

158762

DE KWALITEIT VAN DE COMMUNICATIE TUSSEN VERPLEGENDEN EN OUDERE CLIËNTEN

W.M.C.M. Caris-Verhallen
I.M. de Grijter
A. Kerkstra



nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

drieharingstraat 6
postbus 1568 3500 bn utrecht
tel. 030 2319946 fax 030 2319290

februari 1997

NIVEL - Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Telefoon: 030 2319946, Fax 030 2319290

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Caris-Verhallen, W.M.C.M.

de kwaliteit van de communicatie tussen
verplegenden en oudere cliënten /

W.M.C.M. Caris-Verhallen, I.M. de Gruijter,
A. Kerkstra - Utrecht: Nederlandse instituut voor
onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL), 1997

Met lit.opg.

ISBN: 90-6905-316-0

Trefw.: verpleegkundige-cliënt communicatie, observatie-onderzoek

Lay-out: José Velthuis

Omslag: Mieke Cornelius

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	7
1 ALGEMENE INLEIDING	9
1.1 Algemene doelstelling	9
1.2 De vergrijzing in Nederland	9
1.3 Ouderen en ouderenzorg	10
1.4 Kwaliteit van zorg voor ouderen	12
1.5 Vraagstellingen	13
1.6 Opbouw van rapport	14
2 COMMUNICATIE TUSSEN VERPLEGENDEN EN OUDERE CLIËNTEN: EEN OVERZICHT VAN DE LITERATUUR	15
2.1 Inleiding	15
2.1.1 Communicatie met oudere cliënten	16
2.1.2 Het doel van het literatuuronderzoek	16
2.2 Methode	17
2.3 Resultaten	17
2.3.1 De rol van communicatie in verplegingswetenschappelijke modellen	17
2.3.2 Onderzoek naar verplegende-cliënt communicatie	20
2.4 Discussie	36
2.4.1 De relatie tussen verplegingswetenschappelijke modellen en onderzoek	36
2.4.2 De kwaliteit van de verplegende-cliënt communicatie	37
2.4.3 Beperkingen en tekortkomingen van onderzoeken naar de verplegende- cliënt communicatie	38
3 DE VERBALE COMMUNICATIE TUSSEN VERPLEGENDEN EN OUDERE CLIËNTEN	40
3.1 Inleiding	40
3.1.1 Theoretische context	40
3.1.2 Communicatie tussen verplegenden en oudere cliënten in verschillende settings	42
3.1.3 Het doel van het onderzoek	43
3.2 Methode	43
3.2.1 Deelnemers aan het onderzoek	44
3.2.2 Observatieschema	45
3.2.3 De betrouwbaarheid van de observaties	48
3.2.4 Statistische analyses	49
3.3 Resultaten	50
3.3.1 Het clusteren van de RIAS categorieën door middel van correspondentie analyse	50
3.3.2 Verschillen in de verbale communicatie van verplegenden in twee zorgsettings	54
3.4 Discussie	56
Appendix	59

4	DE ROL VAN NONVERBAAL GEDRAG IN DE COMMUNICATIE TUSSEN VERPLEGENDEN EN OUDERE CLIËNTEN	61
4.1	Inleiding	61
4.1.1	De betekenis van nonverbale communicatie voor het verpleegproces	61
4.1.2	De onderzoeksvragen	62
4.2	Methode	63
4.2.1	Deelnemers aan het onderzoek	63
4.2.2	Het observatieprotocol	63
4.2.3	Betrouwbaarheid van de observaties	66
4.2.4	Statistische analyses	67
4.3	Resultaten	67
4.3.1	Nonverbale communicatie van verplegenden	67
4.3.2	Verschillen in nonverbale communicatie van verplegenden in twee zorgsettings	68
4.3.3	De relatie tussen verbale en nonverbale communicatie	69
4.3.4	De relatie tussen nonverbale communicatie en de globale affectmaten	70
4.3.5	De relatie tussen verbale communicatie en de globale affectmaten	71
4.4	Discussie	72
5	FACTOREN DIE GERELATEERD ZIJN AAN DE COMMUNICATIE VAN VERPLEGENDEN EN HUN OUDERE CLIËNTEN	74
5.1	Inleiding	74
5.1.1	Factoren die gerelateerd zijn aan de communicatie van zorgverleners met cliënten	74
5.1.2	Onderzoeksvragen	75
5.2	Methode	76
5.2.1	Procedure	76
5.2.2	Meetinstrumenten	76
5.2.3	Het observatieprotocol	77
5.2.4	Analyses	78
5.3	Resultaten	78
5.3.1	Zorgverlenersfactoren in relatie tot communicatie	80
5.3.2	Situationele factoren in relatie tot communicatie	82
5.3.3	Cliëntenfactoren in relatie tot communicatie	84
5.4	Discussie	85
6	KWALITEIT VAN ZORG: HET PERSPECTIEF VAN CLIËNTEN EN VERPLEGENDEN	88
6.1	Inleiding	88
6.1.1	Theoretische context	88
6.1.2	Onderzoeksvragen	89
6.2	Methode	90
6.2.1	De ontwikkeling van de vragenlijst	90
6.2.2	De dataverzameling	91
6.2.3	De analyses	91

6.3	Resultaten	92
6.3.1	Het belang dat cliënten en verplegenden hechten aan de verschillende relationele kwaliteitsaspecten	92
6.3.2	Discrepanties tussen het belang en de ervaring van kwaliteitsaspecten	93
6.4	Discussie	97
	Appendix	98
7	COMMUNICATIE EN DE KWALITEIT VAN ZORG	99
7.1	Inleiding	99
7.1.1	Kwaliteit van zorg	99
7.1.2	Onderzoeksvragen	99
7.2	Methode	100
7.2.1	Respondenten	100
7.2.2	Meetinstrumenten	100
7.2.3	Analyses	101
7.3	Resultaten	102
7.3.1	Verschillen in communicatie gerelateerd aan het cliëntenoordeel over kwaliteit van zorg	103
7.3.2	Verschillen in communicatie en het oordeel over de kwaliteit van zorg door de zorgverleners	105
7.4	Discussie	107
8	NABESCHOUWING	109
8.1	Discussie	109
8.1.1	De communicatie van zorgverleners met oudere cliënten	109
8.1.2	Factoren die gerelateerd zijn aan de communicatie van zorgverleners met oudere cliënten	110
8.1.3	Communicatie en kwaliteit van zorg	111
8.1.4	Conclusies en aanbevelingen voor de praktijk	112
8.2	Methodologische kanttekeningen	113
8.2.1	Het gebruik van video-opnames	114
8.2.2	De observatiemethode	114
8.2.3	Het oordeel over de kwaliteit van zorg	115
8.2.4	Aanbevelingen voor verder onderzoek	115
	LITERATUUR	117
	BIJLAGEN	127
Bijlage 1	Begeleidingsbrieven en informed consent formulieren	129
Bijlage 2	Observatie protocol	131
Bijlage 3	Vragenlijst zorgverleners	137
Bijlage 4	Vragenlijst cliënten na elk videocontact	150
Bijlage 5	Vragenlijst zorgverleners na elk videocontact	155

VOORWOORD

In dit rapport wordt verslag gedaan van een onderzoek naar de communicatie van verplegenden en verzorgenden met hun oudere cliënten. Het onderzoek heeft plaatsgevonden bij Kruiswerk de Bossche Meierij en bij verzorgingshuis de Zuiderschans, beide te 's-Hertogenbosch. Het initiatief voor het onderzoek lag bij de Stichting Samenwerkingsverband Integratie Ouderenzorg (SSIO), eveneens gevestigd te 's-Hertogenbosch. Het ministerie van VWS heeft het onderzoek gefinancierd.

Hierbij willen we allereerst de zorginstellingen bedanken die het voor ons mogelijk hebben gemaakt om dit onderzoek te verrichten. Onze dank gaat uit naar de contactpersonen uit deze organisaties, maar in het bijzonder naar alle verpleegkundigen en verzorgenden die hebben deelgenomen. Met de videocamera hebben de onderzoekers hun werkzaamheden mogen volgen en als het ware 'in hun keuken' mee kunnen kijken. Dit heeft van de zorgverleners veel inzet, flexibiliteit en organisatietalent gevraagd. Uiteraard willen we dank zeggen aan alle cliënten die hun medewerking hebben verleend bij het maken van de video-opnames en het invullen van de vragenlijsten.

Voor het onderzoek is een klankbordgroep samengesteld die bestond uit de volgende personen:

Mw. B. Peter, Verzorgingscentrum Flevohuis, Amsterdam, namens het Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging

Mw. Drs. C. van Sprundel, Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg, Utrecht

Mw. Ir. H.J.M. van der Hoeven, Landelijke Organisatie Bewonerscommissies Bejaardenhuizen, Utrecht

Drs. E. ten Holte, Landelijke Vereniging Thuiszorg, Bunnik

Mw. drs. I.G.M. Smoor, Alzheimer stichting, Bunnik

Drs. A.M.L.C. van den Bersselaar, Van Neynselstichting, 's-Hertogenbosch

Mw. drs. L. Huijbregts, Ministerie van VWS, Directie Ouderenbeleid, Rijswijk

We danken de leden van de klankbordgroep voor hun bijdrage aan de totstandkoming van dit rapport.

Tot slot worden alle andere personen die aan het onderzoek hebben meegewerkt bedankt, met name Mw. J. Velthuis en Mw. B. Sluijk-Zonneveld voor de secretariële ondersteuning en M. Spierings en H. Abrahamse voor hun ondersteuning bij de dataverwerking.

Utrecht, januari 1997

1 ALGEMENE INLEIDING

1.1 Algemene doelstelling

De doelstelling van dit onderzoek is inzicht te krijgen in de wijze waarop verpleegkundigen en verzorgenden met hun oudere cliënten communiceren en welke factoren van invloed zijn op de kwaliteit van de verplegende-cliënt interacties)*,**. Communicatie is een belangrijk aspect van de kwaliteit van zorg. Inzicht in de wijze waarop verplegenden met oudere cliënten communiceren is dan ook van betekenis voor het in stand houden en het verbeteren van de kwaliteit van zorg voor ouderen. Als zodanig kunnen de resultaten van het onderzoek worden gebruikt door beleidsmakers, bestuurders en voor opleiding en bijscholing in de verpleging en ouderenzorg.

1.2 De vergrijzing in Nederland

Demografische ontwikkelingen

Verbeteringen in de gezondheidszorg en de verhoogde levensstandaard zorgen ervoor dat mensen -vooral in de westerse, geïndustrialiseerde landen- steeds ouder worden (Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 1993). Het aantal ouderen in Nederland neemt al sinds het begin van deze eeuw sterk toe. Het aantal 65-plussers is toegenomen van 11,5% in 1980 tot 12,8% in 1990 en CBS-prognoses wijzen erop dat in het jaar 2000 13,5% van de bevolking ouder zal zijn dan 65 jaar (Van der Kwartel e.a., 1994). Verder is het zo dat de groei van de categorie hoogbejaarden (80+ of 85+) sterker is dan de groei van de groep 65+; een verschijnsel dat wel de 'dubbele vergrijzing' wordt genoemd (Ministerie van VWS, 1995). Het merendeel van de 65-plussers is alleenstaand, voornamelijk als gevolg van het overlijden van de partner. In 1990 bestaat de groep alleenstaande 65-plussers uit ruim 630.000 personen. In 2035 zullen dat bijna 1.400.000 mensen zijn. In de leeftijdsgroep van 65 jaar en ouder komen onder oudere vrouwen één-persoonshuishoudens vaker voor dan onder oudere mannen. Dit wordt met name veroorzaakt doordat vrouwen gemiddeld langer leven (Ministerie van WVC, 1990).

Nederland staat niet alleen wat betreft deze ontwikkelingen; vanaf 1965 is het proces van veroudering in alle OESO-landen (Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling) zichtbaar. Rond het jaar 2040 wordt het hoogste aantal 65-plussers verwacht. Wanneer wordt uitgegaan van de middenvarianten van de demografische

* In dit rapport wordt met de term verplegende of zorgverlener een functionaris bedoeld die belast is met de verzorging en verpleging van cliënten ongeacht het deskundigheidsniveau waarop men werkzaam is of het soort zorginstelling waar men werkt, tenzij in literatuur waarnaar gerefereerd wordt uitdrukkelijk een bepaalde functie wordt genoemd. In veel gevallen kan men voor de term verplegende ook lezen: wijkverpleegkundige, ziekenverzorgende, bejaardenverzorgende etc. Met de keuze voor één term wordt beoogd de leesbaarheid van dit rapport te vergroten. Overeenkomstig wordt met de term verpleging of verzorging alle activiteiten bedoeld binnen het taakgebied van de voornoemde functionaris.

** In dit rapport wordt om praktische redenen de zorggebruiker cliënt genoemd, tenzij in de literatuur waarnaar wordt verwezen uitdrukkelijk een bepaalde groep van patiënten wordt bedoeld. In veel gevallen kan men voor cliënt ook lezen: patiënt, klant, bewoner, consument.

prognoses dan zullen volgens de OESO Zwitserland (28,3%) en Duitsland (27,6%) de meest vergrijste landen zijn, gevolgd door Nederland (24,8%) (Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 1993).

Overheidsbeleid

Het toenemend aantal ouderen in Nederland heeft onder meer gevolgen voor de gezondheidszorg; er zal een groter beroep worden gedaan op verschillende voorzieningen. Omdat dit leidt tot een verhoging van de collectieve uitgaven voor de zorg heeft de overheid zich als taak gesteld om zorgaanbod en zorgvraag goed op elkaar af te stemmen. De overheid is daarbij geadviseerd door de Commissie Modernisering van Ouderenzorg, ook wel bekend als Commissie Welschen (1994). Deze commissie adviseerde dat grote terughoudendheid moest worden betracht in de verdere uitbreiding van het aanbod van residentiële ouderenzorg. In navolging van dit advies streeft het kabinetsbeleid dan ook naar substitutie van zorg, met als doel ouderen zo lang mogelijk in hun eigen omgeving te laten functioneren. Daarbij richt de overheid zich op een verschuiving van intramurale naar extramurale zorg en een verschuiving van professionele zorg naar zelfzorg en informele zorg (Terpstra en Tommel, 1995).

Sinds het verschijnen van de nota 'Kwaliteit van Zorg' (Ministerie van WVC, 1991) wordt daarnaast sterk de nadruk gelegd op het belang van kwalitatief goede zorg.

Het thema 'zorgzelfstandigheid' neemt een belangrijke rol in binnen het ouderenbeleid. De Regeringsverklaring van 1994 vermeldt: 'Ouderen hebben recht op erkenning als volwaardige deelnemers aan alle onderdelen van het maatschappelijk bestaan'. Zelfredzaamheid, zelfbeschikking, zelfbeeld en sociale en institutionele netwerken zijn hierbij belangrijke factoren. De nota 'Gezond en Wel' (Ministerie van VWS, 1995) noemt drie doelstellingen van het volksgezondheidsbeleid; het verlengen van een gezonde levensverwachting, het voorkomen van vermijdbare sterfte en het verhogen van de kwaliteit van leven. Het vroegtijdig signaleren van gezondheidsproblemen en het minimaliseren van zorgafhankelijkheid zijn hierbij van belang. Verder ondersteunt de overheid allerlei projecten ter voorkoming van eenzaamheid (Ministerie van VWS, 1995).

1.3 Ouderen en ouderenzorg

Veranderingen in het leven van ouderen

Naarmate mensen ouder worden, treden er veranderingen op in hun lichamelijk, mentaal en sociaal functioneren en hun aanpassingsvermogen. Rimer e.a. (in Visser, 1991) noemen in verband met de achteruitgang van fysieke en mentale vermogens diverse aspecten: ouderen beschikken over weinig juiste gezondheidsinformatie of de bronnen zijn moeilijk toegankelijk, ouderen hebben een lagere opleiding, zij nemen minder nauwkeurig waar en maken meer fouten bij snelle informatietoediening. Verder hebben ze een afnemende geheugencapaciteit.

Het sociale leven van ouderen maakt eveneens een veranderingsproces door. Ouderen gaan zich geïsoleerder en eenzamer voelen naarmate het sociale netwerk kleiner wordt. Na de pensionering komen ouderen in een fase van hun leven waarin gevoelens van nutteloosheid kunnen optreden, men heeft minder contacten, er treedt verlies op van leeftijdsgenoten en er zijn minder vooruitzichten voor de toekomst (Nesbitt Blondis en Jackson, 1978). Veranderingen in de gezondheidstoestand en het sociale leven kunnen problemen opleveren voor de identiteit van ouderen (Nuyten, 1987).

Kuypers en Bengtson (in Penninx, 1995) spreken over het 'social breakdown syndro-

me', een neerwaartse spiraal waarin ouderen in de huidige samenleving terecht kunnen komen. Hun theorie luidt dat de samenleving ouderen etiketteert als incompetent, waardoor zij zichzelf ook als incompetent gaan beschouwen en zich als zodanig zullen gaan gedragen, onzeker en afwachtend. Het onzekere gedrag bevestigt weer het beeld, etc.

Beroep dat ouderen doen op de zorg

Ouderenzorg wordt omschreven als 'hulp van medische en niet-medische aard welke tot doel heeft beperkingen in het functioneren van ouderen op te heffen of te compenseren. Te denken valt aan activiteiten als behandeling, begeleiding, verpleging, lichamelijke en huishoudelijke verzorging en revalidatie' (Dijkstra, Groothof en Dassen, 1995). Daarnaast kunnen in dit verband welzijnsvoorzieningen genoemd worden die ouderen in staat stellen hun dagelijks leven zo lang mogelijk in eigen hand te houden. Voorbeelden daarvan zijn de maaltijdvoorziening, hulp bij vervoer, hulp bij administratie en ondersteuning bij het in stand houden of bevorderen van een sociaal netwerk (De Jong, 1992).

Steeds meer ouderen hebben behoefte aan hulp bij huishoudelijke activiteiten en bij algemene dagelijkse levensverrichtingen. De ouderen die nog zelfstandig wonen (90% van de 65-plussers en ongeveer 80% van de 75-plussers) kunnen vaak niet meer zelf alle dagelijkse handelingen (aankleden, wassen etc.) verrichten. In 1991 had 39% van zelfstandig wonende 55-plussers moeite om één of meer huishoudelijke taken te verrichten (Van der Kwartel e.a., 1994). Naast hulp bij 'technische' handelingen verwachten ouderen emotionele steun van de zorgverlener. Het tonen van begrip, warmte en empathie zijn hierbij essentieel (Nesbitt Blondis en Jackson 1978, Poole en Rowat 1994).

Ongeveer 12% van de 65-plussers krijgt informele hulp. Deze hulp komt meestal van familieleden die niet ver weg wonen. Zo'n 13% van de 65-plussers heeft particuliere huishoudelijke hulp. Naast de informele hulp kunnen ouderen een beroep doen op professionele hulp. Bij de bevolking boven de 75 jaar maakt 20% gebruik van de diensten van het kruiswerk. Het gaat dan om lichamelijk-hygiënische zorg (42,9% van de contacten in 1991), in een kwart van de contacten gaat het om verpleegtechnische handelingen, en toedienen van medicatie komt voor in één van de tien contacten. De vijf belangrijkste aandoeningen waaraan cliënten van de wijkverpleging lijden zijn hart- en vaatziekten waaronder CVA, aandoeningen van het bewegingsapparaat, diabetes, kanker en neurologische aandoeningen. Vaak komen combinaties van aandoeningen voor (Van der Kwartel e.a., 1994).

Ongeveer 127.000 ouderen verblijven in verzorgingshuizen. In 1994 is de gemiddelde leeftijd van de bewoners 84 jaar. Zij wonen gemiddeld 4,5 jaar in een tehuis. Van alle 65-plussers woont 7,3% in een verzorgingshuis. Boven de 80 jaar is dat 30% en boven de 90 jaar 40%. Driekwart van de bewoners is vrouw en 80% van de bewoners is alleenstaand. Bij opname is de gemiddelde leeftijd 81 jaar. (Van Loveren-Huyben, 1995). De laatste jaren vindt er in de populatie verzorgingshuisbewoners een toename plaats van bewoners met enige invaliditeit. Het indicatiebeleid in de verzorgingshuizen is strenger geworden waardoor veel verzorgingshuizen het karakter krijgen van verpleeghuizen (Boot en Knapen, 1993). Van Loveren-Huyben (1995) legt de nadruk op de aanwezigheid van psychische en sociale problemen bij bewoners in het verzorgingshuis. Uit een door haar in 1985 uitgevoerd onderzoek komt naar voren dat tussen de 25% en 35% van de ouderen geen psycho-sociale problematiek ervaren. De overige bewoners hebben in meer of mindere mate te kampen met psycho-sociale problemen, 2% tot 10% van de bewoners zelfs in ernstige mate. Vooral eenzaamheid is een groot

probleem. Uit het onderzoek van Kramer en Kerkstra (1991) bleek dat 31,8% van de 157 bewoners van een verzorgingshuis eenzaam was en 22,3% enigszins eenzaam. Depressie is één van de tien meest voorkomende achterliggende ziekten bij bewoners. De aandoeningen waar verzorgingshuisbewoners aan lijden komen voor een groot deel overeen met aandoeningen van cliënten van de wijkverpleging, al worden voor het verzorgingshuis nog reumatoïde artritis, CARA en dementie genoemd (Van der Kwartel e.a., 1994).

Deskundigheid van een zorgverlener vormt de basis voor een goede zorgverlening. De nota 'Ouderenbeleid 1995-1998' stelt dat de ouderenzorg hier nog een achterstand heeft. En alhoewel er in het begin van de jaren negentig diverse activiteiten in gang gezet zijn om deze achterstand in te lopen wil de overheid het kwaliteitsbeleid blijven stimuleren en de deskundigheid van zorgverleners versterken. Prioriteit daarbij hebben verzorgenden en verpleegkundigen (Ministerie van VWS, 1995).

1.4 Kwaliteit van zorg voor ouderen

'Kwaliteit is de mate waarin het geheel van eigenschappen van een produkt, proces of dienst voldoet aan de eraan gestelde eisen die voortvloeien uit het gebruiksdoel' (Ministerie van WVC, 1991). Zorg van goede kwaliteit duidt niet alleen op het succesvol oplossen of behandelen van een gezondheidsprobleem, in de loop der tijd zijn steeds meer aspecten van de zorgverlening met het begrip kwaliteit in verband gebracht. Voorbeelden zijn de aspecten doelmatigheid, beschikbaarheid, continuïteit, veiligheid, toegankelijkheid en bejegening.

Volgens de recent ingevoerde 'Wet op de Kwaliteit van Zorginstellingen'(Staatsblad, 18-1-1996) kan van goede kwaliteit van zorgverlening worden gesproken wanneer aan de volgende voorwaarden wordt voldaan (Nota Kwaliteit van zorg, Ministerie van WVC 1990/1991):

1. De zorg dient doelmatig te worden verleend.
2. De verleende zorg dient van goed niveau te zijn (bijvoorbeeld doeltreffend, deskundig, zorgvuldig en veilig).
3. Het zorgaanbod moet afgestemd zijn op de reële behoefte van de cliënt.
4. De zorg dient cliëntgericht te worden verleend (aspecten die hierbij van belang zijn: bejegening, informatiebereidheid, zelfstandigheid, verantwoordingsbereidheid).

Deze voorwaarden, en met name de laatste twee, impliceren een goede communicatie tussen zorgverlener en cliënt. Om zorg van kwaliteit te kunnen leveren is het van belang te achterhalen wat de werkelijke behoeften zijn van oudere cliënten. De groep ouderen is echter zeer divers. Naast de kenmerken die men heeft door verschillende culturen en achtergronden, bestaan er ook grote verschillen in leeftijd, beperkingen en de mening die men heeft over het ouder worden. Sommige ouderen camoufleren hun leeftijd, terwijl anderen zich zelf stereotyperen en eigenschappen tonen waarvan men aanneemt dat deze passen bij hun leeftijdsgroep (Giles en Coupland, 1991). Sommigen ervaren het ouder worden als negatief, een achteruitgang, terwijl anderen dit juist zien als een ontwikkelingsfase die bij het leven hoort (King e.a., 1986). Deze verschillende gezichtspunten en achtergronden leiden tot verschillende normen, waarden en benaderingen om met de gevorderde leeftijd om te gaan. De behoeften van ouderen kunnen dus zeer verschillend zijn en hulpverleners in de verpleging en verzorging moeten beschikken over de juiste vaardigheden om de behoeften en vragen in te kunnen schatten, zodat zij zorg kunnen bieden die goed aansluit bij elk individu. Communicatie is een belangrijke voorwaarde voor dit proces.

De overheid kent ook een belangrijke rol toe aan communicatie. In de beleidsbrief 'privacy in verpleeghuizen' worden bepaalde vormen van communicatie en het cliëntgericht werken als voorwaarden gezien om de privacy en de persoonlijke levenssfeer voor cliënten te waarborgen. Daarbij wordt nadrukkelijk vermeld dat deze aspecten niet beperkt zijn tot verpleeghuisbewoners, maar zich ook uitstrekken tot verzorgingshuis en thuiszorg (Terpstra, 1996).

Het communiceren met oudere cliënten vraagt een zekere mate van deskundigheid en kan bemoeilijkt worden doordat er nogal wat stereotypen ten aanzien van ouderen bestaan. Het ouderdomsbeeld bevat zowel positieve als negatieve elementen. De positieve elementen verwijzen naar levenservaring en wijsheid van ouderen. Negatieve elementen zijn een gevolg van de waarneming en de generalisering van de aftakeling die inherent is aan het lichamelijk verouderen. Verplegenden spreken bij ouderen over algehele achteruitgang, een oninteressante groep om mee te werken, een groep die veel tijd in beslag neemt (Quinn in Penninx, 1995). Bij bejaardenverzorgenden overheerst het beeld van de hulpbehoevende, eenzame, niets omhanden hebbende bejaarde (Kamp in Penninx, 1995). Bejaardenverzorgenden maken veelvuldig gebruik van "baby-talk", een vereenvoudigde spraak die doorgaans tegen kinderen wordt gesproken, wanneer zij praten met dementerende ouderen (de Wilde en de Bot, 1989).

Uit een ander onderzoek, dat is verricht in een ziekenhuis (Brasker en Visser, 1989), blijkt dat oudere cliënten in vergelijking met jongere cliënten minder geïnformeerd worden over medische onderwerpen, de behandeling die zij ondergaan en allerlei organisatorische aspecten in het ziekenhuis. Verder uiten zij minder vaak hun emotionele problemen en angstgevoelens en zijn zij minder actief in het stellen van vragen en het verrichten van zelfzorg. In het onderzoek wordt verder geconcludeerd dat zorgverleners zich te weinig richten op de specifieke behoeften van ouderen, zodat er van een individuele, cliëntgerichte verpleging van oudere cliënten in ziekenhuizen weinig terecht komt.

