

Weg van de zaal



Marleen Duimstra
Master Zorgethiek en Beleid

Thesisbegeleider: Dr. P. Dronkers
Tweede lezer: Dr. M. Visse
Examinator: Prof. Dr. Carlo Leget

Universiteit voor Humanistiek
juli 2020

Een empirisch zorgethisch onderzoek naar de belichaamde ervaringskennis van verpleegkundigen in hun zorgverlening aan patiënten op een eenpersoonskamerafdeling van het ziekenhuis

V OORWOORD

Voor u ligt mijn masterscriptie die ik geschreven heb in het kader van de opleiding Zorgethiek en Beleid. Ik heb onderzoek gedaan naar de belichaamde ervaringskennis van verpleegkundigen op eenpersoonskamerafdeling in het ziekenhuis en de betekenis daarvan voor goede zorg.

Ik wil graag Ger Palmboom van het Meander Medisch Centrum bedanken voor het enthousiasme waarmee hij mijn onderzoekplannen heeft ontvangen. Ik ben bijzonder dankbaar voor alle verpleegkundigen die mij met veel gastvrijheid en openheid in hun werkomgeving en beleving hebben toegelaten. Zonder jullie was dit onderzoek niet mogelijk geweest.

Verder woorden van dank voor mijn thesisbegeleiders Pieter en Merel. Pieter bedankt voor het kritisch meedenken en de altijd motiverende woorden die mij de moed gaven om door te gaan. Ik heb het enorm gewaardeerd dat je daarbij zoveel vertrouwen in mij had. Merel bedankt voor jouw scherpe blik.

Giu, thank you for all your love and support throughout the whole process. I will never forget you showing me that brilliant video of Massimo Troisi and his embodiment of geloso, in an attempt to help me understand that concept better. Papa dankjewel voor jouw nauwkeurige taalkundige adviezen en mama bedankt voor jouw creativiteit. Irene dankjewel, jouw luisterend oor was altijd beschikbaar voor mij. Tess dankjewel voor jouw steun en gezelligheid, en dat we aan onze studie een fijne vriendschap hebben overgehouden.

SAMENVATTING

Inleiding: Steeds meer ziekenhuizen zien aanleiding om op de verpleegafdelingen eenpersoonskamers te creëren, wat invloed heeft op de verpleegkundige zorg. Hoewel er onderzoek wordt gedaan naar deze samenhang, blijft daarbinnen het verpleegkundig perspectief op goede zorg onderbelicht. Dit onderzoek is geschreven in het kader van de studie Zorgethiek en Beleid, waarbij het Meander Medisch Centrum als eenpersoonskamerziekenhuis, voor het empirische gedeelte van dit onderzoek medewerking heeft verleend.

Hoofdvraag: Wat is de belichaamde ervaringskennis van verpleegkundigen in hun zorgverlening aan patiënten op een verpleegafdeling in het ziekenhuis die enkel bestaat uit eenpersoonskamers en wat betekent dit voor goede zorg vanuit zorgethisch perspectief?

Methode: Er is fenomenologisch onderzoek volgens de methode van de ‘Reflectieve leefwereld benadering’ verricht. De theoretische concepten die daarbij centraal staat zijn relationaliteit en lichamelijkheid. Door verpleegkundigen die werkzaam zijn op een verpleegafdeling met eenpersoonskamers te schaduwen en te interviewen zijn empirische data verzameld.

Bevindingen en conclusie: De eenpersoonskamer blijkt zowel voordelen als nadelen voor goede (verpleegkundige) zorg met zich mee te brengen, die zich het beste in de vorm van spanningsvelden laat omschrijven. Zo kan de verpleegkundige door de eenpersoonskamer meer persoonlijke aandacht aan de patiënt geven, maar brengt dat tegelijkertijd een belasting voor de verpleegkundige met zich mee omdat er voor meer dan één patiënt gezorgd moet worden. Ook kan door de eenpersoonskamer de familie meer betrokken worden en ondersteunen in het zorgproces, maar kan dit vermindering van de autonomie van de patiënt tot gevolg hebben. Verder heeft de patiënt meer privacy gekregen, maar is de mogelijkheid tot ontmoeting met anderen afgenomen. Voortvloeiend uit deze spanningsvelden is tot slot voor zowel de praktijk als voor vervolgonderzoek aanbevelingen voor goede zorg.

INHOUD

VOORWOORD	3
SAMENVATTING	4
1 PROBLEEMSTELLING	8
1.1 Aanleiding	8
1.2 Maatschappelijk probleem	8
1.3 Wetenschappelijk probleem	8
1.4 Vraagstelling	9
1.5 Doelstelling	9
2 THEORETISCH KADER	10
2.1 Zorgethiek	10
2.1.1 Ontologie: De mens als fundamenteel relationeel	10
2.1.2 Epistemologie: Expressief en collaboratief	11
2.1.3 Normativiteit: Particulariteit en contextualiteit	11
2.2 Eenpersoonskamers ingebed in de grotere structuren van de samenleving	12
2.2.1 Respect voor autonomie van de patiënt	12
2.2.1.1 Autonomie als een buigzaam begrip	13
2.2.2 ‘Evidence-based’ zorg	13
2.2.2.1 Evidence-based zorg in perspectief geplaatst	14
2.2.3 Marktwerking	15
2.2.3.1 Zorg als proces, met een andere begrip van professionaliteit	16
2.3 Conceptuele verkenning	16
2.3.1 Relationaliteit	16
2.3.1.1 De relationele zorg van presentie	17
2.3.1.2 Ongelijke gelijkwaardigheid	18
2.3.2 Lichamelijkheid	18
2.4 Conclusie	20
3 METHODE	21
3.1 Onderzoeksbenadering	21
3.1.1 Fenomenologie als filosofie	21
3.1.2 De fenomenologische reflectieve leefwereldbenadering	21
3.2 Onderzoeksmethode	22
3.3 Casusdefinitie en onderzoekseenheid	22

3.4 Dataverzameling	23
3.4.1 Schaduwen	23
3.4.2 Fieldnotes	23
3.4.3 Interviews	23
3.4.4 Thick Descriptions	23
3.5 Data-analyse	23
3.6 Ethische overwegingen	24
4 BEVINDINGEN	26
4.1 Het Meander Medisch Centrum	26
4.2 De essentie	26
4.3 De leefwereld dimensies	27
4.3.1 Beleving van relaties	27
4.3.1.1 Verpleegkundige en patiënt: een relatie met aandacht	27
4.3.1.2 Verpleegkundige, patiënt en naasten: een relatie van steun	28
4.3.1.3 Verpleegkundige, patiënt en andere patiënten: een afgeschermd relatie met ruimte voor waardevol contact	28
4.3.1.4 Verpleegkundigen, collega-verpleegkundigen en stagiaires	31
4.3.2 Beleving van sfeer	32
4.3.3 Beleving van ruimte	33
4.3.3.1 De eenpersoonskamer als werkruimte	33
4.3.3.2 De eenpersoonskamer als leefruimte	33
4.3.4 Beleving van tijd	34
4.3.5 Beleving van lichamelijkeheid	36
4.3.5.1 Zicht en overzicht	36
4.3.5.2 Kwetsbaarheid en emoties	37
4.3 Conclusie	38
5 DISCUSSIE	39
5.1. Spanningsveld 1: Een zorgrelatie met meer aandacht, maar meer belasting voor de verpleegkundige	39
5.2 Spanningsveld 2: Meer familie betrokken in het zorgproces, maar mogelijk minder autonomie van de patiënt	40
5.3 Spanningsveld 3: Meer privacy, minder ontmoeting	41
5.3 Conclusie	42
6 EINDCONCLUSIE EN AANBEVELINGEN	43
6.1 Eindconclusie	43

6.2 Aanbevelingen voor de praktijk	43
6.3 Beperkingen van dit onderzoek en aanbevelingen voor vervolgonderzoek	44
7 KWALITEIT VAN HET ONDERZOEK	46
7.1 Betrouwbaarheid	436
7.2 Geloofwaardigheid	436
7.3 Overdraagbaarheid.....	446
LITERATUUR.....	47
BIJLAGEN	50



1 PROBLEEMSTELLING

1.1 Aanleiding

De aanleiding tot het schrijven van deze scriptie komt voort uit mijn eigen beleving van mijn werk als verpleegkundige op één -en meerpersoonskamers. Ik werk in een ziekenhuis op een verpleegafdeling die is ingedeeld met een combinatie van die twee, waarbij de vijf eenpersoonskamers zich bij elkaar bevinden. De meerpersoonskamers bestaan uit vier persoons patiëntenzalen. In mijn werk merk ik zowel positief als negatief veel verschil met de ene of de andere indeling. Zichtbaar zijn voor de patiënten op de eenpersoonskamers kan een intensieve taak zijn, omdat ik elke kamer apart naar binnen moet. Als ik de patiëntenzalen binnenloop sta ik te midden van mijn patiënten. Ook zie ik meer contact tussen patiënten ontstaan wanneer zij op een meerpersoonskamer liggen die ik als erg waardevol ervaar. Dit heeft mij nieuwsgierig gemaakt naar hoe afdelingsontwerp en verpleegkundige zorg met elkaar samenhangen. Ik hoop met dit onderzoek dan ook een steentje bij te kunnen dragen aan het onderzoek naar de effecten van deze bouwkundige verandering op de (verpleegkundige) zorg. Ik hoop met een zorgethische insteek hier een onderscheiden licht op te kunnen werpen.

1.2 Maatschappelijk probleem

Steeds meer ziekenhuizen in Nederland, maar ook in het buitenland zien aanleiding tot het creëren van eenpersoonskamers (Cusack & Wiechula & Schultz, 2019). In Nederland zijn het Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam en het Meander Medisch Centrum in Amersfoort al over op honderd procent eenpersoonskamers. Ook het Radboud ziekenhuis in Nijmegen heeft plannen om over enkele jaren een vleugel te bouwen met alleen maar eenpersoonskamers (De Gelderlander, 29 december 2016).

Deze ziekenhuizen willen zich hiermee baseren op Evidence Based Design (EBD) dat pleit voor een eenpersoonskamerbeleid (Herweijer-van Gelder, 2016; Chaudhury, Mahmood & Valente, 2006). EBD is een stroming waarbij beslissingen over het ontwerp van het ziekenhuis gestuurd worden door de mate van wetenschappelijkheid in de vorm van bewezen, dat wil zeggen meetbaar, gezondheidsresultaat (McCullough, 2010). Aspecten hiervan zijn de toegenomen privacy, autonomie, rust en veiligheid voor de patiënt. EBD is een toenemende trend in de gezondheidszorg (Idem, 2009). Dit heeft onder andere te maken met de invoering marktwerking in de gezondheidszorg. Ziekenhuizen zijn hierdoor genoodzaakt concurrerend te opereren en moeten daarvoor aansluiten op de wensen van de patiënt als consument (McCullough, 2010; Baart & Vosman, 2015; Tonkens, 2013).

Er is ook kritiek op de opmars van deze nieuwe ontwerpkeuze en wordt er gewaarschuwd voor mogelijke nadelen. Patiënten kunnen mogelijk sneller vereenzamen, de interactie met zorgverleners kan verminderen, zorgverleners moeten meer lopen en een verslechterende patiënt wordt mogelijk minder snel gesignaleerd (van Heuvelen, 2019; Cusack et al., 2019). Dit roept de vraag op of eenpersoonskamer beleid in het ziekenhuis een wenselijke verandering is. Het is daarom noodzakelijk meer inzicht te krijgen in wat het betekent om zorg te verlenen op eenpersoonskamers.

1.3 Wetenschappelijk probleem

Er is veel wetenschappelijke literatuur te vinden over zorgverlening op eenpersoonskamers in het ziekenhuis. Veel onderzoek beoogt verbetering van zorg vanuit vastgestelde factoren voor kwaliteit, die de eigenschap hebben goed meetbaar en verifieerbaar te zijn. Minder infecties, meer toegang tot familie, betere hygiëne, minder geluidsoverlast en minder medicatiefouten

zijn hier voorbeelden van (Ulrich et al., 2008; Detsky & Etchells, 2008).

Ander onderzoek richt zich op afdelingsontwerp en de afdelings -of organisatieculturen in een ziekenhuis en op welke manier die aan elkaar verbonden zijn (Van Heuvelen 2019; Buse, Nettleton & Martin, 2017). Wanneer afdelingsontwerp van meer- naar eenpersoonskamers verandert, heeft dat effect op de afdelingscultuur van zorgverleners (Van Heuvelen, 2019). Hun afdelingscultuur omvat onder andere hun sociale interactie en praktisch handelen en is bepalend in hun zorg aan patiënten. De belangrijkheid van zorgverleners ten aanzien van afdelingsontwerp zou daarom meer gewicht moeten krijgen (Ibid). Eveneens is onderzoek gedaan naar de zintuiglijke ervaring van zorgverleners op een- en meerpersoonskamers waarbij onderzoekers stellen dat de lichamelijke dimensie van zorgverlening geïntegreerd zou moeten zijn in het bepalen van afdelingsontwerp (Donetto, Penfold & Anderson, 2017). De zintuiglijke ervaring van ruimte is volgens de onderzoekers een complexe ervaring die inzicht geeft in sociale relaties tussen verpleegkundige en patiënt die waardevol zijn (Ibid).

Duidelijk is dat er vanuit verschillende paradigma's onderzoek is gedaan naar (verpleegkundige) zorgverlening op eenpersoonskamers in vergelijking met meerpersoonskamers. Zorg wordt in het eerste paradigma in moreel opzicht opgevat als een wijze om tot genezing of verbetering te komen. Risicobeperking en beheersing staan daarin voorop, evenals patiënttevredenheid. In het tweede paradigma wordt zorg opgevat als een sociale praktijk waarin onderlinge relaties en lichamelijke een belangrijke rol spelen. Hoewel dit tweede paradigma overeenkomsten vertoont met de zorgethiek, zijn de gevonden onderzoeken echter descriptief waar de zorgethiek juist een normatief geladen perspectief biedt ten aanzien van goede zorg. Zorgethiek hanteert hiervoor hypothetisch theoretisch kader. Onder invloed van empirisch onderzoek en theoretische reflectie kan dit kader worden bijgesteld (Leget, van Nistelrooij & Visse 2017). Met betrekking tot dit onderzoek betekent dit dat de concepten lichamelijke en relationaliteit voor wetenschappelijk uitdaging ontvankelijk zijn. Met behulp van dit onderzoek wordt getracht daar een bijdrage aan te leveren.

1.4 Vraagstelling

Uit het maatschappelijk en wetenschappelijk probleem is de volgende vraagstelling tot stand gekomen: *Wat is de belichaamde ervaringskennis van verpleegkundigen in hun zorgverlening aan patiënten op een verpleegafdeling in het ziekenhuis die enkel bestaat uit eenpersoonskamers en wat betekent dit voor goede zorg vanuit zorgethisch perspectief?*

Deelvragen:

1. Welke inzichten biedt de zorgethische literatuur over zorgverlenen van verpleegkundigen aan patiënten in het ziekenhuis op een eenpersoonskamerafdeling?
2. Wat is de belichaamde ervaringskennis van verpleegkundigen in zorgverlening aan patiënten op een verpleegafdeling in het ziekenhuis die enkel bestaat uit eenpersoonskamers?
3. Wat betekent deze ervaring uit de empirie voor goede zorg, vanuit zorgethisch perspectief?

1.5 Doelstelling

Dit afstudeeronderzoek heeft als doel het inzichtelijk maken van belichaamde ervaringskennis van verpleegkundigen in hun zorgverlening aan patiënten op een eenpersoonskamerafdeling. Daarnaast hoop ik met dit onderzoek iets toe te voegen aan het kennisgebied van de zorgethiek.



2 THEORETISCH KADER

In hoofdstuk 2 staat de volgende deelvraag centraal: *Welke inzichten biedt de zorgethische literatuur over zorgverlening van verpleegkundigen aan patiënten in het ziekenhuis op een eenpersoonskamerafdeling?* Om deze vraag te kunnen beantwoorden, is het om te beginnen van belang een schets van de zorgethiek te geven. Dit zal dan ook in de eerste paragraaf aan bod komen. Om dit zo helder mogelijk weer te geven, is er gekozen voor een beschrijving in ontologisch, epistemologisch en normatief opzicht. In de tweede paragraaf wordt dieper ingegaan op de tendensen die ziekenhuisbesturen beweegt tot een voorkeur voor eenpersoonskamers. De tendensen worden toegelicht en besproken met zorgethische literatuur. Tot slot komt in de derde paragraaf de conceptuele verkenning aan bod, waarin de concepten ‘relationaliteit’ en ‘lichamelijkheid’ worden besproken.

2.1 Zorgethiek

In de jaren ‘80 vormde de zorgethiek een belangrijk tegengeluid tegen gangbare morele benaderingen, die zorg niet of nauwelijks als moreel relevant beschouwden (Held 2006). Inmiddels is de zorgethiek uitgegroeid tot een op zichzelf staande morele stroming, die zich door verschillende disciplines laat inspireren en voeden (Leget et al., 2017). Hoewel de zorgethiek een brede ethische stroming is en meerdere invalshoeken kent, zal voor dit onderzoek met name van de zienswijze van de Utrechtse zorgethiek worden uitgegaan. Zo is er van zorgethici in lijn met deze visie vooral veel literatuur beschikbaar over de situatie van de gezondheidszorg in Nederland, waar dit onderzoek betrekking op heeft.

2.1.1 Ontologie: De mens als fundamenteel relationeel

Ontologie is een onderzoeksterrein binnen de filosofie dat zich bezighoudt met de aard van het zijn (Willemsen & de Wind, 2015). De zorgethiek heeft een relationele ontologie, wat betekent dat de mens wordt beschouwd als een wezen dat fundamenteel verbonden is met andere mensen. Dit hangt samen met een tweede ontologie, namelijk dat de mens in wezen kwetsbaar is en daardoor afhankelijk van de zorg anderen (Tronto, 1993). Zorgethiek zet zich hierbij af tegen klassieke morele theorieën, die uitgaan van de mens als onafhankelijk en autonoom wezen (Van Dijke et al., 2018).

Het pleidooi van ontwikkelingspsychologe Carol Gilligan in de jaren ‘80 wordt als belangrijk beginpunt van de zorgethiek gezien. Op basis van het model van morele ontwikkeling van haar leermeester Laurence Kohlberg, deed Gilligan onderzoek naar morele ontwikkeling van kinderen. Jongens bleken significant hoger te scoren dan meisjes. Gilligan was van mening dat dit kwam door een bevooroordeelde kijk op moraliteit die op vrijheid, rechtvaardigheid, autonomie en onafhankelijkheid berust was en vooral bij jongens resoneerde. Het merendeel van de meisjes had echter een andere morele redenatie, die uitging van onderlinge relaties, afhankelijkheid, zorg en verantwoordelijkheid. Deze ‘zorg’ ethiek, zou volgens haar even legitiem moeten zijn (Gilligan, 1993). Gilligan trof deze morele stem vooral aan bij vrouwen, maar dat wil echter niet zeggen dat de zorgethiek een vrouwelijke of feministische vorm van ethiek is. Dit had meer met de maatschappelijke context te maken, waarbij vooral vrouwen zorg en verantwoordelijkheid voor anderen tot hun morele ervaring rekenden (Verkerk, 2003).

De empirische resultaten van het onderzoek van Gilligan hebben andere denkers op het gebied van zorg en ethiek geïnspireerd. Voor zorgethica Tronto was dit reden om te pleiten voor een centrale plek van zorg in de organisatie van de samenleving. Ze geeft dan ook een brede definitie van zorg, waar ook de Utrechtse zorgethiek in geworteld is:

‘ On the most general level, we suggest that caring be viewed as a species activity that includes everything that we do to maintain, continue and repair our ‘world’ so that we can live in it as well as possible. That includes our environment, all of which we seek to interweave in a complex, life sustaining web’ (Tronto, 1993).

