voldoende informatie oplevert. Hoeveel proefinterviews gehouden worden hangt af van de beschikbaarheid en de heterogeniteit van de groep. Voor dit onderzoek geldt een homogene groep, dit blijkt uit het feit dat er een aantal kenmerken zijn die overeenkomen, genoemd in de inclusie- en exclusiecriteria. Omdat de groep homogeen is, zou één proefinterview voldoende moeten zijn, ook als gekeken wordt naar het aantal respondenten dat beschikbaar is (Baarda, 2007).

Het interview wordt opgenomen. Daarvoor wordt toestemming gevraagd aan de cliënt. Verder wordt de naam van de geïnterviewde niet in het onderzoek vermeld. De cliënten zullen als volgt genoemd worden; mw. A, dhr. B. Daarna wordt het interview geanalyseerd door de onderzoekers. Voor het transcriberen wordt gebruik gemaakt van de methode letterlijk uitschrijven van wat er gezegd wordt. Voor dit onderzoek is het van belang dat de letterlijke tekst geanalyseerd wordt, door de tweede interviewer wordt de non-verbale communicatie geobserveerd (Evers, 2007).

Het onderzoeksproces in kwalitatief onderzoek kenmerkt zich door een afwisseling van dataverzameling en data-analyse. Nadat er nieuwe gegevens verzameld zijn, vindt er analyse plaats (Boeije,2006).

Bij kwalitatief onderzoek wordt op een gegeven moment het verzadigingspunt bereikt. Verzadiging betekent dat de onderzoeker, naarmate hij meer respondenten heeft geïnterviewd, herhaling ziet in thema's of opmerkelijke punten. De diepte-interviews leveren dan geen nieuwe informatie meer op (Nieswiadomy, 2009). Bij kwalitatief onderzoek ligt het verzadigingspunt doorgaans bij zeven respondenten. Na zeven diepte-interviews wordt er geen nieuwe informatie meer uit diepte-interviews verkregen, mits de groep respondenten enigszins homogeen is wat betreft de relevante kenmerken (Baarda & de Goede, 2006). In dit onderzoek worden er een aantal diepte-interviews

gedaan, totdat volgens de onderzoekers het verzadigingspunt bereikt is. Volgens Baarda & de Goede (2006) moeten er daarna nog twee diepte-interviews gedaan worden, om dit verzadigingspunt te controleren. Bij dit onderzoek wordt begonnen met interviewen zonder van tevoren te weten hoeveel cliënten er precies worden geïnterviewd. Wordt bij de analyse duidelijk dat er verzadiging is opgetreden, dan worden er nog twee diepte-interviews afgenomen om de verzadiging te controleren.

De onderzoekers fragmenteren eerst de tekst. Daarna wordt individueel de tekst gelabeld, en van deze labels worden kernthema's gemaakt. Deze kernthema's worden onderverdeeld in dimensies met eventueel een lading. Na dit proces komen de onderzoekers weer bij elkaar om de kernthema's te vergelijken en gezamenlijke kernthema's te maken. Hierdoor wordt de subjectiviteit uit het onderzoeksproces gehaald, omdat alle onderzoekers ieder interview individueel analyseren (Baarda & de Goede, 2006). Hierna wordt nog een secundaire analyse gedaan waaruit de uiteindelijke kernthema's ontstaan.

Praktische punten

De diepte-interviews worden gehouden in een afgesloten gespreksruimte. De diepte-interviews duren één á anderhalf uur. In overleg met de contactpersoon van de instelling, worden de tijden en de cliënten ingedeeld. Deze zijn 's morgens tussen 10:00 en 12:00 uur en 's middags tussen 14:00 en 16:00 uur. Er worden maximaal twee diepte-interviews per dag afgenomen. Tussen de diepte-interviews is er voor de onderzoekers voldoende tijd om te reflecteren en even tot rust te komen. Er zijn tijdens elk diepte-interview twee onderzoekers aanwezig. De één is de interviewer, de ander observeert non-verbaal gedrag. De derde onderzoeker houdt zich op die dag ergens anders mee bezig.

Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid wordt gedefinieerd als de mate waarin metingen onafhankelijk zijn van toeval. (Baarda, 2007). De onderzoeksconclusies moeten controleerbaar en inzichtelijk zijn. In dit onderzoek wordt daar vorm aan gegeven door een gedeeltelijk gestandaardiseerd instrument. De onderzoeker zelf is het belangrijkste meetinstrument. Er is daarom gekozen voor één vaste interviewer. Doordat het onderzoek door meerdere personen wordt uitgevoerd, is er controle op de data-analyse. Een indicatie voor betrouwbaarheid is stabiliteit, welke te verkrijgen is door de gegevens enige tijd later nog een keer te analyseren. Dit wordt intra interviewer of intra observator betrouwbaarheid genoemd. In dit onderzoek wordt geen gebruik gemaakt van deze methode, maar van de zogenaamde inter interviewer of inter observator betrouwbaarheid. Drie onderzoekers vergelijken elkaars gegevens. Hoe meer die overeenkomen, hoe betrouwbaarder het onderzoek is.

Een nadeel bij een weinig gestandaardiseerde methode is, dat de betrouwbaarheid in het geding komt, doordat de interviewer de ene keer doorvraagt en de andere keer niet. Ook is de analyse bij een kwalitatief onderzoek niet gestandaardiseerd. Voor de betrouwbaarheid is het van belang dat de onderzoekers gebruik maken van bestaande procedures en beschikbare software (Boeije, 2006). Een bestaande procedure is die van het fragmenteren en labelen, waarvan vervolgens kernthema's gemaakt worden met dimensies en ladingen (Baarda et al., 2005). Deze procedure wordt ook in dit onderzoek gebruikt.

Validiteit

Een flexibele dataverzameling heeft als voordeel dat de onderzoeker kan waarnemen wat op dat moment relevant blijkt te zijn. Dat draagt bij aan de validiteit van de verzamelde gegevens (Verhoeven, 2004). Validiteit heeft te maken met de juistheid van de onderzoeksbevindingen. De vraag is, in hoeverre de onderzoeksbevindingen een goede weergave vormen van wat zich feitelijk afspeelt. Er zijn drie vormen van validiteit, namelijk: interne-, externe- en instrumentele validiteit. De interne validiteit hangt samen met de keuze voor de onderzoeksopzet: welke onderzoeksopzet is het meest geschikt? De externe validiteit duidt op de herhaalbaarheid van het onderzoek, iemand anders zou hetzelfde onderzoek over moeten kunnen doen, en dezelfde resultaten verkrijgen (Verhoeven, 2004). Instrumentele validiteit heeft te maken met de kwaliteit van de verzamelde gegevens, deze gegevens moeten een realistische weergave zijn van de praktijksituatie (Baarda et al., 2005).

Aan de interne validiteit wordt voldaan door een helder en concreet onderzoeksplan op te stellen. De externe validiteit is zichtbaar doordat er inzicht verschaft wordt in gebruikte methoden en de context van het onderzoek. De instrumentele validiteit wordt voldaan door de triangulatie-benadering. Triangulatie-benadering betekent dat er verschillende dataverzamelmethode gebruikt worden om dezelfde gegevens te verzamelen (Baarda et al., 2005). In dit onderzoek wordt er literatuur bestudeerd, worden er diepte-interviews afgenomen en een focusgroep gehouden. Als deze drie onderzoeksmethoden in dezelfde richting wijzen(ook wel: convergeren) kan er gesproken worden van valide gegevens (Baarda et al., 2005). Voor de validiteit van het onderzoek wordt ook gebruik gemaakt van member-checking. De analyse wordt samengevat en voorgelegd aan de respondent. De respondent wordt gevraagd of hij zich in de samenvatting herkent en of hij nog aanvullingen heeft (Baarda et al., 2005).

3.3.2 Focusgroep

Om een antwoord te krijgen op deelvraag vier 'Welke dimensies van mentaal welbevinden voor cliënten met een chronisch, somatische aandoening, geven zorgverleners aan als belangrijk?' wordt

er een groepsinterview, ook wel focusgroep afgenomen. Deze wordt afgenomen bij zorgverleners van afdeling Tipakker in verpleeghuis Altingerhof.

Een voordeel van een focusgroep is inzicht bieden in bronnen van complex gedrag en motivaties. Ook levert een focusgroep meer op dan individuele interviews, omdat de deelnemers elkaar bevragen en zichzelf aan de anderen verklaren. Nadelen zijn, dat sommige mensen ondersneeuwen in de groep, dat de sturing ingewikkelder is dan bij een individueel interview en dat de groepssamenstelling en opstelling van de gespreksleider essentieel is voor het (mis)lukken van een focusgroep (Evers, 2007). Het doel van de focusgroep voor dit onderzoek is, om duidelijk te krijgen welke dimensies van mentaal welbevinden zorgverleners aangeven als belangrijk voor cliënten. .

Voor de focusgroep is gekozen voor een meer gestructureerde aanpak. Het doel bij een focusgroep met gestructureerde aanpak is een antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag. Vragen vormen de agenda voor de focusgroep. Er is een vastgestelde tijd beschikbaar per vraag. Respondenten spreken niet alleen tot de gespreksleider maar ook naar elkaar (Evers, 2007).

Er zijn verschillende elicitatietechnieken(letterlijk: uitlokkingstechnieken) om een focusgroep vorm te geven. Volgens Stalpers (2007) zijn elicitatietechnieken 'technieken voor verbale of non-verbale stimulering die bedoeld zijn om een individu te verleiden tot ondoordachte en ongerationaliseerde reacties(in woord en gedrag) die inzicht geven in de primaire belevingswereld van dat individu'. Het doel van elicitatietechnieken is om inzicht in de onbewuste belevingswereld van individuen te verkrijgen (Stalpers, 2007).

Voor dit onderzoek is gekozen voor de nominale groepstechniek. Dit houdt in dat respondenten wordt gevraagd vanuit hun individueel geformuleerde ideeën te discussiëren over ingebrachte meningen (Evers, 2007).

Voor deze focusgroep is een selectie gemaakt van de respondenten. De groepsgrootte is typisch tussen de zes en tien personen. Het is van belang om aan de hand van het onderwerp en het aantal vragen te kijken hoeveel tijd iedere respondent nodig heeft om de vragen te beantwoorden (Evers, 2007).

Praktisch gezien is het voor dit onderzoek niet haalbaar om een groep te creëren van zes tot tien personen. Voor deze focusgroep zijn er vijf respondenten beschikbaar. De respondenten zijn vier verzorgenden en een groepsoudste.. De focusgroep duurt ongeveer één uur, langer is praktisch gezien niet haalbaar. Hierbij moet de aantekening worden gemaakt dat de focusgroep uit minder respondenten bestaat dan de literatuur voorschrijft. De verwachting is dat zij voldoende tijd hebben om de vragen te beantwoorden.