Verschillende onderzoeken geven bovendien aan dat ouderen -vaker dan jongeren- de neiging hebben sociaal wenselijk gedrag te vertonen door zich dankbaar op te stellen om maar niet als 'lastig' te worden gezien (Brasker en Visser 1989, Visser 1991). Hieruit blijkt onder andere dat effectieve communicatie (bijvoorbeeld dóórvragen) zeer belangrijk is bij het achterhalen van de wensen van oudere cliënten. Poole en Rowat (1994) hebben onderzocht wat -zelfstandig wonende- oudere cliënten belangrijk vinden bij de zorg die zij ontvangen en wat zij onder 'care-gedrag' van zorgverleners verstaan. Er werden 56 'caring-behaviours' gevonden die werden onderverdeeld in drie thema's: Houding van de zorgverlener, het geven van emotionele steun en lichamelijke ondersteuning. Opvallend is dat 52% van de gedragingen die werden genoemd, onder 'houding van de zorgverlener' vallen. Een goed humeur, begrip tonen, oprechtheid, geduld en respect zijn aspecten die hierbij werden aangegeven.

1.5 Vraagstellingen

Communicatie met cliënten wordt beschouwd als een belangrijk aspect van de kwaliteit van zorg. Dat betekent dat de kwaliteit van de zorgverlening (onder andere) verbeterd kan worden wanneer zorgverleners effectief communiceren met oudere cliënten. Het is daarom van belang om na te gaan hoe de communicatie tussen zorgverleners en oudere cliënten verloopt zodat in opleiding en bijscholing kan worden ingegaan op minder effectieve communicatiestrategieën.

Uit de eerder beschreven paragrafen blijkt dat tal van aspecten een rol spelen in de

communicatie met oudere cliënten. De ouderen zelf vormen een heterogene groep met betrekking tot hun achtergronden, normen en waarden en de problematiek die zij ervaren. Deze dragen bij aan een diversiteit aan behoeften. Daarnaast blijken kenmerken van zorgverleners zoals attitude en de mate van arbeidssatisfactie van invloed zijn op de kwaliteit van de zorgverlening. Het is dus ook van belang om factoren die mogelijk van invloed zijn op de verplegende-cliënt communicatie in kaart te brengen. Het onderzoek waarvan in dit rapport verslag wordt gedaan richt zich dan ook op de volgende vraagstellingen:

1. Op welke wijze, zowel verbaal als non-verbaal, communiceren zorgverleners met oudere cliënten?
2. Welke factoren hangen samen met de kwaliteit van de communicatie tussen zorgverleners en hun oudere cliënten?
3. Hoe oordelen cliënten en verplegenden over kwaliteitsaspecten die betrekking hebben op de communicatie tussen hen beiden?

1.6 Opbouw van het rapport

Het rapport bestaat uit acht hoofdstukken, waarvan er zes zijn geschreven de vorm van een artikel. Deze artikelen zijn al aangeboden voor publicatie (Caris-Verhallen e.a., 1996) of worden nog bewerkt om als publicatie in wetenschappelijke tijdschriften te worden aangeboden. Om de leesbaarheid van dit rapport te vergroten zijn teksten die elkaar te veel overlappen zo veel mogelijk verwijderd. Daarnaast is er tevens naar gestreefd om de hoofdstukken afzonderlijk leesbaar te maken en indien dat nodig is wordt verwezen naar andere delen van het rapport.

Het rapport is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 wordt verslag gedaan van een literatuurstudie. Daarbij komt aan de orde welke rol de communicatie tussen verplegenden en cliënten heeft in de verschillende verplegingswetenschappelijke theorieën. Daarnaast wordt beschreven wat voor onderzoeken er hebben plaatsgevonden op het gebied van verplegende-cliënt communicatie. Hoofdstukken 3 en 4 bevatten een beschrijving van het observatie-onderzoek naar verplegende-cliënt communicatie. Voor dit deel van het onderzoek zijn video-opnames gemaakt van verplegenden en cliënten tijdens zorgverleningscontacten. In hoofdstuk 3 komt de verbale communicatie aan de orde, terwijl we ons in hoofdstuk 4 richten op de nonverbale communicatie.

In hoofdstuk 5 wordt ingegaan op factoren die samenhangen met de wijze waarop verplegenden met hun oudere cliënten communiceren. Achtereenvolgens komen aan de orde: zorgverlenersvariabelen zoals leeftijd, opleiding, aantal jaren ervaring, attitude ten opzichte van ouderen en arbeidssatisfactie, cliëntvariabelen zoals leeftijd, geslacht en leefsituatie en situatievariabelen zoals werkplek en werkdruk.

In hoofdstuk 6 wordt verslag gedaan van het onderzoek naar de kwaliteit van zorg. Er wordt ingegaan op het perspectief van zowel de cliënten als de verplegenden. Aan de orde komen de zogenaamde relationele kwaliteitsaspecten zoals: bejegening, informatiebereidheid en betrokkenheid.

In hoofdstuk 7 wordt onderzocht of de wijze waarop de zorgverleners met hun cliënten communiceren gerelateerd is aan het oordeel over de kwaliteit van zorg. Ook hier wordt weer aandacht besteed aan het oordeel van zowel de cliënt als van de verplegende.

Het rapport wordt besloten met een overzicht van de belangrijkste onderzoeksbevindingen en een beschouwing daarop. Daarnaast worden aanbevelingen gedaan voor de praktijk en voor toekomstig onderzoek.

2 COMMUNICATIE TUSSEN VERPLEGENDEN EN OUDERE CLIËNTEN: EEN OVERZICHT VAN DE LITERATUUR

2.1 Inleiding

Het begrip communicatie wordt veelvuldig gebruikt. In dit rapport wordt met communicatie bedoeld: 'een interactie tussen twee of meer personen waarbij men informatie uitwisselt. Tijdens dit proces presenteert men zich en interpreteert men de ander' (Deaux en Wrightsman, 1984). Deze zeer brede definitie omvat een diversiteit aan participanten, situaties en soorten uitwisselingen. Dit hoofdstuk richt zich op de communicatie van verplegenden met hun oudere cliënten.

In vrijwel alle literatuur over communicatie wordt een onderscheid gemaakt tussen verbale en nonverbale communicatie. Verbale communicatie is alle gedrag waarbij via de taal boodschappen worden overgebracht. Nonverbale communicatie omvat alle gedrag dat boodschappen overdraagt zonder het gebruik van taal. Binnen deze laatste vorm van communicatie is weer een onderscheid tussen vocale nonverbale communicatie (toonhoogte, intonatie, spreektempo) en nonvocale nonverbale communicatie (gezichtsuitdrukking, oogcontact, houding, gebaren, fysieke verschijning) (Le May en Redfern, 1987). Een belangrijk doel van effectieve communicatie is het interpreteren van boodschappen en het reageren op een adequate wijze (Pagano en Ragan, 1992). Tijdens het verpleegproces hebben zorgverleners verschillende communicatiedoelen, zoals het leggen van een relatie, het inschatten van de aard van de voorgelegde problemen, onderhandeling en besluitvorming over de doelen van de verpleging of verzorging, het uitwisselen van informatie, het geven van uitleg, uitvoering van lichamelijk-hygiënische zorg enz. Deze verschillende doelen vragen om verschillend communicatief gedrag. Communicatie in de gezondheidszorg heeft instrumentele en affectieve aspecten. Dit onderscheid wordt vaak gemaakt in literatuur over arts-patiënt communicatie (Bensing, 1991). Instrumentele of taakgerelateerde communicatie verwijst naar aspecten die nodig zijn om problemen of vragen in te schatten en op te lossen. Dit type communicatie is vooral verbaal van aard. Affectieve of sociaal-emotionele communicatie heeft vooral te maken met aspecten die nodig zijn om een relatie met de cliënt te leggen, bijvoorbeeld betrokkenheid tonen, troost en vertrouwen bieden. Dit type gedrag wordt zowel verbaal als nonverbaal overgebracht (Strecher, 1983).

In de communicatie tussen verplegende en cliënt is een vergelijkbaar onderscheid te maken; alhoewel in sommige literatuur dit onderscheid als enigszins kunstmatig wordt beschouwd omdat de zorg (care) in de verpleging centraal zou staan (Kitson, 1987, Benner, 1984). Echter ook in het zorgen zijn instrumentele en affectieve aspecten te onderscheiden. Cliënten kunnen in hun zorgbehoefte twee verschillende doelen hebben (Engel, 1988). Ten eerste wil men informatie, uitleg en fysieke verzorging -alle instrumenteel van aard- voor problemen die met gezondheid en welzijn hebben te maken. Daarnaast hebben cliënten emotionele behoeften, zoals behoefte aan bevestiging, betrokkenheid en begrip. Dit zijn de affectieve behoeften. In verband hiermee onderscheiden Bottorff en Morse (1994) binnen de context van verpleging en verzorging vier verschillende vormen van gedrag:

1. 'Doe taken': dit is taakgericht gedrag dat min of meer buiten de cliënt om wordt uitgevoerd. Het doel van dit soort taken is de zorg gereed te krijgen. Er vindt bijna geen communicatie plaats, hooguit wat korte zinnen ('nu draaien', 'eerst die voet')

die met de te verrichten taken te maken hebben. De sfeer tijdens de communicatie is afstandelijk.

2. 'Doen met', waarbij de aandacht zowel op de cliënt als op de taak is gericht. De zorgverlener heeft tijdens de taakuitvoering mede als doel de cliënt bij de zorg te betrekken. De communicatie is taakgericht maar verloopt in twee richtingen, er wordt nagegaan wat de behoefte van de cliënt is ('Vindt u het prettig als ik u daarbij help?' 'zit de zwachtel goed zo?'). Verder omvat dit type communicatie instructies.
3. 'Doen voortaken' zijn gericht op de cliënt en deze laatste krijgt de gelegenheid om mede zijn eigen zorg te bepalen. De communicatie is gericht op de zorg of is sociaal van karakter (bijvoorbeeld een praatje over het weer).
4. 'Meer doen': hier is de communicatie gericht op het leggen van een relatie en de verplegende ziet de cliënt als een persoon, die zij in zijn ervaringen met betrekking tot ziekte en behandeling wil begrijpen. De dialoog is intensief en er worden ondersteunende en affectieve opmerkingen gemaakt door de zorgverlener.

Deze categorisatie laat aspecten zien van instrumentele en affectieve communicatie in de verpleging en de verzorging, waarbij 'doe taken' en 'doen met' voornamelijk elementen van instrumenteel gedrag omvatten, terwijl het 'meer doen' zich vooral richt op affectief gedrag. Het 'doen voor' bevat beide typen communicatie.

2.1.1 Communicatie met oudere cliënten

Wanneer men verpleging en verzorging wil bieden die goed aansluit bij de individuele behoeften van mensen dan is effectieve communicatie een essentiële voorwaarde (Grypdonck, 1993, Armstrong-Esther e.a., 1989). Dit geldt zeker in situaties waar hulpverleners met oudere cliënten communiceren, omdat deze nog enkele specifieke kenmerken hebben. Ten eerste kan door gehoor- en gezichtsproblemen de communicatie bemoeilijkt worden (Greene e.a., 1994). Ten tweede kunnen de oudere cliënt en de zorgverlener een ander doel voor ogen hebben tijdens het contact dat zij hebben. De cliënt die misschien eenzaam is wil langer blijven praten, terwijl de zorgverlener wil opschieten omdat ze nog veel werk te doen heeft. Een ander obstakel kan worden gevormd door de generatiekloof, waardoor goede communicatie bemoeilijkt wordt. Ouderen hebben andere normen en waarden dan de jongere zorgverleners (Le May en Redfern, 1987). Zij zullen bijvoorbeeld niet zo gauw in discussie gaan met hulpverleners, de besluitvorming niet willen beïnvloeden (Greene e.a., 1994) en ze zijn niet zo gewend om over gevoelens of emotionele problemen te praten (Nuyten, 1987). Deze factoren kunnen van invloed zijn op de dynamiek van de communicatie tussen verplegende en oudere cliënt. Daarom vraagt deze situatie om specifieke communicatieve vaardigheden.

2.1.2 Het doel van het literatuuronderzoek

De erkenning van de centrale rol van communicatie in het werk van verplegenden, heeft geleid tot een toename in onderzoek naar interactie tussen zorgverleners en cliënten (May, 1990). Het doel van dit hoofdstuk is een overzicht te geven van dit type onderzoek. Als vertrekpunt is gekozen voor de verschillende verplegingswetenschappelijke modellen. Sinds de verpleging zich professionaliseert, zijn er vele verplegingswetenschappelijke modellen ontwikkeld. In dit hoofdstuk wordt daar een overzicht van gegeven en er wordt nagegaan welke rol communicatie binnen deze modellen heeft. Daarna volgt een overzicht van het onderzoek op het gebied van verplegende-clieënt communicatie, waarbij de nadruk zal liggen op de communicatie met ouderen. De bedoeling daarvan is om een weergave te geven van dit onderzoeks-

gebied en daarbij te benadrukken op welk gebied er nog behoefte aan onderzoek bestaat.

Meer in het bijzonder wordt een antwoord gezocht op de volgende vragen:

1. Welk belang wordt toegeschreven aan communicatie in de diverse verplegingswetenschappelijke modellen?
2. Hoe communiceren verplegenden met oudere cliënten, met andere woorden welk type verbale en nonverbale strategieën gebruikt men in de communicatie met ouderen?
3. Welke factoren hangen samen met de kwaliteit en kwantiteit van verplegende-cliënt communicatie.

2.2 Methode

Via drie verschillende databestanden is gezocht in de internationale literatuur: Medline (1986 t/m 1995), Nursing and Allied Health Literature (1986 t/m 1995) en in de Catalogus van het NIVEL (tot en met 1995). De volgende trefwoorden alsmede combinaties van trefwoorden werden gebruikt: verpleegkundige theorieën, verpleegkundige-patiënt relatie, verpleegkundige-patiënt communicatie, verpleegkundige-patiënt interactie, verpleging en communicatie, communicatie en ouderen, verpleegkundige theorieën en communicatie, verpleegkundigen en communicatieve vaardigheden, verpleging en observatie-onderzoek.

Omdat er overlap bestond tussen Medline en Nursing and Allied Health Literature werden in dit laatste databestand minder trefwoorden gebruikt. Daarnaast leverden de referenties van geraadpleegde artikelen en boeken nog enige relevante literatuur. Op deze wijze werden 289 publicaties verzameld. Zesenzeventig van deze publicaties beschreven observatiestudies. De volgende inclusiecriteria werden geformuleerd voor een opname in het onderzoeksoverzicht:

- Het onderzoek richtte zich op de interactie van verplegenden met oudere cliënten.
- In het onderzoek werden observaties verricht en men gebruikte een observatie-instrument.
- Het onderzoek werd beschreven in de Nederlandse of de Engelse taal.

Alle onderzoeken die voldeden aan deze criteria werden opgenomen in het overzicht van dit hoofdstuk, ongeacht hun wetenschappelijke kwaliteit (betrouwbaarheid en validiteit) en de grootte van de steekproef. Onderzoeken waarbij door middel van indirecte methoden, zoals vragenlijsten of interviews informatie werd verzameld over de communicatie, werden niet opgenomen. Drieëntwintig artikelen die 21 onderzoeken beschreven voldeden aan de criteria.

2.3 Resultaten

2.3.1 De rol van communicatie in verplegingswetenschappelijke modellen

Gedurende de twintigste eeuw groeide de verpleging uit tot een professie. Dit droeg bij tot de ontwikkeling van theoretische modellen op dit gebied. Doorgaans werd daarbij geput uit de vakgebieden van verschillende disciplines en die theorieën werden aangepast aan de context van de verpleging. Op deze manier ontstond een diversiteit aan verplegingswetenschappelijk theorieën en modellen, die in te delen zijn in interactie-, behoefte georiënteerde-, systeem-, fenomenologische- en ontwikkelings-

theorieën (Kiikkala en Munnukka, 1994). In deze paragraaf worden een aantal voor dit onderzoek relevante theorieën nader besproken. Als eerste komen aan de orde de zogenaamde interactietheorieën, waarin communicatie een centraal thema is. Voorbeelden van deze theorieën komen van Peplau, Orlando en King. Daarna komen respectievelijk de modellen van Orem en Neuman aan de orde welke een representant zijn van respectievelijk de behoeftegeoriënteerde theorieën en de systeemtheorieën. Zij worden in dit hoofdstuk aan de orde gesteld omdat zij tegenwoordig veelvuldig worden toegepast in de praktijk en in het onderwijs voor verplegenden (Evers, 1991; Fawcett, 1995).

Het theoretisch model van de interpersoonlijke relaties van Peplau

Peplau kan worden beschouwd als een pionier op het gebied van de verpleegkundige theorieën. In het begin van de vijftiger jaren besteedde zij al aandacht aan de aard van de processen die zich in de verpleging afspelen en aan de kenmerken van de verplegende-cliënt interactie. Vóór die tijd ging men met name uit van de ideeën van Florence Nightingale, waarin aandacht werd besteed aan het optimaliseren van de omgeving van de cliënt, zodat de natuur zijn gang kon gaan (Evers, 1991). Peplau (1952) construeerde een model waarbij verplegen werd gezien als het ontwikkelen van een therapeutische relatie, waarbinnen diverse fasen zijn te onderscheiden:

1. De oriëntatiefase, waarin de cliënt professionele hulp zoekt op basis van een gesignaleerde behoefte en een werkrelatie wordt ontwikkeld.
2. De identificatiefase, waarin de cliënt zich identificeert met de verplegende. De cliënt bepaalt samen met de verplegende in welke mate hij (on)afhankelijk zal zijn van de zorgverlening.
3. De exploitatiefase, waarin de cliënt als het ware maximaal gebruik maakt van de interpersoonlijke relatie die hij met de verplegende heeft. In een gezamenlijk ontwikkelingsproces wordt geprobeerd de eerder geformuleerde doelen te bereiken en eventueel samen nieuwe doelen te identificeren.
4. De oplossingsfase, waarin de cliënt geleidelijk onafhankelijk wordt van de verplegende omdat de doelen zijn bereikt. Nieuwe doelen worden geformuleerd en er worden stappen gezet in de richting van verdere ontwikkeling en groei van de persoonlijkheid (Peplau, genoemd in Arets en Vaessen, 1993).

Deze fasen zijn herkenbaar gedurende het gehele zorgproces, maar zijn ook te onderscheiden in elk afzonderlijk contact dat een cliënt met een verplegende heeft. Gedurende deze fasen kan een verplegende verschillende rollen vervullen: de vreemde, de hulpbron, de onderwijzer, de leider, de plaatsvervanger en de begeleider. De communicatie van de verplegende zal of meer instrumenteel of meer affectief van aard zijn, afhankelijk van de rol die zij aanneemt.

Er zijn auteurs (Rhiel en Roy, 1980), die de theorie van Peplau indelen bij de ontwikkelingstheorieën. Hun argument is dat volgens Peplau menselijke groei en ontwikkeling een essentiële rol heeft in het zorgproces.

Hoewel de operationele definities die Peplau beschrijft empirisch goed te testen zijn (Marriner, 1986), bestaat er weinig empirisch onderzoek dat de hier beschreven verplegende-cliënt relatie toetst (Forchuk en Brown, 1989). Er zijn wel een aantal kwalitatieve studies verricht met Peplau's werk als basis (Forchuk, 1995).

De interactietheorie van Orlando

De theorie van Orlando is min of meer gebaseerd op de theorie van Peplau. Volgens haar idee betekent verplegen het helpen van cliënten bij het vervullen van hun behoeften. Daarbij gebruikt de verplegende een proces van bewuste interactie, waarbij

zij via het verbale en nonverbale gedrag inzicht verkrijgt in de niet vervulde behoeften, vervolgens nagaat of dit inderdaad de wensen zijn die de cliënt heeft en dan handelt om aan deze behoeften te voldoen' (Orlando, 1984). Om deze doelen te kunnen bereiken is het van belang dat:

1. Datgene wat een verplegende zegt consistent is met elk element van haar handelen wanneer zij reageert op de behoefte van de cliënt.
2. Datgene wat de verplegende nonverbaal uitdraagt in overeenstemming is met haar verbale gedrag en dat elke uiting in overeenstemming is met haar handelen en haar reactie.
3. De verplegende duidelijk maakt dat elke uiting die zij doet voortkomt uit eigen beleving.
4. De verplegende bij elke uiting van de cliënt nagaat of ze diens uitlatingen goed begrepen heeft. Eventueel moet ze doorvragen of om correctie of verificatie vragen (Orlando, beschreven in Meleis 1985).

Bij deze eisen speelt de wijze waarop gecommuniceerd wordt een centrale rol. Hoewel het begrip communicatie in dit model niet expliciet wordt uitgewerkt, komt in deze visie wel goed naar voren dat verplegen instrumentele en affectieve aspecten omvat. Een verplegende heeft instrumentele vaardigheden nodig om goed in te kunnen schatten welke zorgvraag een cliënt heeft. Affectieve communicatie is van belang voor het leggen van een goede relatie met de cliënt. Orlando (1984) gaat er vanuit dat een cliënt de aard en de betekenis van zijn behoefte nooit duidelijk kan maken wanneer er geen relatie bestaat tussen verplegende en cliënt.

Het model van interacterende systemen en doelrealisatie van King

De interactie tussen verplegende en cliënt is een centraal thema in het conceptuele model van King. King definieert verplegen als "een proces van actie, reactie en interactie, waarbij verplegende en cliënt gezamenlijk informatie delen over hoe zij de situatie waarin de verpleging plaatsvindt percipiëren" (King, 1981 p.2). Daarnaast beschrijft King de theorie van doelrealisatie. Zij acht het van belang dat cliënt en verplegende binnen de verpleegsituatie gezamenlijk hun doel bepalen alsmede nagaan welke middelen nodig zijn om die doelen te bereiken. In deze visie is communicatie heel belangrijk, omdat volgens de theorie van doelrealisatie gezamenlijke doelbepaling bijdraagt tot het bereiken van deze doelen. King omschrijft communicatie als het proces "waarbij informatie van de ene persoon tot de andere wordt uitgewisseld, oftewel direct van de ene naar de andere persoon of indirect door het gebruik van telefoon, de televisie of het geschreven woord. Communicatie vormt het informatie-element binnen de interactie (King, 1981).

De visie dat verplegen een doelgestuurd proces is, impliceert dat de communicatie dan voornamelijk instrumenteel zal zijn omdat daar aspecten centraal staan zoals het verzamelen van informatie, een verpleegkundige diagnose stellen, een overzicht maken van de doelen en de planning (King, 1981). Het gezamenlijk doelen bepalen en het samen beslissingen nemen over de middelen om die doelen te bereiken veronderstelt naast instrumentele communicatie ook communicatie die affectief is van aard.

Het theoretisch model van King is nuttig om richting te geven aan onderzoek (Hanucharunkul, 1989). De meeste onderzoeken zijn echter niet alleen gericht op communicatie, maar testen hypothesen over de theorie van doelrealisatie (Parse, 1987).

De verpleegkundige theorie van 'zelfzorgtekorten' van Orem

Het model van Orem (1991) richt zich voornamelijk op het individu en minder op de dyadische relatie. Het is een voorbeeld van een op behoefte georiënteerd model,

waarin het concept zelfzorg centraal staat en het daaraan gerelateerde zelfzorgtekort. Orem onderscheidt zes verschillende hulpverlenings-methoden: handelen voor of in plaats van de ander, adviseren, geven van fysieke ondersteuning, het geven van ondersteuning op psychisch gebied, zorgdragen voor een omgeving waar persoonlijke groei wordt gestimuleerd en instructie en begeleiding (Orem, 1991). In deze zes verpleegmethoden heeft communicatie een min of meer impliciete rol. Niettemin werkt Orem dit concept niet nader uit. Zij geeft alleen aan dat men in de verpleging moet communiceren. Dit concept wordt geïnterpreteerd als het gemeenschappelijk worden van informatie (iets ontastbaars) voor alle betrokken partijen (Orem, 1991).

De theorie van Orem wordt zeer breed toegepast in de praktijk en in de opleiding voor verplegenden (Fawcett, 1995, Evers, 1991, Berbiglia, 1991) en met name in Nederland is de invloed van Orem groot te noemen (Arets en Vaessen, 1993). Daarnaast wordt deze theorie vaak gebruikt in onderzoek (Grypdonck, 1990).

De systeemtheorie van Neuman

Dit is een voorbeeld van de systeem-georiënteerde theorieën, waarbij de mens wordt gezien als een open systeem dat interacteert met interne en externe factoren uit de omgeving (Neuman, 1990). De verpleging beoogt "het optimale welzijn van de cliënt te bevorderen" door het in stand houden of (weer opnieuw) bereiken van de stabiliteit van de cliënt (Neuman, 1989). Neuman beschrijft een verpleegproces dat uit drie verschillende stappen bestaat: de verpleegkundige diagnose, het vaststellen van de verpleegdoelen en de uitkomsten van het verpleegproces. Hoewel dit model is gebaseerd op interacterende systemen wordt het concept van communicatie niet nader door Neuman uitgewerkt. Onderzoek gebaseerd op het model van Neuman neemt snel in aantal toe (Fawcett, 1995).

2.3.2 Onderzoek naar verplegende-cliënt communicatie

Macleod Clark presenteerde in 1985 een overzicht van onderzoek naar verplegende-cliënt communicatie. De vroegste studies in dit overzicht waren niet direct gericht op dit onderwerp, maar droegen daar wel informatie over aan. Zo bracht vragenlijstonderzoek naar tevredenheid van ziekenhuis patiënten aan het licht, dat cliënten veel vaker ontevreden waren over de communicatie met het ziekenhuispersoneel dan over andere zaken. Dit ongenoegen bleek met name gericht te zijn op het verplegend personeel.

Vanaf de zeventiger jaren werd meer specifiek onderzoek verricht naar de verplegende-cliënt interactie. Met de ontwikkeling van technologie en daarmee de komst van video-apparatuur en draadloze bandrecorders kreeg men de mogelijkheid om op geavanceerde wijze gegevens te verzamelen. Daarmee ontstond een toename van observatie-onderzoek in allerlei verpleegsituaties. In dit overzicht zal de nadruk vooral liggen op de communicatie tijdens de verpleging en verzorging van oudere cliënten, vanaf 1985 tot heden.

Verbale communicatie tijdens het zorgproces

Er hebben de laatste 10 jaar verschillende onderzoeken plaatsgevonden waarin de verbale communicatie in de geriatrische verpleging en verzorging is onderzocht. In tabel 2.1 wordt daarvan een overzicht gegeven.

Het eerste deel van deze tabel laat vijf studies zien die zich met name richten op het interactieniveau van de cliënten, maar uit deze studie kan tevens informatie verkregen worden m.b.t. de hoeveelheid en het aantal malen dat zorgverleners interactie in gang zetten (Armstrong-Esther en Browne, 1986, Armstrong-Esther e.a., 1989, Armstrong-Esther e.a., 1994, Allen en Turner, 1991, Nolan e.a., 1995). De meest in het oog

lopende conclusie van deze onderzoeken is dat zorgverleners weinig met hun cliënten communiceren, terwijl zij aangeven dat juist het omgaan met de cliënten het belangrijkste en meest plezierige deel van hun werk is (Armstrong-Esther e.a., 1989, 1994; Nolan e.a., 1995). Er is moeilijk een uitspraak te doen over de kwaliteit van deze studies. In de onderzoeken van Allen en Turner (1991) en van Nolan e.a. (1995) is gebruik gemaakt van tamelijk kleine steekproeven. In de drie studies van Armstrong-Esther e.a. worden grotere steekproeven genoemd, wanneer het de zorgverleners betreft die vragenlijsten hebben ingevuld, maar het is niet duidelijk of deze zelfde aantallen ook betrokken waren bij de observaties. Slechts in één van deze vijf studies worden gegevens over de betrouwbaarheid van de observaties gerapporteerd. Allen en Turner vermelden namelijk een interbeoordelaars-betrouwbaarheid van $> .95$.