Dat de mens vanuit ontologisch oogpunt met zorg verbonden is werd ook al voor Gilligan, Tronto en andere zorgethische denkers beschreven door de Duitse filosoof Martin Heidegger (Gherardi & Rodeschini 2016) Hij stelde dat we gedurende ons leven zorg nodig hebben en dat ons bestaan er om die reden dan ook van doordrongen is. Heidegger geeft aan zorg een dubbele betekenis. Zorg is enerzijds iets waar we verzekerd van moeten zijn om te kunnen overleven in een wereld met anderen, en anderzijds krijgt het de betekenis van toewijding, waardoor we als mens tot voltooiing van of menszijn kunnen komen (Gherardi & Rodeschini 2016; Verkerk 2003).

2.1.2 Epistemologie: Expressief en collaboratief

Een mensopvatting die uitgaat van afhankelijkheid in plaats van autonomie, maakt ook dat we morele epistemologie anders moeten verstaan, zo menen zorgethici vanuit de Utrechtse zorgethiek in lijn met Margaret Urban Walker (Leget et al., 2017). Epistemologie is afgeleid van het woord epistèmè en betekent kennis, waarbij de centrale vraag is hoe kennis tot stand komt en wat wel of niet aangemerkt kan worden als geldige kennis (Willemsen & de Wind 2015).

Margaret Urban Walker vertaalde Gilligans ideeën naar de wetenschapsdiscipline van de moraal filosofie of ethiek. Volgens Walker overheerst daar het idee dat morele kennis aankomt op rationaliteit, distantie en universaliseerbaarheid. Ze kadert deze benadering als het theoretisch juridisch model. Ze zet daar een alternatieve benadering tegenover, die ze expressief-collaboratief noemt. Volgens Walker sluit deze benadering beter aan bij de werkelijkheid. Het gaat namelijk uit van de praktijk waarin mensen verantwoordelijkheden toewijzen, accepteren en afwijzen (expressief). Daaruit blijkt wat mensen belangrijk vinden. Morele kennis is daarbij interpersoonlijk, waarmee ze bedoelt dat mensen morele kennis gezamenlijk construeren (collaboratief). Walker spreekt liever van ‘moral understandings’ dan van morele kennis, aangezien we moraliteit slechts kunnen begrijpen in plaats van volledig kennen, omdat we er zelf deel van uitmaken (Walker, 2007).

De Utrechtse zorgethiek brengt de morele kennis die uit de praktijk opkomt zoals Walker heeft beschreven, in een dialectisch verhouding met de theorie, zodat ze elkaar kritisch tegen het licht kunnen houden. Ter illustratie wordt daarvoor het symbool van de lemniscaat gebruikt, waarin twee verbonden cirkels voortdurend in beweging met elkaar zijn (Leget et al., 2017).

Meer concreet betekent dit dat onder andere emoties, intuïtie en het lichaam als geldige kennisbronnen gerekend worden. Kwalitatieve onderzoeksmethoden zoals de fenomenologie, grounded theory en auto-etnografie lenen zich hier het beste voor (Van Dijke, et al., 2018). De Utrechtse zorgethiek benadrukt het belang en behoud van de interdisciplinariteit van de zorgethiek. De dialoog met verschillende soorten kennis, onderzoek, posities en perspectieven geven namelijk de mogelijkheid toegang tot het goede te kunnen krijgen (Leget et al., 2017).

2.1.3 Normativiteit: Particulariteit en contextualiteit

De zorgethiek is zoals aangegeven een ethiek die uitgaat van de praktijk waarbij er een wisselwerking bestaat met de theorie. Goede zorg is namelijk context gebonden. De zorgethiek formuleert dan ook geen universele principes die voorschrijven hoe goede zorg

bereikt kan worden. Wel wordt een aantal richtinggevende inzichten onderscheiden. In de Utrechtse zorgethiek worden deze inzichten ‘critical insights’ genoemd. Deze inzichten zijn: relationaliteit, affectiviteit, contextualiteit, lichamelijkheid, praktijken, kwetsbaarheid, betekenis/zin, macht & positie (Van Dijke et al., 2018). De Utrechtse zorgethiek hanteert daarbij de volgende vraag: ‘Wat is goede zorg, gezien door de lens van zorg, gegeven deze particuliere situatie?’ Er wordt op deze manier vertrokken vanuit particulariteit en contextualiteit, met als doel recht te doen aan de rijkheid en complexiteit van een ethische kwestie. Verondersteld wordt dat door de mensen in de situatie ervaren wordt of er sprake is van goede zorg of niet. De ervaring van degene die zorg ontvangt speelt voor de zorgethiek daarin een cruciale rol (Leget et al., 2017).

2.2 Eenpersoonskamers ingebed in de grotere structuren van de samenleving

Zorg is volgens zorgethica Tronto een politiek geladen, conflictueuze praktijk waarin verschillende betrokkenen uiteenlopende en veranderende behoeften en belangen hebben (Tronto 2010, p. 168). Hoe nieuwe inrichtingen van zorg tot stand komen en richtinggevend worden hangt met andere woorden samen met de context van de samenleving. Zorgbeleid dat aanstuurt op eenpersoonskamers heeft te maken met 3 tendensen in de gezondheidszorg: het principe van respect voor autonomie van de patiënt, het nastreven van zorg die ‘Evidence-based’ is en tot slot de marktwerking. Deze tendensen vinden tevens aansluiting bij elkaar. In deze paragraaf zullen deze tendensen aan bod komen en met behulp van zorgethische literatuur onder de loep worden genomen.

2.2.1 Respect voor autonomie van de patiënt

In de eerste plaats heeft de toename van het aantal eenpersoonskamers in ziekenhuizen te maken met het willen respecteren van de autonomie van de patiënt. Dit houdt in dat de patiënt zelf, dus zonder dwang van anderen, kan bepalen welk zorg hij of zij wel en niet wil (Beaucamp & Childress, 2001, p. 57). Om een beter beeld te krijgen van de samenhang tussen het principe van respect voor autonomie en de voorkeur voor eenpersoonskamers in het ziekenhuis, is het belangrijk om de historisch context vanaf ongeveer begin vorige eeuw in ogenschouw te nemen.

Zo bestond begin 1900 de inrichting van verpleegafdelingen in ziekenhuizen veelal uit grote zalen. Daar konden meer dan 20 patiënten verpleegd worden, waarbij patiënten soms samen met één bed moesten doen. De patiëntenzalen werden naar verloop van tijd wel anders opgezet waarbij er ook patiënten op een deel van de zaal alleen konden liggen. Dit werd echter niet aangedreven door een verlegging van focus naar de beleving van de patiënt, maar door ontdekkingen in de medische wetenschap in combinatie met de behoeften van de zorgverleners (Niemeijer 2012; van Heuvelen 2019). Een voorbeeld hiervan zijn de ‘Nightingale wards’ van de grondlegster van de verpleging, Florence Nightingale. Rond 1859 wees zij op een hoog sterftepercentage onder de verpleegsters die werd veroorzaakt door gebrekkige hygiëne, die volgens haar samenhang met de gebouwopzet (Niemeijer, 2012). Dat er geen aandacht was voor de beleving van de patiënt kan worden verklaard door het sterk paternalistische klimaat dat toentertijd in de zorg heerste en tot zeker in de jaren ’60 voortduurde. Zo vonden behandelingen en onderzoeken plaats zonder dat patiënten daar toestemming voor hadden gegeven (Tonkens 2008; Herweijer - van Gelder 2016). Ten aanzien van de inrichting van verpleegafdelingen was er logischerwijs dan ook geen oog voor de beleving van de patiënt, of deed die er niet toe (Niemeijer 2012; van Heuvelen 2019).

In de jaren ‘70 kwam er echter een kentering op gang, mede door toegenomen welvaart en een snelle individualisering van mensen in de samenleving. Men maakte zich op verschillende vlakken los van onderdrukking en de patiënt eiste ruimte op om meer zelf te

kunnen bepalen (de Clerq & Schollen 2006). Dit leidde uiteindelijk tot een revolutionaire koerswijziging in het medisch-ethisch denken over zorg. T.L. Beaucamp & J.F. Childress schreven het boek *Principles of Biomedical ethics*, waarin respect voor autonomie als één van de vier medisch-ethische principes werd opgesteld (T.L. Beaucamp & Childress 2001 p. 57). De arts moest de patiënt voortaan informeren en toestemming voor een behandeling vragen, ook wel het *'informed consent'* (geïnformeerde toestemming) genoemd.

Tevens begon men vanaf die tijd te spreken over *'Patient Centred Care'* (PCC). Het perspectief van de patiënt wordt vanaf dan onderdeel van de zorgverlening. Sterker nog, het wordt er het uitgangspunt voor (Herweijer - van Gelder 2016). PCC is een brede benadering waar in de loop van de tijd verschillende vormen van zorgbeleid uit zijn ontstaan (Bromley 2012). In lijn met het gedachtegoed van 'PCC' wordt een ruimtelijke, huiselijke, hotelachtige omgeving bepleit, waar eenpersoonskamers goed bij kunnen aansluiten (van Heuvelen 2019).

2.2.1.1 *Autonomie als een buigzaam begrip*

Zoals in paragraaf 2.1.1 naar voren kwam, heeft de zorgethiek een relationele ontologie en bestaat er scepsis ten aanzien van het autonomie principe. Zorgethici hebben dan ook kritiek geuit op de huidige invulling daarvan in de gezondheidszorg. Het zorgethisch perspectief is er niet tegengesteld aan, maar ziet autonomie als een relationeel begrip (Beekman et. al 2002). Bijvoorbeeld ten aanzien van de benadering van *shared decision making* of gezamenlijke besluitvorming (van Nistelrooij et al., 2017). Gezamenlijke besluitvorming is een nadere specificering van de benadering van de eerder genoemde *'informed consent'* waarmee autonomie in de praktijk van de zorg wordt vormgegeven. Gezamenlijk besluitvorming' betekent dat de patiënt samen met zijn of haar arts over de te volgen behandeling beslist, zonder inmenging van anderen. Familieleden en partners van de patiënt kunnen zo beschouwd een belemmering vormen. Echter blijken familie en partners van terminaal zieke kankerpatiënten juist verbonden te zijn aan de beslissingen over de behandeling en zijn daar, sterker nog, helpend in. Patiënten blijken hun leven en identiteit namelijk vorm en betekenis te geven in relatie tot hun partners en familieleden (Ibid).

Ook zorgethica Annelies Van Heijst is kritisch op de huidige invulling van autonomie van de patiënt in de gezondheidszorg. Patiënten worden bijvoorbeeld klanten, behandelteamleden of copiloten genoemd. Volgens Van Heijst wordt, paradoxaal genoeg, het respect voor autonomie van de patiënt juist op deze manier ondermijnd. Zo wordt er met deze terminologie volgens haar een schijn gelijkheid gecreëerd tussen zorgontvanger en zorgverlener. De patiënt krijgt immers met ziekte te maken die hem kwetsbaarder en afhankelijker maakt en wat hem of haar om die reden nooit helemaal gelijk kan maken aan de zorgverlener. Werkelijk respect voor autonomie betekent volgens Van Heijst dan ook met het erkennen dat er ongelijkheid bestaat in een zorgrelatie. De mate van behoefte aan regie hangt daarbij af van de kwetsbaarheid van de patiënt en is aan verandering onderhevig, waarbij het aan de zorgverlener is om daar steeds opnieuw zo goed mogelijk op af te stemmen (Van Heijst, 2005).

2.2.2 **'Evidence-based' zorg**

Ten tweede is het willen en ook moeten bieden van *'Evidence-based'* (wetenschappelijk bewezen) zorg een belangrijke reden voor ziekenhuisbesturen om eenpersoonskamers op verpleegafdelingen na te streven. *'Evidence-based'* werken is in de Nederlandse gezondheidszorg gemeengoed geworden toen halverwege de jaren '90 de *'Evidence-based medicine'* (EBM) zijn intrede deed (Offringa, Assendelft & Scholten, 2008). De definitie van EBM, geformuleerd door een van de grondleggers David Sackett, is als volgt:

‘Evidence-based medicine is het zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal om beslissingen te nemen over de zorg voor individuele patiënten’ (Wollersheim et al., 2011).

Onder bewijsmateriaal worden meetbare en daardoor vergelijkbare resultaten verstaan van valide en relevant klinisch-wetenschappelijk onderzoeken. Die resultaten bevatten informatie over de mate van effectiviteit en veiligheid van een medische behandeling. Dit is belangrijk omdat medische behandelingen verstreckende gevolgen kunnen hebben voor patiënten en daardoor een zekere mate van standaardisering verlangen (Offringa, Assendelft & Scholten 2008). Het beste beschikbare bewijsmateriaal is niet het enige wat EBM omvat. Ook de klinische ervaring van de arts en de voorkeur van de patiënt en zijn naasten tellen mee (Wollersheim et al., 2011).

Voorts heeft EBM bij verschillende zorg (gerelateerde) beroepen ingang gevonden, ook bij architecten van zorginstellingen. Dit heeft geleid tot het zogenoemde *‘Evidence-based design’* (EBD). Een variant van EBD is de regelmatig door ziekenhuisbesturen gehanteerde *‘healing environment’* benadering (Herweijer - van Gelder, 2016). Aanhangers van de EBD stroming baseren zich net als bij EBM op wetenschappelijk bewijsmateriaal, maar richten zich daarbij specifiek op de effecten die de gebouwde omgeving op de patiënt heeft. Die effecten hebben betrekking op 3 hoofdcategorieën, waaraan een positieve bijdrage beoogd wordt: gezondheid, welbevinden en patiëntenzorg.

In de literatuur over EBD wordt onder de eerste categorie van gezondheid een spoedig herstel en patiëntveiligheid verstaan. Dit betekent dat de patiënt tijdens opname in het ziekenhuis niet zieker mag worden door aandoeningen die hij voor opname nog niet had. De tweede categorie, het bevorderen van het welbevinden, wordt geïnterpreteerd als de ervaring van zo min mogelijk stress. Welbevinden is volgens EBD literatuur vooral van belang omdat het van invloed is op de gezondheid en draagt het daarnaast bij aan patiënttevredenheid. De laatste categorie, goede patiëntenzorg, houdt in dat personeel effectief en efficiënt kan werken en daardoor beter zorg kan bieden aan de patiënt.

Eenpersoonskamers hebben ten aanzien van deze categorieën voordelen ten opzichte van meerpersoonskamers. Zo zorgt de eenpersoonskamer er concreet voor dat er minder infecties kunnen worden overgedragen, er minder geluidsoverlast en verstoringen kunnen ontstaan, er minder (medicatie)fouten worden gemaakt omdat patiënten minder vaak verplaatst hoeven te worden, de communicatie tussen zorgverlener en patiënt beter verloopt en met name verpleegkundigen een rustigere werkomgeving hebben (Ulrich, 2008).

Behalve dat de doelstellingen van veilige zorg en een spoedig herstel zoals hierboven beschreven beoogd worden, heeft de *‘Evidence-based’* werkwijze nog een belangrijk voordeel voor ziekenhuisbesturen. Door het veelal kwantitatieve karakter van de *‘Evidence-based’* data, kan de mate van kwaliteit eenvoudig worden afgemeten en is inzichtelijk voor de overheid die als toezichthouder en kwaliteitsbewaker optreedt en eisen stelt (Tonkens, 2007).

2.2.2.1 Evidence-based zorg in perspectief geplaatst

Zoals in paragraaf 2.1.2 is besproken, heeft de Utrechtse zorgethiek een epistemologie die zich richt op kennis die impliciet is, zoals praktische kennis, emoties, het lichaam of vormen van *tacit knowledge*. Daarentegen richten EBM, en andere stromingen die daaruit voortgevloeid zijn, zich vooral op expliciete kennis. De definitie van EBM omvat immers in eerste instantie de best voorhanden zijnde bewezen kennis uit wetenschappelijk deugdelijk onderzoek.

Hoewel aan die definitie in tweede instantie ook de klinische ervaring van zorgprofessionals en de individuele wensen en voorkeuren van de patiënt zijn toegevoegd, blijkt volgens

zorgerthici Vosman en Baart uit meerdere bronnen dat van deze kennis in de praktijk om verschillende redenen slechts weinig gebruik wordt gemaakt. Zo kost het ophalen van die kennis tijd en ruimte die er in een snelle oplossingsgerichte omgeving zoals het ziekenhuis vaak niet is. Ook moet er vaak op meerdere verschillende logica's tegelijkertijd worden gekoerst, waaronder de marktlogica. Verder wordt deze kennis vaak aangemerkt als te subjectief (Vosman & Baart, 2008).

Een verklaring hiervoor is een positivistische tendens waar de laatmoderne samenleving door gekenmerkt wordt (Vosman & Baart, 2008; Van Heijst, 2005). Positivismen plaatst rationele boven praktische kennis en is ontstaan uit ideeën over autonomie en maakbaarheid ten tijde van de Verlichting (Leget, 2017). Rationele kennis is exact, zeker, vergelijkend en contextloos van aard, waar praktische kennis juist situationeel en verhalend is (van Heijst, p. 56 2005). Die waardering van rationele kennis heeft ervoor gezorgd dat de medische wereld vooruitgang kon boeken. Tegelijkertijd heeft het ook een mechanische mensopvatting teweeggebracht waarin de essentie van professionele zorg een eenzijdige betekenis van genezing heeft gekregen (Ibid, p 29).

Zorgerthici zetten daar verschillende visies tegenover, bijvoorbeeld 'menslievende zorg' van Annelies van Heijst, of 'presentie' van Andries Baart. In deze benaderingen wordt er breder gekeken dan ziekte en staat de zorgrelatie voorop. Door 'relationele afstemming' wordt er zo goed mogelijk aangesloten op de ervaringen van de patiënt en kan zo goede zorg ontstaan. Deze benaderingen zijn empirisch gegrond, waaruit gebleken is dat de waarden van menswaardigheid en medemenselijkheid goed doen (Van Heijst 2005 p. 14; Vosman, 2015).

2.2.3 Marktwerking

Een laatste factor die een toename van eenpersoonskamers verklaart, is de ideologie van de marktwerking. Zo'n 15 jaar geleden werd marktwerking, weliswaar met enkele spelregels, door de overheid via de zorgverzekeringswet ingevoerd in zorg -en welzijnsorganisaties. Er was namelijk behoefte aan herziening van de publieke sector, die bekend stond als een bureaucratisch, duur en traag apparaat. De principes van de markt (vraag en aanbod) konden de zorg effectiever, efficiënter en goedkoper maken ten gunste van de patiënt, nu verstaan als zorgconsument, door concurrentie tussen verschillende zorginstellingen en zorgverzekeraars te doen laten ontstaan (Tonkens, 2007). Ook werd er met de marktwerking gestreefd naar meer keuzevrijheid van de patiënt door onder andere in te zetten op transparantie van ziekenhuizen ten aanzien van hun meetbare prestaties. Dit sloot goed aan bij de in paragraaf 2.2.1 beschreven gedachte om de patiënt als autonoom individu zoveel mogelijk te respecteren (Van Heuvelen, 2019; Tonkens, 2008).

Kosteneffectiviteit en patiënttevredenheid zijn in het licht van de marktwerking dus belangrijke koersbepalingen van ziekenhuizen in hun aanbod en vormgeving van zorg geworden. In de literatuur over de ontwerpstroming EBD die in de vorige paragraaf al aan bod kwam, wordt aangegeven door de onderzoekers dat hier met EBD op ingespeeld wordt. In de eerste plaats veronderstellen zij dat de kosten op een indirecte manier gereduceerd worden door de toegenomen patiëntveiligheid op eenpersoonskamers. Als er minder infecties en fouten worden gemaakt, bespaart dit ziekenhuizen geld (Ulrich et. al. 2004). Volgens andere onderzoekers ontbreekt hiervoor echter nog een empirische bewijslast (Maben et al. 2015; Chaudhury et al., 2005). In de tweede plaats draagt volgens EBD literatuur de eenpersoonskamer bij aan patiënttevredenheid door de al genoemde toegenomen patiëntveiligheid, maar ook door het toegenomen comfort van de omgeving. Zo draagt de eenpersoonskamer ertoe bij er minder prikkels zijn die stress kunnen veroorzaken en neemt de luxe beleving toe (Maben et al. 2015). Patiënten zijn hierdoor eerder geneigd zich aan het ziekenhuis te binden of het ziekenhuis aan te bevelen aan anderen (Ulrich et. al., 2014).