In de focusgroep worden open vragen gesteld, waarna de respondenten deze vragen beantwoorden en de interviewer hier op doorvraagt. De respondenten wordt gevraagd om op elkaar te reageren. Als een respondent een vraag heeft beantwoord, dan wordt de andere respondenten gevraagd wat hun eerste reactie daarop is.

De focusgroep wordt opgenomen op een geluidsrecorder. In de inleiding wordt duidelijk gemaakt, dat alleen de onderzoekers dit terugluisteren. Benadrukt wordt dat deelname aan de focusgroep strikt anoniem is, daarom is er ook voor gekozen om geen video-opname van de focusgroep te maken. De respondenten zitten rond een tafel, zodat iedereen elkaar goed ziet en elkaar goed verstaat.

De focusgroep wordt gehouden na de diepte-interviews met de zorgvragers. Dit houdt in dat de onderzoeker beïnvloedt kan zijn. De interviewer laat geen informatie uit de diepte-interviews terugkomen.

Interviewer 1 introduceert de focusgroep en leidt het gesprek. Interviewer 2 schrijft tijdens het gesprek mee op een flap-over. Interviewer 2 neemt in eerste instantie niet deel aan het gesprek, maar fungeert wel als souffleuse. Dit houdt in, dat wanneer het gesprek vastloopt of interviewer 2 waardevolle informatie opmerkt, zij dit aangeeft.

Structuur

Interviewer 1 stelt de interviewers voor en licht hun functie in de focusgroep toe. Ook vraagt interviewer 1 de respondenten om hun naam en functie op te schrijven op een naambordje, hierna wordt het onderwerp geïntroduceerd. Interviewer 1 begint het gesprek met de openingsvraag: 'Hebben jullie de indruk dat cliënten zich hier fijn voelen? Schrijf op: 3 punten waardoor zij zich wel fijn voelen, 3 punten waardoor zij zich niet fijn voelen.' en vraagt de respondenten het antwoord op de vraag op te schrijven. Daarna wordt aan iedere respondent gevraagd wat hij heeft opgeschreven. Dit heeft als gevolg dat iedere respondent inbreng heeft in de groep. Daarna wordt op de punten die genoemd zijn, doorgevraagd en komen de andere vragen aan bod. Interviewer 1 zorgt ervoor dat iedereen inbreng heeft, dit doet interviewer 1 door mensen aan te wijzen om hun antwoord toe te lichten en door te vragen. Interviewer 2 schrijft de punten die genoemd worden op. De zes thema's van mentaal welbevinden vormen de leidraad tijdens het interview. Als afronding wordt er door interviewer 1 samengevat wat er besproken is, en gecheckt of dit klopt. Tenslotte wordt er gevraagd wat de deelnemers van de focusgroep vonden.

Analyse

De focusgroep wordt geanalyseerd met behulp van transcriberen. Voor het transcriberen wordt

gebruikt gemaakt van de methode letterlijk uitschrijven van wat er gezegd wordt. Voor dit onderzoek is het van belang dat de letterlijke tekst geanalyseerd wordt, daarbij wordt gelet op non-verbale communicatie (Evers, 2007).

De onderzoekers fragmenteren eerst de tekst. Daarna wordt individueel de tekst gelabeld, en van deze labels worden kernthema's gemaakt. Deze kernthema's worden onderverdeeld in dimensies met eventueel een lading. Na dit proces komen de onderzoekers weer bij elkaar om de kernthema's te vergelijken en gezamenlijke kernthema's te maken. Hierdoor wordt de subjectiviteit uit het onderzoeksproces gehaald, doordat alle onderzoekers de focusgroep individueel analyseren (Baarda & de Goede, 2006). Hierna wordt nog een secundaire analyse gedaan waaruit de uiteindelijke kernthema's ontstaan.

3.4 Samenvatting

In dit hoofdstuk is de methodologie van het onderzoek beschreven. Het onderzoek is getypeerd, de onderzoekspopulatie is verduidelijkt, de inclusie- en exclusiecriteria zijn benoemd en het onderzoek is ethisch verantwoord. Vervolgens zijn de twee meetinstrumenten beschreven.

Het onderzoek is vervolgens uitgevoerd. In het volgende hoofdstuk zijn de resultaten beschreven.

4. Resultaten

Het onderzoek is uitgevoerd zoals beschreven in hoofdstuk drie. Er hebben negen cliënten deelgenomen aan de diepte-interviews. Na negen interviews vond er bij een aantal thema's verzadiging plaats. Nadat de diepte-interviews gehouden zijn, hebben de onderzoekers deze individueel geanalyseerd door de interviews te fragmenteren en te labelen. Met behulp van de labels hebben de onderzoekers samenvattingen van de interviews opgesteld. Deze zijn vervolgens voorgelegd aan de cliënten, om te controleren of zij zich hierin herkennen(member-checking). Er hebben vijf zorgverleners deelgenomen aan de focusgroep. Ook de focusgroep is individueel geanalyseerd door te fragmenteren en te labelen. Aan de hand van de eerdergenoemde labels zijn de kernthema's opgesteld.

In dit hoofdstuk komen achtereenvolgens de kernthema's en member-checks vanuit de diepte-interviews en de kernthema's vanuit de focusgroep aan bod. Deze kernthema's zullen onderbouwd worden met de labels. De onderzoekers willen hierbij wel benadrukken dat iedere cliënt uniek is en dat er individuele verschillen zijn in de behoeften op het gebied van mentaal welbevinden.

4.1 Resultaten diepte-interviews

In deze paragraaf worden de kernthema's vanuit de diepte-interviews beschreven. Dit zijn de kernthema's: 'autonomie', 'verlies', 'spiritualiteit', 'aandacht' en 'vrijtijdsbesteding'. Daarna worden de overige labels en de member-checking.

4.1.1. Kernthema's

Autonomie

In de diepte-interviews kwam naar voren dat cliënten het belangrijk vinden dat zij zelf beslissingen kunnen nemen. Een aantal labels van de fragmenten waarin dit naar voren kwam, zijn: afhankelijkheid, hulp vragen, minder zelfredzaam, elke dag willen douchen en beperkt in beweging. Cliënten geven aan dat zij vaak moeten wachten op de zorgverleners om bijvoorbeeld naar het toilet geholpen te worden. Zij kunnen niet zelf beslissen wanneer ze naar het toilet gaan. De onderzoekers hebben hier het kernthema 'autonomie' aan gegeven.

Om het kernthema 'autonomie' te illustreren, volgen er citaten uit de diepte-interviews.

'Ik kan me zelf redden, alleen. Daar word je blij van.'

‘Maar wij doen niks, wij staan op ’s morgens en we ontbijten en het ontbijt is geweldig goed het is allemaal goed. Maar, dan blijf ik hier zitten en dan koffie drinken en blijven zitten, ik zit de hele dag. Nou en een uur of acht, dan lig je weer in bed.’

‘En hygiëne van mensen, dat moet ook belangrijk wezen. (...) ’s Morgens douchen, dat krijgen wij ook niet. Douchen mag niet. (...) Daar hebben ze geen tijd voor. (...) Thuis douchte ik mij elke dag. En hier een keer in de week, een keer in de veertien dagen. Dat douchen, dat vonden we prachtig. En nou pakken ze hem weer af. En dan moet ik met een wasdoekje.’

‘We hebben hier een iemand(...). Als hij mij ziet dan is hij de hele dag van streek. En we zitten op dezelfde kamer op dezelfde woonkamer. En die zegt altijd tegen mij hoe eerder u dood bent hoe liever het mij is, dus dat is mijn vriend nou niet bepaald. (...) er zijn er een paar op die huiskamer die je absoluut niet mag.’

Verlies

In de diepte-interviews kwam naar voren dat cliënten op allerlei levensgebieden iets of iemand missen. Een aantal labels van de fragmenten waarin dit naar voren kwam, zijn: zich zinloos voelen, overlijden echtgenoot, niet kunnen lopen, geen eigen meubels en het niet kunnen werken. De onderzoekers hebben hier het kernthema ‘verlies’ aan gegeven.

Om het kernthema ‘verlies’ te illustreren, volgen er citaten uit de diepte-interviews.

‘Nou en toen is mijn man plotseling overleden. (...) Nou en dat was een harde strijd voor mij.’

‘Ik heb vier dochters. (...) Ja ik heb goed contact behalve één. (...) Die heeft gewoon afscheid van mij genomen (...) zonder iets te zeggen en dat vind ik een beetje cru. (...) Ja dat vind ik vervelend hoor, dat vind ik, ik denk er wel eens aan je droomt er weleens van ofzo.’

‘Ik heb heel veel gesport. (...) Elf keer de Elfstedentocht gefietst. (...) Een keer gekanood. Schitterend over die meren. Prachtige boten. (...) Ik wil alleen meer bewegen. Dat is heel belangrijk. Jazeker, dat doet een mens goed. (...) De vrijheid om te bewegen. Ik ben nu heel beperkt in mijn beweging. Ja het is heel moeilijk om te lopen.’

Spiritualiteit

In de diepte-interviews kwam naar voren dat cliënten ergens steun aan hebben als zij moeilijkheden ervaren. Een aantal labels van de fragmenten waarin dit naar voren kwam, zijn: bidden, Bijbel lezen, natuur en hulp van boven. De onderzoekers hebben hier het kernthema 'spiritualiteit' aan gegeven.

Om het kernthema 'spiritualiteit' te illustreren, volgen er citaten uit de diepte-interviews.

'Cursus van wonderen helpt. Ja alles is een wonder. Gewoon er te zijn. Je moet accepteren wat er is.'

'Dan bid ik veel. En dan krijg je echt wel steun (...) van boven. (...)dan word ik een beetje rustiger.'

Aandacht

In de diepte-interviews kwam naar voren dat cliënten het belangrijk vinden om gezien en gehoord te worden door familie, kennissen en zorgverleners. Een aantal labels van de fragmenten waarin dit naar voren kwam, zijn: contacten, aanspraak stagiaires, bezoek of kaarten ontvangen en krant voorlezen door zorgverleners. Zes van de negen cliënten gaven ook aan graag een praatje te maken met bezoek of zorgverleners. De onderzoekers hebben hier het kernthema 'aandacht' aan gegeven.

Om het kernthema 'aandacht' te illustreren, volgen er citaten uit de diepte-interviews.

'Ja want mijn schoondochter(...). Oeh dat is zo'n lieverd. (...) Ik kan heel goed met haar praten altijd. (...) Ja dat vind ik heel belangrijk.'

'Ach en een paar keer heeft één die daar werkt, mij de krant voorgelezen, een klein stuk. (...) Nou, als er één komt die een hele tijd niet geweest is. Dat is ook een grote verrassing. Of er komt een kaart van iemand. Van die je het niet verwacht hebt.'