De volgende twee studies (De Wilde en De Bot, 1989; Edwards en Noller, 1993) besteden aandacht aan de wijze waarop mensen hun spraak aanpassen wanneer ze met ouderen communiceren. De Wilde en De Bot (1989) bestuderen het gebruik van vereenvoudigde spraak, meer specifiek 'secondary babytalk' genoemd. Deze spraak heeft een aantal kenmerken zoals bijvoorbeeld versimpeling van de woorden, het vervangen van woorden door eigennamen (zal *de zuster* een *bammetje* klaarmaken?), een toonstijging aan het einde van een zin. Deze vereenvoudigde spraak wordt vooral geassocieerd met taal die tegen kinderen wordt gesproken, maar in geval van secondary babytalk doet men dat ook wanneer men met ouderen converseert (Coupland e.a., 1991). In het onderzoek van De Wilde en De Bot wordt de spraak van ziekenverzorgenden geanalyseerd op het voorkomen van zes eigenschappen die kenmerkend zijn voor babytalk: zinslengte; complexiteit van een zin; gebiedende wijs; gebruik van vraagzinnen: uitingen die een vragend voornaamwoord of stijgende intonatie bevatten; herhalingen en het vervangen van voornaamwoorden door namen (Ashburn en Gordon, 1981). De onderzoeksresultaten lieten zien dat de ziekenverzorgenden specifieke kenmerken van babytalk vertoonden, wanneer zij met ouderen spraken. Er bleek bovendien een duidelijk verband te bestaan tussen de mate van spraakaanpassing door de verzorgenden en het niveau van cognitief functioneren van de ouderen. Toen aan de verzorgenden werd gevraagd wat hun motieven waren voor deze spraakaanpassingen, vertelden zij dat ze vriendelijkheid, verduidelijking en meer expressie in hun boodschap wilden leggen. Uit ander onderzoek komt echter naar voren dat dit type spraak negatieve effecten heeft. Het wordt door sommige ouderen als betuttelend ervaren en het kan een afname van competentiegevoel bij de ouderen teweegbrengen, met als gevolg een afname in fysiek en psychisch functioneren en op termijn verminderde gevoelens van welzijn (De Wilde en De Bot, 1989, Ryan e.a., 1986). Hoewel er slechts zes ziekenverzorgenden aan dit onderzoek deelnamen, stemmen de onderzoeksresultaten overeen met de bevindingen uit ander onderzoek (Ashburn en Gordon, 1981).

De studie van Edwards en Noller (1993) is eveneens gericht op aanpassingen in spraak in de communicatie met ouderen. In dit onderzoek worden zowel verbale als nonverbale kenmerken onderzocht, maar omdat de nonverbale aspecten sterk gerelateerd zijn aan de verbale, wordt dit onderzoek in deze paragraaf besproken. Edwards en Noller gebruikten een quasi experimenteel design. Er werden speciale video-opnames gemaakt waarop de interactie tussen een zorgverlener en een oudere vrouw te zien was. De zorgverlener communiceert op drie verschillende manieren: op het einde van de zin gaat haar toon omhoog, zij raakt de vrouw aan of ze voegt een extra verbale uitdrukking toe 'goed gedaan meisje'. Drie verschillende groepen: oudere vrouwen, leerlingverpleegkundigen en psychologiestudenten, beoordeelden de videobanden waarop de verschillende experimentele condities en combinaties daarvan

te zien waren. Alle manieren waarop gecommuniceerd werd, werden min of meer als betuttelend beoordeeld, maar de oudere vrouwen vonden dat in mindere mate dan de leerlingverplegenden en de psychologiestudenten. De interactie waarbij een combinatie werd getoond van de uiting 'goed gedaan meisje' en verandering van toonhoogte werd als meest betuttelend beoordeeld. Maar de oudere vrouwen vonden deze uitingen ook niet-dominant en ze vonden ze getuigen van respect. Omdat bij dit onderzoek geen gebruik werd gemaakt van communicatie in een natuurlijke situatie, is de validiteit twijfelachtig.

In de volgende vijf studies (Gibb en O'Brien, 1990, Davies, 1992, Salmon, 1993, Waters, 1994, Thomas, 1994) was de observatie gericht op zorgverleners. Er werden zowel instrumentele als affectieve communicatie-aspecten bestudeerd. Gibb en O'Brien (1990) gebruikten een kwalitatieve methode, via welke zij 42 verbale categorieën benoemden, waarbinnen instrumentele en affectieve aspecten te onderscheiden zijn. Voorbeelden van instrumentele categorieën zijn uitleg en instructie geven. Bij affectieve aspecten valt te denken aan het geven van bemoediging of bevestiging. Het lijkt er op dat de spreekstijl van zorgverleners varieert met de wijze waarop zij 's ochtends zorg verlenen. Er wordt in dit verband een onderscheid gemaakt in twee typen zorgverlening: de 'journey' (letterlijk: de reis) en de 'onderbroken zorgverlening'. Tijdens de 'journey' wordt een aantal taken aaneengesloten uitgevoerd. De zorgverlener is gedurende de hele ochtendverzorging bij de cliënt en alle handelingen betrokken: men begint met hulp bij het opstaan en vervolgens is er de toilet-gang, het douchen, het aankleden en er wordt verder toilet gemaakt. Gedurende deze procedure wordt regelmatig affectief gedrag geobserveerd. Dit in tegenstelling met de onderbroken zorg. Daarbij ligt het accent vooral op efficiënt gebruik van de tijd en de zorgverlener is vaak meerdere cliënten tegelijk aan het verzorgen. Gedurende deze procedure is de communicatie met name gericht op de uit te voeren taak en heeft een instrumenteel karakter. In het onderzoek van Gibb en O'Brien ging men uit van een kleine steekproef en er werden geen gegevens gerapporteerd over betrouwbaarheid en validiteit.

Ook in andere studies wordt gevonden dat de wijze waarop men het werk op een afdeling organiseert kan samenhangen met de manier waarop er met cliënten wordt gecommuniceerd. Salmon (1993) vond bijvoorbeeld dat het instellen van formele interactieperiodes een toename liet zien in de sociale interactie tussen verplegenden en cliënten. Thomas (1994) concludeerde dat de organisatiestructuur van een afdeling van grotere invloed was dan het deskundigheidsniveau van de verplegenden. Ongeacht het niveau van de zorgverlener, bleken verplegenden op een afdeling waar men werkte volgens het principe van 'eerst verantwoordelijke verpleegkundige' (waarbij een verplegende 24 uur per dag verantwoordelijk is voor het totale zorgproces van een klein aantal cliënten) meer affectieve communicatie te gebruiken dan op afdelingen waar men werkte volgens de principes van 'teamverpleging' (afdelingsteam opgedeeld in kleinere teams die gezamenlijk verantwoording dragen voor de afdeling) of de 'functionele verpleging' (taakgerichte verpleging). Op de afdeling waar men werkte volgens het principe van 'eerst verantwoordelijke verpleegkundige' lieten de zorgverleners de cliënten meer keuzevrijheid en vroegen zij hen om feedback. Met betrekking tot instrumentele communicatie gaven de verplegenden op deze afdeling meer informatie en uitleg over de verleende zorg. In het onderzoek van Thomas deed een redelijk grote steekproef mee (72 verplegenden) en er was een hoge graad van overeenstemming tussen de verschillende observatoren (>.95).

Davies (1992) onderzocht of gediplomeerde verplegenden op dezelfde wijze communiceerden als ongediplomeerden. Zij onderscheidde 15 verbale gedragscategorieën, met daarin instrumentele aspecten zoals uitleg geven of oriëntatie bieden op het hier en nu,

en affectieve aspecten zoals persoonlijke erkenning en het geven van bevestiging. Davies vond dat zowel de gediplomeerde als ongediplomeerde verplegenden dezelfde soorten verbale categorieën gebruikten, maar dat de communicatie van de gediplomeerden meer in overeenstemming was met de ideologie van het beroep. Zij waren er, meer dan de ongediplomeerden, op gericht de cliënt in zijn waarde te laten, keuzes te bieden en de onafhankelijkheid te bevorderen. Door dit onderzoek blijkt dat verdeling van het werk, waarbij ongediplomeerde verzorgenden vooral betrokken zijn bij de directe verzorging van een cliënt, effecten kan hebben op de kwaliteit van de verplegende-clieënt communicatie. In dit onderzoek werd uitgegaan van een kleine steekproef. Daarnaast was de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid .90.

Waters (1994) rapporteerde de bevindingen van een onderzoek naar de stijl van communicatie van zorgverleners gedurende de ochtendverzorging en het effect van deze stijl op het herstel van oudere cliënten. Het onderzoek richt zich daarmee voornamelijk op instrumentele aspecten. In dit onderzoek bleek dat 60% van de werkwijzen die tijdens de ochtendverzorging werden gebruikt niet geschikt waren voor de cliënten. Vaak werd er te weinig gecommuniceerd en de zorg werd aan de cliënten zelf overgelaten, terwijl men daar niet toe in staat was. In andere gevallen werd te veel zorg overgenomen zodat dit juist de onzelfstandigheid bevorderde wat leidde tot hospitalisatie van de cliënt. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid in dit onderzoek was hoog, namelijk respectievelijk .95 en .92 voor interactie categorieën en verbale aspecten.

De volgende twee studies (Liukkonen, 1992, Kihlgren e.a., 1993) zijn gericht op communicatie met demente ouderen. Daarbij vond Liukkonen dat verplegenden zich veel meer richtten op activiteiten die dagelijks behoorden plaats te vinden, dan op de individuele behoeften van de demente ouderen en hun specifieke eigenschappen. Zij besteedden veel minder aandacht aan vrijwillige activiteiten zoals wandelen buiten de afdeling, een bezoekje aan de kantine, aanraken, een spelletje doen of grapjes maken. De interactie tussen de zorgverleners en cliënten was daarom nogal oppervlakkig en de dagen voor de cliënten waren monotoon en vol verveling. Liukkonen gebruikte een kwalitatieve methode. Om de validiteit en de betrouwbaarheid te vergroten werden de observatiedata aangevuld met interviews waarin naar de observaties van verplegenden werd gevraagd. De resultaten van deze beide methoden waren consistent. Kihlgren e.a. (1993) beschreven hoe zorgverleners zich gedroegen tegenover demente cliënten voor en na een training die er op gericht was zorg te verlenen met aandacht voor de waardigheid en de integriteit van de cliënten. Hierbij werd een experimentele en een controlegroep bestudeerd. Men ontwikkelde speciaal voor deze studie een scoreformulier waarbij via observatie werd aangegeven of bepaald gedrag zich wel of niet voordeed. Na de training boden de zorgverleners van de experimentele groep aan de cliënten meer gelegenheid tot samenwerken en er was een toename in de verbale communicatie, in vergelijking met de controlegroep.

Als laatste wordt in tabel 2.1 een onderzoek van Hewison beschreven naar het voorkomen van macht tijdens verplegende-clieënt communicatie. Hij deed kwalitatief onderzoek volgens de principes van de 'grounded theory' van Glaser en Strauss (1967). De bevindingen in dit onderzoek bevestigen de resultaten uit eerdere studies dat de communicatie van zorgverleners vaak instrumenteel is, oppervlakkig en routinematig. Verder vond Hewison dat zorgverleners macht gebruikten in hun interactie met de cliënt, die met name in de taal tot uitdrukking kwam. Het gebruik van macht wordt doorgaans als normaal beschouwd door zowel de cliënt als zorgverleners.

Tabel 2.1 Overzicht van onderzoek naar verplegende-cliënt interactie: verbale communicatie

Bron	Setting en steekproef	Wat werd onderzocht?	Methode en instrumenten	Variabelen	Betrouwbaarheid en validiteit	Bevindingen
Armstrong-Esther & Browne (1986)	11 geriatrie en psychogeriatrische afdelingen; 23 cliënten, 118 zorgverleners	De invloed van een mentale stoornis van cliënten op de cliënt-verplegende interactie	Niet participerende observatie gericht op de cliënt met time-sampling methode.	3 gedragscategorieën: houding, activiteiten en interacties.	m.b.t. observatie geen gegevens gerapporteerd	Verplegenden interacteren significant minder met verwarde cliënten dan met heldere cliënten. Over het algemeen is er weinig sociale interactie tussen zorgverleners en cliënten, en verplegenden beschouwen lichamelijke zorg van groter belang dan sociaal contact.
Armstrong-Esther e.a. (1989)	5 afdelingen in alg. ziekenhuis 90 cliënten, 105 zorgverleners	Attitude van zorgverleners t.o.v. ouderen. De kwaliteit en kwaliteit van cliënt-verplegende interacties	Systematische time-sample observatie in periodes van 10 minuten, gedurende welke elke minuut het dominante gedrag van elke cliënt werd genoteerd.	16 gedragscategorieën zoals: houding, niet interactieve activiteiten, interactieve activiteiten, het initiëren van de interactie.	m.b.t. observatie geen gegevens gerapporteerd	Er is weinig interactie tussen zorgverleners en cliënten. Tijdens de observaties vond in 52,2% van de gevallen in het geheel geen interactie plaats die van zorgverleners uitging. Zorgverleners hadden het meeste contact met cliënten die zij zelf licht in de war vonden, matig contact met heldere cliënten en het minst met verwarde cliënten.
Armstrong-Esther e.a. (1994)	4 geriatrie afdelingen in algemeen en psychiatrie ziekenhuis; 24 cliënten, 306 zorgverleners	Activiteiten en interactieniveau van ouderen, ingedeeld in 3 groepen naar niveau van cognitief functioneren.	Niet participerende observaties gericht op de cliënt, met gebruik van een microcomputer.	16 gedragscategorieën zoals: interactie met anderen, houding, niet interactief gedrag.	m.b.t. observatie geen gegevens gerapporteerd	Buiten de routine zorg is er weinig cliënt-verplegende interactie. Zorgverleners geven aan dat zij sociaal contact met de cliënt erg belangrijk vinden, maar in de praktijk zijn zij er niet echt op gericht.
Allen & Turner (1991)	Verbijsafdeling 19 cliënten, 15 zorgverleners	Het effect van een interventie programma ter bevordering van de cliënt-verplegende interactie.	Observaties van interactieniveau van de cliënt met gebruik van het observatieschema van Allen (1989).	Categorieën zoals activiteit, sociale setting, initiëren van interactie, type response, inhoud van de interactie.	Interobserver betrouwbaarheid >.95	Er is geen significant verschil voor en na de interventie. Het lijkt erop dat zorgverleners minder interacteren met cliënten die fysiek afhankelijk zijn.

Bron	Setting en steekproef	Wat werd onderzocht?	Methoden en instrumenten	Variabelen	Betrouwbaarheid en validiteit	Bevindingen
Nolan e.a. (1995)	2 geriatrie afdelingen; 24 cliënten, 24 zorgverleners	Interactieniveau van oudere cliënten op een afdeling met kort, tijdelijk en lang verblijvende cliënten	Clíentgerichte observatie door 2 observatoren (time-sampling). Molair observatiesysteem van Nolan (uitgebreide versie, 1987).	12 gedragscategorieën zoals: informele activiteiten, georganiseerde activiteiten, eten, drinken, slapen en verbale interactie.	Training van observatoren om betrouwbaarheid en validiteit te waarborgen	Zorgverleners geven aan dat zij het belangrijk vinden dat er met cliënten gecommuniceerd wordt, toch heeft dit in de praktijk weinig prioriteit. Sociaal vaardige cliënten trekken de meeste interactie aan, van zowel andere cliënten en van het verplegend personeel.
De Wilde & De Bot (1989)	3 psychogeriatrische afdelingen in verpleeghuis; 10 cliënten, 6 verzorgenden	Het gebruik van secundaire babytaal in de communicatie met oudere cliënten.	Communicatie tussen verzorgenden en cliënten werd opgenomen op de bandrecorder en achteraf geanalyseerd met het schema van Ashburn & Gordon (1981).	Kenmerken van babytaal zoals de gebiedende wijs, het vervangen van voornaamwoorden door eigennamen, herhalingen.	Geen gegevens gerapporteerd	Wanneer zorgverleners tegen ouderen praten dan zijn er in de spraak meer kenmerken van babytaal dan wanneer men tegen volwassen collega's praat. Dit verschijnsel is sterker naarmate ouderen meer verward zijn.
Edwards & Noller (1993)	Kijkessies waarin 40 oudere vrouwen, 40 leerling-verplegenden, 40 studenten, 18 video-opnames beoordeelde	De waarneming van bepaalde communicatie-aspecten door ouderen, zorgverleners en niet-betrokken observatoren.	Speciale video-opnames werden gemaakt waarop diverse communicatie-strategieën. De respondenten beoordeelden interacties op 3 criteria: betuttelen, status en solidariteit.	Spraakaanpassingen zoals: verandering van toonhoogte, aanraken bij het spreken en verbale expressie.	Betrouwbaarheid geen gegevens gerapporteerd	De manieren waarop zorgverleners spraak aanpassen worden alle als min of meer betuttelend ervaren. Ouderen beoordelen alle strategieën als minder dominant en meer respectvol dan jongere beoordeelaars. Niet alle ouderen hebben bezwaar tegen de spraak aanpassingen. Met name de meer afhankelijkke ouderen oordelen niet negatief.
Gibb & O'Brien (1990)	2 verpleeghuizen; 10 zorgverleners die elk met 3 of 4 cliënten contact hebben.	Spreekstijl van verplegenden gedurende routinematige ochtendzorg.	Conversatie-analyse van transcripten op audio-opnames, analyse volgens een kwalitatieve methode (Glaser & Strauss, 1967).	42 spraak categorieën instrumenteel affectief biv.: verklaring, instructie gen, goedkeuring	Geen gegevens gerapporteerd	De spreekstijl varieert met de wijze waarop de zorg wordt uitgevoerd. Spreekstijl heeft tevens een psycho-sociale functie en drukt uit hoe de relatie tussen zorgverlener en cliënt is.

Bron	Setting en steekproef	Wat werd onderzocht?	Methode en instrumenten	Variabelen	Betrouwbaarheid en validiteit	Bevindingen
Davies (1992)	Kleine steekproef zorgverleners op geriatrische afdeling, representatieve steekproef met bewoners; 24 2-uurs opnames.	De mate waarin gediplomeerde en ongediplomeerde verplegenden verschillende verbale strategieën gebruiken.	Inhoudsanalyse van audio-opnames met cliënt-verplegende interactie; 15 categorieën van verbaal gedrag werden gescoord.	15 verbale categorieën instrumenteel: affectief; bijv.: oriëntatie op prijzen, realiteit, uitleg.	Inter-observator betrouwbaarheid .90	Zowel gediplomeerde als ongediplomeerde verplegenden gebruiken de zelfde verbale strategieën, maar door de gediplomeerden worden relatief meer uitspraken gedaan die respect voor menselijke waardigheid, keuze en onafhankelijkheid tot uitdrukking brengen.
Salmon (1993)	2 psychogeriatrische afdelingen; 47 cliënten, 27 zorgverleners	Optreden van verandering van interactie, na het veranderen van attitudes van zorgverleners of na instellen van formele interactieperiodes.	Observatie-schema; 2 observatoren (time-sampling), gedurende routine zorg en formele activiteitenperiodes.	16 gedragscategorieën van verplegenden, waarvan 5 cliëntgericht; instrumenteel: affectief; informeren babbelen	Inter-observator betrouwbaarheid: .74-.82 validiteit: geen gegevens gerapporteerd	In deze studie besteden zorgverleners meer tijd aan de interactie met cliënten dan in andere studies wordt beschreven, Meestal is dit taakgerelateerde interactie. De attitude van zorgverleners was geen voorspeller voor kwaliteit en kwantiteit van communicatie. Het gedrag van zorgverleners werd positief beïnvloed door instelling van formele interactieperiodes.
Waters (1994)	2 revalidatie afdelingen in geriatriesch ziekenhuis; 32 cliënten	Interactie stijl van zorgverleners op een revalidatie-afdeling	Participerende observatie met Godlove schema (1982)	Alleen instrumentele variabelen zoals: leiding geven, juiste werksijl gebruiken	Intra-observator betrouwbaarheid .92-.95	De werksijl die verplegenden hanteren is in 60% van de gevallen niet adequaat. Men laat cliënt alleen, terwijl dat niet kan of men neemt te veel zorg over.
Thomas (1994)	9 geriatrische afdelingen van ziekenhuis met op elk 4 verplegenden van 1° en 4 van 2° desk. niveau. Ieder werd 3 uur geobserveerd	Vergelijking van de verbale interacties tussen verplegenden van 1° en 2° desk. niveau op afdelingen met eerst verantwoordelijke verplegende, team- of functionele verpleging.	Niet participerende observatie, met behulp van computer.	Verbale categorieën instrumenteel: affectief; vragen, verzoeken, uitleg sociale conversatie	Inter-observator betrouwbaarheid > .95	Verplegenden op afdeling waar men werkt volgens principe van 'eerst verantwoordelijke verplegende' communiceren meer met cliënten dan verplegenden op afdeling waar men werkte met team of functionele verpleging. Over het algemeen communiceren ziekenverplegenden meer met cliënten dan verpleegkundigen.

Bron	Setting en steekproef	Wat werd onderzocht?	Methode en instrumenten	Variabelen	Betrouwbaarheid en validiteit	Bevindingen
Liukkonen (1992)	4 afdelingen in div. vormen van intramurale zorg; 52 zorgverleners 95 observatie-uren	Kenmerkende gedragspatronen van dementerende cliënten en activiteiten van zorgverleners gedurende basiszorg.	Niet participerende observatie gedurende basiszorg-activiteiten. Kwalitatieve analyse.	Vier categorieën van verpleeg-activiteiten: instrumenteel; affectief; verplichte dagelijkse activiteiten gericht op cliënt	Triangulatie om betrouwbaarheid en validiteit te waarborgen. Geen gegevens gerapporteerd	Vijf modellen worden beschreven die de zorgstijl van de zorgverleners omschrijven: afwijzend, routinematig, robotachtig, cassette-achtig en vaardig. De interactie van de zorgverleners is meestal vrij oppervlakkig, gericht op lichamelijke zorg en er vindt weinig conversatie plaats.
Kihlgren e.a. (1993)	2 verblijfsafdelingen in verschillende verpleeghuizen; 10 cliënten, 10 zorgverleners, 99 video-opnames	Nagegaan wordt welk effect training heeft op gedrag van zorgverleners. Training gericht op respect voor integriteit van dementerende cliënt.	Veid experiment met experimentele en controle groep; voor en na de training werden interacties op video opgenomen en geanalyseerd met 39-items codingsschema.	Instrumenteel: Affectief; lichaams-prijzen, verzorging, cliënt oriëntatie op de realiteit	Inter-observatorbetrouwbaarheid .83	Na de interventie boden zorgverleners meer gelegenheid aan cliënten om zelf mee te beslissen, cliënten waren coöperatiever en er was meer verbale interactie tussen beiden.
Hewison (1995)	Ziekenhuisafdeling; 24 cliënten 175 geobserveerde interacties	Gebruik van macht door verplegenden in interactie met cliënten.	Participerende observaties, met audio-opnames van gesprekken aangevuld met notities. Kwalitatieve analyse.	Met name instrumentele variabelen: macht in taal, overreden, bepalen wat gebeurt.	Geen gegevens gerapporteerd	Verplegenden maken in hun taal gebruik van macht. Dit wordt door zowel zorgverleners als cliënten geaccepteerd en als normaal beschouwd. Gebruik van macht belemmert open communicatie.

De nonverbale communicatie tijdens het zorgproces

Tabel 2.2 geeft een overzicht van onderzoek naar nonverbale communicatie. Vijf van deze studies gaan over aanraken en de zesde gaat over interactie tussen zorgverleners met dementerende patiënten gedurende de maaltijden op een afdeling. Deze laatste studie betreft zowel verbaal als nonverbaal gedrag, maar omdat de nadruk wordt gelegd op nonverbale communicatie wordt dit onderzoek in deze paragraaf behandeld.

Hollinger (1986) onderzocht bij oudere cliënten, die opgenomen waren in het ziekenhuis, of er een relatie bestond tussen het aanraken van zorgverleners en de frequentie en duur van verbale reacties van de cliënten. Ze gebruikte een quasi-experimenteel design met daarin vijf condities, die varieerden van niet aanraken tot aanraken op verschillende tijdstippen van de interactie. De resultaten lieten zien dat het aanraken door de verplegenden leidde tot een toename van de verbale response-duur bij de cliënten.

Le May en Redfern (1987), Oliver en Redfern (1991) en McCann en McKenna (1993) gebruikten in een onderzoek naar aanraken het observatieschema dat ontwikkeld was door Porter e.a. (1986). Men maakte in deze drie onderzoeken, in navolging van Watson (1975) een onderscheid in instrumenteel en affectief aanraken. Daarbij werd instrumenteel aanraken gedefinieerd als een bewust fysiek contact dat nodig is om een taak uit te voeren. Affectief aanraken is relatief spontaan, drukt affectie uit en is niet nodig voor de uitvoering van een bepaalde taak. Het observatieschema van Porter e.a. (1986) werd in 1987 verfijnd en opnieuw uitgetest, om de betrouwbaarheid te verbeteren. Na nog een verbetering door Oliver en Redfern in 1991 was de betrouwbaarheid van het instrument acceptabel, maar de validiteit nog steeds twijfelachtig. Alle drie de studies laten zien dat de aanrakingen van verplegenden voornamelijk instrumenteel zijn. Er wordt slechts weinig affectief aangeraakt. McCann en McKenna (1993) geven aan dat de sexe van de zorgverlener en het deel van het lichaam dat wordt aangeraakt mede bepalen hoe de cliënt het aanraken ervaart. Een instrumentele aanraking van de arm of schouder door een vrouwelijke zorgverlener wordt door alle respondenten als plezierig ervaren. Daarentegen vindt een mannelijke cliënt het doorgaans onprettig door een verpleger op het been aangeraakt te worden. Overigens geven de onderzoekers in dit onderzoek aan dat de studie op kleine schaal is uitgevoerd, zodat deze bevindingen niet zonder meer te generaliseren zijn.

In 1995 vond er een ander type onderzoek plaats naar het aanraken door Moore en Gilbert. Zij onderzochten met een quasi-experimenteel design of verplegenden door het aanraken van cliënten affectie en nabijheid konden overbrengen. Hiervoor werden interacties tussen verplegende en cliënt op een videoband opgenomen, waarbij de verplegende al of niet de cliënt aanraakte. De bewoners van een verzorgingshuis beoordeelden deze banden met behulp van een vragenlijst, die 30 items bevatte, ontwikkeld door Burgoon (1987). Het bleek dat de verzorgingshuisbewoners meer nabijheid en affectie van de verplegende ervoeren, wanneer deze de cliënt op affectieve wijze aanraakte. Hoewel de betrouwbaarheid van de gebruikte schaal in dit onderzoek voldoende was, zijn er wel vragen over de validiteit. Immers degenen die de video's beoordeelden vormden geen representatieve steekproef. Bovendien was er in dit onderzoek geen sprake van een natuurlijk voorkomende communicatie.