2.2.3.1 Zorg als proces, met een andere begrip van professionaliteit

Vanuit de zorgethiek, maar ook vanuit andere disciplines, bestaat er scepsis over marktwerking in de zorg. Markt en zorg zijn van een dusdanige van elkaar verschillende orde of logica, dat die onmogelijk met elkaar te verenigen zijn is de kritiek (Van Heijst, 2005; Tonkens, 2008, Mol, 2006). Om van zorgverlening een markt te maken, moet het proces van zorgverlening afgebakend worden tot voorspelbare producten die verhandelbaar zijn (Tonkens, 2008). Dit strookt niet met een zorgethische veronderstelling van zorg als een open proces, gebaseerd op zorgrelaties (Van Heijst, 2005). Dit houdt meer concreet gesproken in dat wanneer een behandelaar een uitbehandelde patiënt troost, hij of zij productief gesproken onnut werk doet (Van Heijst 2008, pp. 59). Denkend vanuit het zorgethische vertrekpunt van relaties verleend de behandelaar juist goede zorg. De marktlogica die zorg in termen van nut opvat, werkt tevens de mechanische mensopvatting gemakkelijk in de hand (Van Heijst 2008, p. 29), zoals ook in paragraaf 2.2.2.1 is genoemd.

Volgens zorgethici doet de markt behalve afbreuk aan de zorglogica, ook afbreuk aan de professionele logica die daar mee samenhangt (Van Heijst 2008; Baart & Vosman, 2015; Tonkens, 2013). Met professionele logica wordt bedoeld dat professionals in de zorg zich in dienst stellen van de gezondheid en het welzijn van de patiënt en daarbij handelen (naar eigen inzichten en met de kennis die zij bezitten, om uiteindelijk te kunnen bepalen wat de patiënt nodig heeft. Dit is een verschil met de het opvatting van dienstbaarheid volgens het marktdenken, waarin de wil van de klant en wat hij of zij kan betalen centraal staat (Tonkens, 2008). Volgens de socioloog Dubet (2014) is die professionele logica bovendien bepalend voor het voortbestaan van een institutie zoals een ziekenhuis. Het doeleinde van een ziekenhuis; het bestrijden en verlichten van lijden van mensen, komt volgens hem tot stand door een voortdurend proces van socialisatie van professionals die eigen waarden uitvinden en scheppen en deze vakkundigheid op elkaar overbrengen. Daarmee brengen ze het doeleinde van de institutie voort. Nieuwe systemen zoals de marktwerking zetten professionals onder druk, en daarmee ook het doeleinde van de institutie. Professionals worden onderworpen aan regels, protocollen en andere vormen van beleidsvoering die invulling van hun werk meer en meer bepalen en hen in plaats van subjecten slechts tot taakuitvoerders of actors maakt (Dubet 2014; Van Heijst & Vosman in Van Heijst et al., 2010).

2.3 Conceptuele verkenning

In deze paragraaf volgt een verkenning van de zorgethische concepten ‘relationaliteit’ en ‘lichamelijkheid’ die voor dit onderzoek relevant zijn. Voor het concept ‘relationaliteit’ wordt literatuur van Baart, Grypdonck en Timmermanns over de presentietheorie gebruikt. Daarin wordt duidelijk wat relationaliteit vanuit deze theorie voor de zorgverlening en specifiek voor verpleegkundige zorgverlening inhoudt. Verder is er literatuur over ‘menslievende zorg’ van Van Heijst geraadpleegd, waarin dieper wordt ingegaan op de zorgrelatie. Vervolgens komt theorie van Tronto aan bod, die relationaliteit breder definieert. Voor het concept van lichamelijke is gebruik gemaakt van de inzichten van Hamington, die het idee van Merleau Ponty dat het lichaam een bron van kennis is, verder heeft uitgediept. Verder is er ter ondersteuning van Hamington gebruikt gemaakt van inzichten van Patricia Benner, die lichamelijke specifiek in verband brengt met de verpleegkundige praktijk.

2.3.1 Relationaliteit

Uit het vorige hoofdstuk is gebleken dat ‘relationaliteit’ binnen de zorgethiek een fundamentele afhankelijkheid en verbondenheid tussen mensen inhoudt. Ten aanzien van dit

onderzoek doet relationaliteit tussen mensen zich op verschillende manieren voor. Zo zijn patiënten tijdens een ziekenhuisopname op een directe manier aangewezen op hun zorgverleners. Verpleegkundigen vervullen daarin als professionals een centrale rol, aangezien zij 24 uur per dag op een verpleegafdeling bij de patiënten aanwezig zijn.

2.3.1.1 De relationele zorg van presentie

Volgens de presentietheorie van zorger Baart (2003) komt professionele zorg tot stand door ‘in relatie te gaan staan’ met de zorgontvanger, waarin het draait om nauwkeurig afstemmen en aansluiten op diens behoeften. Uit die betrekking zal vervolgens duidelijk worden wat de zorgontvanger nodig heeft en wat de zorgverlener daarin kan zijn (Baart & Grypdonck, 2008). Dit in tegenstelling tot de hedendaagse op interventie gerichte gezondheidszorg, waarin van te voren al vastligt hoe de rolverdeling in de zorgrelatie er uit moet zien. Baart (2014) geeft de volgende definitie van presentie:

‘Er-zijn voor de ander, alles draait om de goede en nabije relatie (veel meer dan om het kost wat kost wegpoetsen van problemen), om zorg, om de waardigheid van de ander, om de basale act van erkennen, zodat de ander – hoe gek, hoe anders ook – voluit in tel is, om wederzijdsheid (van hartelijkheid tot strijd), om alledaagse werkvormen, om de wil de ander uit te graven, het beste van zijn of haar mogelijkheden waar te laten worden en niemand ooit af te schrijven (ook als zo ongeveer alles aan hem of haar niet meer deugen wil), om een soort voorzichtige traagheid en een zogeheten ‘latende modus’ van werken die ruimte geeft aan wat zich niet maken of afdwingen laat’.

Baart en Grypdonck (2008) beschrijven dat 3 aspecten van presentie binnen de verpleegkunde meer specifiek van toepassing zijn: relatie, lijden en afstemmen. Om te beginnen is de relatie tussen zorgontvanger en zorgverlener essentieel voor goede zorg vanuit het presentieperspectief. Bij iemand zijn, met iemand zijn en er voor iemand zijn vormen dimensies van het deze relationele betrokkenheid op een ander (Timmermann, 2010 p. 79). Het gaat erom dat de zorgverlener zich met geduld en aandacht in de zorgontvanger verdiept, om te begrijpen wat voor diegene belangrijk is in het leven en waar diens behoefte ligt (Ibid). Binnen de presentietheorie wordt tevens benadrukt dat er iets wederkerigs op gang komt; dat de relatie niet alleen voor de zorgontvanger maar ook voor de zorgverlener betekenisgevend is. Dit houdt tevens in dat de relatie als goed in zichzelf kan worden beschouwd (Baart & Grypdonck, 2008). Van Heijst (2005) voegt hieraan toe dat in de ‘presentie relatie’ tussen zorgontvanger en zorgverlener uniekheid kan verschijnen. Presentie vraagt van de zorgverlener oprechte aandacht, waardoor er zoals Van Heijst het noemt, een ‘relationele ruimte’ kan ontstaan, die dit mogelijk maakt (Van Heijst 2005, p. 173).

Met betrekking tot het tweede aspect houdt present zijn een zorgzame betrokkenheid op het lijden van een ander in (Baart & Grypdonck, 2008). Dit leed wordt onder ogen gekomen; er wordt niet voor weggelopen en het wordt waar mogelijk verzacht. Dit lijden kan fysiek van aard zijn, maar ook psychisch of sociaal. Verschillende soorten van verlies, uitzichtloosheid van situatie, eenzaamheid, niet meer gezien worden zijn hier concrete voorbeelden van. Volgens de presentietheorie kan leed van een zorgontvanger ook leed bij de zorgverlener oproepen, en hem of haar confronteren met de eigen vergankelijkheid (Timmermann, 2010 p. 79).

Met afstemmen, het derde aspect, wordt een heen en weer gaande beweging bedoeld, waarin aftastend, en met een bedachtzame aanwezigheid en voorzichtigheid wordt geprobeerd aan te sluiten op wat een zorgontvanger nodig heeft, in de context van diens levensverhaal (Ibid p. 80).

2.3.1.2 *Ongelijke gelijkwaardigheid*

Van Heijst ontleend veel uit de presentietheorie voor haar menslievende benadering. Van Heijst thematiseert in haar benadering het begrip ‘wederkerigheid’ verder, die zoals eerder genoemd volgens Baart en Grypdonck kenmerkend is voor de relatie tussen zorgontvanger en zorgverlener. Van Heijst onderscheidt echter met betrekking tot die wederkerigheid een oppervlakte -en diepestructuur en noemt dit tezamen een ‘dubbelstructuur van behoefteigheid’ (Van Heijst 2005, p. 40). Ze bedoelt hiermee dat zorgbehoefte zich zowel bij de zorgontvanger als zorgverlener voordoen waarbij deze zich op verschillende manieren aandienen.

De zorgbehoefte aan de oppervlakte houdt in dat iemand door ziekte een dringende zorgbehoefte heeft, waar hij of zij een zorgverlener voor nodig heeft. Hierbij is er sprake van ongelijkheid. Van Heijst noemt dit de ongelijke oppervlaktestructuur van behoefteigheid (Van Heijst p. 241). In de presentietheorie is voor deze behoefteigheid ook veel aandacht. In de tweede plaats bestaat er volgens Van Heijst een behoefte die meer in de diepte ligt en bij zowel zorgontvanger als zorgverlener spelen. Ze zijn namelijk beiden mens en hebben elkaars zorg nodig om een betekenisvol leven te leiden. Dit noemt Van Heijst de overeenkomstige diepestructuur van behoefteigheid (Ibid). Van Heijst benadrukt met deze conceptuele uitwerking van wederkerigheid de belangrijkheid van het onderkennen van de behoefteigheid van de zorgverlener met het oog op goede zorg.

2.3.1.2 *Een complex web van relaties*

Waar Baart en Van Heijst zich voornamelijk op de verhouding tussen zorgontvanger en zorgverlener richten, focust Tronto zich ten aanzien van relationele zorg op een groter netwerk of ‘web’ van relaties, zoals haar definitie besproken in paragraaf 2.1.1 aangeeft. Patiënten die in het ziekenhuis verblijven kunnen zo bekeken mogelijk ook steun halen uit andersoortige contacten. Patiënten bevinden zich immers in een publieke ruimte waar ze met medepatiënten verblijven en ook met verschillende bezoekers in contact kunnen komen waaruit bijvoorbeeld lotgenotencontact kan ontstaan. Echter lijkt erbinnen de zorgethiek nog weinig onderzoek naar te zijn gedaan. Wel is in de zorgethische literatuur bij filosofe Ruddick, die zich voornamelijk met moederschap en de zorg voor kinderen heeft beziggehouden, te vinden dat de kennis over deze zorgpraktijk vergroot kan worden als moeders onderling over elkaars ervaringen praten (Ruddick, 1989). Uit andere wetenschappelijke literatuur blijkt tot slot dat lotgenotencontacten mogelijk gemaakt in het ziekenhuis, voor patiënten alsook naasten helpend kan zijn. Lotgenoten kunnen elkaar steunen in het omgaan met ziekte en elkaar van informatie voorzien over de georganiseerde ziekenhuisomgeving die daar mee gepaard gaat (Haldar et al., 2017; Mikkelsen et al., 2016).

2.3.2 **Lichamelijkeid**

Vanuit epistemologisch oogpunt is lichamelijkeid een bron van kennis voor de zorgethiek ten aanzien van zorg. Morele kennis over zorg is ander geformuleerd ‘belichaamd’. Hoewel ander vormen van kennis ook een rol kunnen spelen in verpleegkundige zorg aan patiënten op eenpersoonskamers, lijkt toespitsing op lichamelijkeid in dit onderzoek goed aan te sluiten, omdat het werk van verpleegkundigen in de eerste plaats voor het overgrote deel lichamelijkeid is (Draper 2014; Wilde, 1999).

Lichamelijkeid is voor verschillende zorgethici een wezenlijk element van zorg, omdat het in de praktijk van het zorgen een belangrijke sleutel vormt tot de ander (Hamington 2005; Engster, 2007). Daarbinnen zijn verpleegkundigen in meer lichamelijkeid contact met hun patiënten dan welke andere professionele zorgverleners dan ook (Marchetti, 2015). Verplegingswetenschapper en theoretica Patricia Benner (1994) stelt dat wanneer

verpleegkundigen lichamenlijk contact met patiënten maken door middel van aanraking, ze in belevingswereld van de patiënt kunnen toetreden:

To "touch" the patient physically is to touch a body like ours reacting in a unique and personal way to an illness or accident. Through that physical touch an entry into the realm of that suffering person is affected. Interpreting the person begins'.

De behoeften van de patiënt kunnen zo naar boven komen, waar vervolgens aansluiting bij gezocht kan worden. De verpleegkundige stapt tegelijkertijd ook zelf uit zijn of haar professionele realiteit, waarmee de eigen worsteling om iemand te helpen (h)erkend wordt. Alleen dan pas is volgens Benner 'healing' mogelijk. Met 'healing' bedoelt ze niet het eenzijdig medisch genezen van patiënten, maar het als geheel of 'holistisch' aansluiten op een patiënt als persoon, die eigen levensdoelen heeft.

Benner illustreert met dit voorbeeld van aanraking dat lichamenlijkheid essentieel onderdeel uitmaakt van goede verpleegkundige zorgverlening. Meer nog laat het zien dat ons lichaam kennis heeft en verkrijgt over onszelf en de ander, stelt filosoof en zorgethisch denker Hamington (Hamington 2012 p. 57). Die ervaring nemen we vervolgens weer met ons mee. Die kennis bevat een morele geladenheid, die zich behalve in aanraking ook in fysieke aanwezigheid, houding, gezichtsuitdrukkingen, intonatie en woordkeuze manifesteert (Ibid p. 59). Veel van deze belichaamde kennis gaat als vanzelf, dus zonder dat ons bewustzijn daar aan te pas komt. Hamington noemt dit 'habits' of gewoonten. Dit kan bij verpleegkundigen zoals in bovenstaande gaan om een verpleegkundige die 'weet' hoe en wanneer ze bijvoorbeeld de hand van de patiënt vastpakt. Ook fysieke afstemming valt hieronder. Bijvoorbeeld als een verpleegkundige een infuus inbrengt bij een patiënt, waarbij de infuusnaald als het ware 'een verlengstuk' de hand wordt en met de juiste snelheid en diepte door de huid het bloedvat bereikt (Ibid).

Benner en Hamington stellen dat lichamenlijkheid een rijke maar nochtans onderschatte kennisbron van een zorgrelatie is. De hedendaagse beklemtoning van vakkundigheid in het verpleegkundig beroep is hier een belangrijke oorzaak van. Het idee dat lichamenlijkheid een meer prominente plaats zou moeten innemen in het ethisch denken (over zorg), baseren Hamington en Benner op het gedachtegoed van de fenomenologische filosoof Merleau Ponty.

Merleau Ponty stelde in zijn benadering dat we in eerste instantie de wereld om ons heen kennen en betekenis voor ons krijgt door onze lichamenlijkheid (Hamington, 2012). Hij verstaat lichamenlijkheid in zijn benadering dan ook als zowel subject als object: we hebben niet alleen een lichaam, maar zijn ook een lichaam. Het menselijk bewustzijn is met andere woorden altijd verweven met het lichaam in de wereld. Een manier van denken die tegen de dominante Cartesiaanse benadering ingaat, waarin het lichaam en geest juist 'uit elkaar worden gehaald' en de wereld kennen zich op ons bewustzijn of ratio focust. Dit wordt ook wel dualisme genoemd. Een dualistische opvatting van het lichaam domineert in de moderne (medische) wetenschap, omdat het een vereenvoudiging mogelijk maakt die nodig is in de biomedische benadering die objectieve, meetbare en toepasbare kennis wil genereren (Marchetti, 2015).

Dat lichamenlijke brengt Merleau Ponty ook in verband met ruimte. Zo stelt hij dat ons bestaan als belichaamde wezens is ingebed in zowel tijd als ruimte. Zo stelt hij: 'To be a body is to be tied to a certain world' (Norlyk, Martinsen & Dahlberg, 2013). Ons lichaam is de eerste plaats niet in de ruimte, maar maakt er deel van uit. Een kamer is niet alleen een kamer als een fysiek feit, of als iets subjectiefs of cognitiefs. We staan met die kamer in

verbinding. De betekenis van een kamer ligt in de verhouding die wij er als lichamelijke subjecten mee hebben (Dahlberg K., Nyström., & Dahlberg H. 2007).

2.4 Conclusie

In dit hoofdstuk stond de volgende vraag centraal: *Welke inzichten biedt de zorgethische literatuur over het zorg verlenen van verpleegkundigen aan patiënten in het ziekenhuis op een eenpersoonskamerafdeling?*

In een beantwoording op deze vraag is in het theoretisch kader stil gestaan bij de zorgethiek, zijn 3 verschillende tendensen die met eenpersoonskamers samenhangen uitgewerkt. Zo blijken ziekenhuisbesturen uit te gaan van het autonomiebegrip, te kiezen voor een werkwijze die Evidence-based is en hebben ze te maken met marktwerking. Eenpersoonskamers lijken goed in deze tendensen mee te kunnen gaan. De zorgethiek staat hier echter kritisch tegenover. Een verdieping van de concepten relationaliteit en lichamelijkheid laat hier tot slot een ander licht op schijnen.



3 METHODE

Voor dit onderzoek is gekozen voor een fenomenologische werkwijze. Fenomenologisch onderzoek houdt zich bezig met geleefde ervaringen van meerdere mensen. De meeste fenomenologische onderzoeksmethoden hebben als doel het verkrijgen van een overkoepelende betekenis van een fenomeen, die uit de verzamelde geleefde ervaringen wordt afgeleid (Cresswell, 2013; van der Meide, 2014). Onderzoek naar geleefde ervaringen is van waarde voor de zorgethiek omdat het een beter begrip van goede zorg in specifieke situaties mogelijk maakt (Dierckx de Casterlé, et al., 2011). In een setting van het ziekenhuis betekent dit dat de omgeving waarin een verpleegkundige zorg verleend aan patiënten wordt meegenomen en de complexiteit daarvan kan worden onthuld (Ibid).

Om een volledig beeld te krijgen van de specifieke methodiek van dit onderzoek, zal eerst de fenomenologie als filosofische stroming worden toegelicht. Daarna volgt een toespitsing op de gekozen fenomenologische onderzoeksbenadering: de ‘Reflective lifeworld approach’ of Reflectieve Leefwereld benadering. Daarna volgt de methode die hierbij van toepassing is. Tot slot volgt de verantwoording van totstandkoming van casusdefinitie en onderzoekseenheid, de data-analyse en de ethische overwegingen.

3.1 Onderzoeksbenadering

Het woord fenomenologie is afgeleid van het woord ‘phainómenon’ wat kan worden vertaald als ‘het zichtbare’ of ‘verschijning’. Logos betekent ‘rede’ of ‘leer’. Fenomenologie is dus de studie van dat wat verschijnt. Fenomenologie is behalve een filosofische stroming ook een kwalitatieve onderzoeksbenadering (Aspers, 2009).

3.1.1 Fenomenologie als filosofie

De fenomenologie is begin twintigste eeuw ontstaan vanuit het gedachtegoed van de filosoof Edmund Husserl. Hij was van mening dat er een kloof tussen de filosofie en de werkelijkheid was ontstaan en stelde voor dat we daarom ‘terug naar de dingen zelf’ moesten gaan. Hij bedoelde hiermee dat concrete ervaringen een beter uitgangspunt voor filosofische reflectie vormden dan abstracte ideeën, constructies of theorieën (van der Meide, 2011). De fenomenologie gaat daarbij uit van een onlosmakelijke verbondenheid tussen de mens met de wereld, omdat ons bewustzijn altijd betrekking heeft op iets. Dit noemt Husserl ‘intentionaliteit’. Hieruit kunnen volgens hem essenties van pure ervaringen beschreven worden, nog voordat deze zijn onderworpen aan reflectie en beoordeling. Fantasieën, herinneringen en waarnemingen zijn daar voorbeelden van. Heidegger duidde die relatie met de wereld aan als ‘Dasein’ of In-de-wereld-zijn. In tegenstelling tot Husserl zag de filosoof Heidegger het bewustzijn niet als iets dat los staat van de wereld, maar als iets dat daarin gesitueerd is. Behalve Heidegger hebben nog meer filosofen zoals Merleau-Ponty en Sartre de fenomenologie verder ontwikkeld en eigen accenten gelegd. Hoewel er verschillende richtingen bestaan, houdt de fenomenologie zich fundamenteel bezig met het beschrijven van fenomenen op basis van de geleefde ervaring van mensen (Van der Meide, 2017). Fenomenologie richt zich op het begrijpen, beschrijven en interpreteren van menselijk gedrag en is niet gericht op het versimpelen labelen of verklaren van ervaringen, maar wil de ambivalentie en ambiguïteit in ervaringen laten zien (Finlay, 1999).