'Een tantezegger van mij. (...) Ze komt altijd woensdagavonden en alle zaterdagavonden. (...) dat vind ik leuk. (...) verhalen vertellen. (...) Nou, op een avond dan krijg je bezoek en dan vertelt ze van alles wel en dan weet je overal weer wat van.'

Vrijtijdsbesteding

In de diepte-interviews kwam naar voren dat cliënten graag iets willen ondernemen om even uit de dagelijkse sleur te zijn. Een aantal labels van de fragmenten waarin dit naar voren kwam, zijn: dagje

uit, wandelen en fietsen, helpen met klusjes, gymnastiek, muziek- en dansavonden en borrel 's avonds. De onderzoekers hebben hier het kernthema 'vrijtijdsbesteding' aan gegeven.

Om het kernthema 'vrijtijdsbesteding' te illustreren, volgen er citaten uit de diepte-interviews.

'En ik voor met rolstoel op die fiets. (...) en twee accordeons liepen daar rond. En die speelden muziek daar en het was zo geweldig mooi.'

'Er komt een vrouw altijd met mij lopen. (...) Lopen we drie uur achter elkaar. (...) M. komt 's woensdags. (...) en dan gaan we nu fietsen. (...) Ja fietsen, dat vind ik leuk.'

'(...)we zitten op een clubje van handenarbeid. Ja dat is ook heel gezellig.(...) Heel gezellig, en dan maken we eens een wandeling vind ik ook wel leuk.'

'Een concert of een paar week geleden toen was er hier een dansgroep en die vond ik zo mooi, zo mooi.(...) Het was geweldig. (...)ik heb nog nooit zo mooi dansen gezien.'

4.1.2 Overige labels

In de diepte-interviews kwamen een aantal labels meerdere keren naar voren. Door de onderzoekers is ervoor gekozen om van deze labels geen kernthema's te maken, omdat deze niet vaak genoeg genoemd zijn en hierbij dus geen verzadiging is opgetreden. Een aantal veelvoorkomende labels worden nu benoemd.

- Uiterlijke verzorging

Een aantal labels van de fragmenten waar dit in naar voren kwam, zijn: kapsel, nette kleding, schoonheidsspecialist en mooie, schone kleding. Ondanks dat het thema in de interviews naar voren kwam, werd dit door cliënten niet aangegeven als zijnde het belangrijkste om zich goed te voelen.

- Altingerhof

Een aantal labels van de fragmenten waar dit in naar voren kwam, zijn: eenpersoonskamer, medebewoners, sfeer en kwaliteit van het eten. In de diepte-interviews spraken cliënten vaak over medebewoners en de eenpersoonskamer. De onderzoekers hebben dit onder het kernthema 'autonomie' geplaatst. Cliënten hebben niet meer de mogelijkheid om te kiezen met wie zij op een kamer slapen of op een huiskamer zitten. Labels als 'sfeer' en 'kwaliteit van eten' kwamen minder naar voren in de diepte-interviews. Wanneer hier over gesproken werd door cliënten, leek dit minder belangrijk voor hen om zich goed te voelen.

- Interview

Een aantal cliënten gaf aan het fijn te vinden om met de onderzoekers te kunnen praten. De cliënten waren open en enthousiast tijdens het interview.

4.1.3 Member-checking

Met behulp van de labels hebben de onderzoekers samenvattingen van de interviews opgesteld. Deze zijn vervolgens voorgelegd aan cliënten, om te controleren of zij zich hierin herkennen, dit wordt member-checking genoemd.

Member-checking is toegepast bij zeven van de negen cliënten. Één cliënt is overleden en de andere cliënt werd geïnterviewd op de dag van de memberchecks. Hierna was er geen gelegenheid meer om alsnog de member-check uit te voeren. De zeven cliënten, bij wie wel member-checking is toegepast, herkenden zich in de samenvattingen van de interviews. Ze waren verbaasd dat de onderzoekers de informatie uit de interviews zo goed hadden samengevat. Er werden door cliënten geen aanvullingen gegeven die invloed hadden op de onderzoeksresultaten.

4.2 Resultaten focusgroep

In deze paragraaf worden de kernthema's vanuit de focusgroep beschreven. Dit zijn de kernthema's: 'aandacht', 'autonomie' en 'verlies'. De onderzoekers willen benadrukken dat in de focusgroep naar voren kwam, dat de zorgverleners zich al van veel behoeften van cliënten bewust zijn.

4.2.1 Kernthema's

Aandacht

In de focusgroep kwam naar voren dat zorgverleners merken dat cliënten het belangrijk vinden om gezien en gehoord te worden door hen. Een aantal labels van de fragmenten waarin dit naar voren kwam, zijn: aandachtmomenten tijdens koffie of zorg, aandacht geven als er om gevraagd wordt en chocolaatjes op tafel. Tegelijkertijd geven zorgverleners aan dat er op dit gebied nog verbetering mogelijk is. Er wordt door alle zorgverleners benoemd dat er een hoge werkdruk wordt ervaren, waardoor er weinig tijd en aandacht voor cliënten is. Een aantal labels van de fragmenten waarin dit naar voren kwam, zijn: te weinig tijd voor cliënten, werkdruk bij alleen op de groep staan, werkdruk; laat aan de koffie en te weinig contactmomenten. De onderzoekers hebben aan deze labels het kernthema 'aandacht' gegeven.

Om het kernthema 'aandacht' te illustreren, volgen er citaten uit de focusgroep.

‘Lekker zelf eten koken(...). Een keer met de AB’ers(redactie: activiteitenbegeleiders) bijvoorbeeld een maaltijd gehad, koken met elkaar. En dan zie je sommige mensen die anders heel weinig van het eten maken en dan denk je goh dat gaat heel goed. (...) dan ruiken ze de geuren ook he? Dan voelen ze zich wat belangrijker. Ze moeten wat erover nadenken natuurlijk.’

‘Kan wel in hele kleine simpele dingetjes zitten. (...) hadden we wat van die chocolaatjes weet je wel nou dat leg je dan op een kopje(...).dat je daar al even een aandachtsmoment aan schenkt.’

‘Dat er af en toe een luisterend oor is(...). Ik heb wel een voorbeeld nog van een meneer, die zal echt nooit bellen, maar als je dan bij hem komt en dan kom je zo, dan kom je vaak te praten over wat hij vroeger deed en dan merk je dat hij het wel heel prettig vindt dat je dan even praat. (...) Dat je dan eens even bij iemand gaat zitten die dan nou weinig vraagt (...).’

‘En ja, er is onvoldoende tijd voor leuke dingen he, is een keer even met iemand als het mooi weer is naar buiten toe. Ja dat is jammer dat dat eigenlijk niet kan.’

‘Maar als je dan alleen op zo’n groep staat, dan is dat hollen, draven, rennen he. (...)Tijd is er eigenlijk nooit.’

‘He want het is natuurlijk een gegeven, het is een feit het is altijd druk en dat zal het ook altijd blijven, maar je kan het ook doorbreken.’

Autonomie

In de focusgroep kwam naar voren dat zorgverleners merken dat cliënten het belangrijk vinden dat zij betrokken worden in keuzes die hun dagelijks leven beïnvloeden. Een aantal labels van de fragmenten waarin dit naar voren kwam, zijn: kijken wat cliënt nog zelf wil/kan, benutten wat cliënten kunnen en eigen kleding laten kiezen. De onderzoekers hebben hier het kernthema ‘autonomie’ aan gegeven.

Om het kernthema ‘autonomie’ te illustreren, volgen er citaten uit de focusgroep.

‘(...) dat ze hun eigen kleding enzo in de kast hebben. Ze weten echt wel wat ze willen. Ja, je kan ze bijvoorbeeld uitzoeken laten dan he? Wordt ook vaak niet gedaan, dan pakken we maar wat. Maar ik laat het wel even zien. (...) Is ook eigenlijk het enigste wat ze nog hebben he?’

‘(...) het onplezierige is het vaak het zijn nogal kamergenoten, wat ze niet ligt. (...) mensen storen zich ook wel aan medebewoners en soms is dat ook heel denkbeeldig. Bij ons op de groep zeker wel(...)’

‘En wat je mensen kunt reiken, aanreiken, ja. Belangrijk is ook vooral de erkenning he, van mensen. (...) aan de andere kant ook inderdaad he, kijk van wat kun je nog. (...) wat willen, kunnen mensen zelf.’

‘En dat is ook het contact met de familie he? Als het met een cliënt op zich niet meer zo goed lukt, dat je zoiets hebt: nou gezamenlijk moeten we het toch verzorgen je hebt elkaar nodig, he, (...). Zo dat je toch een lijn van diegene eigenlijk probeert ja de lijn wat door te trekken. Wat de mensen kunnen willen.’

Verlies

In de focusgroep kwam naar voren dat zorgverleners merken dat cliënten verlies ervaren op allerlei levensgebieden. Een aantal labels van de fragmenten waarin dit naar voren kwam, zijn: geen eigen thuis hebben, alles moeten delen en niet kunnen lopen. De onderzoekers hebben hier het kernthema ‘verlies’ aan gegeven.

Om het kernthema ‘verlies’ te illustreren, volgen er citaten uit de focusgroep.

‘Dat ze dus eigenlijk huis en haard hebben moeten verlaten om opgenomen he dat ze dus helemaal geen eigen thuis meer hebben. (...) En geen eigen plekje meer hebben, dat ze eigenlijk alles moeten delen met hun omgeving.’

‘Verdriet, om alles wat ze eigenlijk, wat ze niet meer kunnen. Onmacht, het afhankelijk zijn. Niet kunnen eten, en dat ze gevoerd moeten worden en niet kunnen lopen ze zitten in een rolstoel. Ja, jezelf niet kunnen verplaatsen. Niet goed kunnen praten bijvoorbeeld. Een afasie, dat ze dingen niet goed duidelijk kunnen maken. De boosheid dan willen ze wel dingen aan je vertellen maar ze kunnen het niet. Ja.’

4.2.2 Overige labels

In de focusgroep kwam nog een ander label naar voren, dit was het label ‘spiritualiteit’. Door de onderzoekers is ervoor gekozen om van dit label geen kernthema te maken. Toen dit label in de focusgroep ter sprake kwam, leken de zorgverleners dit minder te herkennen bij cliënten.

4.3 Samenvatting

In dit hoofdstuk zijn de resultaten van het onderzoek beschreven. Aan de hand van de labels uit de diepte-interviews zijn de kernthema's autonomie, aandacht, verlies, vrijetijdsbesteding en spiritualiteit beschreven. Ook zijn de resultaten van de member-checks beschreven. De kernthema's uit de focusgroep; autonomie, aandacht en verlies, zijn op dezelfde wijze beschreven. Wat opvalt, is dat de kernthema's van de focusgroep overeenkomen met die van de diepte-interviews. De zorgverleners zijn goed op de hoogte van de behoeften van cliënten en proberen hier ook op in te spelen.