Tot slot wordt het onderzoek van Van Ort en Philips (1992) besproken. Zij beschreven categorieën van communicatieve gedragingen van zorgverleners die functioneel gedrag uitlokten of in stand hielden of niet functioneel gedrag deden afnemen, gedurende het gebruik van maaltijden door demente bewoners. Er werden video-opnames gemaakt tijdens de maaltijden, die nadien op systematische wijze werden geobserveerd. Bij de

observaties werd opgemerkt dat het er in de ruimte waar de maaltijden plaatsvonden nogal chaotisch aan toe ging. De omgeving was niet zodanig ingericht dat deze uitnodigde tot het vertonen van zelfstandig eetgedrag door de cliënten. Bovendien gaf het verplegend personeel niet de juiste aanwijzingen om het functionele gedrag bij de bewoners te stimuleren. Ook reageerden de zorgverleners niet of niet adequaat op de signalen die de bewoners gaven.

Tabel 2.2 Overzicht van onderzoek naar verplegende-cliënt interactie: Nonverbale communicatie

Bron	Setting en steekproef	Wat werd onderzocht?	Methode en instrumenten	Variabelen	Betrouwbaarheid en validiteit	Bevindingen
Hollinger (1986)	Verblijfsafdeling met 150 bedden; 12 cliënten	De relatie tussen aanraken en de duur en frequentie van verbale responsen van cliënten.	Experimenteel design waarin 4 condities: variërend van niet aanraken tot aanraken op verschillende momenten in de interactie. Reactie wordt gemeten door bepaling van duur van de verbale response en tellen van aantal woorden.	Affectief aanraken (hand op hand)	Er werd gecontroleerd voor omgevings-variabelen; geen gegevens gerapporteerd	De duur en de frequentie van verbale responsen van cliënten lijken toe te nemen wanneer zorgverleners cliënten aanraken.
Le May & Redfern (1987)	4 verblijfsafdelingen voor ouderen; 30 cliënten 318 interacties	De hoeveelheid en het soort aanraken van zorgverleners op een verblijfsafdeling voor ouderen.	Participerende observatie met het aanraak-observatie-schema van Porter e.a. (1986)	Instrumenteel aanraken, affectief aanraken	Inter-observator betrouwbaarheid: voor 7 aspecten acceptabel en voor 3 aspecten onbetrouwbaar; validiteit: geen gegevens.	Aanraken door verplegenden is vooral instrumenteel. Dit onderzoek geeft ondersteuning aan de veronderstelling dat zorgverleners weinig affectief aanraken.
Oliver & Redfern (1991)	Afdeling met acute en langdurige zorg voor ouderen; 5 cliënten 18 zorgverleners 137 interacties	De hoeveelheid en het type aanraken van zorgverleners en oudere cliënten Verfijning van een observatie-schema.	Cliënt-gerichte observatie, met time sampling; observatie schema van Le May & Redfern (1987); gecodeerd met draagbare computer. Conversatie opgenomen op audio-tape.	Instrumenteel aanraken, affectief aanraken	Inter-observator betrouwbaarheid: alle aspecten acceptabel; validiteit: twijfelachtig	Aanraken door verplegenden is vooral instrumenteel. Met het aangepaste schema was beter te registreren. Van gebruik van computer onderzocht men weinig voordeel.
McCann & McKenna (1993)	Verblijfsafdeling; 4 cliënten 37 interacties 16 uur observatie	Frequentie en aard van aanraken van zorgverleners bij oudere cliënten. Perceptie van de aanraking door oudere cliënten	Cliënt-gerichte niet-participerende observatie; observatie-schema Porter e.a. (1986) verijnd door Le May & Redfern (1987)	Instrumenteel aanraken, affectief aanraken	Validiteit: triangulatie met semi-structureerde interviews geen gegevens gerapporteerd.	95% van de aanrakingen door zorgverleners was instrumenteel. Wanneer affectief wordt aangeraakt dan is dit meestal op de extremiteiten. De sexe van de zorgverlener en het deel van het lichaam dat wordt aangeraakt zijn bepalend voor de perceptie van de aanraking.

Bron	Setting en steekproef	Wat werd onderzocht?	Methode en instrumenten	Variabelen	Betrouwbaarheid en validiteit	Bevindingen
Moore & Gilbert (1995)	3 verpleeghuizen; 25 cliënten die videobanden beoordeelen.	De mogelijkheid om door aanraken affectie en nabijheid te tonen.	23 cliënten beoordeelen videobanden waarop verplegenden met cliënten interacteren. 2 verplegenden raken aan en 2 niet; Beoordelingschaal Burgoon (1987)	Nabijheid affectie	Interne Consistentie van gebruikte schalen $\alpha.86$ en $\alpha.84$ validiteit: twijfelachtig.	Oudere cliënten ervaren meer nabijheid en affectie van verplegenden die op affectieve wijze aanraken.
Van Ort & Philips (1992)	Psycho-geriatrische afdeling 10 cliënten 11 zorgverleners	De aard van de interactie tussen zorgverleners en Alzheimer patiënten gedurende het gebruik van de maaltijd	Exploratief beschrijvend onderzoek; systematische observaties van interacties op video; kwalitatieve analyse.	10 gedragingen instru- affect- menteel tief bijv.: bijv.: klaarma- bewa- ken en ken mixen priva- van voe- cy, ding, rol- aanra- ken	Geen gegevens gerapporteerd	De omgeving is niet geschikt om het zelf eten van de cliënten te bevorderen. De continuïteit en synchroniteit in de gedragspatronen van zorgverleners en cliënten kwamen slechts spaarzaam naar voren. Actie van zorgverleners om omgeving en gedrag aan te passen zou het zelfstandig eetgedrag van de cliënten kunnen bevorderen.

Factoren die samenhangen met de kwaliteit of kwantiteit van verplegende-cliënt communicatie

Uit de literatuur komen drie groepen variabelen naar voren die van invloed kunnen zijn op de kwaliteit of kwantiteit van de verplegende-cliënt communicatie. Variabelen gerelateerd aan de zorgverleners (in dit hoofdstuk zullen deze zorgverleners-variabelen genoemd worden), variabelen die samenhangen met de cliënten (cliënten-variabelen) en kenmerken van de situatie waarin de verpleging of verzorging plaatsvindt (situatie-variabelen). Zie voor een overzicht tabel 2.3.

De volgende eigenschappen van zorgverleners blijken van invloed te zijn: attitude, de opleiding, tevredenheid met het werk en de sexe van de verplegende. Zorgverleners die een positieve attitude hebben tegenover oudere mensen vonden sociale interactie van groter belang dan de verlening van de dagelijkse lichamelijke verzorging (Armstrong-Esther e.a., 1989). Aan de andere kant kon Salmon (1993) niet aantonen dat er een relatie bestond tussen de attitude van de zorgverleners en de wijze waarop ze communiceerden. Hij vond dat het instellen van speciale perioden die vooral gericht waren op het hebben van interactie met cliënten een grotere toename in interactie liet zien dan het verbeteren van de attitude van de zorgverleners.

Een factor die positief met communicatie blijkt samen te hangen is de mate van arbeidstevredenheid die zorgverleners hebben. Kramer en Kerkstra (1991) lieten zien dat verzorgenden met een hogere mate van arbeidstevredenheid beter in staat waren om de behoeften en wensen van de bewoners in een verzorgingshuis in te schatten dan de verzorgenden die minder tevreden waren met hun werk. Met betrekking tot opleidingsniveau vond Davies (1992) dat zowel gediplomeerde als ongediplomeerde verplegenden beiden dezelfde soort verbale categorieën gebruikten, maar de gediplomeerde zorgverleners deden relatief meer uitspraken die in overeenstemming waren met de ideologie van het verpleegkundig beroep. Zij toonden meer respect, boden de cliënt meer keuzevrijheid en benadrukten de onafhankelijkheid van de cliënt, dan dat ongediplomeerden dat deden. Deze resultaten zijn niet in overeenstemming met onderzoek op andere gebieden dan de ouderenzorg. Macleod Clark vond bijvoorbeeld op een chirurgische afdeling van een algemeen ziekenhuis geen verschillen tussen gediplomeerd en ongediplomeerd verplegend personeel. In 1993 liet Wilkinson zien dat verplegenden die werkten met kankerpatiënten, na een bijscholing die gericht was op communicatie, niet op een effectievere wijze communiceerden dan verplegenden die geen bijscholing hadden gevolgd. Echter een bijscholing die specifiek gericht was op de zorg aan kankerpatiënten had wel als resultaat. De zorgverleners bleken na een dergelijke, specifiek op kankerpatiënten gerichte, bijscholing beter met hun cliënten te communiceren dan degenen die niet zo'n bijscholing hadden gevolgd. Hieruit blijkt dat een bijscholing met als doel de communicatieve vaardigheden te verbeteren zich niet alleen met communicatie moet bezighouden, maar daarnaast ook kennis moet aanleveren voor het specifieke gebied waar de verplegenden hun werk verrichten. (De onderzoeken van Macleod Clark en Wilkinson zijn niet opgenomen in de tabel omdat deze niet gericht waren op communicatie met ouderen).

Tabel 2.3 Overzicht van onderzoeken naar de determinanten van de kwaliteit en de kwantiteit van de communicatie

Bron	Setting en steekproef	Wat werd onderzocht	Methode	Zorgver- leners- variabelen	Betrouwbaarheid /validiteit	Bevindingen
Armstrong- Esther e.a. (1989)	5 afdelingen met acute verpleging in ziekenhuis; 90 cliënten 105 zorgverleners	De attitudes van zorgverle- ners t.o.v. ouderen; de kwantiteit en kwaliteit van cliënt-verplegende interactie	MMA: mentale toestand van de cliënt; participerende observa- tie	Attitude	MMA .66-.82 KOP geen gege- vens gerappor- teerd	Zorgverleners met een positieve attitude t.o.v. ouderen vinden socia- le interactie met cliënten meer be- langrijk dan het leveren van hygiënische verzorging, terwijl zorg- verleners met een minder positieve attitude juist de hygiënische verzor- ging het belangrijkste vinden.
Salmon (1993)	2 geriatrische afde- lingen; 47 cliënten 27 zorgverleners	Interactie van zorgverleners met oudere cliënten: relatie met attitudes van zorgverle- ners of instellen van specia- le activiteitenperiodes.	Observaties met time sampling procedure	Attitude	Inter-observator betrouwbaarheid .74-.82	Er wordt geen relatie gevonden tus- sen de attitude van zorgverleners t.o.v. ouderen en hun gedrag.
Davies (1992)	afdeling voor oude- ren; 24 audio-tapes met 2 uur zorgverlening	De mate waarin gediplo- meerde en ongediplomeer- de verplegenden verschil- lende verbale strategieën gebruiken.	Inhoudsanalyse van op audio-tape opgenomen interacties.	Opleiding/ training	Inter-observator betrouwbaarheid .90	Ongediplomeerde verplegenden verlenen de meeste directe cliëntenzorg. Zij gebruiken andere verbale strategieën dan gediplo- meerden. Dit kan invloed zijn op de kwaliteit van zorg.
Kramer & Kerkstra (1991)	167 bewoners 37 verzorgenden	Eenzaamheid van bewoners in een verzorgingshuis	Bewoners: interviews zorgverleners: vragen- lijsten	Arbeidsatis- factie	Arbeidsatis- factie-schaal α.66-.88	Zorgverleners die meer tevreden zijn met hun werk zijn meer gevoe- lig voor gevoelens van eenzaam- heid bij ouderen, dan degenen met een lager niveau van tevredenheid.
McCann & McKenna (1993)	Afdeling voor langdu- rige zorgverlening; 4 cliënten 37 interacties	De kwantiteit en kwaliteit van aanraken door zorgver- leners bij cliënten	Cliënt-gerichte partici- pande observatie, aan- gevuld met interviews.	Sexe van zorgverleners	Geen gegevens gerapporteerd	De sexe van een zorgverlener en het deel van het lichaam dat wordt aangeraakt beïnvloed de perceptie van de aanraking door de cliënt.

Bron	Setting en steekproef	Wat werd onderzocht?	Methode	Cliënten-variabelen	Betrouwbaarheid /validiteit	Bevindingen
De Wilde & De Bot (1989)	3 psycho-geriatrische afdelingen in verpleeghuis; 10 cliënten 6 verzorgenden	Gebruik van secundaire babytaal in de communicatie met ouderen	Analyse van interacties op audio-band	Mentale toestand	Geen gegevens gerapporteerd	Wanneer zorgverleners met cliënten praten die minder helder zijn gebruiken ze in hun spraak meer kenmerken van babytaal.
Armstrong-Esther e.a. (1986)	Geriatrische afdeling; 23 cliënten 118 zorgverleners	Invloed van mentale toestand van de cliënt op de cliënt-verplegende interactie	Mentale toestand werd beoordeeld met CAPE; attitude van zorgverleners met vragenlijst; observaties	Mentale toestand	CAPE; betrouwbaar en valide Verder geen gegevens gerapporteerd	Zorgverleners interacteren significant minder met cliënten die verward zijn dan met cliënten die helder zijn.
Armstrong-Esther e.a. (1989)	5 acute afdelingen in ziekenhuis; 90 cliënten 105 zorgverleners	Attitudes van zorgverleners t.o.v. ouderen. De hoeveelheid en kwaliteit van de cliënt-verplegende interactie	MMA om mentale toestand van cliënt te beoordelen; participerende observatie	Mentale toestand	MMA .66-.82 KOP geen gegevens gerapporteerd	Zorgverleners initiëren het vaakst interactie met cliënten die ze inschatten als licht verward. Minder met heldere cliënten en het allerminst met verwarde cliënten.
Allen & Turner (1991)	Afdeling voor langdurige zorg; 19 cliënten 15 zorgverleners	Het effect van een interventieprogramma op het interactie-niveau van cliënten	Niet participerende observatie	Niveau van fysiek vermogen	Inter-observator betrouwbaarheid >.95	Mogelijk interacteren zorgverleners minder met cliënten die fysiek afhankelijk zijn of erg ziek.
Bron	Setting en steekproef	Wat werd onderzocht?	Methode	Situatie-variabelen	Betrouwbaarheid /validiteit	Bevindingen
Gibb & O'Brien (1990)	2 verpleeghuizen; 10 zorgverleners met ieder 3 of 4 contacten	Spreekstijl van verplegenden gedurende routine zorgtaken	Conversatie-analyse van interacties op audiotape	Tijdsdruk organisatie van de verpleegtaken	Geen gegevens gerapporteerd	Tijdsdruk en verantwoordelijkheid op de afdeling leidt tot korte, onderbroken, en taakgerelateerde communicatie tussen zorgverlener en cliënt. Wanneer zorgtaken achter elkaar worden uitgevoerd, is er meer persoonlijke communicatie.

Bron	Setting en steekproef	Wat werd onderzocht?	Methode	Situatievariabelen	Betrouwbaarheid en validiteit	Bevindingen
Davies (1992)	Afdeling voor ouderen; 24 audio-tapes met 2 uur zorgverlening	De mate waarin gediplomeerde en ongediplomeerde verplegenden verschillen in verbale communicatie	Inhoudsanalyse van interacties op audiotape	Organisatie afdeling en verdeling van werk tussen gediplomeerden en ongediplomeerden	Inter-observator betrouwbaarheid .90	De ongediplomeerde verplegenden verrichten doorgaans de meeste directe cliëntenzorg. Gediplomeerden en ongediplomeerden gebruiken verschillende verbale strategieën. Dit kan gevolgen hebben voor de kwaliteit van zorg.
Allen & Turner (1991)	Afdeling voor langdurige zorg; 19 cliënten 15 zorgverleners	Het effect van een interventie, gericht op het niveau van de cliënt-verplegende interactie.	Observaties met het schema van Allen (1990)	Activiteiten programma	Inter-observator betrouwbaarheid >.95	Het invoeren van een speciaal activiteiten programma bleek van invloed op de hoeveelheid en kwaliteit van de cliënt-verplegende interactie.
Turner (1993)	2 afdelingen; 52 cliënten 19 zorgverleners	Activiteiten verpleging en verandering in kwaliteit van leven van cliënten	Holde Communicatie Schaal om cognitief functioneren van de cliënt te meten; interviews met cliënten	Activiteiten programma	Geen gegevens gerapporteerd	Bij activiteiten verpleging wordt een betere communicatie waargenomen tussen verplegenden en cliënten.
Salmon (1993)	2 geriatrisch afdelingen; 47 cliënten 27 zorgverleners	Interactie van zorgverleners met oudere cliënten: relatie met attitudes van zorgverleners en met het instellen van activiteitenperiodes.	Observaties met time-sampling procedure	Instellen van formele activiteiten periodes	Inter-observator betrouwbaarheid .70-.82	Formele periodes waarin de cliënt steeds georiënteerd wordt op de realiteit kunnen de hoeveelheid van positief gedrag in de cliënt-verplegende interactie vergroten.
Thomas (1994)	9 afdelingen voor ouderenzorg; 72 zorgverleners (div.niveaus)	Een vergelijking van verbale interacties van verplegenden op twee verschillende deskundigheids-niveaus op afdelingen met 'eerst verantwoordelijk verpleegkundige', team of functionele verpleging.	Niet participerende observatie	Verpleegkundige organisatiemodellen	Inter-observator betrouwbaarheid >.95	Verplegenden op afdeling waar met 'eerst verantwoordelijke verpleegkundige' wordt gewerkt bieden cliënten vaker keuzen, geven meer uitleg over de zorg en besteden meer tijd aan het vragen aan cliënten om feedback, dan verplegenden op afdelingen waar men werkt met team of functionele verpleging.

Cliëntenkenmerken die een rol lijken te spelen in de verplegende-cliënt communicatie zijn het niveau van psychisch en fysiek functioneren. Armstrong-Esther e.a. (1986, 1989) lieten zien dat zorgverleners significant minder interacteerden met cliënten die ernstig verward waren dan met cliënten die licht verward waren of cognitief goed functioneerden. In het onderzoek van De Wilde en De Bot (1989) kwam naar voren dat verzorgenden meer kenmerken van babytalk gebruikten, naarmate hun cliënten meer afhankelijk waren en cognitief minder goed functioneerden. Allen en Turner (1991) evalueerden het effect van een interventieprogramma dat als doel had de kwaliteit van leven van cliënten te verbeteren. Zij vonden echter geen effect. Verwijzend naar Armstrong-Esther en Browne (1986) suggereerden zij dat dit uitblijven van het effect wellicht te maken had met het verschil in fysieke gesteldheid in de experimentele en controlegroep, omdat zorgverleners wellicht ook minder communiceerden met cliënten met een slechtere fysieke gezondheid, net zoals dat bij Armstrong-Esther en Browne bij de cliënten die mentaal minder alert waren het geval was.

Als laatste blijken situatiekenmerken een rol te spelen in de kwaliteit en kwantiteit van de communicatie tussen de zorgverleners en cliënten. De tijdsdruk die zorgverleners tijdens hun werk ervaren blijkt van belang te zijn. Gibb en O'Brien (1990) lieten zien dat zorgverleners die tijdens hun werkzaamheden ook de verantwoording hadden voor de afdeling, zodat hun werk regelmatig kon worden onderbroken door vragen van andere cliënten of collega's, vaak korter van stof waren tegen hun cliënten en vrijwel alleen communiceerden over zaken die met de uit te voeren taak te maken hadden. Wanneer men op een afdeling speciale activiteitenprogramma's invoerde, bleek dat een positieve invloed te hebben op de interactiefrequentie tussen zorgverleners en cliënten (Turner, 1993; Salmon, 1993). Thomas (1994) bekeek of er een verschil was tussen verplegenden van verschillende deskundigheidsniveau's op afdelingen waar men werkte volgens principes van 'eerst verantwoordelijke verpleegkundige', teamverpleging en functionele verpleging. Een verschil tussen de verschillende deskundigheidsniveaus werd niet aangetroffen, maar wanneer men werkte volgens de principes van 'eerst verantwoordelijke verpleegkundige', toonden verplegenden meer cliëntgerichte communicatie, dan de verplegenden op afdelingen met teamverpleging of functionele verpleging.

2.4 Discussie

In dit literatuuronderzoek is ingegaan op de verplegende-cliënt interactie en met name op de communicatie tussen verplegenden en oudere cliënten. Als eerste werd aandacht besteed aan de rol van communicatie in verschillende verplegingswetenschappelijke modellen. Ten tweede werd een overzicht gegeven van onderzoek naar de communicatie tussen verplegenden en oudere cliënten.

2.4.1 De relatie tussen verplegingswetenschappelijke modellen en onderzoek

Met name in de interactiemodellen, waar het thema verplegende-cliënt relatie centraal staat, wordt het belang van communicatie benadrukt (Peplau, 1952; Orlando, 1961; King, 1981). De vroege theorie-ontwikkelaars zoals Peplau en Orlando, en wat meer recent, King, zien verplegen als een interactieproces, waarbij communicatie een centraal begrip is. Zowel Peplau (1952) als King (1981) werken een definitie van communicatie uit en met name Peplau besteedt daarbij aandacht aan verbale en nonverbale communicatie. Bij Orlando blijven de begrippen impliciet. Geen van de genoemde modellen noemen expliciet 'instrumentele' of 'affectieve' communicatie,

maar men onderscheidt deze aspecten wel. Naast de aandacht voor gedrag dat gericht is op de taak, wordt in de theorieën ook het belang genoemd van het leggen van een goede relatie.

In de tijd dat Peplau en Orlando hun modellen ontwikkelden was er weinig aandacht voor onderzoek op het gebied van verplegende-cliënt communicatie. De laatste tien jaar wordt er veel geschreven over onderzoek op dit vlak, terwijl de verplegings-wetenschappelijke modellen die tegenwoordig veel in gebruik zijn (Neuman, 1990, Orem, 1980) niet zoveel aandacht geven aan de communicatie en dit begrip min of meer impliciet laten. Men zou zich kunnen afvragen wat dan precies de relatie is tussen theorie en onderzoek op het terrein van de verpleging en verzorging.

Wetenschappelijke modellen kunnen richting aan onderzoek geven (Fawcett, 1995) en op die manier kan een onderzoek een theorie ontwikkelen of aanpassen. Daarnaast kunnen van bestaande theorieën hypothesen worden afgeleid die in onderzoek getoetst kunnen worden. Echter geen enkele van de hier beschreven studies testen hypothesen of zijn aanleiding geweest voor de aanpassing van een verpleegkundige theorie. Dit komt overeen met de bevindingen van Jaarsma en Dassen (1993), die op basis van een literatuurstudie concludeerden dat verpleegkundige theorieën zelden in onderzoek werden gebruikt om ze te testen, alhoewel soms een bepaald onderzoeksprobleem wel achteraf werd ingekaderd in een theorie. Grypdonck (1990) kwam tot dezelfde conclusie in een analyse van onderzoek dat was gerelateerd aan de theorie van Orem: een theorie wordt vaak alleen als referentiekader gebruikt, en dit voegt dan weinig aan het onderzoek toe.

Alhoewel er in geen enkele van de hier vermelde onderzoeken werd uitgegaan van een verpleegkundig model is er soms wel een duidelijke link te leggen met wetenschapsgebieden die overlap hebben met het vakgebied van de verpleging, zoals: sociale psychologie, communicatie wetenschap en linguïstiek.

2.4.2 De kwaliteit van de verplegende-cliënt communicatie

Zowel in theorie als in praktijk wordt algemeen erkend dat communicatie een essentieel onderdeel uitmaakt van de interactie tussen verplegende en cliënt. Verplegenden zien hun relatie met de cliënt als een belangrijk aspect van het beroep (May, 1990, Sundeen e.a., 1989, Kitson, 1987, Macleod Clark, 1983, Hockey, 1976). Niettemin blijkt er weinig sociale interactie met cliënten voor te komen (Nolan e.a., 1995, Salmon, 1993, Armstrong-Esther e.a., 1994, 1989, Macleod Clark, 1983;). Bovendien zijn er nogal wat vraagttekens bij de kwaliteit van de verplegende-cliënt interactie. Waters (1994) liet bijvoorbeeld zien dat tweederde van de werkwijzen gedurende de ochtend-verzorging niet goed afgestemd was op de cliënt of deze teveel in een afhankelijke positie bracht. Wilkinson (1992) rapporteerde dat de verplegenden over het algemeen niet over goede communicatievaardigheden beschikten. Zij gedroegen zich meer blokkerend dan faciliterend tegenover hun cliënten. In het onderzoek van Hewison (1995) kwam naar voren dat zorgverleners veel macht gebruikten in hun communicatie met cliënten. Bovendien laat vragenlijstonderzoek onder cliënten zien dat de ontevredenheid, als deze bestaat, met name gericht is op een minder goede communicatie (Davis en Fallowfield, 1991, Macleod Clark, 1985). Het lijkt erop dat hoewel de aandacht voor onderzoek naar communicatie groeit, er in de praktijk nog niet veel invloed merkbaar is van de onderzoeksresultaten. Men kan dus nog steeds vaststellen dat de communicatie in de verpleging en verzorging aandacht verdient.

2.4.3 Beperkingen en tekortkomingen van onderzoeken naar de verplegende-cliënt communicatie

Zoals al eerder werd genoemd kan onderzoek naar verplegende-cliënt communicatie een bijdrage leveren aan de verplegingswetenschappelijke modellen. Daarnaast kunnen onderzoeksbevindingen worden gebruikt voor de opleiding en bijscholing van verplegend personeel. Op deze wijze kan onderzoek indirect bijdragen aan de kwaliteit van zorg in de verpleging. Om deze doelen te bereiken moet onderzoek echter wel goed worden uitgevoerd. Hoewel onderzoeken naar communicatie wel in aantal toemen zijn er ook een aantal beperkingen en tekorten in de wijze waarop dit onderzoek wordt uitgevoerd. Deze tekortkomingen zullen in deze paragraaf aan de orde komen.

Alle onderzoeken die in dit hoofdstuk besproken zijn, werden verricht in de institutionele zorg. In geen enkele studie werd aandacht besteed aan communicatie in de thuiszorg of aan de vraag of de bevindingen van het onderzoek wellicht waren te generaliseren naar andere zorgsituaties. Daarnaast zijn er kanttekeningen te maken bij de kwaliteit van de verschillende studies. In veel van de beschreven onderzoeken gaat men uit van kleine steekproeven. Een aantal studies vermeldt geen gegevens over de betrouwbaarheid en in veel gevallen zet men vraagtekens bij de validiteit van de gebruikte onderzoeksmethode en de resultaten. Een volgende beperking is dat men in sommige studies uitgegaan is van een cliëntgerichte observatie. Zulke onderzoeken leveren wel gegevens op over de interactiefrequentie, maar geven geen informatie over het verloop van het communicatieproces. Andere studies registreren de kwantiteit van communicatie of zijn gericht op enkele aspecten van het communicatieproces, zoals de lengte van de interactie, wie zette de interactie in gang, was de communicatie gericht op de taak of sociaal van aard. Studies die het gehele interactieproces in ogenschouw nemen zijn zeldzaam. Er zijn ook geen instrumenten beschikbaar waarmee men de communicatie op systematische wijze kan observeren. Hoewel het aantal onderzoeken naar verplegende-cliënt communicatie toeneemt vindt er weinig instrumentontwikkeling plaats. De meest toegepaste instrumenten tellen frequenties van bepaalde typen communicatief gedrag. Geen enkel instrument in de beschreven onderzoeken onderzocht interactiepatronen of besteedde aandacht aan sequenties van communicatief gedrag.