3.1.2 De fenomenologische reflectieve leefwereldbenadering

De Reflectieve Leefwereld Benadering of *Reflective Lifeworld Approach* (RLA) is een fenomenologische onderzoeksbenadering die is ontstaan vanuit de *Caring science*. Binnen de *Caring science* worden fenomenen en dus geleefde ervaringen in de setting van de

gezondheidszorg onderzocht (Van der Meide, 2014). In de RLA staat de leefwereld van mensen die een fenomeen ervaren of ervaren hebben centraal. De ‘leefwereld’ is een meer concrete uitwerking van de fenomenologie, die onder andere door Husserl, Heidegger en Merleau Ponty is beschreven en uitgewerkt. De leefwereld verwijst naar het dagelijks bestaan van mensen. Het vormt de horizon waarin de mens altijd rondloopt en actief handelt (Dahlberg et al., 2007). De leefwereld is een intuïtieve, gemeenschappelijke, subjectieve en intersubjectieve wereld, die vooraf gegeven is (Norlyk, Martinsen & Dahlberg 2013). Dit houdt zoals in lijn met de fenomenologie een ervaring van de wereld in zonder dat daar concepten of verklaring aan te pas komen. Of de ervaring met de feitelijke werkelijkheid strookt, is dan ook niet relevant (Van der Meide, 2014). De leefwereld kent verschillende dimensies, namelijk ruimte, tijd, relaties, sfeer en lichamelijkeheid (Galvin & Todres, 2013). De dimensies van De RLA sluiten nauw aan op de hoofdvraag van dit onderzoek. Om er achter te komen wat belichaamde ervaringskennis is van verpleegkundigen die zorg verlenen aan patiënten op eenpersoonskamers, zijn de dimensies van relaties, ruimte en lichamelijkeheid vanzelfsprekend helpend.

3.2 Onderzoeksmethode

Om de leefwereld van de respondenten te onderzoeken en toegang te krijgen tot hun geleefde ervaringen is het binnen de RLA van belang als de onderzoeker een fenomenologische attitude aan te nemen. De fenomenologische attitude is een dynamisch proces waarin de onderzoeker tegenstrijdige houdingen van ‘wetenschappelijke afstand’, ‘open zijn naar’ en ‘bewust zijn van’ met elkaar in verband weet te brengen (Finlay, 2008).

Binnen de RLA, maar ook binnen andere fenomenologische methoden, wordt aangenomen dat het niet mogelijk is voor de onderzoeker om zich volledig los te maken van het onderzoek (Creswell, 2013). Er is anders gezegd altijd sprake van subjectiviteit. Subjectiviteit wordt binnen de RLA niet afgekeurd, omdat het kan helpen om ruimte te laten ontstaan om zo dicht mogelijk bij de geleefde ervaringen van respondenten te komen (Dahlberg et al., 2008; Finlay, 2008; van der Meide, 2014). Echter dient deze subjectiviteit wel ‘beteugeld’ worden door middel van de techniek van *bridling*. Bridlen betekent ‘beteugelen’.

In dit onderzoek is *bridling* toegepast door aan het begin van het onderzoek een *self-disclosure* te schrijven. Verder zijn er reflecties in een dagboek opgeschreven na afloop van een schaduwdag en interview met een respondent. Hiermee is getracht te reflecteren op eigen vooronderstellingen, oordelen, gedachten en interpretaties om te voorkomen dat eigen betekenissen van de onderzoeker aan de data worden opgelegd.

3.3 Casusdefinitie en onderzoekseenheid

Voor de dataverzameling is er gezocht naar een ziekenhuis met eenpersoonskamers. Dit is het Meander Medisch Centrum in Amersfoort geworden (hierna te noemen MMC). Het MMC is in eind 2013 overgegaan op 100% eenpersoonskamers. Hoewel de overgang dus niet recent heeft plaatsgevonden, is er vanuit gegaan dat het kort genoeg is voor verpleegkundigen om de deze situatie met de oude situatie te vergelijken.

Toegang tot respondenten is verkregen via Ger Palmboom, die in zijn functie als klinisch ethicus van het MMC na goedkeuring van verschillende afdelingshoofden de verpleegkundigen heeft benaderd. Er is in samenspraak besloten om voor meerdere afdelingen te kiezen, om voldoende respondenten te kunnen bereiken. Via een door de onderzoeker opgestelde email zijn verpleegkundigen vervolgens via het teamhoofd benaderd. Hieruit hebben 4 verpleegkundigen zich aangemeld die op drie verschillende afdelingen werken: de oncologie/hematologie, longgeneeskunde en neurologie. Drie van deze

verpleegkundigen werkten al in een van de voormalige twee ziekenhuizen van Amersfoort voor de fusie en hebben de verhuizing dus meegemaakt. Eén van de verpleegkundige respondenten is kort geleden nieuw komen werken in het MMC. Deze verpleegkundige heeft de verhuizing dus niet meegemaakt, maar heeft voor haar aanstelling in het MMC in een ziekenhuis met meerpersoonskamers gewerkt.

3.4 Dataverzameling

In de RLA kan er gebruikt worden gemaakt zijn er verschillende mogelijkheden om onderzoekdata te verzamelen, zoals observeren en interviews, maar ook het bestuderen van narratieven en audiovisueel materiaal (Dahlberg et al., 2007).

3.4.1 Schaduwen

Voor dit onderzoek is er in de eerste plaats gekozen om via schaduwen of ‘*shadowing*’ toegang te krijgen tot de geleefde ervaringen van de respondenten. Quinlan (2008) omschrijft schaduwen als een onderzoekstechniek waarbij de onderzoeker een respondent in de praktijk een bepaalde tijd nauwlettend volgt, om te onderzoeken wat zij in de praktijk werkelijk doen, niet wat hun rol hen voorschrijft te doen.

Zoals in paragraaf 2.3.2 is beschreven, wijst Merleau Ponty op dat ervaringen lichamenlijk zijn en niet enkel in het bewustzijn plaatsvinden. Door te schaduwen heb in dit onderzoek de ervaringen van de respondenten ook als belichaamd geprobeerd te begrijpen. Ik heb de respondenten een gehele dienst van 8 uur geschaduw op de afdeling waar de verpleegkundigen werkzaam waren. Dit waren 3 dagdiensten en 1 avonddienst.

3.4.2 Fieldnotes

Tijdens het schaduwen vonden er informele gesprekjes plaats, zijn er korte verhelderende vragen gesteld en zijn er observaties gedaan van verpleegkundigen in hun zorgverleningen aan patiënten. Deze aantekeningen zijn in de uitwerking van de observatie meegenomen en daarnaast gebruikt om data te generen. Zo zijn in de interviews de *fieldnotes* als hulpmiddel ingezet om reflectie op het handelen bij de respondenten teweeg te brengen.

3.4.3 Interviews

Aansluitend op het schaduwen, enkele dagen later, is een interview afgenomen via een topiclijst, die losjes gehanteerd is. De interviews zijn opgenomen met een voicerecorder en smartphone en varieerden in tijdsduur tussen de 35 en 45 minuten. De interviews vonden plaats in een kantoorruimte op de afdeling waar de verpleegkundigen werkzaam waren. De interviews zijn vervolgens getranscribeerd in een tekstverwerkingsprogramma. Vanwege de relatief onervaren interviewer, zijn er na afloop van de interviews nog enkele mailuitwisselingen met de respondenten geweest met vragen die tijdens het transcriberen en analyseren van de interviews opkwamen.

3.4.4 Thick Descriptions

Thick descriptions zijn in dit onderzoek gemaakt om de ervaring van de verpleegkundigen uit de observaties en interviews samen te laten komen in een resonierend geheel. Ook vormt de *thick description* daarbij tegelijkertijd een membercheck.

3.5 Data-analyse

Binnen de RLA kunnen er via fasen onderscheiden worden in het analyseren van de data analyse, waarbij de hermeneutische cirkel in acht wordt genomen. De hermeneutische cirkel houdt in dat er bewogen wordt tussen het geheel, de delen en vervolgens weer het geheel. Dit betekent dat het doorlopen van fases niet strikt gebonden is aan een vaste volgorde (Van der Meide, 2014 p. 69).

Fase 1: Door bekend worden met de data, heb ik de interviewtranscripten, de *thick descriptions* en de verwerkte *fieldnotes* en observaties herhaaldelijk gelezen. Ik heb alle tekst die dit heeft opgeleverd in één document gezet, om de data een groot geheel waar uiteindelijk de essentie uit moest komen te zien.

Fase 2: In alle tekst heb ik met verschillende kleuren betekenseenheden geïdentificeerd. Ik heb dit gedaan door de tekst uit te printen en met markeerstiften aan de slag te gaan. Het was een persoonlijke voorkeur om de tekst op papier, in plaats van digitaal voor me te hebben.

Fase 3: De leefwerelddimensies kwamen naar voren in de data, mede door de richtinggevendende concepten van ‘relationaliteit’ en ‘lichamelijkheid en ruimte’ uit het theoretische kader. Ik heb daarom de leefwerelddimensies als ‘raamwerken’ gebruikt om de data verder te analyseren en beschrijven. De betekenseenheden onder de leefwerelddimensies verlangde bij de meeste dimensie verdere specificering, dit heeft tot verschillende tussenkopjes geleid. In deze fase heb ik het analyseren met het schrijven afgewisseld.

Fase 4: Ik heb de verbanden tussen de clusters van de leefwerelddimensies onderzocht, en daaruit een essentie gehaald.

3.6 Ethische overwegingen

Onderzoek doen vraagt van de onderzoeker om zorgvuldig en reflectief om te gaan met persoonlijke en ethisch gevoelig informatie (Creswell, 2013). Via Ger Palmboom is dit onderzoek met betrekking tot het empirische onderdeel daarom voorgelegd aan de Commissie Toetsing Wetenschappelijk Onderzoek van het MMC (CTWO). Omdat het onderzoek niet draaide om patiënten en zij geen extra handelingen hoefden te ondergaan, achtten zij toetsing niet nodig. Wel diende de geheimhoudingsplicht gewaarborgd te zijn en omdat ik als verpleegkundige al gebonden ben aan beroepsgeheim kon ik hieraan voldoen. Verder dienden de privacy en *informed consent* van de respondenten geregeld te worden. Ik heb de respondenten daarvoor bij aanvang van het onderzoek voorgelicht over mijn onderzoek middels een informatiebrief. Ook heb ik de respondenten een *informed consent* formulier laten tekenen waarbij ik hen erop attent heb gemaakt dat zij zich te allen tijde zonder opgave van redenen uit het onderzoek mochten terugtrekken. Verder was het vanwege hygiënemaatregelen noodzakelijk om een uniform te dragen. Omdat ik niet namens het MMC onderzoek deed, droeg ik een ander soort jasje dan het personeel zodat voor hen en de patiënten zichtbaar was dat ik niet bij dit ziekenhuis in dienst was. Ook droeg ik een badge waarop ‘onderzoeker’ stond.

Met betrekking tot de verzamelde data is er in dit onderzoek geprobeerd daar zo zorgvuldig mogelijk mee om te gaan. Zo zijn alle opnames van de interviews na transcriptie gewist en zijn namen van de respondenten geanonimiseerd. In de bevindingen is verder zo veel mogelijk getracht te voorkomen dat deze persoonlijk herleidbaar zijn naar de respondenten. Het is voorgekomen dat de respondenten vanuit een persoonlijke ervaring hun beleving met eenpersoonskamers hebben uitgelegd. Ik ben op deze momenten zo goed mogelijk alert geweest. Ik heb de respondenten daarop attent gemaakt en vervolgens gevraagd wat zij wensten dat ik deze informatie deed. Ik heb hen daarbij geïnformeerd dat de informatie geanonimiseerd of weggehaald kon worden.

Hoewel patiënten volgens de CTWO niet onder de onderzoekseenheid vielen, waren zij wel onderdeel van het onderzoek. In samenwerking met Ger Palmboom was er daarom

een brief opgesteld waarin de patiënten werd uitgelegd dat er een onderzoek werd gedaan op de afdeling waar zij verbleven en dat als zij daar bezwaar tegen hadden, de onderzoeker niet bij hen op de kamer zou komen. De bedoeling was dat respondenten deze brief uitdeelden alvorens de schaduwdag van start zou gaan. Echter bleek dit vanuit logistiek oogpunt niet mogelijk. Niet alle respondenten wisten wie hun patiënten zouden zijn op de schaduwdag vanwege hun eigen onregelmatige werkschema en de soms snelle wisseling van patiënten. Daarbij was ik zelf ook niet helemaal overtuigd van deze benadering omdat ik mogelijk patiënten in een kwetsbare positie zou belasten met een aanzienlijke hoeveelheid informatie zonder dat zij daarbij een gezicht zouden zien. In samenspraak met de respondenten is daarom besloten de patiënten op de dag van de observatie te informeren, waarbij de verpleegkundige die ik schaduwde mijn introductie inleidde. Als de patiënt dit goed kon volgen, introduceerde ik mijzelf daarop verder door te zeggen dat ik in het MMC als externe onderzoeker was en ik niet zonder zijn of haar toestemming bij de hem of haar zou observeren. De respondenten maakte daarbij een inschatting of de patiënt in staat zou zijn om toestemming te geven alvorens ze mij introduceerde. In mijn rol als onderzoeker en als verpleegkundige, heb ik zelf ook de verantwoordelijkheid voor die inschatting op mij genomen, mochten er bij mijzelf na de introductie twijfels ontstaan. Hier is gelukkig geen sprake van geweest. Wel ben ik hier vanzelfsprekend op de afdeling neurologie alerter op geweest. Voor het veldonderzoek heeft dit echter wel betekend dat ik gedurende de schaduwdagen de verpleegkundigen op sommige momenten niet heb kunnen volgen. Ik heb er tot slot voor gekozen om bij mijn introductie aan patiënten aan te geven dat ik zelf ook als verpleegkundige in het ziekenhuis werk. Ik vond dit belangrijk voor het comfort van de patiënten met mijn observerende rol, dat zij wisten dat patiëntenzorg voor mij bekend terrein is. Ik merkte tijdens het onderzoek dat patiënten zich meer op hun gemak met mijn aanwezigheid voelden toen ik dit vertelde.



4 BEVINDINGEN

In dit hoofdstuk volgen de analyses en resultaten van de uitgevoerde observaties en interviews met de verpleegkundigen die zorg verlenen aan patiënten op eenpersoonskamers. De deelvraag die hierbij centraal staat is: *Wat is de belichaamde ervaringskennis van verpleegkundigen in het zorg verlenen aan patiënten op een verpleegafdeling het ziekenhuis die enkel bestaat uit eenpersoonskamers?*

Ten eerste zal het antwoord op deze vraag gegeven worden in lijn met de methode van RLA, in de vorm van een essentie. Vervolgens zal deze essentie middels citaten van de verpleegkundigen en interpretatie daarvan worden toegelicht. Deze citaten zijn van belang om zo dicht mogelijk bij de geleefde ervaring van de verpleegkundige te blijven.

4.1 Het Meander Medisch Centrum

Bijna zes jaar geleden is het Amersfoortse ziekenhuis het MMC geopend. Dit nieuwe ziekenhuis verving daarmee de twee daarvoor bestaande ziekenhuizen van Amersfoort. Dit waren de Lichtenberg, gebouwd in de jaren 50 met ruimte voor 500 patiënten en het Sint Elisabeth, gebouwd in de jaren 60 met ruimte voor 350 patiënten. In deze voormalige ziekenhuizen bestond de indeling van de verpleegafdelingen uit een combinatie van patiëntenzalen voor vier personen, tweepersoonskamers en eenpersoonskamers. Het nieuwe Meander Medisch centrum heeft ruimte voor 600 patiënten, waar op de verpleegafdelingen de patiënten uitsluitend op eenpersoonskamers verblijven.

De verpleegkundigen in dit onderzoek zijn werkzaam op 3 verschillende afdelingen. De oncologie/ hematologie op B5 met 24 bedden, de neurologie D3 met 21 bedden en de longafdeling C5 met 29 bedden. B5 en C5 zijn aan elkaar verbonden met een gang en hebben beiden de vorm van een kruis. Alle afdelingen hebben een middelste (hoofd)gang, die van smal naar breed over de gehele afdeling loopt, waarbij in het bredere gedeelte, iets voorbij het midden, een koffieautomaat staat. Na de koffieautomaat bevindt zich een lange tafel met stoelen. Op het eind, het breedste gedeelte van de gang is een zitje gecreëerd met een bankje en een stoel. Alleen afdeling D3 wordt niet zoals B5 en C5 in het midden doorkruist met een tweede gang waar patiënten kunnen liggen. D3 heeft de helft van deze gang, als een afslag in het midden van de hoofdgang. Deze gang heeft een deur, waar achter artsenkantoren zitten en zich een fysio/ ergotherapieruimte bevindt.

4.2 De essentie

De essentie van de belichaamde ervaringskennis van verpleegkundigen in hun zorgverlening aan patiënten op een verpleegafdeling die enkel bestaat uit eenpersoonskamers, luidt als volgt:

Zorg verlenen op eenpersoonskamers is voor verpleegkundigen een aangename ervaring waar zij met volledige aandacht in contact met de patiënt kunnen treden, naasten als steun de hele dag bij hem of haar kunnen betrekken waardoor zij de patiënt kunnen begrijpen alsook beschermen in zijn of haar ziekteproces, waarbij dit laatste het bieden van afscherming en rust van andere patiënten en bezoekers inhoudt, in een omgeving die voor de patiënt als leefruimte kan worden ervaren. Hierbij nemen de verpleegkundigen de nadelen voor lief, die bestaan uit meer fysieke en geestelijke inspanning, teveel stilte voor de patiënt in combinatie met het minder vanzelfsprekend ontstaan van sociaal contact tussen patiënten en bezoekers, die in een omgeving die als een te kleine werkruimte kan worden ervaren en voor de langdurig opgenomen patiënt als minder huiselijk kan worden beleefd.

4.3 De leefwerelddimensies

Zoals besproken in hoofdstuk 3, kent de leefwereld de vijf dimensies: relaties, sfeer, ruimte, tijd en lichamelijkeheid. Hoewel er dus verschillende dimensies te onderscheiden zijn, moet in ogenschouw worden genomen dat deze met elkaar zijn verweven (Dahlberg, et al., 2008). Tijdens de analyse kwamen mede door de richtinggevende concepten uit hoofdstuk 2 de dimensies duidelijk in de data naar voren, waarop besloten is deze opdeling in het beschrijven van de bevindingen aan te houden. Met uitspraken van de respondenten in combinatie met observaties wordt in deze paragraaf geprobeerd een totaalbeeld te geven van de geleefde ervaring van verpleegkundigen van hun zorgverlening aan patiënten op eenpersoonskamers. Om de privacy van de respondenten te beschermen, zijn hun namen geanonimiseerd.

4.3.1 Beleving van relaties

Uit de interviews en observaties van de verpleegkundigen bestaan meerdere relaties die van invloed zijn in de beleving van de verpleegkundigen in hun zorgverlening aan patiënten op eenpersoonskamers. Hoewel deze relaties in elkaar overlopen, is er ten behoeve van de structuur van deze paragraaf gekozen voor een opdeling in: ‘verpleegkundige & patiënt’, ‘verpleegkundige, patiënt & naasten’, ‘verpleegkundige, patiënt & andere patiënten en bezoekers’.