In het volgende hoofdstuk worden er naar aanleiding van de resultaten, conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan.

5. Conclusies en aanbevelingen

Vanuit de resultaten die in het voorgaande hoofdstuk zijn beschreven, zullen in dit hoofdstuk de conclusies worden getrokken. Dit zal worden gedaan met het beantwoorden van de deelvragen. Na de conclusie, volgen de aanbevelingen die gedaan worden naar aanleiding van dit onderzoek.

5.1 Conclusies

Deelvraag 1: Welke dimensies van mentaal welbevinden geven oudere cliënten met een chronisch somatische aandoening aan als belangrijk?

De kernthema's die naar voren kwamen na analyse van de diepte-interviews, zijn: spiritualiteit, autonomie, verlies, aandacht en vrijetijdsbesteding. Voor cliënten zijn dit de thema's van mentaal welbevinden, waardoor zij zich goed voelen. Deze thema's zijn te plaatsen bij dimensies, zoals ze genoemd zijn in de literatuur. Het kernthema 'spiritualiteit' past bij de dimensie 'existentieel welbevinden', het gaat over de zin en orde van het leven of het geloof in een God. 'Verlies' geldt voor meerdere dimensies, namelijk die van het psychische -, lichamelijke-, sociale-, en materiële welbevinden. Cliënten geven aan dat zij verlies ervaren op meerdere gebieden, zoals het overlijden van een echtgenoot of het niet meer hebben van eigen meubels. Ook 'autonomie' geldt voor meerdere dimensies, namelijk die van het psychische-, sociale-, materiële- en culturele welbevinden. Cliënten geven aan dat ze niet meer zelf keuzes kunnen maken met bijvoorbeeld de toiletgang, daardoor voelen zij zich minder goed. Sommige van de cliënten zitten op een tweepersoonskamer, met een medebewoner die ze zelf niet uitgekozen hebben. Cliënten kunnen niet zelf bepalen met wie ze omgaan, aangezien ze op een vaste huiskamer zitten. De kleding wordt gekozen door een zorgverlener, de cliënt mag dit wel goedkeuren of afkeuren. Ook het culturele welbevinden past bij autonomie, omdat de cliënten samenwonen met mensen met andere normen en waarden. Het kernthema 'aandacht' geldt voor de dimensies van het psychische- en sociale welbevinden. Cliënten geven aan dat ze het belangrijk vinden om gezien en gehoord te worden. Ze willen bijvoorbeeld graag koffie drinken met de zorgverleners en een praatje maken met bezoek. Tenslotte het kernthema 'vrijetijdsbesteding'. Dit kernthema geldt voor meerdere dimensies, namelijk die van het psychische- en sociale welbevinden. Cliënten geven aan dat zij graag wandelen, fietsen of een andere activiteit ondernemen.

Deelvraag 2: Wat zijn de behoeften van ouderen op het gebied van mentaal welbevinden?

Bij het kernthema 'spiritualiteit' hebben cliënten de behoefte, dat er iets in hun leven tot steun is wanneer ze het moeilijk hebben. Bij het kernthema 'autonomie' hebben cliënten de behoefte dat ze

zelf keuzes kunnen maken die invloed hebben op hun dagelijks leven. Zij willen bijvoorbeeld zelf bepalen wanneer ze naar het toilet gaan en hoe vaak ze douchen. Bij het kernthema 'aandacht' hebben cliënten de behoefte dat zij gezien en gehoord worden door familie, kennissen en zorgverleners. Een voorbeeld hiervan is dat zij graag bezoek ontvangen, of koffie drinken met de zorgverleners. Bij het kernthema 'vrijtijdsbesteding' hebben cliënten de behoefte om er even uit te zijn, ze vinden het gezellig om wat te ondernemen. Een voorbeeld hiervan is dat cliënten graag vaker naar buiten zouden willen gaan om te wandelen of te fietsen met zorgverleners of vrijwilligers. Bij het kernthema 'verlies' noemen cliënten dat ze met het verlies moeten leren leven en het moeten accepteren, maar dat ze nog wel gemis ervaren.

Deelvraag 3: Waaraan zijn deze behoeften te herkennen en hoe zijn deze te beïnvloeden tot mentaal welbevinden?

De behoeften op het gebied van mentaal welbevinden zijn te herkennen, doordat de cliënt deze zelf aangeeft. Ook zijn deze behoeften te herkennen door een zorgverlener, wanneer deze het gesprek aangaat met de cliënt. In een gesprek is er dan gelegenheid om in te gaan op de persoonlijke behoeften van de cliënt. Het is belangrijk om de cliënt de mogelijkheid te bieden om te praten over behoeften op het gebied van mentaal welbevinden. Dit werd duidelijk, omdat veel cliënten na het interview aangaven, het als prettig te ervaren dat er tijd en aandacht was voor hun verhaal. In de vorige deelvraag werden per kernthema voorbeelden genoemd hoe vormgegeven kan worden aan de behoeften van de cliënt. In de aanbevelingen zal ook naar voren komen hoe vormgegeven kan worden aan de behoeften van de cliënt.

Deelvraag 4: Welke dimensies van mentaal welbevinden voor cliënten met een chronisch somatische aandoening, geven zorgverleners aan als belangrijk?

De kernthema's die naar voren kwamen na analyse van de focusgroep, zijn: aandacht, autonomie en verlies. Zorgverleners geven aspecten die onder deze thema's vallen aan, als belangrijk voor het mentaal welbevinden van cliënten. Deze thema's zijn te plaatsen bij dimensies, zoals ze genoemd zijn in de literatuur. Het kernthema 'aandacht' geldt voor de dimensies van het psychische- en sociale welbevinden. Zorgverleners geven aan dat cliënten het prettig lijken te vinden als zorgverleners de tijd hebben om 's morgens tijdens de zorg een praatje te maken of de krant voor te lezen. De zorgverleners proberen, ondanks hoge werkdruk, hier tijd voor vrij te maken. De zorgverleners zijn zich er van bewust, dat aandacht een belangrijke behoefte is van cliënten. Het kernthema 'verlies' geldt voor meerdere dimensies, namelijk die van het psychische -, lichamelijke-, sociale-, en materiële welbevinden. De zorgverleners geven aan dat cliënten het erg lijken te vinden dat zij huis en haard hebben moeten verlaten en dat ze nu bijna alles moeten delen met medebewoners. Ook het kernthema 'autonomie' geldt voor meerdere dimensies, namelijk die van het psychische-,

sociale-, materiële- en culturele welbevinden. Zorgverleners geven aan dat cliënten graag betrokken willen worden bij keuzes uit het dagelijks leven, bijvoorbeeld bij het uitzoeken van kleding.

Centrale vraag

Met behulp van de deelvragen kan nu de centrale vraag beantwoordt worden. De centrale vraag van dit onderzoek luidt als volgt:

‘Wat zijn dimensies van mentaal welbevinden van cliënten met een chronisch somatische aandoening die verblijven in verpleeghuis Altingerhof en waaraan kunnen deze worden gesignaleerd?’

Na analyse van de diepte-interviews kwam naar voren dat in vijf kernthema's aangeduid kan worden, wat voor cliënten belangrijk is om zich goed te voelen. Dit zijn de thema's: 'autonomie', 'verlies', 'spiritualiteit', 'aandacht' en 'vrijtijdsbesteding'. Deze kernthema's passen bij de zes dimensies van mentaal welbevinden, zoals deze genoemd worden in de literatuur. Behoeften van de ouderen op het gebied van mentaal welbevinden zijn te herkennen door het gesprek aan te gaan met de cliënt. Na analyse van de focusgroep kwam naar voren dat in drie kernthema's aangeduid kan worden, wat volgens zorgverleners belangrijk is voor cliënten om zich goed te voelen. Dit zijn de thema's: 'autonomie', 'aandacht' en 'verlies'.

5.2 Aanbevelingen

Nadat in de vorige paragraaf de conclusies getrokken zijn, worden in deze paragraaf de aanbevelingen beschreven. De aanbevelingen 'vrijwilligers', 'vervolgonderzoek' en 'zorgleefplan' zullen achtereenvolgens besproken worden.

5.2.1 Vrijwilligers

In Altingerhof worden vrijwilligers ingezet voor activiteiten met cliënten, zoals wandelen of fietsen. Cliënten geven aan deze activiteiten te waarderen. In de literatuur wordt beschreven dat vrijwilligers kleur aan de zorg geven. Zij kunnen inspelen op individuele behoeften van de cliënt (Actiz, 2009). Zorgverleners zijn hier positief over, maar geven aan dat het lastig is om meer vrijwilligers te werven. Omdat vrijwilligers door zowel cliënten en zorgverleners als literatuur worden benoemd als waardevol, lijkt het een goede aanbeveling om meer vrijwilligers in te zetten in Altingerhof. In Altingerhof is een vrijwilligerscoördinator die hier professioneel mee bezig is.

5.2.2 Vervolgonderzoek

In dit onderzoek is één focusgroep gehouden met zorgverleners. Deze focusgroep was kort en er was niet voldoende gelegenheid om van zorgverleners te horen, hoe zij mentaal welbevinden signaleren. De aanbeveling van de onderzoekers is om vervolgonderzoek onder zorgverleners te doen. Hierbij moet de nadruk liggen op hoe zorgverleners mentaal welbevinden signaleren en hoe dit vormgegeven kan worden in een meetinstrument. De kernthema's die in dit onderzoek uit de diepte-interviews zijn gekomen, zijn wellicht de basis voor vervolgonderzoek.

5.2.3 Zorgleefplan

In verpleeghuis Altingerhof wordt het zorgleefplan geïmplementeerd. In de literatuur wordt het zorgleefplan beschreven als een plek waar speciale aandachtspunten ten aanzien van mentaal welbevinden kunnen worden genoteerd. De aanbeveling van de onderzoekers is om in het zorgleefplan een uitvoerige biografische paragraaf op te nemen, waar het levensverhaal van de cliënt wordt geschetst. Hierbij kunnen praktische voorbeelden worden gegeven voor in de dagelijkse zorgverlening. De vijf kernthema's kunnen als richtlijn gebruikt worden om deze biografische paragraaf vorm te geven. Hier volgen per kernthema een aantal vragen die beantwoord kunnen worden om de biografische paragraaf invulling te geven.

Autonomie:

'Wat is er veranderd sinds u hulp van anderen nodig had?'

'In welke keuzes wilt u graag betrokken worden?'

Aandacht:

'Welke persoonlijke contacten zijn belangrijk voor u?'

'Hoe ziet u de relatie tussen u en de zorgverlener?'

Verlies:

'Welke gebeurtenissen in uw leven ervaart u als verlies?'