Een ander punt waar te weinig aandacht aan wordt besteed is het meten van uitkomstvariabelen bij cliënten. Meestal wordt door zorgverleners op een intuïtieve wijze bepaald of de verleende zorg effectief is geweest. Daarbij nemen zij nogal eens als uitgangspunt: 'wat wij doen is goed voor de cliënt'. Een fundamentele vraag die gesteld zou moeten worden is echter: Wat draagt de verpleging precies bij aan het welzijn en welbevinden van een cliënt? (Armstrong-Esther e.a., 1994). Men zou er vanuit kunnen gaan dat communicatief gedrag van verplegenden van invloed is op uitkomstvariabelen van de cliënten, maar toch is daar weinig onderzoek naar verricht. Studies naar arts-patiënt communicatie lieten zien dat het communicatieve gedrag van artsen een directe relatie had met cliëntensatisfactie, de herinnering van informatie of het opvolgen van adviezen (Bertakis e.a., 1991). Een vergelijkbare relatie zou ook te verwachten zijn in de verplegende-cliënt relatie. Hoewel er weinig onderzoek is verricht naar uitkomstvariabelen voor de cliënt die verpleegd of verzorgd wordt, worden er wel een aantal mogelijke uitkomsten genoemd in de literatuur. Fosbinder (1994) doet bijvoorbeeld een uitspraak dat de kwaliteit van de verplegende-cliënt interactie bepalend is voor de wijze waarop cliënten oordelen over de kwaliteit van zorg. Le May en Redfern (1987) en Copstead (1980) concludeerden dat het aanraken van cliënten een vermindering van angst en een verhoging van de zelfwaardering tot gevolg had. Als we aannemen dat verbeterde communicatie ten goede komt aan de cliënt, dan moet onderzoek ook zeker

moet onderzoek ook zeker aandacht besteden aan uitkomsten voor de cliënt, zoals cliënten-satisfactie, psychosociale aanpassing, opvolgen van adviezen, ervaren autonomie en welzijn en kwaliteit van leven.

Samenvattend kunnen de volgende conclusies worden getrokken. Toekomstig onderzoek moet aandacht schenken aan de ontwikkeling van observatie-instrumenten en analysesystemen die gericht zijn op het interactionele karakter van de verplegende-client communicatie, zoals die in verschillende zorgsituaties voor kan komen. Er dient aandacht te worden besteed aan de betrouwbaarheid en validiteit van de onderzoeksmethode. Daarnaast moeten in toekomstig onderzoek de uitkomsten voor de cliënt in ogenschouw worden genomen.

3 DE VERBALE COMMUNICATIE TUSSEN VERPLEGENDEN EN OUDERE CLIËNTEN

3.1 Inleiding

Communicatie wordt beschouwd als een essentieel aspect van de verpleging. Verplegenden zijn afhankelijk van hun communicatieve vaardigheden wanneer zij hun cliënten goed willen begrijpen en willen voldoen aan de wensen die de cliënten hebben. Voor oudere cliënten is een goede communicatie van belang zodat zij kunnen aangeven wat hun behoeften zijn in de zorg. Daarmee ontvangen zij zorg die goed is afgestemd op de individuele wensen, en dat leidt dan weer tot gevoelens van tevredenheid, onafhankelijkheid en welzijn. Wanneer er niet goed wordt gecommuniceerd dan kan dat gevolgen hebben voor het verpleegproces. De behoeften van de cliënt worden niet vervuld, het socialisatieproces raakt verstoord en de compliance kan afnemen. Dit laatste kan vervolgens weer leiden tot onvrede en stress bij de zorgverleners. (Staab en Hodges, 1996).

Wanneer verplegenden met hun cliënten communiceren dan moeten er vaak verschillende doelen worden bereikt. Zo heeft de cliënt meestal een probleem op gezondheidsgebied, en daarmee een behoefte aan informatie, advies of verpleging en/of verzorging. Dit vraagt om instrumentele communicatie. Daarnaast hebben veel cliënten ook behoefte aan een vertrouwensrelatie met hun zorgverlener, waarin steun, begrip en empathie worden geboden. Om aan deze behoefte te voldoen is affectieve communicatie van belang (Bensing, 1991; Moore en Gilbert, 1995). Naast het bieden van steun en begrip is een goede relatie tussen verplegende en cliënt ook van belang voor de uitwisseling van informatie of als overeenstemming moet worden bereikt over de doelen die binnen het verpleegproces bereikt dienen te worden.

Hoewel het algemeen geaccepteerd wordt dat communicatie binnen het verpleegproces een zeer voorname rol speelt, toont onderzoek nog al eens aan dat de communicatie tussen verplegende en cliënt vaak niet goed verloopt (Oliver en Redfern, 1991; Hollinger en Buschmann, 1993). Zoals in hoofdstuk 2 werd beschreven komt in diverse studies naar voren dat de communicatie tussen verplegende en cliënt veelal oppervlakkig is en instrumenteel van aard. Tevens is de hoeveelheid van de interactie nogal beperkt (Nolan e.a., 1995; Armstrong-Esther e.a., 1994, 1989; Avis, 1994; Salmon, 1993; Kihlgren e.a., 1993; Liukkonen, 1992; May, 1990). In andere studies wordt aangegeven dat zorgverleners gebruik maken van macht in hun communicatie met cliënten (Hewison, 1995) of de neiging hebben om zorg over te nemen (Waters, 1994, Kenny, 1990). Dit leidt er toe dat cliënten zich afhankelijk gaan opstellen. De zorg kan daarmee iatrogene effecten ten gevolge hebben, zoals passiviteit, incompetentie en depressie. (Miller, 1984). Uit het voorgaande valt af te leiden dat onderzoek naar verplegende-client communicatie een belangrijk onderwerp van onderzoek is.

Het onderzoek dat in dit hoofdstuk wordt beschreven richt zich op de verbale verplegende-client communicatie. Goede verbale communicatie is van belang om een samenwerkingsrelatie te scheppen en om zorg te kunnen bieden die is toegesneden op de wensen van de cliënt.

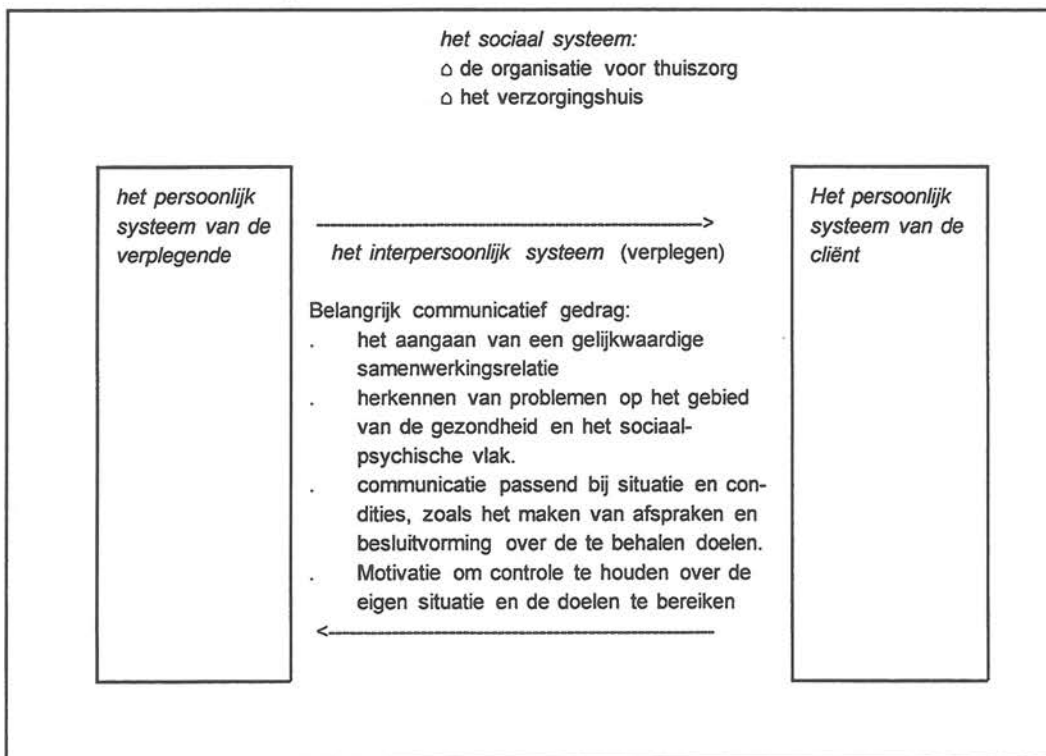
3.1.1 Theoretische context

Om greep te krijgen op het complexe en brede onderwerp van verplegende-client communicatie wordt het theoretisch model van King (1981) als uitgangspunt genomen.

In hoofdstuk 2 werd beschreven dat in dit model de communicatie centraal staat. Bovendien wordt dit model geschikt geacht voor de geriatrische verpleging, omdat het er vanuit gaat dat de cliënt actief wordt betrokken in het zorgproces. Deze betrokkenheid voorkomt dat de cliënt een te grote afhankelijkheid van de zorg ontwikkelt (Kenny, 1990). In haar 'General Systems Framework' onderscheidt King drie dynamisch interacterende systemen: Het 'persoonlijk systeem' (het individu), het interpersoonlijk systeem, dat bestaat uit tenminste twee personen die met elkaar interacteren en het 'sociaal systeem' waarvan de eerder genoemde twee systemen deel uit maken, zoals het gezin of de organisatie waar men werkt. Het verpleegkundig proces vindt plaats in het zogenaamde interpersoonlijke systeem. Het onderzoek dat hier beschreven wordt zal zich daar dan ook op richten (zie figuur 3.1).

Uit het model van interacterende systemen leidt King haar 'Theorie van Wederzijdse Doelbepaling' af. Daarin wordt verplegen beschreven als "een proces van menselijke interactie tussen verpleegkundige en cliënt, waarbij elk de ander in de situatie waarneemt en waarin zij door middel van communicatie doelen stellen, middelen onderzoeken en overeenstemming bereiken over deze middelen om de gestelde doelen te behalen" (Kruijswijk Jansen en Mostert, 1994, p. 66). In elke verpleegsituatie is er sprake van het wederzijds bepalen van doelen. Daarom is dit model in verschillende verpleegsituaties toepasbaar (King, 1981).

Figuur 3.1 Het model van interacterende systemen



King (1981, p.146) ziet communicatie als de belangrijkste informatiecomponent van interacties. Communicatie is het hulpmiddel, waarmee menselijke relaties worden ontwikkeld. De wijze waarop communicatie plaatsvindt wordt mede bepaald door de doelen die men heeft. Volgens King kunnen, afhankelijk van deze doelen, verschillende

communicatieve gedragingen in het verpleegproces worden onderscheiden (King, 1981):

- Affectieve of sociaal-emotionele communicatie, nodig om een samenwerkings-relatie met de cliënt te creëren en in stand te houden.
- Het uitwisselen en interpreteren van informatie om de problemen op lichamelijk-, psychisch- of welzijnsgebied te identificeren.
- Communicatie met betrekking tot de situatie en condities, zoals het maken van afspraken over de te behalen doelen. In dit verband noemen we 'wederzijdse afstemming' (mutual tuning; Bensing e.a., 1995) zodat onderhandeling over te bereiken doelen en de wijze waarop doelen bereikt kunnen worden plaats kan vinden.
- Het motiveren van cliënten om controle te houden over de eigen situatie en om doelen te bereiken. Daarbij is counsellingsgedrag van de verplegenden belangrijk. In dit hoofdstuk wordt met counselen bedoeld het geven van verzorgende, verpleegkundige en gezondheidsadviezen, die leiden tot gedragsveranderingen of beslissingen bij de cliënt (Roter, 1989).

3.1.2 Communicatie tussen verplegenden en oudere cliënten in verschillende settings

Dit onderzoek is uitgevoerd bij ouderen die thuis wonen en zorg ontvangen van wijkverplegenden en bij bewoners in een verzorgingshuis. Er wordt nagegaan of het communicatieve gedrag van zorgverleners verschillend is in deze twee settings. Immers communicatie wordt beïnvloed door de situatie waarin gecommuniceerd wordt.

De cliënten in de thuiszorg en de bewoners in het verzorgingshuis verschillen van elkaar. Door het gezondheidszorgbeleid in Nederland zijn de zorginstellingen in de eerste lijn uitgebreid en is er een meer gedifferentieerd zorgaanbod gekomen voor ouderen. Dit heeft er toe geleid dat een opname in een verzorgingshuis voor vele ouderen kan worden uitgesteld. Dat heeft echter tot gevolg dat de gemiddelde leeftijd in een verzorgingshuis gemiddeld 10 jaar hoger is dan in de thuiszorg. Een ander gevolg is dat de populatie van bewoners in verzorgingshuizen uit relatief meer vrouwen bestaat dan de populatie van cliënten in de thuiszorg (Coolen, 1993).

De dagelijkse activiteiten in het verzorgingshuis geschieden meer volgens een vast schema dan dat in de thuiszorg het geval is. Dat komt omdat ouderen in een verzorgingshuis op een afdeling leven, waar de activiteiten min of meer vast liggen. Bovendien ervaren de ouderen op een afdeling in een verzorgingshuis de afdelingscultuur, de afdeling is georganiseerd, er zijn allerlei regels waar men mee te maken heeft en de zorgverleners op de afdeling werken volgens een dagelijkse routine. De cliënten in de thuiszorg wonen op zich zelf, er is geen strak afdelingsroutine die van invloed is op de interactie tussen verplegende en cliënt, alhoewel het feit dat de wijkverplegende aan huis komt natuurlijk wel van invloed is op het dagelijkse leven.

In het verzorgingshuis is gedurende de gehele dag iemand van de verpleging aanwezig, terwijl de verpleging in de thuiszorg het karakter heeft van een bezoek, met een duidelijk begin en einde. De verplegenden in de thuiszorg werken bovendien met een hogere mate van zelfstandigheid, omdat zij niet afhankelijk zijn van een team waarmee men gezamenlijk de werkzaamheden van de dag verricht.

De zorgverleners in het verzorgingshuis kunnen misschien anders tegenover de bewoners staan dan de verplegenden in de thuiszorg omdat zij erkennen dat het verblijf in het verzorgingshuis blijvend is. Zij verwachten dat op den duur de toestand van de bewoners achteruit zal gaan, dus zijn ze er minder op gericht om de cliënt in zijn zelfstandigheid te stimuleren (Ingham en Fielding, 1985). Zij hebben zelfs eerder de neiging om zorg en verantwoordelijkheden van cliënten over te nemen en een

ongelijkwaardige relatie met hun cliënten op te bouwen, waarbij ze zelf controle houden over het zorgproces. (Lancely, 1985; Hewison, 1995). In de thuiszorg is het van het begin af aan duidelijk dat de zorg die verleend wordt tijdelijk is, dus de zorgverleners stimuleren hun cliënten tot zelfzorg.

Een ander belangrijk kenmerk van de intramurale zorg is dat de relatie tussen verplegende en cliënt van beide kanten zeer innig kan zijn. Soms is een relatie tussen bewoner en zorgverleners zelfs familiair te noemen (Nyström en Segesten, 1996; Sumaya-Smith, 1995). De relaties in de thuiszorg zijn, mede door het tijdelijke karakter, minder sterk.

3.1.3 Het doel van het onderzoek

Uitgaande van het theoretisch model van King wordt in dit hoofdstuk nagegaan in welke mate verplegenden communicatief gedrag vertonen dat van belang is voor het verplegen van (oudere) cliënten. Daarbij wordt aandacht besteed aan de zorgverlening in de thuiszorg en in het verzorgingshuis.

De algemene onderzoeksvraag die in dit hoofdstuk centraal staat is:

Hoe vindt de verbale communicatie plaats van verplegenden in de thuiszorg en in het verzorgingshuis? Daarbij zal aandacht worden besteed aan sociaal-emotionele communicatie, informatie-uitwisseling, wederzijdse afstemming en het motiveren van de cliënt om controle te houden over zijn situatie.

Uitgaande van de verschillen tussen de thuiszorg en het verzorgingshuis, die hierboven staan beschreven, wordt verwacht dat de communicatie in het verzorgingshuis meer gericht is op het aangaan en het in stand houden van de relatie. Met name zal de conversatie in het verzorgingshuis meer sociaal van aard zijn. De communicatie in de thuiszorg zal meer taakgerelateerd zijn, en gericht op onderhandeling over verpleegdoelen, wederzijdse afstemming en besluitvorming. De gespreksonderwerpen in de thuiszorg zullen vaker gericht zijn op de verpleegsituatie en de behandeling terwijl de gespreksonderwerpen in het verzorgingshuis waarschijnlijk meer te maken hebben met het leven van alle dag.

Omdat de verplegenden in de thuiszorg hun zorgverlening als iets tijdelijks beschouwen wordt verwacht dat hun communicatie meer gericht zal zijn op het motiveren van cliënten om controle te houden over de eigen situatie, terwijl dit in het verzorgingshuis minder zal spelen. De verplegenden in de thuiszorg zullen dus meer 'counselingsgedrag' vertonen, zoals op pagina 41 werd omschreven. Samenvattend zou men verwachten dat de communicatie in het verzorgingshuis meer affectief en in de thuiszorg meer instrumenteel van aard zal zijn.

3.2 De methode

Voor dit onderzoek werden video-opnames gemaakt van de communicatie tussen zorgverleners en oudere cliënten. Er zijn opnames gemaakt in de thuiszorg en in een verzorgingshuis. Gedurende een dagdeel werd een verplegende met de videocamera gevolgd terwijl zij met de zorgverlening bezig was. Er werden per verplegende 3 à 4 hulpverleningscontacten gefilmd. Elk contact werd in zijn geheel opgenomen en er werd, met uitzondering van de situaties waarbij de cliënt ontkleed was, naar gestreefd om steeds zowel cliënt als verplegende in beeld te krijgen.

De verplegenden hebben zelf aan cliënten om toestemming gevraagd. Voorafgaand aan het onderzoek hebben zij aan cliënten van 55 jaar en ouder uitleg gegeven over het onderzoek en gevraagd of zij daaraan wilden deelnemen. Alle deelnemende

cliënten hebben schriftelijk door middel van een 'informed consent' verklaring hun toestemming verleend (zie bijlage 1). Cliënten die leden aan dementie, of die ernstig ziek waren of terminaal waren uitgesloten van deelneming. In de thuiszorg weigerde slechts een enkele cliënt zijn medewerking. Maar omdat de zorgverleners zelf de cliënten geworven hadden, had er natuurlijk al enige selectie plaatsgevonden. In het verzorgingshuis waren de bewoners wat terughoudender. Van de zestig bewoners die om hun medewerking was gevraagd deed ongeveer de helft mee. De verplegenden hebben de onderzoekers niet systematisch geïnformeerd wat voor de weigeraars de reden was om niet mee te werken, maar zij gaven aan dat er niet echt een verschil was tussen de groep die wel mee deed en de groep die dat niet deed.

3.2.1 Deelnemers aan het onderzoek

Verplegenden

Er namen 47 verplegenden deel aan dit onderzoek. Dit was geen aselechte steekproef. Allen maakten deel uit van een groter project, waarin zij in een later stadium zouden deelnemen aan een training communicatieve vaardigheden. Van de 47 verplegenden werken er 24 in de thuiszorg. De andere 23 verplegenden werken in een verzorgingshuis.

Tabel 3.1 Gegevens over leeftijd, geslacht, opleiding en aantal jaren ervaring van de deelnemend verplegenden N=47

	verplegenden in de thuiszorg N=24	verplegenden in het verzorgingshuis N=23	Totaal aantal deel- nemende verplegenden N=47
vrouw ^b	24	21	45
man	0	2	2
gemiddelde leeftijd ^a (sd)	37,4 (9,3)	40,9 (8,7)	39,1 (9,1)
opleiding ^b			
verpleegkundige	11	8	19
verzorgende helpende	13	14 1	27 1
aantal jaren ervaring als verplegende ^a			
gemiddelde (sd)	16,5 (8,8)	15,9 (7,2)	16,2 (8,0)

^a Verschillen in leeftijd en aantal jaren ervaring werden getest met T-toetsen.

^b Verschillen in geslacht en opleidingsniveau werden getoetst met chi-kwadraat.
De groepen verschillen niet significant van elkaar

Binnen de groep zorgverleners werden in dit onderzoek drie verschillende opleidingsniveaus onderscheiden:

- Het opleidingsniveau van verpleegkundige. Bij dit niveau werden alle zorgverleners ingedeeld met een HBO-opleiding zoals HBO-V en degenen met een in-service opleiding A, B of Z.

- Het opleidingsniveau van verzorgende. Bij dit niveau werden alle personen ingedeeld met een opleiding op het MBO-niveau zoals MBO-VZ of met de in-service opleiding tot ziekenverzorgende.
- Het opleidingsniveau van helpende. Zorgverleners met een korte MBO of LBO-opleiding werden ingedeeld bij dit niveau.

Qua leeftijd, geslacht, opleiding en aantal jaren ervaring verschillen de zorgverleners uit de thuiszorg en het verzorgingshuis niet significant van elkaar. De achtergrondgegevens van de verplegenden staan weergegeven in tabel 3.1.

Cliënten

Aan dit onderzoek namen 109 cliënten van 55 jaar)* en ouder deel. Van deze cliënten werden 181 hulpverleningscontacten op de video opgenomen. 81 cliënten woonden thuis en ontvingen wijkverpleging. Hun gemiddelde leeftijd was 77,5 jaar (tussen 55 en 96 jaar). Tachtig procent van de thuiswonende cliënten woonde alleen. De meeste cliënten waren langdurig in zorg (gemiddeld 37 maanden). De groep cliënten in de thuiszorg is met betrekking tot leeftijd en geslacht representatief voor de populatie van ouderen in de thuiszorg (Delnoij e.a., 1996). 28 deelnemers waren bewoners van een verzorgingshuis. De gemiddelde leeftijd lag wat hoger dan in de thuiszorg, namelijk 86,7 jaar (tussen de 79 en 95 jaar). Dit gemiddelde ligt iets hoger dan de landelijk gemiddelde leeftijd in verzorginghuizen die 84,8 jaar is (CBS, 1994). Twaalf procent van de deelnemende bewoners woont samen met een partner in het verzorgingshuis. Gemiddeld verblijven de bewoners 5,5 jaar in het verzorgingshuis. Tabel 3.2 geeft een overzicht.

Tabel 3.2 Gegevens over de deelnemende cliënten, betreffende leeftijd, geslacht en aantal jaren dat men zorg is. N=109

	cliënten in de thuiszorg N=81	cliënten in het verzorgingshuis N=28	Totaal aantal deel- nemende cliënten N=109
vrouw	53	25	78
man	28	3	31
gemiddelde leeftijd (sd)	77,5 (8,7)	86,7 (4,4)	79,9 (8,8)
gemiddeld aantal maanden dat men in zorg is (sd)	37 (43,6)	70 (77,2)	45 (55,8)

3.2.2 Observatieschema

Om inzicht te krijgen in de communicatiepatronen tussen verplegende en cliënt werden de videobanden geobserveerd met behulp van het Roter's Interaction Analysis System (RIAS) (Roter, 1989). Met dit instrument, dat oorspronkelijk is ontwikkeld voor de observatie van arts-patiënt communicatie, worden alle verbale uitingen gescoord in

* In navolging van de Nota: Ouderen in tel waarin prognoses over de vergrijzing tot 2015 zijn opgenomen en het ouderenbeleid voor de jaren 1990-1994 wordt beschreven, is in dit onderzoek voor de leeftijdsgrens van 55 jaar gekozen.

categorieën die elkaar uitsluiten. Een verbale uiting wordt binnen het systeem gedefinieerd als het kleinst te onderscheiden gespreksfragment dat kan worden geclassificeerd. Een uiting kan bestaan uit één woord maar ook uit een hele zin. Met het RIAS kunnen deze uitingen direct vanaf de videoband worden gescoord, dat wil zeggen zonder eerst een transcript te maken van de communicatie.

Het systeem is in diverse studies toegepast en er bleek betrouwbaar mee geobserveerd te kunnen worden (Van Dulmen e.a., 1996; Van den Brink, 1996; De Gruyter en Schirm 1995; Bensing, 1991). In een studie waarin verschillende observatie-instrumenten met elkaar werden vergeleken kwam het RIAS gunstig naar voren (Inui e.a., 1982). Naast deze voordelen bleek het RIAS bovendien geschikt voor ons onderzoek omdat dit systeem aandacht besteedt aan de mate waarin de hulpverlener zijn betrokkenheid toont en emotionele steun geeft (de affectieve communicatie) en aan het maken van sturende opmerkingen, het stellen van open en gesloten vragen, het geven van informatie en adviezen (de instrumentele communicatie). Beide typen van communicatie zijn van belang voor verplegen en daarbinnen voor doelbepaling. Het systeem moest echter worden aangepast voor verplegende-cliënt communicatie. Met deze aanpassingen voor ogen is eerst een pilotonderzoek gedaan (De Gruyter en Schirm, 1995). Op basis van dit onderzoek werden de oorspronkelijk 34 verbale categorieën (zie bijlage 2) teruggebracht tot 24. Medisch getinte onderwerpen en topics betreffende de behandeling werden samen gevoegd tot een categorie 'verpleging' waarbinnen onderwerpen op het gebied van verpleging, verzorging, de gezondheid en de behandeling werden gescoord. Er is gekozen voor één categorie omdat zaken op dit gebied vaak erg met elkaar verweven zijn. Ook topics betreffende leefstijl en gevoelens zijn samen gevoegd omdat deze vaak binnen één gespreksonderwerp aan de orde kwamen.

In de aangepaste versie zijn de volgende groepen variabelen te onderscheiden die tevens kunnen worden gezien als indicator voor communicatieve gedragingen die volgens King (zie paragraaf 3.1.1) van belang zijn voor het verpleegproces:

- communicatie die gericht is op het aangaan en in stand houden van de relatie, in dit hoofdstuk sociaal-emotionele communicatie genoemd. Dit type communicatie omvat sociale conversatie, het tonen van empathie, bezorgdheid, interesse en warmte.
- communicatie die gericht is op wederzijdse afstemming en overeenstemming, zoals het vragen om duidelijkheid, het vragen om begrip, en het vragen om iemands mening. Dit type communicatie wordt van belang beschouwd om te komen tot besluitvorming over de te bereiken doelen.
- communicatie die gericht is op de herkenning van problemen en waarin informatie wordt gegeven die belangrijk is om doelen te bepalen en om strategieën te kiezen waarmee de doelen bereikt kunnen worden. Hiertoe behoort de uitwisseling van gegevens op het gebied van gezondheid, behandeling, leefstijl en emotionele leefwereld.
- adviseren en stimuleren van de cliënt om de doelen te bereiken (in het RIAS counselen genoemd).