4.3.1.1 Verpleegkundige en patiënt: een relatie met aandacht

In hun beantwoording op de eerste interviewvraag: ‘Hoe beleef jij zorgverlening aan patiënten op een eenpersoonskamers?’ kwam bij vrijwel alle verpleegkundigen als eerste hun relatie met de patiënt ter sprake. Hierover zeggen zij het volgende:

Marloes: (...) omdat ik het gevoel heb dat je er dan meer kan zijn voor de patiënt. Omdat als je op een zaal bent, je toch altijd rekening houdt met wat je zegt en of andere het ook kunnen horen. je hebt dan vaak dat je je iets meer in moet houden, en daar moet je dan aan denken ook bij de verzorging. En zoals nu dan zie je dan is iemand heel verdrietig, dan geef je iemand een knuffel, dat zou ik toch lastiger vinden op een zaal. (...) Wederzijdse privacy zeg maar. De patiënt kan vrijuit vertellen, waardoor ik weer beter voor de patiënt kan zorgen als de patiënt opener kan zijn.

Isabel: weetje eerder was het zo op zaal, dan zag je aan de patiënt iets, maar dan kon je het niet ter sprake brengen omdat er geen privacy was, en nu hoef ik geen blad voor de mond te nemen. Ik kan zeg maar zomaar in gesprek gaan met de mensen, dus kijk dat hadden we toen ook met die meneer op kamer (...) dat hij eigenlijk terugkomt op zijn besluit om, dat hij niet meer verder kan leven, daar kwam hij eigenlijk op terug he op het laatste nippertje en daar kan ik dan wel gelijk op ingaan. Ik hoef niet eerst de ruimte te hebben waar we kunnen praten en ehm nee, dus ik vind de kwaliteit van zorg daar wel in verbeteren. Omdat alle zorg die ik geef er is niks wat niet belangrijk is, alles wat ik doe bij een patiënt heeft gewoon kwaliteit omdat je echt altijd to the point kan komen. (...) maar dan heb ik wel een op een contact, dan heb ik wel het complete plaatje ik heb lichamelijke verzorging en ik heb contact. (...)

Sanne: Je heb gewoon veel meer oog voor de patiënt dan als je op een zaal staat en iemand anders gaat uit bed en gaat lopen dan ben je daar weer mee bezig bij wijzen van. Nu heb je gewoon veel meer een op een contact’ (...) omdat mensen zich ook echt volledig het idee hebben je bent hier voor mij, want er zijn geen anderen hier, mensen stellen geen vragen je hebt gewoon echt een op een contact.

De verpleegkundigen geven aan door de eenpersoonskamer volledige aandacht voor een patiënt te kunnen hebben en ze de patiënt beter kunnen begrijpen er sneller in kunnen gaan op

zijn of haar behoeften. Dit wordt door de verpleegkundigen ook wel als ‘een op een contact’ omschreven. De verpleegkundigen vergelijken dit met een patiëntenzaal waar medepatiënten in hun beleving konden meeluisteren en remmend werkten in het gesprek tussen de verpleegkundige en de patiënt, of voor verstoring/ afleiding zorgden als zij op dat moment ook hulp wilden.

4.3.1.2 Verpleegkundige, patiënt & naasten: een relatie van steun

Vrijwel alle verpleegkundigen geven aan dat zij de eenpersoonskamer als positief ervaren voor bezoek van naasten, die behalve overdag ook 's avonds en 's nachts aanwezig kunnen zijn.

Marloes: *wat ik heel fijn vind he is als de partner ofzo ook blijft slapen 's avonds, en niet dat de partner dan weer op een gegeven weer naar huis moet. Dan is het gewoon heel fijn dat diegene die het dichtsbij de staat ook bij je kan blijven.*

Isabel: *'Nou die rooming-in ook die mensen eten nu samen op hun kamer 's morgens superleuk. En dat zet ik als ik het bed van de vrouw op het laagst, dan kunnen ze elkaars hand vasthouden weetje dat zijn allemaal leuke dingen dat kan op zaal niet.*

Vera: *'We hebben hier natuurlijk best wel eens buitenlandse families of patiënten die de taal niet goed beheersen en waarvan familie het dan wel beheerst, dan is het gewoon wel prettig als er iemand aanwezig is en het mooie aan een eenpersoonskamer is dan ook dat het gewoon bij de patiënt is en niet dat een andere patiënt daar hinder van ondervindt dat er familieleden zijn van een andere patiënt.'*

In de observaties is er vaak bezoek gezien die langere tijd bij de patiënt verbleef. Meestal ging dat om één of twee personen die elkaar soms afwisselden. Het was meestal de partner van de patiënt die bleef slapen. Behalve dat er naasten aanwezig waren, stelden zij als de verpleegkundige binnen kwam vragen of hadden een verzoek namens de patiënt. In twee gevallen vond het gesprek over de zorg van de patiënt bij de eerste ontmoeting van de dag tussen de naaste en de verpleegkundige plaats. Dat naasten er soms de hele dag zijn wordt over het algemeen positief gevonden. Eén verpleegkundige ervaart hier wel een nadeel bij, maar merkt daarin geen verschil met het werken op een zaal of eenpersoonskamer:

Isabel: *'je hebt ook situaties als waarin als er mensen steeds bij zijn, dat ze iedere keer als ze jou zien, jou aanklampen omdat ze iets willen vragen. Dus dat wij dan niet door kunnen werken, maar goed dat geldt in wat voor setting je ook werkt, of je nou zes persoonszalen hebt of eenpersoonskamers.'*

De verpleegkundigen vinden de toegenomen mogelijkheden voor familie en naasten in het bezoeken van de patiënt positief, omdat het voor de patiënt in hun beleving fijn is als er iemand aanwezig is die dichtbij de patiënt staat en steun kan bieden. Ook helpt het de verpleegkundige in praktisch opzicht in de zorg aan de patiënt, bijvoorbeeld als er sprake is van een taalbarrière.

4.3.1.3 Verpleegkundige, patiënt & andere patiënten: een afgeschermd relatie met ruimte voor waardevol contact

Met betrekking tot connecties tussen de verpleegkundige, de patiënten onderling en voor de patiënt onbekende bezoekers, blijkt de eenpersoonskamer voor de verpleegkundigen vooral een positief aspect te zijn in de zin dat het afscherming biedt van deze relaties. Zo zorgen ze volgens de verpleegkundigen voor rust:

Vera: *'Iedereen kan gewoon zijn eigen, en heeft gewoon recht op zijn eigen rust en privacy en dat krijgen ze wel door een eenpersoonskamer'.*

Sanne: *'nou dat je niet met niet met het gesnurk van je buurman opgezadeld wordt (...) en het stukje rust, dat wanneer jij wil rusten dat je ook rust hebt, (...) ook overdag, als jij wilt slapen en de buurman krijgt bezoek buiten het bezoekuur of onder het bezoekuur'.*

De afscherming van andere patiënten of onbekende bezoekers geeft behalve rust, volgens de verpleegkundigen ook minder stress. Zo vertelt Marloes over een situatie waarin patiënten elkaars kuurdagen vergelijken en daar zenuwachtig van kunnen worden: *'Nouja ook dat het fijn is voor de patiënt zeg maar dat ze niet de ellende van een ander zien. Ik merk soms wel eens dat als patiënten met bezoek praten of met partners van de buurvrouw, die staat dan even in een andere deuropening te praten. En ik hoorde dan een mevrouw die zei ja op dag 14 werd zij heel ziek waarop de andere patiënt zei ik zat al af te wachten tot mijn dag 14 van dan gaat het gebeuren. Toen dacht ik van ja dat had je misschien niet moeten zien volgens mij. Dat patiënten niet meer op zaal liggen en minder met elkaar in contact zijn gedurende de dag, scheelt hierin wel.'*

Isabel noemt een gevoel van eenzaamheid wat versterkt kan worden op een meerpersoonskamer: *'ja maar ook overdag, als jij wilt slapen en de buurman krijgt bezoek buiten het bezoekuur of onder het bezoekuur en jij krijgt geen bezoek, dat is heel schrijnend als die burens wel bezoek hebben en jij niet, dat kan ook heel negatief werken en daar hebben de mensen nu geen last van. Als de mensen een keer geen bezoek krijgen of hebben dan kijken ze televisie of ze lezen een boek, ze lijden er veel minder onder dan wanneer ze op een zaal zien dat hun burens wel bezoek hebben.'*

Vera ervaarde een zekere bemoeizucht onder patiënten op meerpersoonskamers, die in haar beleving belastend voor de patiënt kan worden: *'(...)dat is het gevaar zal ik maar zeggen, omdat medepatiënten zich dan teveel met anderen gaan bemoeien terwijl ze zelf hier natuurlijk ook zijn om behandeld te worden of ziek zijn. (...) en ze moeten natuurlijk niet voor een andere patiënt zorgen.'*

Aan de andere kant vinden alle verpleegkundigen het juist wel belangrijk dat patiënten in contact kunnen komen met elkaar of met andere mensen. De eenpersoonskamer kan in dit geval het nadeel met zich meebrengen dat het te stil voor de patiënt kan zijn.

Vera: *'Ik heb wel het idee dat rust voor sommige patiënten kan betekenen dat het te stil en/of saai kan worden, want zelfs als ze bezoek krijgen zie ik ze veel van de tijd alleen op hun kamer zitten. Ik denk dat het voor deze patiënten belangrijk kan zijn om aanspraak te hebben van andere mensen. Ik denk daarbij aan lotgenoten of gewoon een praatje met iemand.'*

Isabel: *'weet je ik vind wel, als je een nadeel zou kunnen noemen is de verwarde patiënt, die in stilte ligt'*

Ook noemen de verpleegkundigen dat patiënten nu niet langer meer voor elkaar kunnen alarmeren zoals dat eerder wel kon op een meerpersoonskamers.

Sanne: *'weet je wel, dat, of dat het met de verwarde mensen dat je denkt ja er is altijd iemand die bij wijzen van spreken een oogje in het zeil houdt en die waarschuwt als er iets is'*

Vera: *'Dat patiënten soms voor elkaar alarmeren kan tegelijkertijd fijn zijn, omdat ik daardoor ook wel eens op tijd ben gewaarschuwd toen een patiënt zich niet goed voelde en zelf niet kon bellen. Ik heb wel eens een patiënt meegemaakt bijvoorbeeld die begon te*

hyperventileren omdat haar C-pep [een apparaat voor mensen met slaapapneu] afschoot. Toen was ik blij dat iemand alarmeerde, omdat haar saturatie [zuurstofgehalte in het bloed] daarop enorm daalde '.

Samengevat zijn meer rust en minder stress voor de verpleegkundigen positieve kanten ten aanzien van de relaties met andere patiënten en onbekend bezoek, waar teveel stilte en het niet meer voor elkaar kunnen alarmeren van patiënten tegenover staan. Toch vinden de verpleegkundigen dat deze nadelen opwegen tegen de voordelen. Op de nadelen hebben zij een oplossing bedacht of zich aangepast.

Zo vertellen alle verpleegkundigen ten aanzien van het eerste nadeel over het gezamenlijke eetmoment in de middag. Iedere doordeweekse dag wordt dit door vrijwilligers georganiseerd op een van de gangen van de afdeling, waar een lange tafel met stoelen staat (de lounge ruimte). In de observaties zijn rond lunchtijd vrijwilligers gezien die langs de patiëntenkamers gaan om de patiënt uit te nodigen, waarbij er één keer een patiënt met de vrijwilligers samen at. Er is niet geobserveerd dat verpleegkundigen met de patiënten over dit eetmoment spraken.

Isabel: (...) en de vrijwilligers die helpen dan de mensen die daarvoor in aanmerking komen ,dus die niet in isolatie liggen maar die wel kans hebben om eenzaam te zijn, die helpen ze dan tussen de middag aan de grote tafel in de gang, en dan gaan we daar, dan gaan de vrijwilligers daar met hen eten en dat werk heel leuk. Dat hebben wij geïnitieerd omdat wij wel merkten nadat we hier een jaar ofzo zaten, voor sommige mensen is het wel stil, zo'n kamer.'

Marloes: (...) dat de patiënten het vaak heel erg leuk vinden als ze daarvoor gevraagd worden. Omdat het gezellig is om anderen te spreken. Sommigen vinden het in het begin toch ook wel een beetje eng, van nee joh ik eet wel liever op mijn kamer, en die weten dan niet precies wat het is. Maar als ze dan zien dat het gezellig gedekt wordt met placematjes en broodmandjes, ja weetje dan is het echt aan tafel z'n allen. Ja dat is echt heel leuk want het nodigt ook uit.'

Sanne: 'zo in ieder geval op elke doordeweekse dag, en dat merk je ook dat is gewoon heel gezellig, sommigen kennen elkaar van hier natuurlijk, dus oh ja dan komen ze elkaar weer tegen dan kunnen ze wat gesprekken uitwisselen. Nou zien eten doet eten.'

Ook de koffieautomaat wordt door een verpleegkundige genoemd als ontmoetingsplek.

Isabel: 'we hebben ook een koffieapparaat dat is een punt waar iedereen elkaar gezellig tegenkomt he met de koffieautomaat en bij die gesprekstafel komen mensen elkaar tegen. Dus er zijn heel veel ongedwongen manieren waarop mensen elkaar of andere tegenkomen.'

De belangrijkheid van het ontmoeten van elkaar wordt door alle verpleegkundigen met name in verband met een gevoel van gezelligheid gebracht, die zij als waardevol voor de patiënt beschouwen. Het valt op dat de momenten waarop mensen elkaar (kunnen) ontmoeten zich niet in de eenpersoonskamers afspelen, maar daarbuiten ontstaan of gecreëerd moeten worden. Tijdens het observeren zijn er in de lounge ruimte patiënten geobserveerd die daar met familie zaten, soms met een andere patiënt een praatje maakten, een rondje liepen of een boekje lazen. Op een van de smallere gangen is geobserveerd dat patiënten daar met elkaar praatten vanaf de deuropening. Er zijn geen bezoekers geobserveerd die met elkaar of met een andere patiënt dan hun naaste hebben gesproken. Wel was de koffieautomaat een plek waar soms meerdere bezoekers bij elkaar stonden. Er zijn enkele patiënten geobserveerd die geen bezoek kregen.

Ten aanzien van het tweede nadeel, dat patiënten als kamergenoten niet meer voor elkaar kunnen alarmeren, geven verpleegkundigen aan dat zij manieren hebben gevonden hoe hier mee om te gaan. Sanne vertelt dat het voor haar vooral een kwestie van gewenning en loslaten is geweest.

‘dus dat eh, dat is een kwestie van gewenning denk ik geweest. dat je dan toch het vertrouwen hebt van nou als er iets is dan belt diegene wel, als ik even langsloop, dan hoor of zie wel he dat daar beweging is of eh ja. En waar mensen zijn die hou je op een of andere manier toch wel in het vizier.’

Isabel geeft aan dat technologie haar daarin heeft geholpen. Met behulp van een bewegingssensor wordt de verpleegkundige gewaarschuwd als er beweging is op een kamer van een patiënt die risico loopt om te vallen.

‘Maar dat vergt andere aanpassingen dan op een zaal. Kijk op een zaal dan belt een overbuurman van oh eh ze gaat uit bed! Daar was ik wel een beetje bang voor, van hoe gaat dat. Dus eh, en je gaat natuurlijk ook zelf zorgen dat je, dus iemand die eh steekt zijn voet buitenboord en er gaat een piep dus je gaat er gelijk heen. Dat hadden we toen allemaal niet’

Vera vindt een bemoeizuchtige kamergenoot problematischer voor de patiënt dan het niet meer hebben van een waarschuwende kamergenoot. Ze zegt hierover het volgende:

‘(...) ik vond soms de bemoeizucht wel echt vervelend dat ik dan eigenlijk, dat het gevaar zal ik maar zeggen, dat medepatiënten zich dan teveel met anderen gaan bemoeien terwijl ze zelf hier natuurlijk ook zijn om behandeld te worden of ziek zijn en ze moeten natuurlijk niet voor een andere patiënt zorgen (...) ‘Nouja omdat het niet hun verantwoordelijkheid is en het natuurlijk ook deels mijn verantwoordelijkheid maar ook deel van de patiënt zelf. En daar hoeft niet nog een derde of vierde partij bij te komen of buitenstaanders (...) En ook omdat patiënten vaak niet de medische kennis hebben of de onderlegging waarom wij dingen doen zoals wij ze doen. dus dat ehm dus dat kan ook wel tegenwerken dan. of van ja de zuster van gister die deed hij altijd zo, dan denk ik ja, dat ehm dat werkt niet altijd mee nee.’

De aanpassing van de verpleegkundigen lijkt vooral te zitten in een zekere alertheid, die gepaard gaat met een gevoel van verantwoordelijkheid die voor de verpleegkundige vooral tussen de verpleegkundige en patiënt speelt.

4.3.1.4 Verpleegkundigen, collega-verpleegkundigen en stagiaires

Uit de observaties en de interviews blijkt de relatie met collega's en stagiaires die respectievelijk samenwerking en begeleiding nodig hebben ook van belang voor een goede zorgverlening aan patiënten op eenpersoonskamers. Verpleegkundigen blijken afhankelijk van samenwerking bij bepaalde handelingen bij de patiënt waarbij twee personen nodig zijn of wanneer een verpleegkundige de patiënten van een collega overneemt vanwege de bespreking met de arts (artsenvisite). De eenpersoonskamer lijkt deze samenwerkingsrelatie te bemoeilijken, omdat verpleegkundigen minder zichtbaar voor elkaar en de patiënten zijn.

Vera: ‘ohja dat was inderdaad onze pieper ging af en dat een patiënt van mij belde en dat ik een collega belde van kun je daar kijken. En dat hij zei ik sta vast. En dat zijn de meeste collega's in de ochtendzorg, die staan vast op een kamertje, dan kun je niet even weglopen en ehm op een zaal dan kun je roepen van ik kom zo bij u en dan zien ze je terwijl je bezig bent of iets’.

Met betrekking tot stagiaires kan om diezelfde reden de begeleiding lastiger worden:

ehm..dat vind ik nog wel eens een risico, omdat je dan heel erg ehm soms moet je echt regelen dat jij ziet wat een leerling doet en hoe een leerling werkt, want op een eenpersoons, kijk op een zaal kan ik bij bed 1 bezig zijn en dan zeggen tegen de student kan jij de meneer op bed 3 doen. (ja) he dat je een beetje ehm in de gaten kan houden, dan kan met kamertjes moeilijker ja. (ja ja) maargoed daar pas je ook wel weer een mouw aan, dan ga je gewoon op een eh hele ongedwongen manier krijg ik wel van een patiënt te horen of het niet goed gegaan is en ik kijk ook wel regelt mee ja.

4.3.2 Beleving van sfeer

Sfeer brengen verpleegkundigen in de eerste plaats in verband met iets sociaals.

Isabel: 'Natuurlijk is er minder contact met andere patiënten en dus ook minder sociale controle. Maar tegelijk heb je op éénpersoonskamers ook eerder een sfeer van vertrouwen en beter één op één contact. En dat vind ik heel kostbaar'

Vera: 'nee ik denk we dat die eenpersoonskamers een ding van de toekomst gaan worden het is ook een vereiste geloof ik van de nieuwe nieuwbouw waarin het verplicht wordt. Maar dan vind ik wel zoals bij die loungetafel hier, het is natuurlijk een ziekenhuis een tijdelijke setting, maar ik kan me ook voorstellen voor langere opnames dat er iets ook iets van een gemeenschappelijke, iets gezellig te organiseren waarin mensen toch ook met elkaar onderling kunnen kletsen en doen'.

Sfeer wordt ook verband gebracht met kleurgebruik op de kamers, die verschillend ervaren wordt. Op de eenpersoonskamer is de wand achter het bed gedeeltelijk bedekt met licht hout, met daarboven een kleur. Deze kleuren kunnen per kamer verschillen en hebben de tinten blauw, groen, geel, oranje, beige. De kamers hebben allemaal een wand die bestaat uit ramen, met gordijnen. Deze gordijnen hebben een blokpatroon, met de kleuren groen, grijs en blauw. De badkamer tegels zijn ook in de kleuren blauw, groen en wit gezien. De gangen van de afdelingen zijn wit de deuren van de patiëntenkamers houtkleurig. Verder komen dezelfde kleuren als op de patiëntenkamers terug in het zitje en de balie.