'Hoe ervaart u de overgang van uw huis naar het verpleeghuis en hoe kunnen de zorgverleners hierbij van betekenis zijn?'

Spiritualiteit:

'Wat vindt u op dit moment belangrijk voor een goed leven?'

'Waar haalt u steun uit als u het moeilijk heeft?'

Vrijtijdsbesteding:

‘Wat zijn interesses en liefhebberijen, wat deed/doet u graag, waar was/bent u goed in?’

‘Zijn er activiteiten in het verpleeghuis waar u graag aan mee zou willen doen?’

Deze biografische paragraaf moet regelmatig besproken worden met de cliënt, omdat informatie kan wijzigen. Een voorbeeld van een biografische paragraaf is opgenomen in bijlage 6.

5.3 Samenvatting

In dit hoofdstuk zijn de conclusies getrokken door het beantwoorden van de deelvragen en de centrale vraag. Naar aanleiding van deze conclusies zijn er aanbevelingen gedaan. In het volgende hoofdstuk zal de methode van onderzoek en de inhoud aan de discussie gesteld worden.

6. Discussie

Nadat alle resultaten zijn uitgewerkt, de conclusies zijn getrokken en de aanbevelingen zijn gedaan, is het van belang om terug te kijken op het onderzoek. Achtereenvolgens komen de methodologische- en de inhoudelijke discussie aan bod.

6.1 Methodologische discussie

Aan de diepte-interviews hebben negen cliënten deelgenomen. De interviewer had voor dit onderzoek nog weinig kennis en ervaring met het afnemen van diepte-interviews. De diepte-interviews zijn afgenomen door één onderzoeker waardoor de diepte-interviews op dezelfde manier zijn afgenomen. In de eerste vier diepte-interviews waren de vragen soms te sturend, waardoor er niet voldoende werd doorgevraagd. Tijdens een uitgebreide tussentijdse analyse, kreeg de interviewer feedback om de interviewvaardigheden te verbeteren.

Een cliënt kwam wat verward over, het vertelde verhaal klopte niet. De interviewer probeerde om de respondent hiermee te confronteren maar hier werd door de cliënt niet adequaat op gereageerd. Eén interview is op de kamer van de cliënt afgenomen, hierdoor sprak de cliënt meer over de spullen in zijn kamer.

Veel van de cliënten waren onder de indruk van het feit dat zij geïnterviewd werden door studenten. Niet alle cliënten hebben zelf een opleiding afgerond en daardoor waren zij onzeker over de antwoorden die zij gaven.

Om de validiteit van de diepte-interviews te verhogen zijn er member-checks gedaan. Cliënten ervoeren dit als prettig en waren verbaasd dat de onderzoekers een duidelijk beeld van hen gekregen hadden. Zij hadden niets toe te voegen wat de resultaten van het onderzoek beïnvloedde.

Eén cliënt is tussen het diepte-interviews en de member-check overleden, vanzelfsprekend is voor dat diepte-interview geen member-check gedaan.

Zelfs zonder de analyse droeg het onderzoek al bij aan het welbevinden van cliënten, omdat zij de tijd en aandacht die er voor hen was als prettig ervoeren.

Om volgens de literatuur van verzadiging te kunnen spreken, zouden er meer diepte-interviews afgenomen moeten worden. Hiervoor waren niet voldoende tijd en middelen beschikbaar.

Aan de focusgroep hebben vijf zorgverleners deelgenomen. De focusgroep begon met vier zorgverleners, de vijfde zorgverlener was vergeten dat de focusgroep op die dag gehouden werd.

Eén van de zorgverleners is twee keer weggelopen uit de focusgroep, omdat een telefoon ging. Als gevolg hiervan was er onrust tijdens de focusgroep.

Er was niet voldoende tijd en er waren niet voldoende zorgverleners beschikbaar voor de focusgroep. Hierdoor was er niet voldoende ruimte om door te vragen op de onderwerpen die aan bod kwamen.

De zorgverleners waren erg enthousiast tijdens de focusgroep, ze waren erg gemotiveerd om te vertellen over hun ervaringen.

De onderzoeker die de focusgroep leidde had weinig kennis over, en geen ervaring met het leiden van een focusgroep. Achteraf gezien was het voor de betrouwbaarheid wellicht beter geweest als de interviewer van de diepte-interviews ook de focusgroep had geleid.

De focusgroep was goed voorbereid en de interviewer hield een duidelijke inleiding waarin alle belangrijke informatie benoemd werd. Hierdoor werd een hoop onduidelijkheid weggenomen en werd voorkomen dat de respondenten veel vragen hadden.

6.2 Inhoudelijke discussie

In de literatuur worden zes dimensies van mentaal welbevinden genoemd (Actiz, 2009). In dit onderzoek zijn vijf kernthema's bij mentaal welbevinden naar voren gekomen. Als de dimensies en de kernthema's vergeleken worden, valt op dat er veel overeenkomsten zijn. Deze overeenkomsten worden beschreven in de resultaten. Er zijn echter ook verschillen op te merken. De dimensies 'cultureel welbevinden' en 'materieel welbevinden' zijn in dit onderzoek minder naar voren gekomen als zijnde belangrijk voor mentaal welbevinden van cliënten. Wellicht is op deze dimensies niet voldoende doorgevraagd door de onderzoekers. Ook waren de diepte-interviews niet sturend van aard, waardoor de cliënt deze dimensies niet zelf naar voren bracht.

In de literatuur wordt beschreven dat aandacht voor spiritualiteit een positieve invloed heeft op het welbevinden van een mens (van Leeuwen, 2009). In dit onderzoek kwam spiritualiteit minder naar voren. Wanneer in de diepte-interviews de vraag werd gesteld 'Wat is u tot steun als u het moeilijk heeft?' gaven cliënten regelmatig een antwoord wat meer leek te passen bij het kernthema 'aandacht'. Aandacht en autonomie lijken voor de meeste cliënten belangrijker dan spiritualiteit.

6.3 Samenvatting

In dit hoofdstuk werd het onderzoek ter discussie gesteld, achtereenvolgens kwamen de methodologische en de inhoudelijke discussie ter sprake. Dit was het laatste hoofdstuk van het onderzoeksverslag.

Literatuurlijst

Baarda, D.B., de Goede, M.P.M., & Teunissen, J. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Groningen: Noordhoff Uitgevers

Baarda, D.B., & de Goede, M.P.M. (2006). *Basisboek methoden en technieken*. Groningen: Noordhoff Uitgevers

Baarda, D.B., & de Goede, M.P.M. (2007). *Basisboek interviewen*. Groningen: Noordhoff Uitgevers

Beek van, F. & Schuurman, M. (2007). *Werken met levensverhalen en levensboeken, praktische handleiding voor hulpverleners*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Boeije, H. (2006). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Hoofddorp: Boomonderwijs

De Groof, S., Elchardus, M. (2005). 'Zolang ge maar gezond zijt en uw man nog hebt'. Een empirische analyse van de welzijnservaring van 75-jarige Vlamingen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 36, 47-59

De Jong, J.H.J., Kerstens, J.A.M., Sesink, E.M., & Vermeulen, M.M. (2003). *Handboek verpleegkunde*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Doolaard, J. (2006). *Handboek geestelijke verzorging*. Kampen: Uitgeverij Kok

Evers, J. (2007). *Kwalitatief interviewen, kunst én kunde*. Utrecht: Lemma

Gereformeerde Hogeschool (s.d). Verkregen op 27 april 2012, van <http://www.gh.nl/onderzoek/Lectoraat%20Zorg%20en%20Spiritualiteit.aspx>

Hickman, J.S. (2006). *Faith community nursing*. Lippincott: Williams and Wilkins

Huizing, W., Tromp, T., Ubels, G. (2009). Werken aan mentaal welbevinden. *Artikelen reeks Actiz*, Artikel 1

Huizing, W., Tromp, T., Ubels, G. (2009). Werken aan mentaal welbevinden. *Artikelen reeks Actiz*, Artikel 2

Huizing, W., Tromp, T., Ubels, G. (2009). Werken aan mentaal welbevinden. *Artikelen reeks Actiz*, Artikel 3

Huizing, W., Tromp, T., Ubels, G. (2009). Werken aan mentaal welbevinden. *Artikelen reeks Actiz*, Artikel 4

Huizing, W., Tromp, T., Ubels, G. (2009). Werken aan mentaal welbevinden. *Artikelen reeks Actiz*, Artikel 5

Hungelmann, J., (1985). Spiritual well-being in older adults: harmonious interconnectedness. *Journal of Religion and Health*, 2, 147-153

Icare. (2007). *Zorg en activiteiten*. Opgeroepen op 2 november 2011, van http://www.icare.nl/klant_en_familie/zorg_nodig/wonen/Verpleeg_en_verzorgingshuizen/Beilen_Altingerhof/zorg_activiteiten/?view=Standard

Jacos, T., Vanderleyden, L., & Vanden Boer, L. (2004). *De leefsituatie van 55-plussers in Vlaanderen*. Antwerpen: Garant.

Jochensen, H., Klaasse-Carpenterier, M., Cusveller, B.S., van de Scheur, A., & Bouwer, J. (2002) *Levensvragen in de stervensfase*. Wetenschappelijk rapport, nummer 16

Marcoen, A., Grommen, R., & van Ranst, N. (2006). *Als de schaduwen langer worden, psychologische perspectieven op ouder worden en oud zijn*. Leuven: Uitgeverij Lannoo.

Nieswiadomy, R.M. (2009). *Verpleegkundige onderzoeksmethoden*. Amsterdam: Pearson Education Benelux.

Pallialine. (2005). *Richtlijn spirituele zorg, Argora werkgroep*. Verkregen op 21 november 2011 van <http://www.pallialine.nl/uploaded/docs/PalliatieveZorg/Richtlijn%20Spirituele%20zorg%202008.pdf>

Pool, A., Kruyt, J. & Walters, M. (1998). *Zorgen heb je samen, belevingsgerichte zorg in de praktijk, tussen thuis en ziekenhuis*. Utrecht: NIZW(Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn) uitgeverij.

Pool, A., Mostert, H. & Schumacher, J.(2003). *De kunst van het afstemmen, belevingsgerichte zorg: theorie en praktijk van een nieuw zorgconcept*. Utrecht: NIZW uitgeverij.

Pool, G. (2004). *Handboek psychologische interventies bij chronisch-somatische aandoeningen*. Assen: Koninklijke van Gorcum BV

Rijksoverheid. (2011). *Bescherming persoonsgegevens*. Verkregen op 22 februari 2012, van <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/persoonsgegevens/bescherming-persoonsgegevens>

Schwartz, N., & Strack, F. (1999). *Reports of subjective well-being*. New York: Russell-Sage.