Omdat de communicatie tijdens het zorgverleningscontact veelal wordt beïnvloed door de taken die daar worden uitgevoerd, is tijdens de observatie tevens geregistreerd welk type zorg werd verleend. Gebaseerd op een studie van Kerkstra en Vorst-Thijssen (1991), die concludeerden dat er op basis van acht verpleegkundige taken, drie typen zorg konden worden onderscheiden is voor elk contact geregistreerd of het met name lichamelijk-hygiënische zorg, verpleegtechnische zorg of psychosociale zorg betrof. In tabel 3.3 wordt een overzicht gegeven van de verschillende observatiecategorien.

Tabel 3.3 Overzicht van de betrouwbaarheidsmaten

Variabelen (afkortingen)	Inter-observator- betrouwbaarheid van 2 observato- ren (Pearsons r) N=10 zorgcontacten	betrouwbaarheids-coëffi- ciënten (Pearsons r) Vergelijking van 10 minuten- scores en gehele contact N=48 zorgcontacten	voorbeelden
Verbale categorieën persoonlijke opmerkingen /sociale conversatie (pers)	.79	.92**	goede morgen, mooi weer hè
grapjes/lachen (joke)	.97*	.94**	dan neem ik de taxi (wijst op rollator)
complimentjes/ waardering (cmpl)	.69	.94**	dat heeft u goed gedaan zeg
bezorgdheid tonen (conc)	.87	.97**	ik weet niet meer wat ik moet doen
geruststelling/bemoe- diging/optimisme (reas)	.99**	.97**	Dat valt best mee
empathie/ rechtvaardigen (empa)	.96	.95**	Ik snap best dat u bezorgd bent.
deelgenoot zijn/ ondersteuning (part)	1.00**	.94**	dat krijgen we samen wel voor elkaar
instemming tonen (agre)	.88	.95**	ja, goed, okay etc.
parafrase (para)	.72	.94**	p: volgens mij is de pijn nu minder v: nu minder
vragen om geruststelling (area)	1.00**	.96**	Denkt u echt dat ik dat zelf kan?
oneens zijn/ kritiek (disa)	1.00**	.72**	Ik wil die zwachtel niet meer om
oriëntatie/ instructie (orie)	.98*	.92**	Ik wilde u eerst helpen met douchen
vragen om verduidelijking (bids)	1.00**	.78**	Kunt u dat nog eens herhalen?
vragen om begrip of bevestiging (aund)	.95	.93**	Zo is het toch goed hè?
vragen om mening (aopi)	1.00**	.98**	Hoe zou dat opgelost kunnen worden?
gesloten vragen: ver- pleging/behandeling (gnur)	.98*	.91**	Zit de zwachtel niet te strak?
open vragen: ver- pleging/behandeling (onur)	1.00**	.96**	Wat is er gebeurd met uw been?
informatie over ver- pleging/behandeling (inur)	.95	.92**	de wond is weer open

- vervolg -

Tabel 3.3 Overzicht van de betrouwbaarheidsmaten - vervolg -

Variabelen (afkortingen)	Inter-observator- betrouwbaarheid van 2 observato- ren (Pearsons r) N=10 zorgcontacten	betrouwbaarheids-coëffi- ciënten (Pearsons r) Vergelijking van 10 minuten- scores en gehele contact N=48 zorgcontacten	voorbeelden
gesloten vragen: leefstijl/gevoelens (glif)	.98*	.95**	Bent u nog zo verdrietig?
open vragen: leefstijl/gevoelens (olif)	1.00**	.90**	Wat houdt u toch zo bezig?
informatie: leefstijl/gevoelens (ilif)	.98*	.90**	Ik heb me de hele dag druk gemaakt
adviezen: verpleging/ behandeling (cnur)	.81	.65*	U zou die zwachtel 's- morgens om moeten doen
adviezen: leefstijl/ gevoelens (clif)	1.00**	.92**	u zou eens meer naar buiten moeten gaan
niet te categoriseren (othe)	.99**	.92**	
zorgtaken			
licham. hygiënische zorg	1.00**	.73*	helpen bij douchen
verpleegtechnische zorg	.80*	.63	blaasspoelen
psycho-sociale zorg	.90*	.83**	aanpassing v.h. huis

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

3.2.3 De betrouwbaarheid van de observaties

De videobanden werden systematisch geobserveerd door twee observatoren. Het coderen van de RIAS categorieën werd gedaan met behulp van CAMERA, een computerprogramma dat speciaal is ontwikkeld voor het coderen van interacties die op de video zijn opgenomen (Iec ProGAMMA, 1994). De betrouwbaarheid was voldoende hoog en varieerde voor de afzonderlijke RIAS categorieën tussen .69 en 1.00 (Pearsons r), en voor de zorgtaken tussen .80 en 1.00 (Pearsons r) (zie tabel 3.3, kolom 2). Er is nagegaan of het mogelijk was om met de observatie van een deel van het hulpverleningscontact gegevens te verzamelen die voldoende betrouwbaar waren. Het idee daarvoor was afkomstig van een studie van Henbest en Fehrsen (1992), waarin werd beschreven dat de observatie van een deel van een consult bij een arts vrijwel even betrouwbare gegevens opleverde als observatie van het totale consult. In een voorbereidend onderzoek werden daarom van 48 hulpverleningscontacten vijf minuten, tien minuten en het gehele contact geobserveerd. Vervolgens werden voor alle categorieën de overeenstemmingsmaten berekend (Pearsons r). Daarbij bleek een observatieduur van 10 minuten voldoende betrouwbare gegevens op te leveren (correlaties tussen .62 en .98, zie tabel 3.3, kolom 3). In het verdere onderzoek werd van elk contact 10 minuten geobserveerd.

3.2.4 Statistische analyses

Wanneer de hierboven beschreven methode wordt gevolgd, dan resulteert uiteindelijk een dataset, waarmee elk zorgcontact wordt beschreven aan de hand van de frequenties van 23 verbale RIAS categorieën. (de categorie "niet te categoriseren" is niet meegenomen in de analyses). De data-analyse had als doel het verkrijgen van een gedetailleerd beeld van het communicatieve gedrag van de verplegenden. Meer in het bijzonder werd nagegaan of communicatievormen die van belang worden geacht bij het verplegen terug te vinden zijn in de communicatiepatronen. Te denken valt aan het aangaan van een samenwerkingsrelatie, wederzijdse afstemming, informatie-uitwisseling, en het motiveren van de cliënt om controle te houden op zijn situatie.

Als eerste werd nagegaan of datareductie mogelijk was door de 23 Rias categorieën te clusteren. Daarvoor werd Correspondentie Analyse (CA) gebruikt. Dit is een methode om frequentiegegevens, verzameld in een kruistabel te analyseren. De frequentiegegevens zijn voortgekomen uit de observatie en betreffen de 23 verbale categorieën. De 181 rijen in de kruistabel geven de 181 contacten weer. De 23 kolommen beschrijven de RIAS categorieën. Dus elke rij geeft een specifiek patroon van frequenties te zien, waarmee wordt aangegeven hoe vaak een bepaalde verbale uiting in het betreffende contact is gescoord. Terwijl een kolom aangeeft hoe de frequentie van een bepaalde RIAS-categorie over de 181 verschillende contacten is.

Omdat de cijfers van elke rij in de matrix aangeven hoe de categorieën van elk contact zijn verdeeld, worden dergelijke gegevens in de statistiek ook wel 'categorische data' genoemd. Categorische data zijn, door de eigenschappen die ze hebben, niet zo geschikt voor analysetechnieken die uitgaan van correlaties zoals bijvoorbeeld een principale componenten analyse of factoranalyse. Dit komt omdat in elke rij de relatieve frequenties zijn weergegeven. Het totaal van de gegevens ligt als het ware vast en dus kan de grootte van de cel niet vrij variëren. Anders gezegd: wanneer de frequentie in een cel van de rij erg hoog is, dan moet de frequentie in andere cellen laag zijn. Op grond van dit gegeven kan worden aangetoond dat men, wanneer men een correlatiematrix zou berekenen over de kolommen, minstens één negatieve correlatie zou aantreffen in elke rij van de matrix. Daarom is het niet mogelijk om de nul-correlatie als referentiepunt te nemen, wanneer men voor het doen van een factoranalyse wil beoordelen of de gegevens al of niet afhankelijk zijn. Daarom wordt in dit onderzoek gekozen om gebruik te maken van correspondentie analyse (Aitchison, 1986; Greenacre 1984; Van der Heijden en Van den Brakel 1993) (Voor technische details zie appendix aan het einde van dit hoofdstuk).

Het doel van de CA, zoals tijdens dit onderzoek gebruikt, is vergelijkbaar met het doel dat men kan hebben met een factor analyse, namelijk een clustering van de RIAS variabelen, weergegeven in de kolommen, tot een kleiner aantal clusters met communicatiecategorieën. Wanneer men bij de uitvoering van CA het computerprogramma ANACOR (SPSS module) gebruikt dan wordt de grote en complexe datamatrix weergegeven in grafische plots die redelijk eenvoudig te interpreteren zijn. Deze grafieken bieden bovendien ondersteuning bij de clustering van de rijen of de kolommen. Met behulp van ANACOR worden twee typen grafieken geproduceerd. Grafieken waarop de rijprofielen met proportionele frequenties zijn weergegeven en grafieken met een weergave van de kolomprofielen met proportionele frequenties (figuren 2 en 3). De interpretatie van deze grafieken is niet zo moeilijk.

In de grafiek met kolomprofielen lijken de punten (weergave van de categorieën) die dicht bij elkaar liggen meer op elkaar dan de punten die verder van elkaar verwijderd zijn. Met dit gegeven kunnen de RIAS categorieën geclusterd worden, in de zin dat er overeenkomsten bestaan tussen RIAS categorieën die in de grafiek dicht bij elkaar

staan weergegeven. De categorieën die dicht bij elkaar staan komen in gelijke mate voor tijdens bepaalde zorgverleningscontacten. RIAS-categorieën die ver uit elkaar liggen hebben weinig verwantschap met elkaar, dat wil zeggen er is weinig overeenkomst in de wijze waarop ze voorkomen in de verschillende contacten.

Met het andere type grafiek is het mogelijk om een clustering aan te brengen in de 181 zorgverleningscontacten. Dat gebeurt op een vergelijkbare manier. Zorgcontacten die dicht bij elkaar zijn afgebeeld lijken op elkaar, doordat ze een vergelijkbaar communicatiepatroon met RIAS categorieën bevatten. Zorgverleningscontacten die ver uit elkaar liggen zijn erg verschillend en hebben een verschillend communicatiepatroon.

Wanneer bij de interpretatie de twee grafieken gecombineerd worden, door ze als het ware op elkaar te leggen (zorgcontacten en RIAS-categorieën) dan kunnen er uitspraken gedaan worden over de mate waarin groepen contacten op elkaar lijken doordat zij vergelijkbare communicatiepatronen bevatten. Door gebruik te maken van dergelijke combinaties kunnen bijvoorbeeld uitspraken worden gedaan als de communicatie in de thuiszorg afwijkt van de communicatie in het verzorgingshuis.

Nadat de RIAS categorieën volgens de bovenstaande manier geclusterd zijn volgt een nadere analyse van de communicatie in de twee verschillende zorgsettings, door middel van een tweevoudige variantie-analyse. Naast de onafhankelijke variabele 'zorgsetting' werd de variabele 'type zorgtaken' in de analyse opgenomen, waarmee wordt aangegeven of het contact voornamelijk bestond uit lichamelijk-hygiënische zorg, verpleegtechnische zorg of psycho-sociale zorgverlening. Daarmee werd nagegaan of de zorgsetting of het type zorg dat verleend werd van invloed was op de communicatieve gedragingen van de zorgverleners.

3.3 De resultaten

3.3.1 Het clusteren van de RIAS categorieën door middel van correspondentie analyse

De aangepaste versie van het RIAS bestond uit 23 verbale communicatie categorieën. Met behulp van CA werd nagegaan of deze konden worden gereduceerd tot een kleiner aantal clusters. Bij de uitvoering van een eerste analyse werd gevonden dat sociaal-emotionele categorieën en instrumentele categorieën twee verschillende dimensies zijn, die geen sterk verband met elkaar hebben. Daarmee wordt bevestigd dat de indeling die Roter oppert in haar onderzoek naar arts-patiënt communicatie (1989), ook opgaat in onderzoek naar verplegende-cliënt communicatie. De variabelen die de sociaal-emotionele communicatie weergeven domineren vooral op één dimensie en de instrumentele categorieën worden met name op een tweede dimensie weergegeven.

Een volgend doel in de analyse is een clustering van de variabelen binnen deze twee hoofdgroepen. Er worden CA's uitgevoerd op de sociaal-emotionele variabelen en op de instrumentele variabelen apart.

Een analyse op 181 contacten en 11 sociaal-emotionele RIAS categorieën laat de volgende vijf eigenwaarden zien (waarde die aangeeft wat de opeenvolgende dimensies bijdragen aan het correct weergeven van de onderlinge afstanden in het plot) .32 (41%), .08 (11%), .07 (9%), .07 (9%) en .06 (7%). Omdat de tweede eigenwaarde niet duidelijk te onderscheiden is van de daarop volgende eigenwaarde, werd besloten om één dimensie te gebruiken (vergelijk het 'knikcriterium' bij factor analyse).

In figuur 3.2a is te zien dat persoonlijke opmerkingen en het maken van grapjes zijn weergegeven aan de rechter zijde van de dimensie, terwijl de andere categorieën aan de linker kant staan. Figuur 3.2b geeft een weergave van de 181 zorgverlenings-

contacten ieder gelabeld als behorend tot de thuiszorg of het verzorgingshuis. De relatie tussen figuur 3.2b en 3.2a is als volgt te beschrijven: in de zorgcontacten aan de rechter zijde bestaat een groot deel van de communicatie uit persoonlijke opmerkingen, terwijl in de communicatie in de zorgcontacten aan de linker zijde de volgende uitingen relatief meer voorkomen: tonen van empathie, bezorgdheid, vragen om bevestiging, geruststelling geven, parafrases, instemming, oneens zijn, waardering en deelgenoot zijn.

Uit het groot aantal '+' symbolen aan de rechterzijde van de figuur, kunnen we afleiden dat de zorgverleningscontacten in het verzorgingshuis vaker worden gekenmerkt door persoonlijke opmerkingen en het maken van grapjes (zie figuur 3.2b). Op basis van deze CA onderscheiden we voor dit onderzoek binnen de hoofdgroep van de sociaal-emotionele communicatie twee clusters. Het cluster aan de rechterzijde kan worden beschouwd als sociale communicatie, en geeft informatie over de mate waarin de verplegende verbale uitingen doet die niet een specifieke functie hebben voor de taken die zij komt verrichten. Het gaat hier om persoonlijke opmerkingen, een praatje over het weer of over een televisieprogramma en het maken van grapjes. Dit cluster wordt in het verdere hoofdstuk 'sociale communicatie' genoemd. Het cluster aan de linker zijde geeft informatie over de mate waarin de verplegende verbale aandacht (Bensing 1991) toont, bezorgdheid en empathie laat zien.

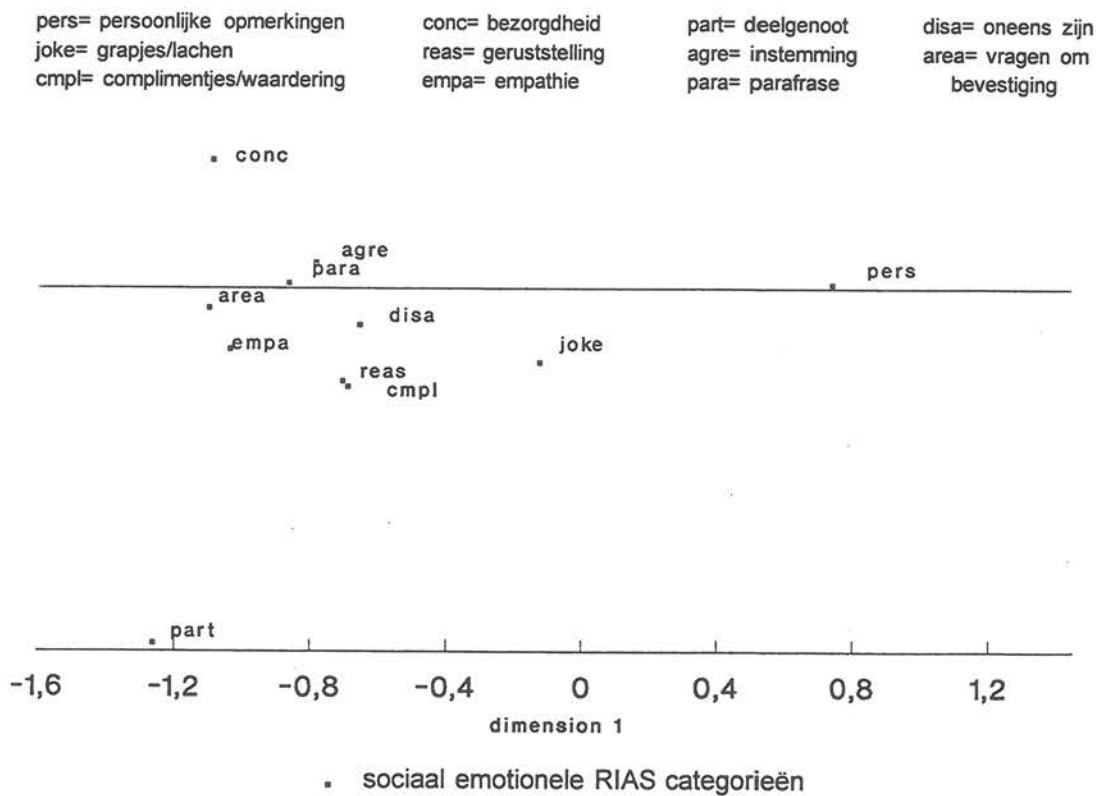
Dit cluster wordt in dit onderzoek 'affectieve communicatie' genoemd. In de verdere analyses wordt voor de sociaal-emotionele RIAS-categorieën uitgegaan van twee clusters*. De frequenties van de verschillende categorieën die tot een cluster behoren worden per contact opgeteld.

Een analyse op de 12 instrumentele RIAS categorieën laat de volgende vijf eigenwaarden zien .29 (35%), .14 (17%), .07 (9%), .07 (8%) en .06 (.07). Omdat de derde eigenwaarde niet duidelijk te onderscheiden is van de daarop volgende eigenwaarden, werd besloten om de eerste en de tweede dimensie te gebruiken (vergelijk het 'knikcriterium' bij factor analyse).

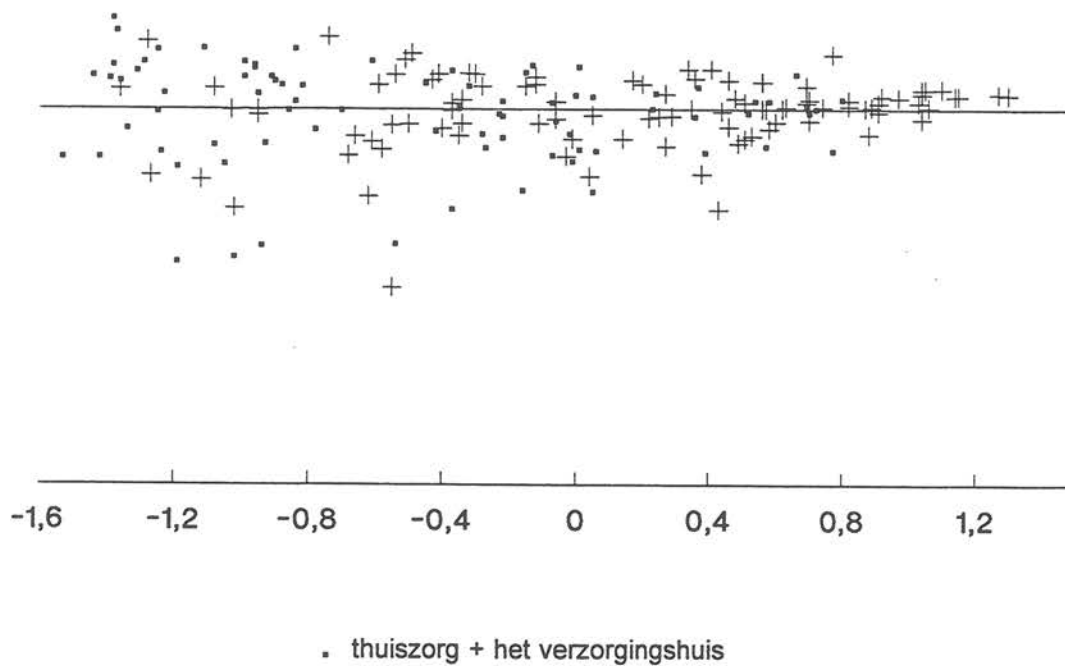
Op de grafische weergave van de kolomprofielen zijn drie groepen variabelen zichtbaar. Rechts beneden in figuur 3.3a bevindt zich een cluster met Rias-categorieën die allemaal iets te maken hebben met het geven van richting aan de communicatie zoals oriënterende opmerkingen en instructies, het vragen om verduidelijking, het vragen of iets goed begrepen is en nagaan wat iemands mening is. We noemen dit cluster 'richting gevende communicatie'. Rechts bovenin figuur 3.3a staat een tweede cluster afgebeeld met RIAS categorieën die allemaal de verpleging/verzorging, gezondheid of behandeling betreffen. Het zijn de open en gesloten vragen, informatie en adviezen op dat gebied. Dit cluster wordt 'communicatie over verpleging en gezondheid' genoemd. Links in de figuur is een derde cluster te zien, met Rias-categorieën die de leefstijl of emotionele leefwereld betreffen. Het zijn de open en gesloten vragen, informatie en adviezen met betrekking tot deze onderwerpen. Dit cluster wordt genoemd 'communicatie over leefstijl en gevoelens'.

* De categorie 'jokes' valt eigenlijk precies tussen de twee clusters in. We hebben onderzocht wat het effect zou zijn op de andere analyses in dit hoofdstuk als we deze categorie zouden onderbrengen in het cluster van de 'affectieve communicatie'. Het effect is zeer miniem omdat de frequentie van de categorie 'jokes' klein was. Omdat in ander onderzoek (Bensing, 1991; Van Dulmen e.a., 1996) 'jokes' behoorde tot het cluster sociale contacten werd besloten dat in dit onderzoek ook te doen.

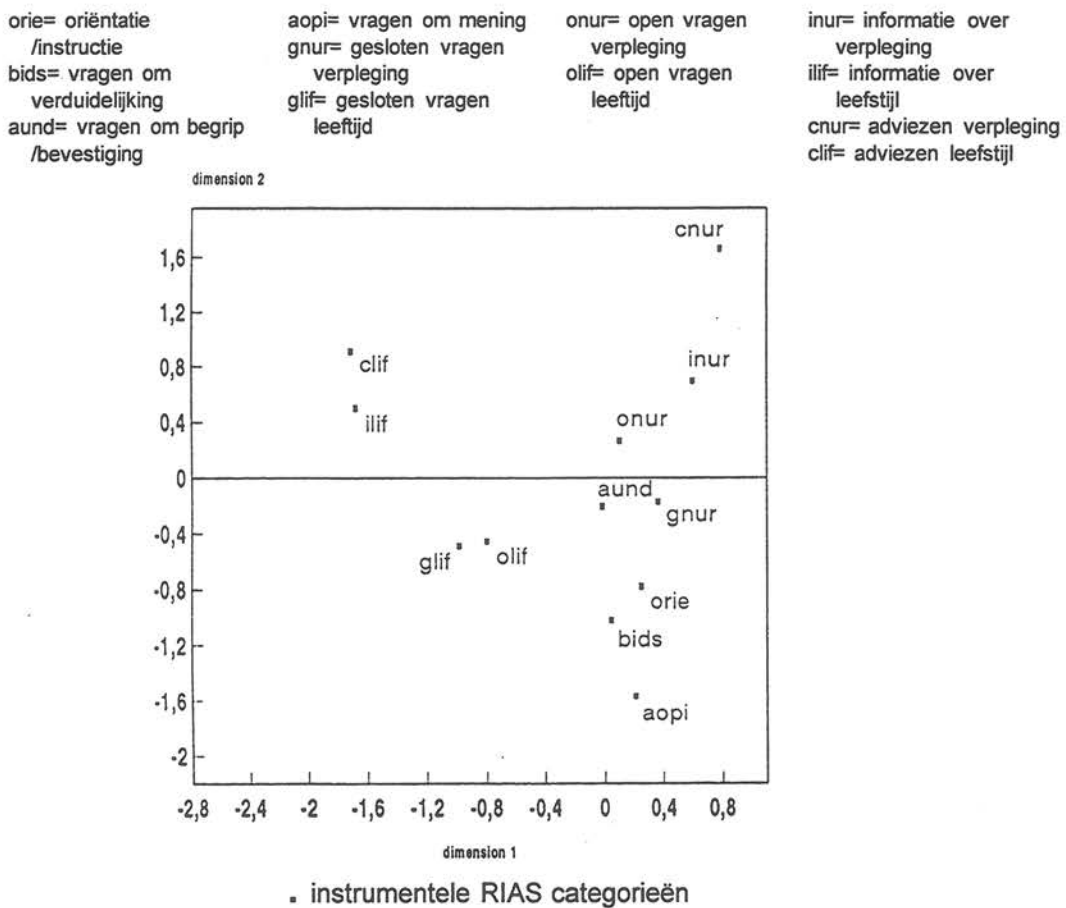
Figuur 3.2a Profielen van de sociaal-emotionele RIAS-categorieën afgebeeld op één dimensie



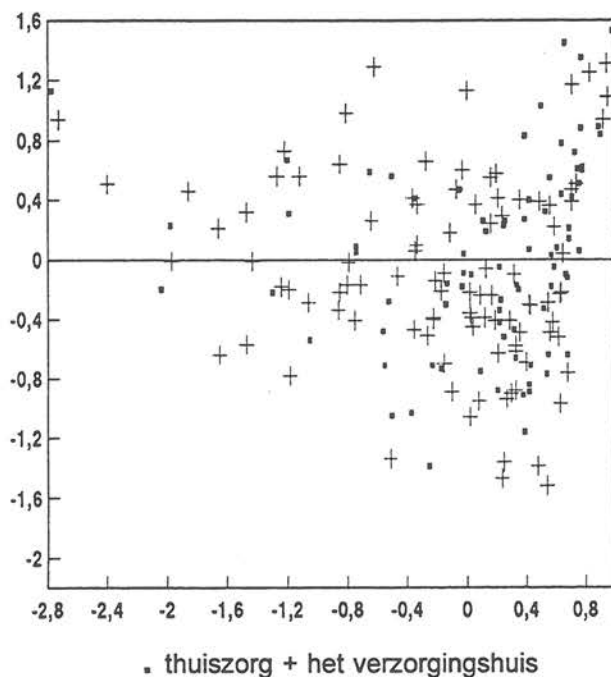
Figuur 3.2b Profielen van de zorgcontacten betreffende de sociaal-emotionele RIAS-categorieën, afgebeeld op één dimensie



Figuur 3.3a Profielen van de instrumentele RIAS-categorieën afgebeeld op twee dimensies



Figuur 3.3b Profielen van de zorgcontacten betreffende de instrumentele RIAS-categorieën, afgebeeld op twee dimensies



Wanneer we figuur 3.3a vergelijken met de figuur waarop de profielen van de contacten zijn weergegeven (figuur 3.3b), dan kunnen we daaruit aflezen dat er contacten zijn, waarin voornamelijk wordt gecommuniceerd over onderwerpen als leefstijl en emotionele leefwereld, terwijl er ook contacten zijn waar vooral de communicatie over de verpleging, verzorging en gezondheidstoestand aan de orde komt. Het ziet er naar uit dat deze laatste onderwerpen met name in de thuiszorg aan de orde komen. Samenvattend kunnen we concluderen dat er op basis van de CA, twee sociaal-emotionele clusters gevormd kunnen worden: 'sociale communicatie' en 'affectieve communicatie', en drie instrumentele clusters: 'richtinggevende communicatie', 'communicatie over verpleging en gezondheidstoestand' en 'communicatie over leefstijl en gevoelswereld'.