Isabel: 'Sfeer is denk ik allereerst iets tussen mensen. Maar ook de rustige maar frisse kleurstellingen spelen daarbij zéker een rol! Daar is heel goed over nagedacht. Op alle patiëntenkamers is met kleuren gewerkt'

Marloes: 'nou als ik mee had mogen beslissen dan had ik het zelf wel anders gedaan, maar ik denk wel, andere kleuren en wat meer knussigheid en ik denk wel dat zoals nu moet alles goed schoon te maken zijn. En allemaal dat soort dingen. Ik zou het iets meer aankleden, daar hou ik wel van. Iets relaxter, of iets met bloemen. warme kleuren misschien dat geeft zo'n andere toon als je binnenkomt. Dus ja. ik denk dat dat wat huiselijker is gewoon. (..) meer kleur en bijvoorbeeld handdoeken met kleur. Er zijn kamers met een turquoise wand en die vind ik warmer. Patiënten die langer blijven, kleden zelf aan met bijvoorbeeld kaarten en zijden bloemen'

Op de eenpersoonskamer blijkt een sfeer tussen patiënten onderling moeilijker tot stand te kunnen komen. De gekozen kleuren op de eenpersoonskamers betekenen voor de ene verpleegkundige rust en frisheid, en voor de andere verpleegkundige stralen de kleuren te weinig warmte en knusheid uit. Dit lijkt verband te houden met de opnameduur, zo vinden verpleegkundigen dat patiënten die gedurende een langere periode in het ziekenhuis verblijven meer behoefte hebben aan gezelligheid, huiselijkheid en warmte.

4.3.3 Beleving van ruimte

In de beleving van ruimte van de eenpersoonskamer ervaren verpleegkundigen verschillende aspecten in hun zorgverlening aan de patiënt, Zo wordt de eenpersoonskamer beleefd als ruimte om functioneel in te werken en bestaat daarin verschil tussen verpleegkundigen in hoe klein of groot ze de ruimte ervaren. De eenpersoonskamer wordt voor de patiënt gezien als een plek die zij associëren met woonruimte en waar de patiënt eigen spullen en sanitair heeft.

4.3.3.1 De eenpersoonskamer als werkruimte

Ruimte wordt door de verpleegkundigen beleefd als een plek met een functie, waar zij handig gebruik van maken om handelingen goed uit te kunnen voeren bij een patiënt. Een douchedeur die open gezet kan worden kan de werkruimte vergroten, terwijl spullen van de patiënt die plek opeisen de werkruimte juist kunnen verkleinen en de verpleegkundige kunnen beperken.

Vera: 'en inderdaad die deur kan open dat vind ik prettig voor mijzelf omdat het gewoon minder benauwd is dan wanneer je in zo 'n hokje staat waar alles dicht is omdat je ook de privacy van de patiënt, je wilt niet dat iedereen op de gang kan zien wat er gebeurt (...) dat iemand gewoon lekker die ruimte heeft'.

Sanne: Nou je moet je voorstellen dat mensen aan tafel willen ontbijten en ze hebben een bos bloemen gekregen ja staat die dan op het nachtkastje of staat die dan op het tafeltje? hij kan niet in het raam want je gaat de gordijnen dichtdoen en hij gaat om zegmaar, (...) sommige mensen die krijgen heel veel bloemen en die mogen hier natuurlijk sowieso niet, als ze dan bloemen krijgen of snoepgoed of andere lekkernijen, fruitmand, het is ruimte van de patiënt maar ik wil ook nog iets! (...) waar leg in nu mijn spullen even neer, nouja dat vind zich wel een weg hoor maar dat merk je soms wel.'

Ook het ontwerp van de eenpersoonskamer beïnvloedt de hoeveelheid ruimte voor de op een negatieve manier voor Sanne:

(...)maar daar zijn meanderafspraken over hoeveel er in de la mag liggen, en er past maar een deken in weet je wel. (...) maar afvalbakje, het is allemaal klein, het blaadje waar je eventueel je spullen op kwijt moet als je iets gaat doen, een katheter plaatsen of wat ook maar, zoals je gisteren gezien hebt, dat is 1 vierkante meter, dat is jouw werkblad waar je iets kan zeg maar.

Voor de verpleegkundige is het van belang dat er letterlijk ruimte is om werkzaamheden te kunnen doen bij de patiënt. Voor de patiënt wordt de eenpersoonskamer als groot genoeg ervaren, voor de verpleegkundige niet.

4.3.3.2 De eenpersoonskamer als leefruimte

Verpleegkundigen associëren de eenpersoonskamer van de patiënt met leefruimte van de patiënt. Leefruimte wordt één keer expliciet genoemd, maar ook bij andere verpleegkundigen meer impliciet met leefruimte in verband gebracht. Dit blijkt te maken te hebben met het gevoel dat de eenpersoonskamer letterlijk en figuurlijk op woonruimte kan lijken.

Isabel: 'nou voor die patiënt dacht ik dan je hebt zo 'n klein leefwereldje als patiënt, dus op zo 'n drie persoonskamer is het alleen jou bed, dat is jou leefwereld. En hier heb je een hele kamer plus badkamer.' (...)En nu hoeft je nooit op elkaar te wachten want je hebt een eigen wc. Het is wel grappig want de mensen die ehm op die manier hem, er zijn heel veel mensen die alleen wonen, en die vanwege hun longproblemen weinig de deur uit kunnen en hier

hebben ze ook een soort klein appartement, dus het best heel goed om ze op die manier ook te activeren op hun kamer’.

Sanne: ‘je moet hier niet wonen zoals sommige mensen hier natuurlijk doen, voor een periode’ (...) ‘Dan is het wel een uitdragerij van dingen en ja soms een gezoek van waar laat je dingen. Dan komen mensen met een koffer aan omdat ze hier 3 weken komen logeren, ja die koffer past niet in dit kastje dus die gaat daar bovenop en die wordt daar stoffig, dus ja wie gaat dat dan, weet je wel, dus dat zijn praktische dingen, waar je dan wel eens tegenaan loopt, maar ja denk hij oogt heel ruim maar daarin heeft het ook wel zo z’n dingen

Vera: (...) iedereen heeft zijn eigen badkamer een wastafel en toilet, sowieso hygiëne natuurlijk, ik bedoel je heb veel minder snel dat je iemand toch eh kan besmetten met iets want het is gewoon je eigen persoonlijke wc, die natuurlijk wel schoongemaakt wordt enzo, maar je hebt niet echt dat andere mensen op jouw toilet gaan en dat is natuurlijk een groot voordeel ehm ook weer gericht op de privacy en ook dat je gewoon lekker die douche hebt, mensen hoeven zich niet gehaast te voelen of het idee te hebben dat er iemand voor jou op die douchestoel heeft gezeten of.’

Het valt op dat de eenpersoonskamer door het eigen sanitair een belangrijk aandeel heeft in de ervaring van de eenpersoonskamer als leefruimte voor de patiënt.

Isabel: ja dan hadden wij 3 douches, voor circa 25 patiënten, en nee die ging je dan echt reserveren voor, en dan strompelde je daarheen met een patiënt die slecht ter been was, en dan moest je die halve gang door en dan ging ik altijd de kleren van die patiënt in de douche leggen en de toilettas, en dan ging ik gauw die patiënt halen en moest je heel langzaam lopen en dan was je er eindelijk, lagen de kleren en de toilettas op de gang want een ander was er in gegaan. weetjewel zo, en die situaties nou daar wil ik echt niet meer naar terug.

Sanne: dan moest je, en hoe vaak je wel niet achter een gordijn, dat gordijn stond weg te waaien omdat iemand op een poststoel moest die zich aan het voorbereiden was op een coloscopie [darmonderzoek waarbij patiënten laxemiddel toegediend krijgen]. Met alle gedoe van dien. Ja dat is echt gênant. Dus ja dat, dat, dat mis je nou helemaal niet.

Verpleegkundigen ervaren het eigen sanitair als een belangrijk positief aspect voor de patiënt, in tegenstelling tot de meerpersoonskamers waar toilet en douche met één tot vier mensen gedeeld moest worden. Minder hygiëne, lang wachten en gevoelens van schaamte ervoeren de verpleegkundigen daarbij als erg vervelend voor de patiënt. Tot slot kan de patiënt op de eenpersoonskamer soms voor een langere periode opgenomen zijn en daarbij veel eigen spullen mee hebben, die bij de verpleegkundige het gevoel versterkt dat de kamer vooral aan de patiënt toebehoort.

4.3.4 Beleving van tijd

Verpleegkundigen ervaren dat de tijd zowel objectief als subjectief sneller gaat als zij zorg verlenen op eenpersoonskamers.

Marloes: ‘wat tijdrovender is zegmaar omdat je langer bezig bent per kamer, Ja want kijk als, als er vier mensen op een kamer liggen, oké dan zeg je oké nou we gaan wassen dan kijk, die geef je een doekje, daar doe je het gordijn dicht en die help je in de douche en dan ga je daar de rug nog wel even doen. Je ben je een soort eh van overal tegelijk bezig, terwijl nu sta je soms gewoon even te wachten tot iemand uitgeplast is of weet ik veel en omdat ja je dan aan het helpen bent en dan moeten ze in een keer naar de wc’.

Isabel: *'Ik vind dat lastig te zeggen. Maar ik ervaar wel méér dan in de oudbouw, dat de dagen omvliegen. Dat komt onder andere omdat je alleen maar individuele zorg geeft.....op zaal kon je nog wel eens het een en ander combineren' (...) je was altijd al druk, dan had je bijvoorbeeld vierpersoonskamers, en dan kon je heel efficiënt doen, je kon bijvoorbeeld iedereen tegelijk aan het wassen helpen, dan gaf je iedereen een pakje doekjes ik noem maar wat of kommen. En ehm begint u alvast? En nou dan gaf je daarna de scheerspullen je gaf, dan had je, in 20 minuten had je vier patiënten gewassen maar nu kan ik ook in 5 minuten klaar zijn bij een patiënt, maar dan heb ik wel een op een contact, dan heb ik wel het complete plaatje ik heb lichamelijke verzorging en ik heb contact'*

Sanne: *'En nu heb je gewoon dat je je even kan terugtrekken en zeker ook soms is het heel druk en dat je denkt nouja je hebt eigenlijk bijna geen tijd voor mensen. Maar als je dan even de deur dichttrekt en je kan je kan 10 minuten even op die manier met elkaar praten, (ja ja) dan hebben mensen wel het gevoel dat ze even gehoord zijn, terwijl je misschien maar 10 minuten aan het praten bent*

Vera: *Zoals ik vanmorgen ook even heb gedaan met die meneer hiernaast, maar je hebt eigenlijk geen idee wat er om je heen gebeurt (...) enne anderzijds kan dit het ook weer lastiger maken omdat je dat niet bij iedereen gaat doen, als je bij iedereen tien minuten zit ben je een uur verder. Dus ehm ja ik denk eigenlijk wel dat het beter is om het zo te doen, omdat mensen zich ook echt volledig het idee hebben je bent hier voor mij, want er zijn geen anderen hier, mensen stellen geen vragen je hebt gewoon echt één op één contact.*

Zorg op eenpersoonskamers betekent dat de verpleegkundige zich maar met een patiënt tegelijk kan bezighouden. Op de zaal konden er meerdere patiënten tegelijk geholpen worden waardoor er tijd bespaard kon worden. Voor de patiënt ervaren zij dat de tijd op de eenpersoonskamer juist langer kan duren.

Vera: *'sommige mensen merk je wel, die zitten alleen maar op dat kamertje, die zitten daar te wachten of ze gaan revalideren of dat ze naar huis gaan of een behandeling of iets' (...) Ik snap dat als je op zo 'n kamertje ligt, met geen televisie of radio, dat dat best we saai kan zijn, dan lig je daar maar, je hebt geen idee wat er om je heen gebeurt terwijl wij heel druk kunnen zijn*

Isabel: *'Nouja weet je ik vind wel, als je een nadeel zou kunnen noemen is de verwarde patiënt, die in stilte ligt. Maar daar gaan we steeds meer mogelijkheden voor he. Voor een muziekje of eh een bekende liederen waar de patiënt van houdt (ja) we hebben de qwiekup [een verrijdbaar apparaat met audiovisuele mogelijkheden] he die we hier hebben.*

Tijdens één van de schaduwdagen vertelde een verpleegkundige dat er na evaluaties vlak na de verhuizing er vanuit het bestuur besloten werd een extra verpleegkundige in de avond in te plannen. Deze verpleegkundige heeft zelf geen patiënten maar verricht hand -en spandiensten om de andere verpleegkundigen te ondersteunen. De tijd waarin de verpleegkundige zichtbaar is voor de patiënt blijkt desondanks, of mogelijk voor de ervaringen in de dagdienst (waarin er de patiënten geholpen worden met wassen) te zijn afgenomen voor de patiënt, die nadelig is bij patiënten die veel alleen zijn of verward zijn. Echter heeft de tijd die de verpleegkundige met de patiënt doorbrengt wel meer betekenis gekregen volgens de verpleegkundigen, omdat minder afleidingen van andere patiënten de patiënt het gevoel geven dat de verpleegkundige alle aandacht voor hem of haar heeft.

4.3.5 Beleving van lichamelijkheid

Lichamelijkheid is zoals in Hoofdstuk 2 beschreven soms moeilijk onder woorden te brengen en verloopt veelal onbewust. Observaties hebben dan ook grotendeels geholpen om de rol van het lichaam in de verpleegkundige zorgverlening op eenpersoonskamers naar boven te krijgen.

4.3.5.1 Zicht en overzicht

In de observaties komt allereerst naar voren dat de verpleegkundigen veel lopen. De verpleegkundigen traden de patiëntenkamers vaak helemaal binnen waar bij de deur en de gordijnen gesloten werden. Ook als er slechts een korte vraag beantwoord moest worden of er kortdurende handeling verricht moest worden. In combinatie met de interviews blijken deze lichamelijke activiteiten verband te houden met het overzicht van de verpleegkundigen op hun patiënten.

Marloes: In het begin was het veel lopen en zoeken en ja ook gewoon dat iedereen op z'n eigen kamer lag (...) nou het enige wat ik fijn vond aan de meerpersoonskamer was dat je een beetje in een oogopslag iedereen ziet wie er ligt, en als je nu op een eenpersoonskamer bezig bent en er belt iemand en die heeft je hulp nodig, dan weet ik op dat moment niet wat er is. Terwijl als ik op zaal ben, en de overbuurman belt dan zeg ik 'ik kom zo bij u' weet je wel zo, dat is, En dat zie je nu natuurlijk niet, en dan denk oh het was dat en dat en dat had wel even kunnen wachten. Dan had ik beter de zorg nog even kunnen afmaken die je op dat moment aan het geven bent.

Vera: 'De arts zei ook van ik wil dat je om de tien minuten even dat je een check doet en voor mezelf vond ik het ook prettig, maar als iemand alleen ligt is dat ook moeilijker. Als hij op zaal ligt kan iemand altijd zeggen van die meneer doet zo vreemd. Die kunnen dan ook mede constateren natuurlijk.' (...) dat merk je gewoon uit de praktijk wel, sommige patiënten hebben gewoon meer aandacht nodig of zijn zeker waardoor je meer op die kamer bent dan bij een andere patiënt die zelfredzaam is, dus dan is het gevaar natuurlijk wel dat je iemand iets meer links laat liggen maar dat je ook minder zicht daardoor hebt en ehm, dus je moet daar wel goed bewust van zijn dat je vijf kamers hebt dat je ook regelmatig even in elke kamer kijkt, dat je dat wel in de achterhoofd houdt.'

Een van de verpleegkundigen geeft daarbij specifiek aan dat de eenpersoonskamer invloed heeft op het uit elkaar kunnen houden van patiënten:

Isabel: 'Ik ervaar wel méér dan in de oudbouw, dat de dagen omvliegen. Dat komt onder andere omdat je alleen maar individuele zorg geeft.....op zaal kon je nog wel eens het een en ander combineren (...) 'Inderdaad moet je nu meer moeite doen om het overzicht te krijgen en te behouden. Voorheen op zaal, kon je eenvoudiger visualiseren.....ligt patiënt bij het raam links rechts of links bij de deur of juist rechts..... Dat was een extra hulpmiddel om patiënten uit elkaar te houden. Nu ligt elke patiënt op een identieke kamer. Veel mensen hebben ook dezelfde ziektebeelden.....dus het is intensiever om de patiënten allemaal goed uit elkaar te houden.'

Verpleegkundigen moeten om overzicht op hun patiënten te bewaren meer moeite doen met enkel eenpersoonskamers. Zo is er minder zicht op meerdere patiënten tegelijkertijd en kunnen werkzaamheden voor verschillende patiënten niet langer gecombineerd worden. Dit geeft een toegenomen fysieke inspanning omdat er nu om van de ene naar de andere patiënt te gaan, van de ene naar de andere kamer gelopen moet worden. Deze fysieke inspanning hangt samen met een grotere geestelijke inspanning, waarbij de verpleegkundigen zich continu bewust zijn van het feit dat de patiënten alleen liggen. Voor één verpleegkundige

heeft deze toegenomen geestelijk inspanning ook te maken met de vrijwel identieke kamers, waarbij patiënten lastiger uit elkaar te houden kunnen zijn.

4.3.5.2 Kwetsbaarheid en emoties

In de tweede plaats zit die lichamelijke in het contact wat de verpleegkundigen met de patiënt hebben. In paragraaf 4.3.1 wordt aan de relatie tussen verpleegkundigen en patiënt in de eerste sub paragraaf al aandacht geschonken, waaruit geconcludeerd is dat verpleegkundigen meer één op één contact ervaren met de patiënt op de eenpersoonskamer. De beleving van deze relatie op een eenpersoonskamer heeft echter ook een dimensie van lichamelijke, die de verpleegkundigen vooral in hun vergelijking met de meerpersoonskamer kunnen omschrijven. Op de meerpersoonskamer voelden verpleegkundigen namelijk de aanwezigheid van andere patiënten en werden daardoor beïnvloed als zij aan een patiënt zorg verleenden.

Marloes: omdat je, omdat ik het gevoel heb dat je er dan meer kan zijn voor de patiënt. Omdat als je op een zaal bent, je toch altijd rekening houdt met wat je zegt en of andere het ook kunnen horen. je hebt dan vaak dat je je iets meer in moet houden, en daar moet je dan aan denken ook bij de verzorging. En zoals nu dan zie je dan is iemand heel verdrietig, dan geef je iemand een knuffel, dat zou ik toch lastiger vinden op een zaal.' (...) Ik heb wel eens een patiënt meegemaakt die een tijdje met kuren bezig was en heel veel moeite had om uiteindelijk afstand van haar haren te doen, die door de kuren niet mooi meer waren. Ik heb haar uiteindelijk voorzichtig over weten te halen het toch te doen. Samen met haar partner heb ik haar door deze moeilijke stap heen geholpen door samen in de badkamer haar haren af te scheren. Dat was een heel intiem en ingrijpend moment waarbij we later zelfs een lolletje met elkaar hadden. Dat zijn momenten waarvan ik denk dat die nooit op een zaal hadden gekund'

Isabel: 'nee, ik zou niet meer terug willen wat weetje eerder was het zo op zaal, dan zag je aan de patiënt iets, maar dan kon je het niet ter sprake brengen omdat er geen privacy was, ja en nu hoef ik geen blad voor de mond te nemen ik kan zeg maar zomaar in gesprek gaan met de mensen. Dus kijk dat hadden we toen ook met die meneer op [kamernummer] dat ie eigenlijk terugkomt op zijn besluit om, dat hij niet meer verder kan leven, daar kwam hij eigenlijk op terug he op het laatste nippertje, en ehm daar kan ik dan wel gelijk op ingaan, en ik hoef niet eerst de ruimte te hebben waar we kunnen praten en ehm nee, dus ik vind de kwaliteit van zorg daar wel in verbeteren. Omdat alle zorg die ik geef er is niks wat niet belangrijk is, alles wat ik doe bij een patiënt heeft gewoon kwaliteit omdat je echt altijd to the point kan komen.'