Stalpers, J.(2007). Elicitatietechnieken in kwalitatief onderzoek. *KWALON*, 2007(1). Verkregen op 03-04-2012 van www.boomlemmatijdschriften.nl/tijdschrift/KWALON/2007/1/KWALON_2007_012_001_007

Van der Wal, P. (2005). Geestelijke verzorging in de context van de nieuwe ouderenzorg. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 36, 25-33

Van Leeuwen, R. (2009). *Towards nursing-competencies in spiritual care*. Rijksuniversiteit Groningen, Groningen.

Van Leeuwen, R., & Cusveller, B. (2005). *Verpleegkundige zorg en spiritualiteit*. Utrecht: Lemma.

V&VN. (2007). Nationale Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden. Hilversum : Van der Weij Drukkerijen BV.

Verberk, F., & de Kuiper, M. (2006). *Verpleegkunde volgens het Neuman Systems Model*. Assen: Koninklijke van Gorcum.

Verhoeven, N. (2007). *Wat is onderzoek*. Den Haag: Boom Uitgevers.

Bijlagen

Bijlage 1 interview

Bij mentaal welbevinden gaat het om in welke mate iemand een positieve evaluatie maakt ten aanzien van zijn of haar leven. Die evaluatie gaat dan niet om het moment zelf, maar om het hele leven van die persoon (Actiz, 2009). De vijf variabelen van het Neuman Systems Model kunnen ervoor zorgen dat het cliëntsysteem zich kan herstellen en terugkeren naar het oude evenwicht of naar een beter evenwicht (Verberk et al., 2006). Belevingsgerichte zorg gaat uit van de ervaringen en betekenisverlening van de zorgvrager (de Jong, Kerstens & Salentijn, 2003). Volgens Pool (1998) is de vraag die centraal staat: hoe beleeft de patiënt zijn situatie?

Samengevat gaat het om de positieve evaluatie, om het oude of verbeterde evenwicht van de cliënt en om de ervaring, beleving en betekenisverlening van de cliënt.

Openingsvraag: Hoe gaat het met u? Waarom gaat het goed/niet goed met u?

U noemt... Kunt u uitleggen waarom dit belangrijk voor u is om u goed te voelen?

Zijn er andere aspecten die belangrijk zijn om u goed te voelen (bijvoorbeeld aspecten die nu minder/niet aanwezig zijn, maar als die er wel zouden zijn, het beter zou gaan?).

Lichamelijk

Lichamelijk: dit is de positieve lichaamsbeleving. Het lichaam verandert innerlijk en uiterlijk. Het gaat er dan om in welke mate de oudere hier hinder van ondervindt.

Psychisch

Psychologisch tevreden zijn met het beeld wat iemand van zichzelf heeft, het heden de moeite waard vinden.

Sociaal

Het 'ergens bij horen', veel sociale contacten hebben. Hiertegenover staan de pijnlijke gevoelens van eenzaamheid en het verliezen van sociale contacten

Cultureel

Dat iemand zich goed voelt in de actuele omgeving, en dat er geen vervreemding is door vernieuwingen.

Materieel

De beschikbaarheid van kleding, woonruimte, voeding en de woonomgeving.

Existentieel

Over de zin en orde van het leven, het geloof in een God. De invloed van (geestelijke) waarden en normen.

Afsluitende vraag: Kunt u vertellen wat voor u het belangrijkste is in het leven(kan een antwoord zijn over woonplek, familie, werk, spiritualiteit, etc.)?

Waarom is dit belangrijk voor u? Waarom zijn andere dingen minder belangrijk?

Bijlage 2 focusgroep

Voor deze focusgroep wordt een selectie gemaakt voor de respondenten. Het zullen helpenden en verzorgenden zijn van afdeling de Tipakker, zonder de leidinggevende en andere disciplines.

Een belangrijk punt is de opstelling. De respondenten zullen in een cirkel rond een grote tafel zitten. Bij dit onderwerp is ook de non-verbale communicatie belangrijk.

De focusgroep zal gehouden worden na de diepte-interviews met de zorgvragers. De interviewer zal er zo open mogelijk in gaan. Wat door de helpenden en verzorgenden wordt gezegd kan dan gelijktijdig vergeleken worden en eventueel kan aan het eind een paar punten van wat de cliënten onder dit onderwerp verstaan besproken worden, zodat de respondenten een idee krijgen of ze al op de goede weg zitten of niet.

Onderstaande vragen zullen als thema's gebruikt worden tijdens de focusgroep.

- Wat verstaan de zorgverleners onder mentaal welbevinden?
- Wat is de associatie bij het begrip?
- Wordt er aandacht geschonken aan mentaal welbevinden op de afdeling?
 - zo ja, hoe? Zo nee, hoe zou er aandacht aan geschonken kunnen worden?
- Wat zie je terug op de afdeling?
- Hoe zie je dat terug?
- Wat vind je van mentaal welbevinden?
- Hoe kun je op de afdeling mentaal welbevinden bevorderen?

Per vraag opschrijven welke punten naar voren komen.

- Als afronding samenvatten wat er besproken is, vragen wat de deelnemers van de focusgroep vonden.

(Evers J, 2007).

Bijlage 3 uitnodigingsbrieven

Introductiebrief zorgverleners Altingerhof

Zwolle, 16-01-2012

Beste zorgverleners van afdeling Tipakker

Door middel van deze introductiebrief willen wij u informeren over ons onderzoek in verpleeghuis Altingerhof. Wij zijn drie 4^e jaars studenten HBO verpleegkunde aan de Gereformeerde Hogeschool in Zwolle. In verband met ons afstuderen doen wij onderzoek naar het mentaal welbevinden van ouderen in verpleeghuis Altingerhof. Hiervoor vragen wij uw medewerking.

Voor ons onderzoek is het van belang dat wij informatie krijgen uit verschillende bronnen; cliënten en verzorgend/verplegend personeel. U hoort bij deze laatste categorie. U ontvangt binnenkort een uitnodiging voor een groepsgesprek. Hierin zijn wij erg benieuwd naar uw mening over het mentaal welbevinden bij de bewoners van Altingerhof, en hoe dat tot nu toe gemeten wordt. Ook willen we samen met u kijken naar het ontwikkelen van een meetinstrument voor mentaal welbevinden; waar heeft u behoefte aan en wat is goed bruikbaar in de instelling?

Mochten er vragen of onduidelijkheden zijn, dan kunt u contact met ons opnemen.

Dit kan door een mailtje te sturen naar het volgende mailadres:

afstudeerprojectaltingerhof@hotmail.com

We stellen uw medewerking zeer op prijs.

Met vriendelijke groet,

Mariëlle Holstege

Alies Nagelhout

Suzan Poolman

Introductiebrief bewoners Altingerhof

Zwolle, 16-01-2012

Beste bewoners van verpleeghuis Altingerhof afdeling Tipakker,

Door middel van deze introductiebrief willen wij u informeren over ons onderzoek in verpleeghuis Altingerhof. Wij zijn drie 4^e jaars studenten HBO verpleegkunde aan de Gereformeerde Hogeschool in Zwolle. In verband met ons afstuderen doen wij onderzoek naar het mentaal welbevinden van cliënten in verpleeghuis Altingerhof. Hiervoor vragen wij uw medewerking.

Voor ons onderzoek is het van belang dat wij informatie krijgen uit verschillende bronnen; verzorgend/verplegend personeel en cliënten. U hoort bij deze laatste categorie. U ontvangt binnenkort een uitnodiging voor een interview. Hierin zullen wij u verschillende vragen stellen met als hoofdthema mentaal welbevinden. Een lastig begrip, maar het betekent vooral dat we willen weten hoe gelukkig u wel of niet bent met uw leven op dit moment. We zullen daarom vragen stellen over bijvoorbeeld thema's als bezoek, gezondheid en ziekte, activiteiten die u leuk vindt om te doen, of u steun heeft aan uw geloof, etc.

Mochten er vragen of onduidelijkheden zijn, dan kunt u contact met ons opnemen.

Dit kan door geestelijk verzorger Anita Akkerman aan te spreken. Zij zal vervolgens contact met ons opnemen.

We stellen uw medewerking zeer op prijs.

Met vriendelijke groet,

Mariëlle Holstege

Alies Nagelhout

Suzan Poolman

Bijlage 4 Toestemmingsverklaring

Toestemmingsformulier zorgverleners Altingerhof

Achtergrondinformatie

Doel

Door middel van dit groepsinterview wil de onderzoeksgroep erachter komen hoe zorgverleners binnen verpleeghuis Altingerhof denken over, en omgaan met het mentaal welbevinden van de bewoners. Ook wil de onderzoeksgroep erachter komen aan wat voor meetinstrument de medewerkers behoefte hebben.

Het interview

Dit interview zal worden opgenomen, zodat uw eigen woorden gebruikt worden. Na uittypen van de opname, zal deze gewist worden. Het interview zal ongeveer 1 ½ uur in beslag nemen.

Toestemming

Het is belangrijk dat dit formulier ondertekend wordt, om zowel u als de interviewer te beschermen. Het formulier wordt 2 keer door zowel interviewer als geïnterviewde ondertekend, zodat u zelf ook een exemplaar krijgt.

Resultaten

De resultaten van dit onderzoek zullen in een publicatie verwerkt worden. Binnen Altingerhof zal hier aandacht aan geschonken worden. Dit zal medio juni 2012 zijn.

Toestemmingsverklaring

Door het ondertekenen van dit formulier verklaart u het volgende:

- Ik ben voldoende geïnformeerd over het doel van dit interview en het onderzoek dat daarbij hoort;

Mariëlle Holstege, Alies Nagelhout en Suzan Poolman

- Ik stem ermee in dat ik geïnterviewd wordt, dat dit interview wordt opgenomen en dat deze opname gebruikt wordt in het onderzoek.

Naam:

Datum:

Handtekening:

Toestemmingsformulier bewoners de Altingerhof

Achtergrondinformatie

Doel

Door middel van dit diepte interview wil de onderzoeksgroep erachter komen hoe het gesteld is met het mentaal welbevinden van de bewoners van verpleeghuis Altingerhof.

Het interview

Dit interview zal worden opgenomen, zodat uw eigen woorden gebruikt worden. Na uittypen van de opname, zal deze gewist worden. Het interview zal ongeveer 1 ½ uur in beslag nemen.

Toestemming

Het is belangrijk dat dit formulier ondertekend wordt, om zowel u als de interviewer te beschermen. Het formulier wordt 2 keer door zowel interviewer als geïnterviewde ondertekend, zodat u zelf ook een exemplaar krijgt.

Resultaten

De resultaten van dit onderzoek zullen in een publicatie verwerkt worden. Binnen Altingerhof zal hier aandacht aan geschonken worden. Dit zal medio juni 2012 zijn.