3.3.2 Verschillen in de verbale communicatie van verplegenden in twee zorgsettings

Op grond van figuur 3.2b werd geconcludeerd dat er in het verzorgingshuis meer sociale communicatie was dan in de thuiszorg. Ook zagen we aan figuur 3.3b dat de communicatie in de thuiszorg vaker ging over onderwerpen die met de verpleging en de gezondheid te maken hebben, terwijl in het verzorgingshuis meer werd gepraat over onderwerpen als leefstijl en gevoelens.

Om de communicatie van de verplegenden in de verschillende settings in meer detail te onderzoeken is een tweevoudige variantie-analyse uitgevoerd op de vijf verbale clusters zoals die in de CA naar voeren kwamen. De onafhankelijke variabelen in de analyse waren de 'setting' (thuiszorg of verzorgingshuis) en de 'aard van de verplegende taken' (lichamelijk-hygiënische zorg, verpleegtechnische zorg en psychosociale zorg). Deze laatste variabele werd in de analyse betrokken om dat het aannemelijk is dat de aard van de communicatie mede afhankelijk is van het type taken dat wordt uitgevoerd. De resultaten van de variantie-analyse staan weergegeven in tabel 3.4.

In het algemeen blijkt dat een groot deel van de communicatie tussen en verplegenden en oudere cliënten sociaal-emotioneel van aard is. Tussen de 44% en de 72% (optelling van de proportionele frequenties van de eerste twee clusters) van de verbale uitingen heeft een sociaal of affectief karakter. Zoals werd verwacht is er met name in het verzorgingshuis (rij 1 in kolom 4, 5, 6) vaker sprake van sociale communicatie dan in de thuiszorg (rij 1 in kolom 1, 2, 3). De andere affectieve RIAS-categorieën (rij 2) komen relatief meer voor in de thuiszorg dan in het verzorgingshuis. Het lijkt er op dat alhoewel de communicatie in het verzorgingshuis meer sociaal-emotionele aspecten bevat, dat de verplegenden in de thuiszorg meer variatie hebben in dit type communicatie. In een meer gedetailleerde analyse (niet in tabel 4) deden verplegenden in de thuiszorg significant vaker verbale uitingen waarmee bezorgdheid en empathie werd getoond. Ook gebruikten zij vaker paraphrases en gaven veelvuldiger blijk van instemming.

Met betrekking tot de sociale communicatie (rij 1) is er geen effect waarneembaar van het type taken dat wordt uitgevoerd. Met betrekking tot de affectieve communicatie (rij 2) is er wel een effect van het type taken. Echter het effect van de setting is hier groter, in de thuiszorg tonen de zorgverleners meer affectief gedrag.

In de thuiszorg vertonen de verplegenden vaker richtinggevende communicatie (rij 3) zoals het vragen naar iemands mening, vragen of men de cliënt goed begrepen heeft, oriënterende of instruerende uitingen. Het effect van de aard van taken is in dit cluster nog sterker. Bij lichamelijk hygiënische en verpleegtechnische zorg taken worden meer richtinggevende uitspraken gedaan dan gedurende psychosociale zorg. Op zich is dat een logische uitkomst. Zoals eerder is beschreven omvat het cluster richtinggevende

communicatie ook de instruerende opmerkingen. Deze komen gedurende lichamenhygiënische en verpleegtechnische taken vrij veel voor ('wilt alstublieft draaien' 'hier is uw badjas').

Tabel 3.4 Resultaten van variantie-analyse, waarin setting en aard van taken als onafhankelijke en type verbaal gedrag als afhankelijke variabele waren opgenomen

	Thuiszorg			Verzorgingshuis					
	1. lich. hyg. zorg N=52	2. verpl. techn. zorg N=14	3. psych. soc. zorg N=15	4. lich. hyg. zorg N=75	5. verpl. techn. zorg N=8	6. psych. soc. zorg N=17	7. F-waarde hoofd- effect setting	8. F-waarde hoofd- effect aard taken	9. F-waarde inter- actie effect
1. sociale communi- catie en grapjes	.20	.15	.21	.37	.41	.46	34.06**	1.07	.74
2. affectieve communicatie	.24	.30	.35	.19	.21	.26	11.67**	7.49**	.68
3. richtinggevende communicatie	.24	.22	.10	.19	.13	.07	10.93**	23.66**	.72
4. communicatie verple- ging en gezondheid	.25	.29	.20	.17	.17	.08	22.66**	6.04*	.73
5. communicatie leefstijl en emoties	.07	.04	.14	.08	.08	.13	.36	6.88**	.53
	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			

** significantie niveau $F \leq 0.001$

* significantie niveau $F \leq 0.01$

In de thuiszorg vindt vaker informatie-uitwisseling plaats over onderwerpen die met de verpleging, de gezondheid of de behandeling te maken hebben (rij 4), dan dat dat in het verzorgingshuis het geval is. Dit ziet men met name in de zorgverleningscontacten waarin verpleegtechnische taken centraal staan. Ook deze bevinding is niet verwonderlijk, immers uitleg over het handelen is vrijwel inherent aan dit type verpleegtaken. Het effect van de setting is hier sterker dan het effect van aard van de taken. Misschien is dit toe te schrijven aan het feit dat de zorg in het verzorgingshuis langduriger, en dus meer routinematig van aard is zodat daar minder uitleg wordt gegeven.

De informatie-uitwisseling over onderwerpen die met leefstijl of gevoelens te maken hebben (rij 5) wordt meer beïnvloed door de aard van de taken dan door de setting waarin deze plaatsvindt. Deze bevinding wekt geen verbazing. Immers het praten over leefstijl en emoties zal eerder voorkomen in zorgcontacten waarin vooral psychosociale zorg wordt verleend. In een meer gedetailleerde analyse (niet weergegeven in tabel 3.4) kwam naar voren dat de verplegenden in de thuiszorg vaker adviezen gaven met name op het gebied van verpleging en gezondheid, dan verplegenden in het verzorgingshuis. Deze laatste bevinding bevestigt de verwachting die uitgesproken is

dat de verplegenden in de thuiszorg meer dan de verplegenden in het verzorgingshuis, gericht zijn op het motiveren van cliënten controle te houden over de eigen situatie en hun doelen te bereiken.

Bij geen van de communicatieclusters deed zich een interactie-effect voor. Dit wijst er op dat een specifieke combinatie van de onafhankelijke variabelen (setting en aard van de taken) niet leidt tot onverwachte effecten. Met andere woorden de verschillen tussen de settings die genoemd zijn, zijn het zelfde in de verschillende typen zorgcontacten.

3.4 Discussie

In dit onderzoek werd nagegaan in welke mate de verplegenden in hun interactie met oudere cliënten communicatieve gedragingen vertonen die van belang zijn voor het zorgproces en om samen met de cliënt doelen te bepalen en te bereiken. Er is daarbij aandacht besteed aan twee verschillende zorgsettings.

Uit de resultaten valt af te leiden dat de zorgverleners in het verzorgingshuis meer sociale conversatie voeren dan de zorgverleners in de thuiszorg. Dit effect blijft in stand wanneer men het type zorgtaken in de analyse betreft. Deze resultaten lagen in de lijn van de verwachtingen. Affectieve communicatie waarmee verplegenden ondersteuning, bezorgdheid en empathie uitdrukken, wordt vaker vertoond in de thuiszorg dan in het verzorgingshuis.

Er was ook een verwachting over het type onderwerp dat in de contacten ter sprake zou komen. Verplegenden in de thuiszorg zouden vaker over onderwerpen spreken die te maken hebben met de verpleging, de gezondheid en de behandeling, dan verplegenden in het verzorgingshuis. Ook deze veronderstelling werd bevestigd. Er bleek echter geen verschil te zijn tussen de twee settings, waar het de communicatie over leefstijl en emoties betrof. En er was slechts een klein verschil in de communicatie die gericht is op het motiveren van cliënten controle te houden over de eigen situatie en hun doelen te bereiken, in de zin dat verplegenden in de thuiszorg vaker adviezen gaven over zaken die met de verpleging of gezondheid te maken hebben.

Omdat de groepen van de verschillende settings onderling vergelijkbaar waren, waar het betrof leeftijd, opleiding en aantal jaren ervaring, kan dit verschil aan de setting waarin de verpleging plaatsvond worden toegeschreven.

Een in het oog lopend resultaat in dit onderzoek is de mate waarin de zorgverleners sociaal-emotionele communicatie vertonen, zoals sociale conversatie, empathie en bezorgdheid. Ongeveer de helft van de verbale uitingen behoort tot dit type communicatie, die met name gericht is op het aangaan en het in stand houden van de verplegende-cliënt relatie. Dit resultaat is niet in overeenstemming met de vrij algemeen geformuleerde conclusies in vergelijkbare onderzoeken. (May, 1990; Liukkonen, 1992; Kihlgren e.a., 1993; Salmon, 1993; Armstrong-Esther e.a., 1994, 1989; Nolan e.a., 1995). Daarin wordt namelijk aangetoond dat de communicatie tijdens verplegende-cliënt interactie vaak beperkt is, oppervlakkig en instrumenteel van aard. Het resultaat van deze studie zou mogelijk toegeschreven kunnen worden aan de specificiteit van de cliëntengroepen, waarbij het onderzoek werd uitgevoerd, hoewel kenmerken als leeftijd en geslacht representatief bleken te zijn voor de populatie van thuiszorgcliënten en verzorgingshuisbewoners, bleek daarnaast dat tweederde van de cliëntrespondenten al gedurende een jaar of langer in zorg was. Wanneer men al geruime tijd in zorg is, dan

krijgt de uitvoering een meer routinematig karakter, er hoeft niet steeds van alles uitgelegd te worden en er is voldoende tijd voor sociale conversatie.

Overigens is sociaal-emotionele communicatie een belangrijk aspect in de verpleging en verzorging van oudere mensen. Omdat veel ouderen een netwerk hebben dat steeds kleiner wordt kunnen zij voor sociaal contact met name afhankelijk zijn van de relatie die zij met hun zorgverleners hebben. De manier waarop de verplegenden communiceren kan dan bijdragen aan de kwaliteit van leven van de cliënten.

Bij dit onderzoek zijn enkele methodologische kanttekeningen te plaatsen. Na een literatuuronderzoek, waarvan in hoofdstuk 2 verslag werd gedaan, werd geconstateerd dat er niet zoveel onderzoek is, dat uitgaat van de verplegingswetenschappelijke modellen. Dat heeft als gevolg dat er niet veel instrumenten ontwikkeld zijn die geschikt zijn voor observatieonderzoek in de verpleging en waarmee een verpleegkundig theoretisch model kan worden getoetst.

In deze exploratieve studie hebben we geprobeerd om wel uit te gaan van een verpleegtheoretisch model. Het model van King werd als uitgangspunt genomen, omdat daarin communicatie een centraal thema is en omdat het geschikt was voor de verpleging van ouderen (Kenny, 1990). Als observatie-instrument kozen we voor het RIAS, dat werd aangepast voor de verplegende-cliënt communicatie. Deze aangepaste versie bleek geschikt voor het onderzoeksdoel wat we voor ogen hadden. Met het RIAS is het mogelijk gebleken om diverse communicatieve gedragingen, die uitgaande van het model van King relevant zijn voor het verpleegproces, te onderscheiden. Met behulp van correspondentie analyse werden vijf verbale communicatie clusters gevormd, die voor een groot deel overeen kwamen met communicatie categorieën die door King (1981) van essentieel belang worden geacht voor het zorgproces: sociaal-emotionele communicatie, van belang voor het aangaan en in stand houden van een relatie met de cliënt: uitwisseling en interpretatie van informatie en wederzijdse afstemming. Met het gebruik van correspondentie analyse kwam er geen cluster naar voren met daarin 'adviesing en het stimuleren van de cliënt controle te houden en zijn doelen te bereiken'. Blijkbaar is dit type communicatie in de verpleging van ouderen opgesloten in het stellen van vragen en het verzamelen en geven van informatie. Ondanks deze tekortkoming bleek het RIAS voldoende gevoelig te zijn voor verschillen in communicatie in de thuiszorg en in het verzorgingshuis, alsmede voor verschillen in communicatiepatronen gedurende de uitvoering van verschillende zorgverleningstaken. Gedurende dit onderzoek is gebleken dat observatiestudies met behulp van video-opnames tijdens de verplegende-cliënt interactie uitvoerbaar zijn. Toch kent de methode zijn beperkingen. Zo werd er in dit onderzoek geen gebruik gemaakt van een aselecte steekproef. De groep verplegenden maakte deel uit van een groter project, waarin zij een communicatietraining zouden gaan volgen. De verplegenden hebben zelf de cliënten geworven. Er is dus sprake van enige selectiviteit in de gegevens en de interpretatie van de data dient dan ook met enige voorzichtigheid plaats te vinden. Uiteraard kunnen uit dit onderzoek geen conclusies worden getrokken over de communicatie tussen zorgverleners en oudere cliënten in het algemeen.

Ten tweede zou men zich af kunnen vragen in welke mate men in dit onderzoek te maken heeft met de zogenaamde 'performance bias' (Levinson en Roter, 1993). Daarmee wordt bedoeld dat deelnemers in het onderzoek, er zich bewust van zijn dat ze op de video worden opgenomen, en zich mogelijk anders gaan gedragen dan normaal het geval is. We denken dat deze afwijking beperkt is omdat de verplegenden gedurende een dagdeel met de camera gevolgd werden. Het lijkt niet aannemelijk dat men zich voor een aantal uren achter elkaar 'anders' zal gedragen. Bovendien gaven

de verplegenden in een vragenlijst, die na de video-opname werd afgenomen, aan dat de zorgverleningscontacten die op de video werden opgenomen vergelijkbaar waren met de contacten zoals die meestal plaatsvonden.

Alhoewel het werken met video als voordeel heeft dat zowel de verbale communicatie als de nonverbale communicatie wordt geregistreerd, is dit deel van het onderzoek beperkt gebleven tot het verbale deel. Omdat met name sociaal-emotionele communicatie op nonverbale wijze wordt overgebracht is dit een belangrijk onderwerp om aandacht aan te besteden. In het volgende hoofdstuk komen we daarop terug.

Appendix

De observatie gegevens die met het RIAS zijn verzameld hebben de volgende vorm. Met het RIAS werden 23 verbale activiteiten onderscheiden, en voor elk contact is het aantal keren dat zo'n item werd vertoond gescoord. Deze informatie werd vervolgens weergegeven in een datamatrix waarin 181 zorgcontacten de rijen vormden en de 23 RIAS categorieën de kolommen. In de cellen van de matrix staan de frequenties van elke verbale RIAS categorie per zorgcontact weergegeven. In statistische handboeken worden dergelijke data ook wel 'categorische data' genoemd. Men noemt ze zo omdat de optelling van elke rij aangeeft uit welke categorieën zo'n rij is samengesteld. Dergelijke data hebben eigenschappen die ze ongeschikt maken voor analyses waarbij gebruik wordt gemaakt van correlaties, zoals principale componenten analyse of factor analyse. Dit komt omdat voor elke rij het totaal vastligt. De frequenties in de cellen kunnen dus niet vrij variëren. Met andere woorden, wanneer in een bepaalde categorie de frequentie hoog is dan moeten er andere cellen zijn waar de frequenties lager zijn. Vanwege dit gegeven, kan aangetoond worden dat bij het berekenen van een correlatie matrix tussen de kolommen er per rij minstens een correlatie negatief zal zijn. Dat maakt het onmogelijk om een correlatie van nul als referentiepunt te nemen. (voor meer details zie Aitchison, 1986).

In dit onderzoek moest daarom met een andere analysetechniek gewerkt worden. Er werd gekozen voor correspondentie analyse (CA; Greenacre 1984; Van der Heijden en Van den Brakel 1993). Het doel van CA, zoals in dit onderzoek gebruikt, is vergelijkbaar met het doel dat men zou hebben met factor analyse, namelijk het clusteren de RIAS categorieën (de kolommen in de matrix). Door het gebruik van CA kan een grote en complexe datamatrix grafisch worden weergegeven waardoor deze eenvoudig te interpreteren is. Met behulp van deze grafische weergaven zijn de rijen en/of de kolommen van de matrix te clusteren.

CA maakt gebruik van de specifieke eigenschappen van de observatie gegevens. Uitgangspunt is de volgende notatie: een willekeurig zorgverleningscontact (rij) wordt aangegeven met de index i , en een RIAS categorie (kolom) met index j . De frequentie waarmee een RIAS-categorie voorkomt in een zorgverleningscontact is n_{ij} . Deze frequenties worden omgerekend tot proporties door n_{ij} te delen door de rijtotalen n_{i+} .

$$p_{j|i} = n_{ij}/n_{i+}$$

daarbij is $n_{i+} = \sum_j n_{ij}$. $p_{j|i}$ is hier de proportionele frequentie van RIAS-categorie j zoals deze voorkomt in contact i . Met CA wordt de datamatrix met daarin de proportionele data weergegeven in een laag-dimensionale ruimte. Het is de bedoeling om CA in dit hoofdstuk te bespreken zonder al te veel technische details. Daarvoor wordt verwezen naar Greenacre (1984) en Van der Heijden (1987).

Uitgangspunt bij CA is de matrix met daarin voorwaardelijke proporties $p_{j|i}$, i is daarbij de index voor een rij en j voor de kolom. Elk van de 181 rijen bevat proportionele frequenties voor de 23 RIAS categorieën. De proporties in elke rij tellen op tot 1. De zogenaamde chi-kwadraat afstanden $\delta_{ii'}$ tussen contact i en i' van deze matrix kan worden berekend als volgt:

$$\delta_{ii'}^2 = \sum_j (1/p_{+j}) (p_{j|i} - p_{j|i'})^2$$

daarbij is $p_{+j} = n_{+j}/n_{+++}$, $n_{+j} = \sum_i n_{ij}$, $n_{+++} = \sum_i \sum_j n_{ij}$. Deze formule maakt zichtbaar dat de chi-kwadraat afstand δ_{ij} , tussen contact i en i' klein zal zijn wanneer de voorwaardelijke proporties $p_{j|i}$ en $p_{j|i'}$ erg op elkaar lijken, terwijl de chi-kwadraat afstand δ_{ij} groot is wanneer de proporties van RIAS-categorieën $p_{j|i}$ erg verschillend zijn van $p_{j|i'}$. De term $(1/p_{+j})$ wordt gebruikt om de invloed van veel gebruikte RIAS-categorieën af te zwakken. Dus als in 2 zorgverleningscontacten in een vergelijkbaar patroon gecommuniceerd wordt, dan zal de afstand tussen hen klein zijn en, als in twee contacten de communicatiepatronen niet op elkaar lijken dan is de afstand tussen hen groot.

Met de CA wordt dit grafisch weergegeven, dat gebeurt met Euclides afstanden, zodanig dat de Chi-kwadraat afstanden zo goed mogelijk benaderd worden. Wanneer men echter de afstanden volledig perfect weer zou geven dan zou men voor een data matrix met 23 kolommen 22 dimensies nodig hebben. Echter een 22 -dimensionale ruimte is vrijwel niet te interpreteren. Vergelijkbaar met principale componenten analyse, worden bij CA de afstanden tussen de variabelen in een laag dimensionale ruimte weergegeven, waarbij de werkelijke afstanden zo goed mogelijk worden afgebeeld.

De optelling van alle eigenwaarden is gelijk aan het totaal van de kwadraten van alle afstanden zoals ze zouden zijn afgebeeld wanneer alle dimensies benut zouden zijn. Het belang van een specifieke dimensie kan worden bepaald door de eigenwaarde te delen door de som van alle eigenwaarden. De keuze voor een specifiek aantal dimensies wordt gemaakt door na te gaan hoe de afname van de eigenwaarden is: Als een eigenwaarde niet meer goed te onderscheiden is van de daarop volgende eigenwaarden dan worden de betreffende dimensie en de dimensies van de resterende eigenwaarden niet meer opgenomen in de analyse. (vergelijk dit met het gebruik van een scree test in een factoranalyse). Meer details worden in het kader van dit artikel niet besproken, daarvoor wordt verwezen naar de eerder aangegeven literatuur.

Naast de clustering van de contacten die in de rijen zijn weergegeven is het ook mogelijk om de zelfde procedure te volgen en de kolommen te clusteren. De voorwaardelijke proporties uit de matrix $p_{i|j}$ worden dan gebruikt om chi-kwadraat afstanden δ_{ij} te berekenen tussen de kolommen j en j' .

$$\delta_{ij}^2 = \sum_i (1/p_{i+}) (p_{i|j} - p_{i|j'})^2$$

waarbij $p_{i+} = n_{i+}/n_{+++}$. Evenals bij de rijen wordt er een afbeelding gemaakt van de kolommen. De afbeeldingen van de rijen en kolommen hebben een relatie met elkaar. In feite wordt de ene afbeelding gebruikt om uitspraken over de andere afbeelding af te leiden (zie Greenacre, 1984). De relatie kan op deze wijze geïnterpreteerd worden, omdat de rijen en de kolommen op dezelfde wijze afwijken van de oorsprong (punt (0,0) als $p_{i|j} > p_{i+}$ (en dan ook $p_{j|i} > p_{+j}$)).

Software voor de uitvoering van correspondentie analyse is verkrijgbaar binnen programma's SPSS, SAS en BMDP.

4 DE ROL VAN NONVERBAAL GEDRAG IN DE COMMUNICATIE TUSSEN VERPLEGENDEN EN OUDERE CLIËNTEN

4.1 Inleiding

Mensen hebben mensen nodig. In relaties met mensen krijgt men affectie, erkenning en vriendschap. En het is niet aannemelijk dat de behoefte daaraan minder wordt op latere leeftijd (Moore en Gilbert, 1995). Veel ouderen zijn echter in een fase van hun leven terecht gekomen waarin men minder contacten heeft. Door een beperktere bewegingsvrijheid, een lager inkomen en een sociaal netwerk dat steeds kleiner wordt naarmate de leeftijd vordert kan een situatie ontstaan, waarin ouderen zo weinig sociale contacten hebben, dat men daarvoor met name is aangewezen op degenen die hen verpleging en verzorging bieden (Nesbitt Blondis en Jackson, 1978; Arnold en Boggs, 1995; Staab en Hodges, 1996).

Om affectie over te brengen blijkt met name nonverbale communicatie van belang te zijn. Mehrabian (1981) noemt dit zelfs de 'relatietaal', omdat deze een belangrijke rol speelt in het leggen en onderhouden van relaties. Onder nonverbale communicatie wordt alle communicatie verstaan die niet met woorden wordt overgebracht. Deze communicatie wordt met alle zintuigen waargenomen (Sundeen, 1989). Met name bij ouderen is deze communicatie extra belangrijk omdat de verbale communicatie door gehoorproblemen bemoeilijkt kan worden (Greene e.a., 1994).

In dit deel van deze studie wordt nagegaan in welke mate verplegenden nonverbale communicatie vertonen in de interactie met hun oudere cliënten. Evenals in het vorige hoofdstuk wordt daarbij aandacht besteed aan de communicatie in twee verschillende zorgsettings: de thuiszorg en een verzorgingshuis. Tevens wordt de relatie onderzocht tussen nonverbale en verbale communicatie en verschillende kenmerken van de hulpverlenersrelatie, zoals vriendelijkheid, irritatie en interesse van de zorgverlener.

4.1.1 De betekenis van nonverbale communicatie voor het verpleegproces

Een groot deel van de informatie die mensen met elkaar uitwisselen wordt nonverbaal overgebracht. Gross (1990) gaat er zelfs van uit dat 55% tot 97% van de informatie die mensen uitwisselen via nonverbale kanalen geschiedt.

Nonverbale communicatie heeft de volgende functies:

- Het overbrengen van intermenselijke verhoudingen en emoties;
- Ondersteuning van de verbale communicatie;
- Vervanging van de spraak, wanneer spreken onmogelijk is (Argyle, 1975).

Er zijn talrijke aspecten van nonverbale communicatie. In dit onderzoek zijn we met name geïnteresseerd in nonverbaal gedrag waarmee de menselijke verhoudingen worden weergegeven en de wijze waarop nonverbale en verbale communicatie met elkaar samen hangen.

Heintzman e.a. (1993) beschrijven vijf nonverbale gedragingen die een positieve bijdrage kunnen leveren aan de opbouw van een goede relatie: aankijken, (glim)lachen, aanraken, bekrachtigend hoofdknikken, en een lichaamshouding waarmee betrokkenheid wordt weergegeven.

Aankijken

Het aankijken van iemand wordt met name in de Westerse cultuur positief gewaardeerd, wanneer men met mensen praat (Collier, geciteerd in Bensing, 1995). Eibl-Eibesfeldt (1971, 1972) en Von Cranach (1971) noemen aankijken een signaal voor de

bereidheid tot contact. Wanneer men de gesprekspartner aankijkt dan communiceert men interesse, terwijl het afwenden van de ogen uitgelegd kan worden als desinteresse, onbetrokkenheid en iemand niet aardig vinden (Heintzman e.a., 1993). Wil een zorgverlener warmte en empathie uitstralen dan zal zij haar cliënt dus veel aan dienen te kijken. Bovendien blijkt uit onderzoek (Heintzman e.a., 1993) dat hulpverleners die een cliënt veelvuldig aankijken als deskundiger en geloofwaardiger worden beschouwd.

Knikken

Knikken heeft een duidelijk sociale functie. Schabracq (1987) onderscheidt drie functies in het knikken: Knikken kan de interactie reguleren, vooral bij het wisselen van de spreekbeurt. Daarnaast ondersteunt knikken de gesproken tekst, bovendien commentarieert men als het ware wat zich relationeel en inhoudelijk in de interactie afspeelt. Men knikt bijvoorbeeld om in te stemmen met wat de ander zegt. Een zorgverlener kan eveneens betrokkenheid overdragen door tijdens het luisteren bevestigend te knikken (Mehrabian, 1972; Anderson, 1985). Uit onderzoek (Heintzman, 1993) komt naar voren dat door bevestigend knikken hulpverleners als vriendelijker en begripvoller worden ervaren.