Vera: 'maar af en toe dacht ik, je word zo op de vingers gekeken door mensen dat was dan wel eens ehm vervelend dat ze zich ook gingen bemoeien met het proces en ook dan tegen mij gingen zeggen ja meneer was gister zo benauwd en daar moeten jullie wat aan doen.'

De aanwezigheid van andere patiënten zorgt bij de verpleegkundigen lichamelijk voor een ervaring van kwetsbaarheid. Dat andere patiënten mee kunnen luisteren of observeren maakt het lastiger voor de verpleegkundige om ruimte te creëren voor gevoelens en zorgbehoeften van de patiënt. De eenpersoonskamer neemt deze kwetsbaarheid weg waardoor de verpleegkundigen makkelijker gevoelige onderwerpen aansnijden. Er is tijdens het schaduwen gezien dat verpleegkundigen en patiënten op een vloeiende manier op elkaar reageren. Zo maakt de verpleegkundige makkelijk lichamelijk contact door bijvoorbeeld naast de patiënt te gaan zitten en een hand of arm van een patiënt aan te raken, als uiting van

medeleven. Patiënten aarzelden op hun beurt weinig met het uitten van hun gevoelens, waardoor het voor de verpleegkundige makkelijker was in te gaan op emotionele of beladen onderwerpen die bij de patiënt speelden. Bijvoorbeeld over het levenseinde of de gevoelens die een patiënt had omtrent een chemokuur die ondergaan werd. In twee situaties leidde dit op een later moment tot een zogenoemd familiegesprek, waarbij deze emoties een stem konden krijgen in de medische behandeling (patiënt, familie, arts en verpleegkundige).

4.3 Conclusie

Wat is de belichaamde ervaringskennis van verpleegkundigen in het zorg verlenen aan patiënten op een verpleegafdeling het ziekenhuis die enkel bestaat uit eenpersoonskamers?

Concluderend wordt zorgverlening van verpleegkundigen aan patiënten op eenpersoonskamers over het algemeen positief ervaren omdat voor de verpleegkundigen de voordelen opwegen tegen de nadelen. De belangrijkheid van de voordelen zit voor de verpleegkundigen vooral in het aandacht geven aan de patiënt als individu. Zo maakt de eenpersoonskamer een op een contact mogelijk. De relatie tussen verpleegkundige en patiënt krijgt volgens de verpleegkundigen meer diepgang omdat patiënten beter hun emoties kunnen uiten waar verpleegkundigen weer op kunnen afstemmen. Ook voelen de verpleegkundigen zich bij bepaalde patiënten meer deelgenoot van ingrijpende en intieme momenten. Verpleegkundigen vinden deze aandacht kunnen hebben voor de patiënt essentieel om goede zorg te kunnen verlenen. Ook vinden verpleegkundigen het positief dat patiënten met de eenpersoonskamer een eigen ruimte hebben waar familie meer aanwezig kan zijn en er de patiënt eigen spullen heeft. Op die manier hoeven ze geen rekening met anderen te houden ten aanzien bezoek of gebruik van sanitair, wat hen rust en privacy biedt en voorkomt dat ze lang moeten wachten.

De eenpersoonskamer betekent in negatieve zin dat verpleegkundigen zich mentaal en fysiek meer moeten inspannen om alle patiënten de nodige aandacht te geven, omdat er minder zicht en overzicht is door een toename van het aantal muren. Ook moet sociaal contact, die volgens de verpleegkundigen met name belangrijk is voor een gevoel van gezelligheid, voor patiënten buiten de eenpersoonskamer gezocht worden. Waar de eenpersoonskamer voor patiënten ruim genoeg is, is die voor verpleegkundigen die de eenpersoonskamer ook als werkruimte moeten gebruiken, te klein. Daarbij is de aankleding daarvan niet volgens alle verpleegkundigen bevorderlijk voor de sfeerbeleving van de patiënt die langere tijd opgenomen is.



5 DISCUSSIE

In hoofdstuk wordt met de conceptuele inzichten gereflecteerd op empirische bevindingen en vice versa. Uit de dialectische verhouding die daaruit ontstaat, tracht ik inzichten te genereren die een antwoord kunnen geven op de laatste deelvraag van dit onderzoek: *Wat betekenen de empirische bevindingen voor goede zorg, vanuit zorgethisch perspectief?*

In dit onderzoek werd de belichaamde ervaringskennis van verpleegkundigen op eenpersoonskamers onderzocht. Die blijkt uit 3 spanningsvelden te bestaan waarin de concepten relationaliteit, lichamelijkheid en ruimte een rol spelen. Ten eerste blijken verpleegkundigen meer aandacht in de zorgrelatie te ervaren, maar staat dit tegenover meer fysieke en geestelijke belasting. Ten tweede heeft de eenpersoonskamer tot gevolg dat familie meer betrokken is bij de zorgverlening, wat behalve bevorderlijk ook belemmerend kan werken op de autonomie van de patiënt en daarmee op de verpleegkundige in haar afstemming op de patiënt. Ten derde biedt de eenpersoonskamer de patiënt meer privacy, maar betekent dit tegelijkertijd dat mogelijk waardevol contact met andere patiënten of bezoekers minder vanzelfsprekend kan ontstaan. In dit hoofdstuk zullen deze spanningsvelden een voor een worden besproken, waarbij deze met de theoretische inzichten zullen worden geïnterpreteerd om zo tot een uitspraak over goede zorg in zorgethisch perspectief te komen.

5.1. Spanningsveld 1: Een zorgrelatie met meer aandacht, maar meer belasting voor de verpleegkundige

Uit het onderzoek blijkt de eenpersoonskamer in eerste instantie betere afstemming tussen verpleegkundige en patiënt mogelijk te maken, zo blijkt in paragraaf 4.3.1.3. Medepatiënten leiden de verpleegkundige minder af met hulpvragen omdat ze zich in een andere ruimte bevinden. Ook kunnen medepatiënten niet meer meeluisteren met gesprekken, wat zowel voor de patiënt als de verpleegkundige ruimte geeft om onderwerpen die gevoelig kunnen liggen aan te snijden. De zorgverlening verloopt hierdoor volgens de verpleegkundigen met meer aandacht en daardoor op een vloeiende wijze. Ook noemen de verpleegkundigen in paragraaf 4.3.5.2 dat kwetsbaarheid en emoties van de patiënt daarin een belangrijke rol spelen. Dit komt in de literatuur in de eerste plaats overeen met de eerste fase van zorg volgens Tronto: ‘caring about’ of ‘zich zorgen maken om’. In deze fase is aandachtigheid volgens haar het noodzakelijke element, omdat hiermee zorgbehoeften bepaald kunnen worden en afstemming daarop vervolgens mogelijk wordt (Tronto, 1993 p. 106). In de tweede plaats komen de bevindingen overeen met de inzichten van Van Heijst. Net als Tronto stelt zij dat aandacht essentieel is om zorgbehoeften helder te krijgen, maar voegt zij daar in lijn met de presentietheorie van Andries Baart aan toe dat aandacht schenken een bepaalde ruimte creëert. Hiermee wordt een relationele ruimte tussen mensen onderling bedoeld, waardoor menselijke uniekheid kan verschijnen (Van Heijst 2005 pp.173). Uit het onderzoek blijkt de eenpersoonskamer hier letterlijk een plek voor te bieden. Zo blijkt uit de bevindingen in paragraaf 4.3.1 en 4.3.5 dat verpleegkundigen zich meer deelgenoot te voelen bij bepaalde ingrijpende en intieme momenten van specifieke patiënten, wat op meerpersoonskamers niet (altijd) mogelijk was.

Hoewel de eenpersoonskamer de verpleegkundigen in belangrijke mate ondersteunt, moeten zij hier wel meer inspanning voor leveren. De verpleegkundigen zorgen altijd voor meer dan één patiënt, wat betekent dat zij afstemming op meerdere patiënten moeten bereiken. Door de eenpersoonskamers is er een toename van het aantal muren ontstaan, die de zichtbaarheid van de patiënten en de verpleegkundigen vermindert. Van patiënt naar

patiënt gaan betekent nu van kamer naar kamer gaan. Dit houdt in dat de verpleegkundigen niet alleen meer moeten lopen, maar ook meer moeten afwegen en aanvoelen welke patiënt wel en welke patiënt niet langer alleen kan worden laten. Ook wordt de samenwerking met collega's en de begeleiding van stagiaires erdoor bemoeilijkt. Uit de bevindingen blijkt dat de verpleegkundigen zich in grote mate aan deze toegenomen fysieke en geestelijke inspanning te hebben aangepast. Ook heeft het bestuur op deze toegenomen belasting actie ondernomen, door in de avond een extra verpleegkundige dienst in te voeren. Verpleegkundigen hebben in deze dienst geen eigen patiënten, maar verrichten hand -en spandiensten om de collega's die wel eigen patiënten hebben te ontlasten. Hoewel dit een eenvoudige oplossing lijkt te zijn, kunnen hier vanuit de theoretische inzichten kritische kanttekeningen bij geplaatst worden. Om te beginnen kan met de inzichten van Dubet het éénpersoonskamerbeleid geduid worden als een systeem, die de verpleegkundige zorgverlening in een zekere mate stuurt. De verpleegkundigen hebben zich ten gevolge van dit beleid immers fysiek en geestelijk moeten aanpassen en er een nieuwe verpleegkundige dienst bij gekregen. Dit hoeft niet per definitie problematisch te zijn, maar Dubet waarschuwt dat de opkomst van een systeem zorgverleners teveel kan onderwerpen aan hoe ze hun werk moeten doen (Vosman & Baart, 2008). Dat de invloed van een systeem beperkt blijft en verpleegkundigen voldoende ruimte behouden voor het uitoefenen van hun vak zoals zij goedachten, is van belang om het institutiekarakter van het ziekenhuis, de zorg voor zieken, overeind te houden (Ibid).

Verder betekent deze hand -en spandienst voor patiënten dat zij meerdere verpleegkundigen aan hun bed hebben. Volgens Van Heijst (2005) kan dan een risico ontstaan dat de behoeften van de patiënt uit het oog worden verloren. Van Heijst en Vosman pleiten er in hun menslievende benadering voor dat zorgen niet verstaan moet worden als een uitvoering van een serie te verrichten handelingen, maar als het staan in een zorgzame betrekking waarin ruimte moet zijn om uniekheid van mensen te laten verschijnen (Van Heijst et al., 2010; Van Heijst p124).

5.2 Spanningsveld 2: Meer familie betrokken in het zorgproces, maar mogelijk minder autonomie van de patiënt

De eenpersoonskamer faciliteert mogelijkheden voor naasten om langdurig bij de patiënt te blijven, door minder strikte bezoektijden en het standaard aanwezige logeerbankje. Uit het onderzoek blijkt dat de verpleegkundigen ervaren dat de patiënten het fijn vinden dat naasten langer kunnen blijven om de patiënt bij te staan. De verpleegkundigen voelen zich door daardoor ondersteund in hun zorg aan de patiënt, bijvoorbeeld wanneer naasten 's aanwezigheid zijn en de patiënt troost bieden. In paragraaf 4.3.1.2 is te lezen dat dit de verpleegkundige een gerust gevoel geeft. Dit resoneert met de inzichten in hoofdstuk 2 van Tronto, Van Heijst en Van Nistelrooij et al. Volgens hen is een zorgbehoefte verbonden met anderen in het omgaan met ziekte (Van Heijst 2005; Tronto 1993; van Nistelrooij et al., 2017). Zij distantiëren zich hiermee van de gangbare opvatting in de medische ethiek, waarin het omgaan met ziekte in termen van zelfbeschikking niet-inmenging van anderen uitgangspunten zijn.

Hoewel vanuit de bevindingen blijkt dat verpleegkundigen positief tegenover meer betrokkenheid van familie staan, blijkt uit observaties dat familieleden bij langdurig verblijf soms namens de patiënt spreken met de verpleegkundige over de patiënt en diens behoeften. Mogelijk kunnen de wensen van de patiënt (onbedoeld) overschaduw worden door de wensen van de naasten. De inzichten in de achtergrond van het eenpersoonskamerbeleid in ziekenhuizen in paragraaf 2.2, maken aannemelijk dat dit te maken heeft met het autonome mensbeeld dat in de Nederlandse gezondheidszorg de boventoon voert in combinatie met de

focus op patiënttevredenheid die de marktwerking van de zorg vraagt. Volgens Van Heijst (2005) creëren deze tendensen een foutieve gelijkheid tussen zorgontvanger en zorgverlener, met als gevolg een onterechte verwachting van de zorgverlener dat de zorgontvanger zelf zal aangeven wat hij of zij nodig heeft. De zorgontvanger is volgens Van Heijst door zijn of haar kwetsbaarheid juist ongelijk ten opzichte van de zorgverlener. Door die ongelijkheid zijn zorgverhoudingen ook machtsverhoudingen (Ibid, p. 234). Als vanuit deze tendensen tevens de mogelijkheden voor naasten om zich actiever in het zorgproces te kunnen mengen worden vergroot, kan die ontkenning van die onderliggende (machts)ongelijkheid tot een verdere verdringing van de autonomie van de patiënt leiden. Een taalbarrière tussen verpleegkundige en patiënt waarbij een familielid als tolk optreedt, zoals in paragraaf 4.3.1.1 is beschreven, versterkt dit mogelijk nog meer.

5.3 Spanningsveld 3: Meer privacy, minder ontmoeting

Uit de twee eerder beschreven spanningsvelden blijken de relaties tussen de verpleegkundige, de patiënt en de naasten van de patiënt meer verdieping te kunnen krijgen. Behalve dat de eenpersoonskamer de zorg vanuit het directe netwerk van de patiënt helpt faciliteren, biedt het de patiënt als individu meer afscherming van anderen, ergo privacy. Uit de bevindingen blijkt dat verpleegkundigen de privacy die een eenpersoonskamer oplevert vinden opwegen tegen het tegelijkertijd minder vanzelfsprekend ontstaan van ontmoetingen tussen patiënten onderling en tussen patiënten en andere bezoekers.

In de beleving van de verpleegkundigen is privacy belangrijk vanwege kwetsbaarheid van patiënten, waarbij contact met anderen een te grote belasting kan vormen zoals voorheen op meerpersoonskamers. Zoals beschreven in paragraaf 4.1.3, benoemen verpleegkundigen verschillende aspecten van die belasting. Zo hebben patiënten volgens verpleegkundigen onder andere de neiging om hun situatie met die van andere patiënten te vergelijken. Bijvoorbeeld met betrekking tot kuurdagen of het ontvangen van wel of geen bezoek, die respectievelijk gevoelens van stress en eenzaamheid kunnen oproepen. Ook patiënten die teveel betrokken zijn met medepatiënten kunnen zich volgens verpleegkundigen dusdanig verantwoordelijk voelen dat hun eigen ziekteproces daar negatief door kan worden beïnvloed. Tot slot zijn rust en schaamte belangrijke aspecten waar de eenpersoonskamer volgens verpleegkundige in tegenstelling tot de meerpersoonskamer wel de juiste omstandigheden voor schept. In paragraaf 4.3.3.2 blijkt sanitair in de beleving van de verpleegkundigen met betrekking tot dat laatste met name waardevol te zijn.

De verpleegkundigen vinden het anderzijds belangrijk dat patiënten contact hebben met medepatiënten of bezoekers. De verpleegkundigen ervoeren dat dit door eenpersoonskamers lastiger tot stand kwam en hebben daarom in samenwerking met vrijwilligers een gezamenlijk eetmoment gecreëerd aan de tafel in het breedste gangpad van de afdelingen. Dit resoneert met de inzichten van Tronto, zoals beschreven in paragraaf 2.1.1 waarin ze zorg opvat als een sociale praktijk in menselijk leven en samenleven waarbij mensen zich verantwoordelijk voor elkaar voelen en voor elkaar zorgen in een netwerk van relaties (Tronto 1993, p. 103). Gezamenlijk eten is zo beschouwd een vorm van zo'n sociale praktijk waarin mensen naar elkaar omzien. De verpleegkundigen geven echter ook aan dat er patiënten zijn die, ondanks het gezamenlijke eetmoment, geruime tijd alleen op hun kamer doorbrengen, bijvoorbeeld patiënten die verward zijn of een poos moeten wachten op een revalidatieplek. Het kan voor hen dan te stil en saai worden.

Vanuit de beleving van verpleegkundigen uit dit onderzoek weegt zoals aan het begin van deze paragraaf is genoemd het aspect van privacy zwaarder dan sociaal contact. Bij raadpleging van onderzoek naar het perspectief van patiënten, blijkt echter dat dit bij hen andersom het geval kan zijn. Uit een fenomenologisch onderzoek naar de beleving van

ziekenhuisverblijf onder oudere ziekenhuispatiënten door Van der Meide (2014) blijkt het hebben van kamergenoten voor ouderen juist een welkome afleiding te zijn in plaats van als een verstoring te worden gezien. Een kamer met meerdere patiënten geeft hen een gevoel van veiligheid, plezier en afleiding van de eigen problemen en de saaiheid van het ziekenhuis. Een patiëntenkamer waar zij alleen verblijven kan daarentegen gevoelens van eenzaamheid teweegbrengen (Van der Meide, Olthuis & Leget 2014). Voor ouderen heeft dit te maken met een steeds kleiner wordend netwerk, maar ook met een partner die ouder is en waarvoor het lastiger kan zijn om op bezoek te komen (Ibid).

5.3 Conclusie

In dit hoofdstuk is getracht de laatste deelvraag van dit onderzoek beantwoord te krijgen die als volgt luidt: *Wat betekent deze ervaring uit de empirie voor goede zorg, vanuit zorgethisch perspectief?* Analyse van de theoretische en empirische bevindingen van dit onderzoek maakt 3 spanningsvelden zichtbaar waaruit geconcludeerd kan worden dat verpleegkundige zorg verlenen op een eenpersoonskamerafdeling vanuit zorgethisch perspectief zowel voordelen als nadelen voor goede zorg met zich meebrengt. Ten eerste heeft de eenpersoonskamer ervoor gezorgd dat de verpleegkundige zorg met meer aandacht kan worden gegeven en de uniekheid van de patiënt beter kan verschijnen. Dit vraagt echter meer fysieke en mentale inspanning van de verpleegkundigen. In combinatie met de invoering van een hand -en spandienst in de avond, kan dit geïnterpreteerd worden als een negatieve vorm van sturing van een systeem die heeft ingegrepen op de werkwijze van de verpleegkundigen.

Ten tweede hebben naasten van de patiënt met de komst van de eenpersoonskamer letterlijk en figuurlijk meer ruimte gekregen om zorg aan de patiënt te bieden. Dit draagt in positieve zin bij aan zorg opgevat als een netwerk van relaties waarbij de patiënt als verweven met naasten beslissingen neemt. Echter blijft er een risico bestaan voor een goede afstemming op de autonomie van de patiënt zolang autonomie in termen van zelfbeschikking en niet-inmenging wordt begrepen. Indien bewustzijn hiervan ontbreekt, kan een toename van de betrokkenheid van naasten de autonomie van de patiënt overschaduwen in plaats van ondersteunen.

Tot slot blijkt de eenpersoonskamer privacy van patiënten goed te waarborgen, maar gaat dit ten koste van de mogelijkheden tot sociaal contact. Verpleegkundigen uit dit onderzoek vinden die privacy daar tegen opwegen. Bij oudere ziekenhuispatiënten blijkt uit onderzoek sprake te zijn van het omgekeerde. Verpleegkundigen vinden het wel belangrijk dat patiënten elkaar kunnen ontmoeten en daar blijkt de brede gang van de afdeling een geschikte ruimte voor te zijn.



6 EINDCONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

6.1 Eindconclusie

In hoofdstuk 2, 3 en 4 zijn de deelvragen van dit onderzoek beantwoord. Samen vormen de deelvragen de hoofdvraag:

Wat is de belichaamde ervaringskennis van verpleegkundigen in hun zorgverlening aan patiënten op een verpleegafdeling in het ziekenhuis die enkel bestaat uit eenpersoonskamers en wat betekent dit voor goede zorg vanuit zorgethisch perspectief?