Toestemmingsverklaring

Door het ondertekenen van dit formulier verklaart u het volgende:

- Ik ben voldoende geïnformeerd over het doel van dit interview en het onderzoek dat daarbij hoort;
- Ik stem ermee in dat ik geïnterviewd wordt, dat dit interview wordt opgenomen en dat deze opname gebruikt wordt in het onderzoek.

Naam:

Datum:

Handtekening:

Bijlage 5 Aanvullende resultaten

In deze bijlage bevinden zich alle labels die gelabeld zijn bij de analyse van de diepte-interviews. Per kernthema komen labels aan bod die daar onder vallen. De overige labels worden ook per onderwerp benoemd.

Autonomie

De labels die horen bij het kernthema autonomie zijn:

Afhankelijkheid	Goed slapen
Hulp vragen	Bang om te kwetsen
Minder zelfredzaam	Wil niet tot last zijn
Elke dag willen douchen	Brede interesse
Beperkt in beweging	Naar toilet gaan, lang moeten wachten op zorg
Fries volkslied	Accepteren van beperkt bewegen
Friesland	Medewerking aan DVD, volledige acceptatie
Elfstedentocht	Vrijheid om te bewegen
Eetgewoonten	Mogelijkheden met ziekte v. Parkinson + erkenning hiervoor
Eenpersoonskamer x2	Acceptatie 'wat er is'
Behoeftte aan werken	Eigen kamer met veel spullen
Analfabetisme	Beweging belangrijk voor goed voelen
Nu: verzorging/verpleging helpen(nuttig zijn)	Hulp vragen
Zelfbeeld	Persoonlijke hygiëne: douchen, liefst elke dag
Geen prater	Wachten voor toilet
Harde werker	Boosheid door wachten op wc
Zelfstandigheid: absoluut geen rolstoel	Vriendelijk zijn voor oude mensen
Belangrijk: hard werken!	Slaap (patroon)
Stelen dementerende medebewoners	Acceptatie
Acceptatie: rolstoel	Gezondheid+samenzijn met echtgenoot
Humor	Vrijgezel
Als Gelderse wonen in Drenthe	Meegaan met de tijd: mobieltje
Trots als Gelderse	Wil terug naar Zwolle

Niet klagen/mopperen wanneer het niet nodig is	
--	--

Verlies

De labels die horen bij het kernthema verlies zijn:

Zich zinloos voelen	Lichamelijke beperkingen: van rolstoel-rollator, vooruitgang
Overlijden echtgenoot	Moeilijkheden: geen broer/zus, broer overleden
Niet kunnen lopen	Overlijden echtgenoot: leven moe, nergens bang voor
Geen eigen meubels	Overlijden echtgenoot; suïcide
Het niet kunnen werken	Verwerking: kan moeilijk praten over overlijden
Tweede echtgenoot	Echtgenoot wilde niet meer naar ziekenhuis ivm ouders
Verhuizing Friesland-Drenthe	Verwerking overlijden echtgenoot
Overlijden: tweede man	Echtgenoot kon het niet meer aan
Rouwproces: tweede man	Verwerking overlijden; m.b.v. maatschappelijk werk
Verlaten door eerste man	Uitvaart echtgenoot
Overgang: thuis-verpleeghuis x 3	Naar verpleeghuis
Lichamelijke klachten	Afhankelijk worden: hulp vragen vind mw. Moeilijk
Leeftijd fase: verlies	Omgaan met buikpijn
Overlijden broer J.	Buikpijn
Overlijden ouders	Lichamelijke klachten: buikpijn + samenhang welbevinden
Rolstoelafhankelijk	Buikpijn – niet goed
Lichamelijke achteruitgang	Buikpijn over – wel goed
Afhankelijk worden	Overlijden echtgenoot, x 3
Overlijden medebewoner	Kinderwens: wilde graag meer kinderen
Overgang verpleeghuis- verpleeghuis	Kinderwens: hier mee omgaan
Lichamelijke klachten: beroerte	Afhankelijkheid: rolstoel, kan overal komen is positief

Afhankelijkheid: beroerte	Lichamelijke klachten: verkouden, voelt zich gehandicapt
Lichamelijke beperking: lopen met rollator	Voelt zich zinloos door achteruitgang zicht en gehoor
Lichamelijke beperking: rolstoel	Overlijden oudste kleindochter
Lichamelijke klachten: luchtwegen	Afhankelijkheid: minder zelfredzaam
Ongeluk: rug	Verlies: Afscheid nemen van meubels
Dodelijke ongeval: echtgenote	Overlijden echtgenoot, Geen behoefte aan nieuwe vriend
Begravenis	Lichamelijke beperking: Ziekte v. Parkinson
Lichamelijke klachten: niet meer kunnen lopen	Lichamelijke klachten: moeite met lopen
Rolstoelafhankelijk: verschrikkelijk	Wil meer bewegen
Lichamelijke klachten: kijkt positief naar het leven	Lichamelijke klachten: niet kunnen lopen, praten minder
Lichamelijke klachten: kanker+behandeling	Rolstoelafhankelijk: niet zelfstandig verplaatsen
Diagnose+behandeling halskanker kinderen gaan mee	Overlijden: dochter
Herstel kanker, restklacht: pijn	Gezin dochter verhuisde
Achteruitgang geheugen: namen	Lichamelijke beperkingen: hartaanval, herseninfarct, breken arm en been
Afhankelijkheid: rolstoel	Lichamelijke klachten: verkoudheid
Verlies contact 4e dochter door schoonzoon, rechtszaak	Goede band 4e dochter, door ruzie nu geen contact meer
Verlies contact kinderen 4e dochter; geeft hier niks om	Lichamelijke klachten: kan niet zien

Spiritualiteit

De labels die horen bij het kernthema spiritualiteit zijn:

Bidden	Geloof, Bijbellezen
Bijbel lezen	Stilte voor eten
Natuur	Kerkdiensten Altingerhof
Hulp van boven	Geloof: katholiek
Doop, Afsluiting: trouwring af	Geloof: ervaart hulp van boven.
Helende werking Israël	Bidden tot steun
Geloof	Persoonlijke geloofsrelatie
Dominee	Liefde van kinderen tot steun
Kerkdienst	Bidt: 'God neem mij weg', vindt dat haar tijd er op zit wil kinderen zorgeloos leven bieden
Religie	Bij slapeloosheid: gebed tot steun, Contacten: medebewoners
Geloof/religie	Geloof: zonder dat is het leven niets, Bidden tot steun, Persoonlijke relatie met God
Kerkgang	Lezen van boek cursus in wonderen
Vergeven veroorzaker	Cursus in wonderen – boek
Geloof tot troost bij overlijden echtgenote	Bidden tot steun
Geloof: werk als ouderling	Bidden
Bidden voor mensen die haar lief zijn	

Aandacht

De labels die horen bij het kernthema aandacht zijn:

Contacten	Praten met andere mensen verlicht de pijn
Aanspraak stagiaires	Intiem over pijn praten verminderd pijn
Bezoek of kaarten ontvangen	Voorbeeld contact personeel
Krant voorlezen door zorgverleners	Contacten: lieve schoondochter, bidt hiervoor
Contacten: van vroeger	Contacten: schoondochter
Contacten: familie x 4	Band met echtgenoot

Contacten: familie Elfstedentocht	Contacten: ouders/gezin vroeger 'lief gezin'
Contacten: vrouwenvereniging	Contacten: verrassingen van moeder
Contacten: dochter	Houdt van gezelligheid in de groep
Contacten: personeel, x9	Gezelligheid is belangrijk, vooral in een groep
Contacten: medebewoners x8	Contacten: tevreden met zoon/schoondochter
Contacten: kennissen, fam. E.	Contacten: praten met schoondochter , belangrijk
Contacten: kennissen J.K.	Verjaardagfeest , kleinkinderen vonden het geweldig en daarom mw. ook
Geen contact broer/zussen	Verrassingen: krant lezen, bezoek of kaarten ontvangen
Contacten: receptionisten	Contacten: kinderen zorgen voor geld en kleding
Aanspraak stagiaires	Doofheid maakt contact lastiger
Op bezoek bij man	Contacten: vriendin x 2
Contacten: dochters, 3e dochter minder	Contacten: dochter, kleinkinderen, schoonzoon.
Contacten: nabestaande Joodse onderduikers WOII	Contacten: kennissen
Contacten: aangetrouwde nicht	Praten en lachen met bezoek
Plezier door bezoek kinderen+kleinkinderen	Moeite met praten. Bezoek krijgen
Contacten: kinderen, 3+, 1-	Contacten: aangenomen zoon
Plezier met familie zonder 4e dochter	Contacten: zoon en kennissen. Bezoek van kennissen
Contacten: opa van schoonzoon	Contacten: nicht M.
Contacten: fysiotherapeut	Contacten: nicht, regelt alles
Band met ouders, broer was lievelingetje	Contacten: neven
Ontmoeten echtgenoot	Bezoek: verhalen vertellen
Contact tussen kinderen en echtgenoot	Contacten: echtgenoot W.
Contacten: kinderen	Wonen samen in verpleeghuis

Vrijtijdsbesteding

De labels die horen bij het kernthema vrijetijdsbesteding zijn:

Dagje uit	Reizen: Denemarken, natuur fjordentocht Noorwegen
Wandelen en fietsen	Reizen: cruiseschip
Helpen met klusjes	Uitstapje
Gymnastiek	Vrijtijdsbesteding: muziekuitvoeringen
Muziek- en dansavonden	Vrijtijdsbesteding: muziek, gymnastiek, schilderen
Borrel 's avonds	Vrijtijdsbesteding om goed te voelen
Vrijtijdsbesteding	Vrijtijdsbesteding: schilderen als afleiding
Reizen	Vrijtijdsbesteding: handenarbeid, leuk omdat het in een groep is
Reizen: Israël	Vrijtijdsbesteding: wandeling
Reispaas: vergroten externe omgeving	Vrijtijdsbesteding: dansgroep
Reizen: Europa	Vrijtijdsbesteding: korenzang, x2
Reizen: Friesland	Vrijtijdsbesteding: schilderen
Activiteiten	Vrijtijdsbesteding: ballofoon bespelen
Dagje uit	Vrijtijdsbesteding: Klassieke muziek – Mattheus Passion
Dag van de verpleging	Vrijtijdsbesteding: Fietsen
Vrijtijdsbesteding: werken+wandelen+fietsen	Indisch koken
Vrijtijdsbesteding: werken, kippen	Vrijtijdsbesteding: in de zon zitten
Vrijtijdsbesteding: klusjes doen	Wandelen
Niet op vakantie	Vrijtijdsbesteding: natuur
Buiten: sikken	Vrijtijdsbesteding: muziek x2
Vrijtijdsbesteding: fietsen met vrijwilliger	Vrijtijdsbesteding: wandelen, buiten zitten
Activiteit: Bewegingstherapie	Bezoek aan echtgenoot W.
Borrel 's avonds	Vrijtijdsbesteding: zingen
Uitstapje: Israëlische ambassadeur	Voorjaar
Reizen: Oostenrijk	Stoppen met roken: financiering reizen
Reizen: Schouwen-Duiveland, bekenden	Knappe man

tegenkomen	
Reizen: Spanje, Lapland, Finland, Slowakije,	

Overige labels:

Uiterlijke verzorging

Kapsel	Uiterlijke verzorging: nette kleding
Nette kleding	Persoonlijke hygiëne: tanden poetsen, douchen, handen wassen
Schoonheidsspecialist	Uiterlijke verzorging: kapper, schoonheidsspecialiste, kleding
Mooie, schone kleding	Uiterlijke verzorging: mooie, schone kleding
Uiterlijke verzorging: belangrijk	Uiterlijke verzorging: nette kleding

Altingerhof

Sfeer	Altingerhof: alles in orde, gezelligheid is belangrijk
Eenpersoonskamer	Altingerhof: sfeer
Medebewoners	Altingerhof: kamer+spullen
Kwaliteit van het eten	Eten Altingerhof is sober
Goede kwaliteit eten	Eten
Aanpassen verpleeghuis	Personeel: tijdsgebrek x2
Weg willen uit Altingerhof	Altingerhof: inrichting en sfeer valt mee
Hoge werkdruk personeel	Tijd en geld beperkt
Kwaliteit eten slecht	Altingerhof: 'niet altijd van het zin'
Blij met voorzieningen hier	Altingerhof: eten, verzorging
Tevreden over personeel	Altingerhof: sfeer en inrichting
Dhr. wil naar Zandhove Zwolle	Tweepersoonskamer
Bellen/hulp vragen; duurt te lang	Mannen in de verpleging x 3
Opmerkzaamheid personeel	Belevingsgerichte zorg
Altingerhof: 'mag hier graag zijn'	Geen spijt van wonen in Altingerhof

Slecht contact medebewoner dhr. E.	Contacten: medebewoners, goed mee op kunnen schieten
------------------------------------	--

Interview

Een aantal cliënten gaf aan het fijn te vinden om met de onderzoekers te kunnen praten.	Beeld onderzoekers
De cliënten waren open en enthousiast tijdens het interview.	Praten met onderzoekers lucht op

Levensgeschiedenis

Levensgeschiedenis	Indonesië ging niet door
Beroep: verpleegkundige	Levensgeschiedenis: contact met ouders
Onderwijs	Vroeger ook gezelligheid thuis+vriendinnen, vindt dat nu ook nog belangrijk
Opleiding tot verpleegkundige	Had het goed vroeger
Beroep: verpleegkundige	Herinneringen vroeger
Werk: kraamzorg	Herinneringen vroeger: spelletjes, psalmen zingen, humor. Minder mooie herinnering: oorlog
Werk: begrafenisonderneming	Herinneringen: oorlog, angst bij horen van vliegtuig
Geschiedenis	Vroeger: actief sporter
Voormalig beroep: boerenknecht	Herinnering vroeger: boerderij ouders
Geen opleiding	Vroeger: actief sporter, herinneringen hieraan
Voormalig beroep: werken bij fam. E.	Beroep vroeger: baas van toko
Vroeger: hard werken	Vroegere vrijetijdsbesteding: borduren, breien
Vroeger: gezin	Herinneringen vroeger: moeder
Zwervend bestaan	Huldiging: 'Enorm!'
Verhaal van vroeger	Oorlog
Voormalig beroep: boer	Elfstedentocht

Voormalig beroep: handel in poetskatoen	Hand lezen
Voormalig beroep: hoofdconducteur NS	Veroorzaker ongeval+rechtszaak.
Emigreren Canada/VS	Rechtszaak ongeval

Spullen

Foto's/herinnering	Schilderijen hangen in verpleeghuis
Herinneringen: foto's fam. E.	Foto's –familie
Herinneringen: foto met kennis J.K.	DVD chronisch ziek
Oorkonde+huldiging Yad Vashem	Telefoon kapot,
Schilderij gekregen v. kinderen	Spullen: foto's van familie

Welzijn (klein) kindeën

Welzijn (klein)kinderen	Dochter1: financiële positie
Kleinzoon 1: trots op carrière	Dochter2: financiële positie
Kleinzoon 2: trots op carrière	Welzijn kinderen
Welzijn (klein)kinderen	Goede zorg door kinderen
Carrière kleinzoon	Geldproblemen 3e dochter

Nu volgen alle labels die gelabeld zijn bij de analyse van de focusgroep. Per kernthema komen labels aan bod die daar onder vallen. De overige labels worden ook per onderwerp benoemd.

Aandacht

De labels die horen bij het kernthema aandacht zijn:

Aandachtmomenten tijdens koffie of zorg,	Aandacht geven als erom gevraagd wordt, ondanks werkdruk
Aandacht geven als er om gevraagd wordt	Meer activiteiten begeleiding
Chocolaatjes op tafel	Contact met familie om cliënt te verzorgen in lijn van hoe de cliënt was
Werkdruk bij alleen op de groep staan	Onvoldoende contactmomenten
Werkdruk; laat aan de koffie	Contactmomenten die er zijn: tijdens verzorging, maaltijd, koffie

Te weinig contactmomenten	Werkdruk 's ochtends
Luisterend oor	Weinig praten in huiskamer
Te weinig tijd voor cliënten	Medewerker neemt initiatief
Te weinig aandacht	Praten met cliënten over: activiteit/wat ze hebben meegemaakt/het weer/krant
Onvoldoende tijd voor leuke dingen	Contact met cliënten; een lach, gezicht vrolijk op
Cliënten storen zich aan medebewoners	Confrontatie tussen cliënten
Werkdruk bij alleen op de groep staan	Gesprek met geestelijk verzorger
Aandacht schenken door: tijd besteden aan cliënt ondanks werkdruk	Meer personeel
Werkdruk: laat aan de koffie	Te weinig tijd voor cliënten
Praatje maken	Verkleed/grap: reacties van cliënten

Autonomie

De labels die horen bij het kernthema autonomie zijn:

Kijken wat cliënt nog zelf wil/kan	Achter komen wat cliënten zelf nog willen/kunnen: door gesprek, signalen opvangen, uitproberen
Benutten wat cliënten kunnen	Behoeftte aan contact verschillend
Eigen kleding laten kiezen	Behoeftte verschillend
Niets meer hoeven	Eigen kleding
Irritatie kamergenoten	Zelf laten kiezen
Niet altijd geholpen op moment dat cliënten willen	Behoeftte aan 1persoonskamer
Cliënten leven in eigen wereld	Eigen plekje: verschillende behoeften
Benoemen, kijken wat cliënt nog wel wil/kan	Eigen waarden en normen
Kijken naar wat ze nog wel kunnen, andere disciplines inschakelen	Behoeftte verschillend: levensbeschouwing delen
Erkenning	Zelf koken zorgt voor een doel
Benutten wat mensen kunnen; zelf haren kammen	

Verlies

De labels die horen bij het kernthema verlies zijn:

Geen eigen thuis hebben	Niet kunnen eten
Alles moeten delen en niet kunnen lopen	Gevoerd worden
Huis&haard verlaten	Niet kunnen lopen
Geen eigen thuis	Niet zelf kunnen verplaatsen
Hun beperkingen	Boosheid bij afasie
Geen eigen plekje: alles moeten delen	Beperkte mogelijkheden
Lichamelijke beperkingen uitten: verdriet, onmacht, afhankelijk zijn	Niet kunnen eten

Overige labels:

Altingerhof

Blij met verzorging	Personeel ziet en benoemt dit naar cliënt
Zien dat je je best doet	Geen geld
Eten	Vrijwilligers te weinig
Prioriteiten stellen als medewerker	Huidig maaltijdsysteem.
Signalen cliënt bij niet fijn vinden: boosheid/onmacht, opstandigheid/ongeduld	Storende geluiden buurman

Vrijtijdsbesteding

Activiteiten	Maaltijd/koken met AB, gevolg: cliënten voelen zich prettiger, praatonderwerp, cliënten hebben een doel
Cliënten voelen zich belangrijk, eten beter	

Ideaalbeeld

Ideaal: 1 op 1 verpleging	24-uurs thuiszorg
2 personeel van half 8-16u	Vrijwilligers/ activiteitenbegeleiding: zelf eten koken, krant lezen

Spullen

Sieraden	Geurtjes
Spullen: kastje, stoel, klok, tv, telefoon(contact met fam./vrienden)	

Bijlage 6 Biografische paragraaf mw. A.

Mw. A. is geboren in Assen als derde dochter uit een gezin van 5 kinderen. Haar ouders hadden een boerderij, waar mw. van jongs af aan al mee hielp met allerlei klussen op en rond het erf. Mw. houdt daarom erg van buitenzijn. Mw. komt uit een christelijk gezin en ze is gewend om elke zondag naar de kerkdienst te gaan. Mw. vindt het belangrijk dat ze dit kan blijven doen. Vroeger was het altijd erg gezellig thuis, er kwam vaak bezoek. Mw. vindt nu contacten en gezellig kletsen nog belangrijk.

Mw. is 63 jaar getrouwd geweest, haar echtgenoot is 2 jaar geleden plotseling overleden aan een hartaanval. Mw. heeft het hier nog steeds erg moeilijk mee, ze vindt het lastig om te accepteren dat ze nu alleen is. Mw. heeft wel veel steun aan het contact met haar 4 kinderen. Haar kinderen zijn getrouwd en hebben zelf ook kinderen en kleinkinderen. Mw. geniet van bezoek en gaat dan graag naar buiten. Mw. vindt het leuk om te breien en om te puzzelen. Ze hoorde van een kennis die al in het verpleeghuis woont, dat er hier ook een handenarbeid groep is, daar wil ze graag aan mee doen. Mw. haar echtgenoot was mantelzorger, maar sinds zijn overlijden kreeg mw. hulp van de thuiszorg. Dit was voor mw. een grote stap, omdat er vreemde mensen in huis kwamen. Mw. heeft een hekel aan laat opstaan, dit zorgde wel eens voor problemen met de thuiszorg. Van vroeger uit is mw. gewend om vroeg op te staan en de hele dag hard te werken op de boerderij of in het huishouden. Mw. voelt zich af en toe nutteloos, omdat ze naar eigen zeggen 'niets doet'.

Mw. denkt dat ze erg zal moeten wennen aan nieuwe zorgverleners, wel staat ze hier voor open.

Mw. vindt het belangrijk dat ze één keer per drie weken naar de kapper gaat, om er netjes uit te zien. Ook haar kleding moet verzorgd zijn, mw. wil graag zelf haar kleding uitkiezen.