Samenvattend kan worden aangegeven dat de essentie van de belichaamde ervaringskennis van verpleegkundigen in hun zorgverlening aan patiënten op een verpleegafdeling in het ziekenhuis die enkel bestaat uit eenpersoonskamers als volgt is:

Zorg verlenen op eenpersoonskamers is voor verpleegkundigen een aangename ervaring waar zij met volledige aandacht in contact met de patiënt kunnen treden, naasten als steun de hele dag bij hem of haar kunnen betrekken waardoor zij de patiënt kunnen begrijpen alsook beschermen in zijn of haar ziekteproces, waarbij dit laatste het bieden van afscherming en rust van andere patiënten en bezoekers inhoudt, in een omgeving die voor de patiënt als leefruimte kan worden ervaren. Hierbij nemen de verpleegkundigen de nadelen voor lief, die bestaan uit meer fysieke en geestelijke inspanning, teveel stilte voor de patiënt in combinatie met het minder vanzelfsprekend ontstaan van sociaal contact tussen patiënten en bezoekers, die in een omgeving die als een te kleine werkruimte kan worden ervaren en voor de langdurig opgenomen patiënt als minder huiselijk kan worden beleefd.

Wat betekent dit voor goede zorg vanuit zorgethisch perspectief?

Vanuit zorgethisch perspectief levert dit 3 spanningsvelden op. Ten eerste een zorgrelatie waarbinnen de verpleegkundige meer aandacht voor de patiënt heeft, maar fysiek en mentaal meer voor in het werk moet stellen. Ten tweede een meer betrokken familie in het zorgproces, die tegelijkertijd de autonomie van de patiënt kan doet laten afnemen. Tot slot waarborgt de eenpersoonskamer de privacy van de patiënt, maar worden daarmee gelijktijdig de mogelijkheden tot ontmoeting van anderen verminderd.

6.2 Aanbevelingen voor de praktijk

Ondanks de positieve ervaringen van de verpleegkundigen in hun zorgverlening aan patiënten op eenpersoonskamers, kan de zorg ten eerste verbeterd worden wanneer er bewustwording bij het ziekenhuisbestuur en de verpleegkundigen bestaat over de sturende invloed van eenpersoonskamerbeleid opgevat als een systeem. Met behulp van dit bewustzijn kan die invloed zo nodig ingeperkt worden, om zo voldoende ruimte te behouden voor de verpleegkundigen in hun zorgverlening aan de patiënt zoals zij denken dat goed is.

Dit onderzoek heeft verder uitgewezen dat respect voor autonomie met de komst van eenpersoonskamers nog geen vanzelfsprekendheid is kijkend naar de toename van de betrokkenheid van naasten. Zoals geconcludeerd in hoofdstuk 5 is daar een andere visie op de zorgverhouding voor nodig dan nu in de gezondheidszorg gangbaar is, omdat anders risico bestaat dat de behoeften van de patiënt worden overschaduwed. Een aanbeveling is dat het belangrijk is dat verpleegkundigen, maar ook voor professionals op het gebied van zorgbeleid, zich bewust zijn van de ongelijke (machts)verhouding tussen zorgontvangers en zorgverleners. Daarin zou het de verpleegkundigen kunnen helpen als er voor hen voldoende ruimte gewaarborgd is om soms ook de aangeboden zorg van naasten te kunnen beperken.

In dit onderzoek is ten slotte gebleken dat de eenpersoonskamer niet of nauwelijks kan voorzien in menselijke behoefte aan sociaal contact, die bij oudere patiënten, maar mogelijk ook bij andere patiënten die om andere redenen kwetsbaarder zijn door weinig of geen (bezoekende) familieleden of naasten hebben, meer op de voorgrond staat. Bewustwording hiervan bij verpleegkundigen kan helpen bij deze patiënten extra te letten op tekenen van vereenzaming. Ook kan ten aanzien van deze bevinding gekeken worden of er winst te behalen valt op ruimtes buiten de patiëntenkamers. In paragraaf 4.3.1.3 is te lezen dat de brede gang met de eettafel, de koffieautomaat en het zitje volgens de verpleegkundigen er beter in slaagt in het laten doen ontstaan van sociaal contact. Toch blijkt uit de observaties dat het gebruik daarvan gering is. In de gang staat koffieautomaat in het midden. Mogelijk kan verplaatsing daarvan tussen het zitje en de grote tafel helpen mensen meer met elkaar in contact te laten komen.

6.3 Beperkingen van dit onderzoek en aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Dit onderzoek richtte zich op de verpleegkundigen van het MMC in Amersfoort die werkzaam zijn op een verpleegafdeling met enkel eenpersoonskamers. Hoewel dit onderzoek inzicht biedt in hun belichaamde ervaringskennis, is dit onderzoek op bepaalde punten beperkt gebleven die tot een aanbevelingen voor vervolgonderzoek leiden.

Om te beginnen was het aantal deelnemende verpleegkundigen aan dit onderzoek beperkt. Daarbij waren deze verpleegkundigen afkomstig van verschillende verpleegafdelingen met een eigen specialisme, wat maakte dat de ervaring van de verpleegkundige daar mee samenhang. Dit heeft de mate van representativiteit beïnvloed. Echter heeft de onderzoekseenheid zich wel tot de beschouwende of interne specialismen beperkt en zijn de ervaringen van verpleegkundigen van het snijdende of chirurgische cluster, die mogelijk nog weer meer variatie in de ervaringen had opgeleverd, buiten beschouwing gebleven. Toekomstig onderzoek zou zich kunnen richten op de ervaringen van de verpleegkundigen uit dit cluster, om zo een completer beeld te geven. Mogelijk staat het perspectief van een verpleegkundige die voor patiënten zorgt die een operatie of hebben ondergaan in contrast met de verpleegkundigen uit dit onderzoek, of misschien wel helemaal niet.

Verder wijst dit onderzoek uit dat in de beleving van de verpleegkundigen de eenpersoonskamer hun de aandacht voor de patiënt vergroot. De verpleegkundigen gaven daarbij aan dat de eenpersoonskamer een belangrijke rol vervuld ten aanzien van emoties en kwetsbaarheid die niet alleen bij de patiënt, maar ook bij de verpleegkundige op een bepaalde manier spelen. Emoties en kwetsbaarheid zijn belangrijke zorgethische inzichten die in dit onderzoek geen verdere verdieping hebben gekregen. Vervolg onderzoek waarin deze concepten een plek hebben, kan helpen dit scherper in beeld te krijgen.

Ook is er in dit onderzoek gestuit op de extra verpleegkundige hand -en spandienst in de avond die in het leven is geroepen naar aanleiding van de eenpersoonskamers. De totstandkoming van de invulling van deze extra verpleegkundige dienst is in dit onderzoek echter niet aan bod gekomen. Op de vraag of het eenpersoonskamerbeleid de verpleegkundige zorgverlening (te veel) stuurt kan echter geen antwoord worden gegeven. Een institutioneel etnografisch vervolgonderzoek zou in hier aan kunnen bijdragen, omdat deze methode het mogelijk maakt machtsstructuren die daarin een rol spelen in kaart te brengen.

Hoewel verpleegkundigen betrokkenen zijn in praktijk van zorg op eenpersoonskamers en dit onderzoek daar een bijdrage aan heeft geleverd, speelt het perspectief van degene die de zorg ontvangt voor de zorgethiek en dus voor zorgethisch onderzoek een cruciale rol om uiteindelijk een uitspraak te kunnen doen over goede zorg

(Leget et al., 2017, p. 6). Aanvullende vervolgonderzoek dat zich richt op de patiënt helpt om dit essentiële perspectief een stem te geven.

Dit onderzoek was tot slot gericht op ervaring van verpleegkundigen in hun de zorgverlening aan patiënten. Uit de data is naar voren gekomen dat verpleegkundigen met hun collega-verpleegkundigen en stagiaires respectievelijk een relatie van samenwerking en begeleiding hebben waarin zij van elkaar afhankelijk zijn om goede zorg aan de patiënt te kunnen verlenen. Uit de bevindingen blijken de verpleegkundigen hun collega's en stagiaires op de eenpersoonskamerafdelingen minder zien dan voorheen op de afdelingen met meerpersoonskamers. Dit kan ermee te maken hebben dat de eenpersoonskamers ten eerste een toename van muren met zich meebrengt, (verpleegkundigen onderling en verpleegkundigen en stagiaires zijn minder zichtbaar voor elkaar) en ten tweede mogelijk ook een toename van de grootte van de afdeling waardoor verpleegkundigen en stagiaires op meer afstand van elkaar werken. Met dit onderzoek valt niet vast te stellen dat ten eerste de verpleegafdeling in het MMC met enkel eenpersoonskamers in werkelijkheid groter is dan een gemiddelde afdeling in een ziekenhuis met meerpersoonskamers en ten tweede dat als dit het geval is, dit direct verband houdt met eenpersoonskamers. Samengevat kan vervolgonderzoek dat specifiek gericht is op een mogelijke samenhang tussen de architectonische omgeving van eenpersoonskamers en de relatie tussen verpleegkundigen onderling of verpleegkundigen en stagiaires van waarde zijn.



7 KWALITEIT VAN HET ONDERZOEK

7.1 Betrouwbaarheid

Met betrouwbaarheid van onderzoek wordt bedoeld dat er de mogelijkheid moet zijn het onderzoek te herhalen. Om een onderzoek te kunnen herhalen, is het van belang dat in het onderzoek inzichtelijk is hoe de onderzoeker is omgegaan met de eigen vooronderstellingen die het onderzoek kunnen beïnvloeden (Visse 2012). De Reflectieve Leefwereld Benadering, maar ook andere fenomenologische onderzoeksmethoden stellen hiervoor het criterium van een open en reflexieve houding, waarbij er binnen de RLA *bridling* wordt toegepast (Dahlberg et al., 2007). In dit onderzoek is daarvoor aan het begin van het onderzoek is een *self-disclosure* geschreven en zijn er aanleiding van de schaduwdagen, de interviews en de analyse van de data reflecties in een dagboek bijgehouden om deze tussen haakjes te plaatsen (bridlen) gedurende het onderzoek. Op die manier heb ik er getracht rekenschap te geven aan de eigen gedachten, gevoelens, vooronderstellingen en ideeën van de onderzoeker, om te voorkomen dat er eigen betekenissen op de data zouden worden opgelegd.

7.2 Geloofwaardigheid

Met geloofwaardigheid wordt bedoeld in hoeverre de interpretatie van de onderzoeker overeenkomt met de perspectieven van de participanten (Visse, 2012). Tijdens de analyse is volgens de 'hermeneutische cirkel' met de data omgegaan. Dit betekent dat er herhaaldelijk en dynamisch naar de data als geheel en als delen is gekeken en vervolgens weer naar het geheel (Van der Meide, 2014 p. 69). Voorts is tijdens het coderen is geprobeerd om zo dicht mogelijk bij de oorspronkelijke tekst te blijven. Ook zijn in beschrijving van de bevindingen citaten van respondenten gebruikt. De respondenten hebben tot slot de gemaakte '*thick description*' voorgelegd gekregen, waarop zij bij de onderzoeker konden aangeven of de interpretatie overeenkwam met hun beleving of niet. Op deze manier is er een *membercheck* uitgevoerd.

7.3 Overdraagbaarheid

Overdraagbaarheid of generaliseerbaarheid van onderzoek gaat over de mate waarin de bevindingen van een onderzoek geldig zijn buiten de context van het verrichte onderzoek (Guba & Lincoln 1994). Voor kwalitatief onderzoek is het daar in algemeen voorzichtigheid bij geboden, aangezien deze manier van onderzoek doen sterk context gebonden is (Dahlberg et al., 2007). Bij de Reflectieve Leefwereld Benadering zijn er wel mogelijkheden om een bepaalde mate van overdraagbaarheid te bereiken. Zo zijn er '*thick descriptions*' opgesteld waarin de lezer interpretaties kan controleren en kan inzien hoe de interpretatie van de data tot stand is gekomen. Ook is in bijlagen inzichtelijk hoe ik de raamwerken heb bepaald, hoe de betekenseenheden of '*meaningunits*' daarin tot stand zijn gekomen, en is er tot slot uit de data een essentie bepaald.



LITERATUUR

- Aspers, P. (2009). Empirical phenomenology: A qualitative research approach (The Cologne Seminars). *Indo-pacific journal of phenomenology*, 9(2), 1-12.
- Baart, A., & Grypdonck, M. (2008). Verpleegkunde en presentie [Nursing and Presence]. *Den Haag: Boom/Lemma*
- Baart, A. J., & Vosman, F. J. H. (2015). Epiloog. Een essay. In: Baart, A.; Vosman, F. (ed.), *De patiënt terug van weggeweest. Werken aan menslievende zorg in het ziekenhuis*, pp. 269-289.
- Beekman A., Gremmen I., Sevenhuijsen S., Widdershoven G., Zuiderhoudt R. (2002) *Zelfbinding: autonomie, dwang of zorg?. Tijdschrift voor Psychiatrie*, 44(7), 437-445.
- Benner, P. (Ed.). (1994). *Interpretive phenomenology: Embodiment, caring, and ethics in health and illness*. Sage publications.
- Buse, C., Nettleton, S., Martin, D., & Twigg, J. (2017). Imagined bodies: Architects and their constructions of later life. *Ageing & Society*, 37(7), 1435-1457.
- Dierckx de Casterlé, B., Verhaeghe, S. T., Kars, M. C., Coolbrandt, A., Stevens, M., Stubbe, M., ... & Grypdonck, M. (2011). Researching lived experience in health care: Significance for care ethics. *Nursing ethics*, 18(2), 232-242.
- Dubet, F. (2014). *Le déclin de l'institution*. Le seuil.
- Cusack, L., Wiechula, R., Schultz, T., Dollard, J., & Maben, J. (2019). Anticipated advantages and disadvantages of a move to 100% single-room hospital in Australia: A case study. *Journal of nursing management*.
- Chaudhury, H., Mahmood, A., & Valente, M. (2006). Nurses' perception of single-occupancy versus multioccupancy rooms in acute care environments: An exploratory comparative assessment. *Applied Nursing Research*, 19(3), 118-125.
- Childress, J. F., & Beauchamp, T. L. (2001). *Principles of biomedical ethics* (p. 57). New York: Oxford University Press.
- Dahlberg K., Nyström, M., & Dahlberg, H. (2007). *Reflective lifeworld research*. Studentlitteratur, Lund,.
- Detsky, M. E., & Etchells, E. (2008). Single-patient rooms for safe patient-centered hospitals. *Jama*, 300(8), 954-956.
- Donetto, S., Penfold, C., Anderson, J., Robert, G., & Maben, J. (2017). Nursing work and sensory experiences of hospital design: A before and after qualitative study following a move to all-single room inpatient accommodation. *Health & place*, 46, 121-129.
- Finlay, L. (1999). Applying phenomenology in research: Problems, principles and practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 62(7), 299-306.
- Finlay, L. (2008). Reflecting on 'Reflective practice'
- Gilligan, C. (1993). *In a different voice*. Harvard University Press 25-38.

- Haldar, S., Mishra, S. R., Khelifi, M., Pollack, A. H., & Pratt, W. (2017, May). Opportunities and design considerations for peer support in a hospital setting. In *Proceedings of the 2017 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems* (pp. 867-879).
- Hamington, M. (2012). Care ethics and corporeal inquiry in patient relations. *IJFAB: International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 5(1), 52-69.
- Held, V. (2006). *The ethics of care: Personal, political, and global*. Oxford University Press on Demand.
- Herweijer-van Gelder, M. H. (2016). Evidence-Based Design in Nederlandse ziekenhuizen. *Architecture and the Built Environment*, (6), 1-456.
- Heuvelen van J. (2019) Isolation or interaction? healthcare provider experience of design change *Sociology of Health & Illness* 41(4), 692-708.
- Kittay, E. F. (1999). *Love's Labor. Essays on Women, Equality, and Dependency* (pp. 49–73). New York: Routledge.
- Leget, C. (2017). Care ethics an introduction. Collegedictaat studiejaar 2017/2018. Utrecht: Universiteit voor Humanistiek
- Leget, C., van Nistelrooij, I., & Visse, M. (2019). Beyond demarcation: Care ethics as an interdisciplinary field of inquiry. *Nursing ethics*, 26(1), 17-25.
- Maben, J., Griffiths, P., Penfold, C., Simon, M., Pizzo, E., Anderson, J., ... & Barlow, J. (2015). Evaluating a major innovation in hospital design: workforce implications and impact on patient and staff experiences of all single room hospital accommodation.
- Marchetti, A., Piredda, M., & De Marinis, M. G. (2016). Centrality of body and embodiment in nursing care: A scoping study of the Italian literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(1), 31-38
- Martin, D., Nettleton, S., Buse, C., Prior, L., & Twigg, J. (2015). Architecture and health care: a place for sociology. *Sociology of health & illness*, 37(7), 1007-1022.
- McCullough, C. S. (Ed.). (2010). *Evidence-based design for healthcare facilities*. Sigma Theta Tau.
- Van der Meide, H. (2017). Het onthullen van ervaringen. *Tijdschrift Kwalon*, 20(1).
- Van der Meide, H. (2014). Data-analyse volgens de fenomenologische reflectieve leefwereldbenadering. *Boom Lemma Tijdschriften*, 68-73.
- Mikkelsen, M. E., Jackson, J. C., Hopkins, R. O., Thompson, C., Andrews, A., Netzer, G., ... & Lamas, D. J. (2016). Peer support as a novel strategy to mitigate post-intensive care syndrome. *AACN advanced critical care*, 27(2), 221-229.
- Mol, A. M. (2006). *De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen*. Van Genneep.
- Niemeijer, C. (2012). *De toegevoegde waarde van architectuur: voor de zorg in ziekenhuizen*. Eburon Uitgeverij BV.

- Norlyk, A., Martinsen, B., & Dahlberg, K. (2013). Getting to know patients' lived space. *Indo-Pacific Journal of Phenomenology*, 13(2), 1-12.
- Offringa, M., Assendelft, W. J. J., & Scholten, R. J. P. M. (Eds.). (2008). *Inleiding in evidence-based medicine: klinisch handelen gebaseerd op bewijsmateriaal*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Quinlan, E. (2008). Conspicuous invisibility: shadowing as a data collection strategy. *Qualitative Inquiry*, 14, 1480-1499.
- Ruddick, S. (1989). *Maternal thinking: Toward a politics of peace*. Beacon Press
- Schollen, E. (2006). *Patiëntgestuurde zorg*. Lannoo Uitgeverij.
- Timmermann, M. (2010). Relationele afstemming. *Presentieverrijkte verpleeghuiszorg voor mensen met dementie [Relational adjusting. A 'presence'-concept of caring for elderly with dementia in a nursing home]*. Lemma: Den Haag.
- Tonkers (2013) H21 Professionaliteit tussen mondigheid, markt en bureaucratie in: Schermer, M., Boenink, M., & Meynen, G. (2013). Komt een filosoof bij de dokter. *Amsterdam, Uitgeverij Boom*.
- Tonkens, E. (2008). Marktwerking in de publieke sector: duur, bureaucratisch en demotiverend. *Kennis, openbare mening, politiek*.
- Tronto, J. C. (2010). Creating caring institutions: Politics, plurality, and purpose. *Ethics and social welfare*, 4(2), 158-171.
- Tronto, J. C. (1993). *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. Psychology Press.
- Ulrich, R. S., Zimring, C., Zhu, X., DuBose, J., Seo, H. B., Choi, Y. S., & Joseph, A. (2008). A review of the research literature on evidence-based healthcare design. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 1(3), 61-125.
- Van Dijke, J., van Nistelrooij, I., Bos, P., & Duyndam, J. (2019). Care ethics: An ethics of empathy?. *Nursing ethics*, 26(5), 1282-1291
- Van Heijst, A., van Irsel, H., Jansen, M., Leget, C., Pijnenburg, M., Rebel, A., ... & Vosman, F. (2010). Menslievende zorg, management en kwaliteit. *Budel: Uitgeverij Damon*.
- Verkerk, M. (2003). *Ethiek en palliatieve zorg*. Uitgeverij Van Gorcum.
- Visse, M. (2012). Openings for humanization in modern health care practices (Proefschrift). de Vrije Universiteit Amsterdam.
- Vosman, F. & Baart, A. (2008). Aannemelijke zorg. *Over het uitzieden en verdringen van praktische wijsheid in de gezondheidszorg*.
- Walker, M. U. (2007). *Moral understandings: A feminist study in ethics*. Oxford University Press.