Glimlachen

Glimlachen wordt in hoge mate gebruikt om de affectieve toon van de interactie te beïnvloeden (Schabracq, 1987). Glimlachen wordt positief gewaardeerd. Men ziet het als een teken van een goed humeur, warmte en nabijheid (Reece en Whitman, 1962; Mehrabian, 1972).

Toegewende houding

De mate waarin het lichaam naar iemand is toegekeerd blijkt in grote lijnen te corresponderen met de mate waarin men met die ander bezig is (Schabracq, 1987). Romporientatie wordt door Von Cranach (1971) opgevat als de mate van toegankelijkheid en getoonde betrokkenheid. Ook naar voren leunen is een teken van aandacht (Rosenfeld, 1978). In een eerder onderzoek toonden Reece en Whitman (1962) aan dat een persoon die warmte uitstraalt door een toegewende lichaamshouding, glimlachen en oogcontact gekoppeld aan verbale aandacht zoals "mm-hmm" de andere persoon stimuleerde tot meer praten.

Aanraken

Wanneer mensen aangeraakt worden dan kan daarmee affectie en troost worden overgebracht (De Wever, 1977). Bij onderzoek naar het effect van aanraken in de verplegenden-clënten communicatie wordt meestal, in navolging van Watson (1975), een onderscheid gemaakt in instrumenteel en affectief aanraken. Daarbij wordt instrumenteel aanraken gedefinieerd als een bewust fysiek contact dat nodig is om een taak uit te voeren. Affectief aanraken is relatief spontaan, drukt affectie uit en is niet nodig voor de uitvoering van een bepaalde taak (Le May en Redfern, 1987; Oliver en Redfern, 1991; McCann en McKenna, 1993). Moore en Gilbert (1995) toonden aan dat verzorgingshuis-bewoners meer nabijheid en affectie van de zorgverlener ervoeren, wanneer deze de cliënt op affectieve wijze aanraakte. Hollinger (1986) vond een relatie tussen het aanraken van zorgverleners en de frequentie en duur van verbale reacties van de cliënten.

4.1.2 De onderzoeksvragen

Op grond van het voorgaande wordt in deze studie nagegaan in welke mate nonverbale communicatie een rol speelt in de interactie tussen zorgverleners en oudere

cliënten. De volgende onderzoeksvragen komen daarbij aan de orde:

1. In welke mate vertonen verplegenden nonverbaal gedrag, zoals aankijken, knikken, glimlachen, toegewende houding en instrumenteel en affectief aanraken?
2. Is er een samenhang waarneembaar tussen het nonverbale gedrag van verplegenden en de setting waar men werkt of het type zorg dat men verleent?
3. Op welke wijze zijn verbale communicatie en nonverbale communicatie aan elkaar gerelateerd?
4. Is er een relatie tussen nonverbale communicatie en andere kenmerken van de zorgverlenersrelatie zoals vriendelijkheid, irritatie en interesse van de zorgverlener?
5. Is er een relatie tussen verbale communicatie en andere kenmerken van de zorgverlenersrelatie zoals vriendelijkheid, irritatie en interesse van de zorgverlener?

Met het antwoord op de eerste onderzoeksvraag wordt een beschrijving gegeven van de nonverbale communicatie van verplegenden. Met betrekking tot de tweede onderzoeksvraag wordt, uitgaande van de verschillen tussen de thuiszorg en het verzorgingshuis, zoals beschreven in paragraaf 3.1.2, verwacht dat de zorgverleners in het verzorgingshuis meer nonverbale communicatie vertonen dan de zorgverleners in de thuiszorg. Immers sociaal-emotionele communicatie wordt voor een groot deel op nonverbale wijze overgebracht (Strecher, 1983; Mehrabian, 1972).

Op basis van één van de functies van nonverbaal gedrag, namelijk de ondersteuning van de verbale communicatie, wordt een samenhang verwacht tussen de instrumentele verbale communicatie en instrumenteel aanraken en tussen affectieve verbale communicatie en de andere nonverbale communicatie-categorieën.

Met betrekking tot de relatie tussen de communicatie van de zorgverlener en andere kenmerken van de zorgverlenersrelatie wordt verwacht dat de zorgverlener die meer nonverbaal gedrag vertoont als vriendelijker, meer betrokken en meer geïnteresseerd wordt beoordeeld. Voorts wordt verwacht dat verbale communicatie die sociaal-emotioneel van aard is eveneens samengaat met een positiever oordeel door de observatoren over de vriendelijkheid, betrokkenheid en interesse van de zorgverlener.

4.2 Methode

Voor dit onderzoek werden video-opnames gemaakt van de communicatie tussen verplegenden en oudere cliënten. Er zijn opnames gemaakt in de thuiszorg en in een verzorgingshuis. De procedure van de dataverzameling is beschreven in hoofdstuk 3.

4.2.1 Deelnemers aan het onderzoek

Aan het onderzoek hebben 47 verplegenden en 109 cliënten deelgenomen. van deze personen werden in totaal 181 zorgverleningscontacten op de video opgenomen. De achtergrondgegevens van de deelnemers zijn beschreven in hoofdstuk 3.

4.2.2 Het observatieprotocol

Het observatieprotocol bestaat uit drie onderdelen gericht op de nonverbale communicatie, de verbale communicatie en een beoordelingsschaal waarmee een oordeel wordt gegeven over de relatie tussen zorgverlener en cliënt gedurende het hulpverleningscontact (globale affectmaten). De verbale en nonverbale categorieën werden tijdens de observatie van de videobanden geautomatiseerd gescoord met behulp van het computer-programma CAMERA, dat speciaal is ontwikkeld voor de observatie van interacties die op de video zijn opgenomen.

Nonverbale communicatie

In het observatieprotocol zijn de volgende observatiecategorieën opgenomen: aankijken, instrumenteel aanraken, affectief aanraken, toegewende houding, knikken, glimlachen. Zoals eerder vermeld zijn met name affectieve aanrakingen van belang bij het overbrengen van menselijke verhoudingen. Om dit type aanrakingen te kunnen onderscheiden van de aanrakingen die de verpleegkundige taken met zich meebrengen wordt het hier bovengenoemde onderscheid van Watson ook in dit onderzoek gevolgd, en worden naast de affectieve aanrakingen ook instrumentele aanrakingen geobserveerd.

- Aankijken is in dit onderzoek gedefinieerd als de tijd dat de zorgverlener naar het gezicht van de cliënt kijkt.
- Instrumenteel aanraken is fysiek contact dat nodig is om een taak uit te voeren. Voorbeelden zijn het aanraken tijdens het aantrekken van kousen of het wassen van de cliënt.
- Affectief aanraken gebeurt spontaan en drukt een zekere mate van genegenheid uit (Le May en Redfern, 1987). Een voorbeeld hiervan is de zorgverlener die tijdens een emotioneel gesprek de arm om de cliënt legt.
- Toegewende houding is gedefinieerd als een naar de cliënt toegebogen houding die niet voortkomt uit de uitvoering van een bepaalde verpleegkundige of verzorgende handeling. Met deze houding communiceert de zorgverlener affectie, interesse of betrokkenheid. Een voorbeeld: een verzorgende die voorover leunt tijdens een praatje met een cliënt die al in bed ligt.
- Knikken. Daarmee wordt bedoeld het één of meerdere keren ja-knikken, ten teken dat men de conversatie volgt, maar ook ter versterking van het gesproken.
- (Glim)lachen. Hiermee wordt lachen als uiting van genegenheid bedoeld. Het hardop lachen, als een reactie op een grapje, wordt als verbale communicatie gescoord.

Van alle genoemde nonverbale categorieën is de tijdsduur dat het betreffende nonverbale gedrag werd geobserveerd geregistreerd. Omdat nonverbale communicatie van de zorgverlener ook wordt beïnvloed door de verpleegkundige of verzorgende taken die er tijdens een contact worden uitgevoerd is tijdens de observatie tevens geregistreerd welke taken werden verricht. Gebaseerd op een studie van Kerkstra en Vorst-Thijssen (1991), die concludeerden dat er op basis van acht verpleegkundige handelingen, drie typen zorg konden worden onderscheiden is voor elk contact geregistreerd of het met name lichamenlijk-hygiënische zorg, verpleegtechnische zorg of psycho-sociale zorg betrof.

Verbale communicatie

Bij het meten van de verbale communicatie is gebruik gemaakt van een aangepaste versie van het RIAS (zie hoofdstuk 3). Met dit systeem worden voor zowel verplegende als cliënt afzonderlijke, elkaar niet overlappende scoringscategorieën onderscheiden (zie bijlage 2). Het RIAS maakt een onderscheid in sociaal-emotionele en instrumentele of taakgerichte communicatie. Binnen deze twee hoofdcategorieën werden in hoofdstuk 3 vijf clusters onderscheiden:

- Sociale communicatie, waarmee alle communicatie wordt bedoeld die niet direct met de verplegende of verzorgende taken te maken heeft, zoals een praatje over het weer en het maken van grapjes.
- Affectieve communicatie, hiermee worden verbale uitingen bedoeld die empathie, bezorgdheid en verbale aandacht tot uitdrukking brengen.
- Richtinggevende communicatie, zoals het vragen naar iemands mening, of het vragen om verduidelijking.
- Communicatie over onderwerpen die met de verpleging, verzorging of gezondheid te

maken hebben.

- Communicatie over onderwerpen die met de leefstijl of met gevoelens te maken hebben (een gedetailleerde beschrijving is te vinden in hoofdstuk 3).

Globale affectmaten

De nonverbale categorieën zoals deze hierboven werden omschreven zijn niet uitputtend als het gaat om het nonverbale gedrag dat de intermenselijke verhoudingen weergeeft. Daarom werd, naast de observatie van deze nonverbale categorieën, door de observatoren ook een oordeel gegeven over de emotionele context en de sfeer tijdens het zorgverleningscontact. Dit werd gedaan aan de hand van de 'globale affectmaten' (Roter, 1989). De globale affectmaten geven een globale indruk van de hulpverleningsrelatie weer en zijn ingedeeld in vijf affectieve dimensies: boosheid, gespannenheid, bezorgdheid, dominantie en vriendelijkheid. Een oordeel over deze affectieve dimensies wordt gegeven op zes punts Likert schalen (1=weinig, 6=veel). Daarmee werd een indruk verkregen over de sfeer tijdens de interactie. In dit onderzoek werden twee schalen toegevoegd: namelijk 'betrokken houding' en 'betutteling of ongelijkwaardige houding'. In tabel 4.1 staat een overzicht van de globale affectmaten en hun betekenis weergegeven.

Tabel 4.1 Overzicht en interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de affectmaten beoordeeld op een 6-punt Likert schaal (1= weinig, 6= veel)

affectmaten	omschrijving	interbeoordelaars- betrouwbaarheid Pearsons r N=10 zorgcontacten
Boosheid/ geïrriteerdheid	kortaf zijn, weinig persoonlijke opmerkingen, onvriendelijk gezicht hebben (fronsen, lippen stijf op elkaar), weinig aankijken, contact vermijden en korte spreektijd.	.82*
Gespannenheid/ nervositeit	zenuwachtig lachje hebben en hakkelen, niet uit woorden kunnen komen, afgewende houding.	.88**
Dominantie/ assertiviteit	aangeven wat er moet gebeuren, de ander onderbreken, veel gesloten vragen stellen, weinig ruimte voor de ander laten	.73*
Interesse en bezorgdheid	Vaak persoonlijke opmerkingen plaatsen, vragen naar de de situatie van de ander, tijd nemen voor gespreksonderwerpen, meeleven met de ander	.88**
Warmte/ vriendelijkheid	veel (glim)lachen, niet gehaast overkomen, de tijd nemen voor de ander	.72*
Betuttelen/ ongelijkwaardige houding	op hoge toon spreken, overdreven articuleren, verkleinwoorden en 'we'-taal hanteren en de ander niet de kans geven initiatief te nemen	.74*
Betrokken houding	vaak knikken, voorover buigen naar de ander, vaak stellen stellen van open vragen	.76*

** significantie niveau van $p \leq 0.001$

* significantie niveau van $p \leq 0.01$

4.2.3 Betrouwbaarheid van de observaties

De video-opnames werden geobserveerd door twee observatoren. Daarbij werd gebruik gemaakt van het programma CAMERA, dat speciaal bedoeld is om gedragsobservaties geautomatiseerd vast te leggen. Met dit systeem worden zowel de duur als de frequentie van de variabelen vastgelegd. In dit onderzoek wordt met betrekking tot de nonverbale categorieën uitgegaan van de duurvariabele. De interbeoordelaars-betrouwbaarheid voor de duur van de nonverbale observatiecategorieën werd berekend met de Pearsons product moment correlatie, welke aangeeft in hoeverre twee variabelen aan elkaar gerelateerd zijn. De correlatie varieerde tussen .69 en 1.00 (zie tabel 4.2 kolom 2).

Van de verbale variabelen werden de frequenties vastgelegd. Voor de bepaling van de interobservator-betrouwbaarheid van de vijf verbale communicatiecategorieën is Cohens Kappa gebruikt. Deze statistische maat corrigeert voor overeenstemming die op toeval berust en is met name geschikt voor gedragsobservaties waarbij gecodeerd wordt in een aantal nominale en elkaar uitsluitende categorieën (Hollenbeck, geciteerd in Kerkstra, 1985). Een kappacoëfficiënt kan variëren van -1 tot +1 en een waarde van $\geq .60$ wordt beschouwd als een acceptabel niveau van betrouwbaarheid (Cichetti, geciteerd in Le May en Redfern, 1987). De Cohens Kappa varieerde van .74 tot .81 (zie kolom 2 van tabel 4.2). De mate van overeenstemming voor de globale affectmaten voor de verplegenden varieerde tussen .72 en .88 en voor de cliënten tussen .71 en .89 (beide Pearsons r) (zie tabel 4.1).

Tabel 4.2 Overzicht van de betrouwbaarheids coëfficiënten

variabelen	Interbeoordelaars betrouwbaarheid N=10 zorgcontacten	Betrouwbaarheids coëfficiënten observatieperiode van 10 minuten vergeleken met het gehele contact N=48 zorgcontacten
nonverbale categorieën	Pearsons r	Pearsons' r
cliënt aankijken	.73	.76**
instrumenteel aanraken	.80*	.61**
affectief aanraken	.69	.64**
toegewende houding	1.00**	.81**
bevestigend knikken	.86*	.92**
glimlachen	.84*	.85**
verbale communicatie	Cohens Kappa	
sociale communicatie	.74	.93**
affectieve communicatie	.74	.90**
structurende communicatie	.80	.80**
communicatie over onderwerpen verpleging of gezondheid	.81	.90**
communicatie over onderwerpen betreffende leefstijl of gevoelens	.78	.93**

** significantie niveau van $p \leq 0.001$

* significantie niveau van $p \leq 0.01$

Tijdens het onderzoek zijn de contacten niet in zijn geheel geobserveerd. In de literatuur is beschreven dat men ook met korter observeren een betrouwbaar resultaat kan behalen (Henbest en Fehrsen, 1992). Van te voren is bij 48 video-opnames nagegaan welke observatieduur een voldoende betrouwbaar resultaat gaf. Een observatieduur van 10 minuten correleerde voldoende hoog met de scores van de

observaties van het gehele contact (tussen .61 en .92 voor nonverbale communicatie; tussen .80 en .93 voor verbale communicatie; Pearsons r, zie tabel 4.2, kolom 3).

4.2.4 Statistische analyses

Eerst is nagegaan in welke mate de verplegenden nonverbaal gedrag vertonen. Er is daarbij uitgegaan van proportionele scores voor de duur van de zes nonverbale gedragingen. Bij de variabelen 'aankijken' 'toewenden' 'instrumenteel aanraken' en 'affectief aanraken' is de duur van deze gedragingen gedeeld door de tijd dat zowel de hulpverlener als de cliënt samen in beeld waren. Voor de variabelen 'knikken' en 'glimlachen' is de duur van deze variabelen gedeeld door de duur dat de zorgverlener in beeld was.

Door middel van een variantie-analyse wordt een antwoord gegeven op de tweede onderzoeksvraag. Naast de onafhankelijke variabele 'zorgsetting' (thuiszorg of verzorgingshuis) werd de variabele 'type zorg' in de analyse opgenomen, waarmee werd aangegeven of het contact voornamelijk bestond uit lichamelijk-hygiënische zorg, verpleegtechnische zorg of psycho-sociale zorgverlening. Daarmee werd nagegaan of de zorgsetting of het type zorg dat verleend werd van invloed was op de nonverbale communicatieve gedragingen van de verplegenden.

Vervolgens is door middel van correlaties nagegaan of er een relatie is tussen de zes nonverbale gedragingen en de vijf categorieën van verbale communicatie. Bovendien is nagegaan of er een relatie bestaat tussen de hoeveelheid nonverbale en verbale communicatie enerzijds en de globale affectmaten, die een oordeel geven over de emotionele context tijdens het zorgverleningscontact, anderzijds.

4.3 Resultaten

4.3.1 Nonverbale communicatie van verplegenden

De observatie van nonverbaal gedrag heeft in 165 van de contacten plaats kunnen vinden. In 16 contacten was de zorgverlening gericht op lichamelijk-hygiënische zorg en was het onmogelijk om de zorgverlener te filmen, en daarbij de cliënt in ontklede toestand te vermijden. In die gevallen is alleen de verbale communicatie geregistreerd.

Uit tabel 4.3 valt af te lezen dat aankijken tijdens alle contacten voorkomt. Gemiddeld is de blik 41% van de observatietijd in de richting van het gezicht van de cliënt. Deze bevinding sluit aan bij een onderzoek van Vrugt (1983) waaruit bleek dat gewoonlijk 25% tot 85% van de totale interactietijd oogcontact wordt gemaakt.

Instrumenteel aanraken komt tijdens de zorgcontacten vaak voor en ongeveer 20% van de observatietijd is er lichamelijk contact met de cliënt dat instrumenteel van aard is. Het affectief aanraken komt in 42% van de contacten voor. Zoals volgens de onderzoeken die beschreven zijn in hoofdstuk 2 viel te verwachten is de hoeveelheid affectief aanraken veel lager dan instrumenteel aanraken (Le May en Redfern, 1987; Oliver en Redfern, 1991; McCann en McKenna, 1993). Twee procent van de observatietijd komt deze vorm van aanraken voor.

De zorgverleners tonen in 58% van de contacten een of meer maal een toegewende houding. De gemiddelde tijdsduur dat deze houding voorkomt ligt op bijna 3% van de totale tijd.

Knikken en glimlachen ziet men tijdens veel contacten, maar toch niet overal. Hoewel glimlachen wordt gezien als het nonverbale gedrag bij uitstek waarmee men warmte en openheid laat zien (Argyle, 1988; Heintzman e.a., 1993) komt dit in 15% van de geobserveerde interacties niet voor.

Tabel 4.3 Overzicht van nonverbale communicatie gedurende verpleegcontacten
N=165 zorgcontacten

nonverbale categorie proportionele scores	aantal contacten waarin dit gedrag voorkomt		gemiddelde duur van het nonver- bale gedrag	standaard deviatie
	abs.	perc.		
aankijken	165	100%	41,3%	27,4
instrumenteel aanraken	128	78%	20,2%	19,4
affectief aanraken	69	42%	2,1%	6,4
toegewende houding	95	58%	2,7%	5,3
knikken	152	92%	2,4%	3,2
glimlachen	141	85%	1,5%	1,8

Aan de standaarddeviaties in tabel 4.3 is te zien te zien dat de scores per contact erg kunnen verschillen. Met ANOVA is nagegaan in welke mate de setting waarin het contact plaatsvindt en de soort verpleegtaken van invloed zijn op het nonverbale gedrag.

4.3.2 Verschillen in nonverbale communicatie van verplegenden in twee zorgsettings

In tabel 4.4 is te zien dat de mate waarin de zorgverlener de cliënt aankijkt het meest wordt bepaald door de aard van het verpleegcontact. De proportie aankijken is het grootst tijdens psycho-sociale zorg, namelijk 64% in de thuiszorg en 73% in het verzorgingshuis. Toch is er ook een significant effect van de setting waarin de interactie plaatsvindt. De verplegenden in het verzorgingshuis kijken gedurende elk type zorgverleningscontact de cliënten meer aan dan de verplegenden in de thuiszorg. Met betrekking tot instrumenteel aanraken ziet men voornamelijk een effect van het type zorgtaak. Dat is logisch te noemen. Wanneer tijdens een zorgcontact voornamelijk lichamelijk-hygiënische of verpleegtechnische zorg wordt verleend dan brengt dat met zich mee dat de cliënt instrumenteel wordt aangeraakt, terwijl dat tijdens contacten waarin de psycho-sociale zorg centraal staat veel minder het geval is.

Affectief aanraken wordt het meest geobserveerd tijdens de zorgcontacten in het verzorgingshuis. Bij elk type zorg dat verleend wordt, worden de cliënten in het verzorgingshuis meer affectief aangeraakt dan de cliënten in de thuiszorg. Met betrekking tot een toegewende houding zien we geen effect van de setting en ook niet van de soort zorg die verleend wordt.

Tijdens contacten, waarin voornamelijk psycho-sociale zorg wordt verleend, knikken de verplegenden relatief vaker dan tijdens contacten waarin lichamelijk-hygiënische of verpleegtechnische zorg centraal staat. Er is hier ook weer een significante invloed van de setting waarin de interactie plaats vindt, met dien verstande dat de verplegenden in het verzorgingshuis vaker knikken. Bij het glimlachen zien we alleen een effect van de soort zorg die wordt verleend, maar er is daarnaast ook een interactie effect zichtbaar. Met een interactie effect wordt bedoeld dat een specifieke combinatie van de twee onafhankelijke variabelen een onverwachte invloed zou laten zien op een van de nonverbale communicatie categorieën. Zo zien we dat er in de thuiszorg het meest geglimlacht wordt tijdens de psycho-sociale zorg, terwijl dat in het verzorgingshuis gedurende de verpleegtechnische zorg het meest het geval is.

Tabel 4.4 Resultaten van variantie analyse met 'setting' en 'type zorg' als onafhankelijke en nonverbaal gedrag als afhankelijke variabele
N=165 zorgcontacten

	Thuiszorg			Verzorgingshuis					
	1. lich. hyg. zorg N=46	2. verpl. techn. zorg N=13	3. psych. soc. zorg N=14	4. lich. hyg. zorg N=69	5. verpl. techn. zorg N=8	6. psych. soc. zorg N=15	7. F-waarde hoofd- effect setting	8. F-waarde hoofd- effect aard taken	9. F-waarde inter- actie aard effect
aankijken instrumenteel	25,8	27,0	64,2	41,6	49,6	73,2	17.50**	26.04**	.52
aanraken	29,5	23,8	7,9	19,5	21,7	2,7	8.20*	13.15**	.54
affectief aanraken	0,3	0,1	0,3	3,4	1,2	5,4	10.58**	.65	.63
toegewende houding	2,3	0,8	2,7	2,9	6,4	2,6	1.85	.09	2.05
knikken	0,7	1,9	5,2	2,5	3,8	5,0	9.78*	16.94**	1.53
glimlachen	1,1	1,4	2,6	1,4	3,1	1,8	1.18	4.68*	3.32°

** significantie niveau van F $p \leq 0.001$

* significantie niveau van F $p \leq 0.01$

° significantie niveau van F $p \leq 0.05$

4.3.3 De relatie tussen verbale en nonverbale communicatie

Uit tabel 4.5 blijkt dat er een positieve relatie is tussen aankijken door de zorgverlener en de twee sociaal-emotionele communicatiecategorieën. Ook hangt het aankijken samen met gesprekken die gaan over de leefstijl van cliënten en hun gevoelens. Echter naarmate er meer richtinggevende communicatie plaatsvindt wordt er minder aangekeken. Ook wanneer er over onderwerpen wordt gesproken, die met de verpleging of gezondheid te maken hebben, dan kijkt de zorgverlener de cliënt minder aan. Deze twee typen van verbale communicatie ziet men vooral tijdens de lichamelijke-hygiënische en verpleegtechnische zorg. Het cluster richtinggevende communicatie wordt namelijk voor een substantieel deel bepaald door instruerende en oriënterende opmerkingen (bijv. 'ik zal eerst uw rug afdrogen' 'ga maar staan', zie ook hoofdstuk 3). Het lijkt er op dat de cliënt, en dat bleek ook uit de variantie-analyse, tijdens contacten waarin deze soorten zorg worden verleend, minder wordt aangekeken, dan in contacten waarin voornamelijk psycho-sociale zorg wordt verleend. Deze bevinding wordt nog eens bevestigd door de samenhang tussen instrumenteel aanraken en richtinggevende communicatie.

Het knikken van de zorgverlener hangt positief samen met affectieve communicatie en met gespreksonderwerpen die met leefstijl en gevoelens te maken hebben. Evenals bij het aankijken is hier een significant negatieve correlatie met richtinggevende communicatie en gesprekken over onderwerpen die met verpleging en gezondheid te maken hebben.

Affectief aanraken en een toegewende houding blijken beiden vrijwel niet samen te hangen met de aard van de verbale communicatie. Met betrekking tot een toegewende houding is er alleen een beperkte samenhang te zien met sociale communicatie.

Tot slot is er een negatief verband gevonden tussen glimlachen en richtinggevende communicatie en glimlachen en communicatie over verpleging en gezondheid. Ook hier blijkt weer dat deze nonverbale communicatie categorieën minder voorkomen wanneer de zorg een instrumenteel karakter heeft.

Uit deze correlatie-tabel komen geen onverwachte relaties naar voren. Over het

algemeen blijken nonverbale en verbale communicatie consistent met elkaar samen te gaan en alle bevindingen wijzen dan ook in de zelfde richting. Namelijk wanneer de contacten een sterk instrumenteel karakter hebben dan hangt dat negatief samen met de affectieve nonverbale communicatie van de zorgverlener.

Tabel 4.5 Overzicht van correlaties tussen de verbale categorieën en de nonverbale categorieën. N=165 zorgcontacten

Nonverbale gedragingen	sociale communicatie	affectieve communicatie	richting-gevende communicatie	communicatie onderwerpen verpleging	communicatie onderwerpen leefstijl/ gevoelens
aankijken	.22*	.22*	-.53**	-.36**	.29**
instrumenteel aanraken	-.14	-.10	.37**	.22*	-.28**
affectief aanraken	-.02	.08	-.05	.03	-.05
toegewende houding	-.16°	.08	.09	.09	.04
knikken	.11	.29**	-.40**	-.30**	.22*
glimlachen	.15	.06	-.22*	-.19°	-.07

** significantie niveau van $p \leq 0.001$

* significantie niveau van $p \leq 0.01$

° significantie niveau van $p \leq 0.05$

4.3.4 De relatie tussen nonverbale communicatie en globale affectmaten

In tabel 4.6 wordt weergegeven in welke mate de nonverbale communicatie samenhangt met de scores op de affectmaten, die weergeven hoe de observatoren oordelen over de emotionele context tijdens het zorgverleningscontact. Het blijkt dat de geobserveerde nonverbale gedragingen niet zo veel samenhang vertonen met het oordeel op deze affectmaten. De meeste relaties zijn zwak en niet significant. Een uitzondering bestaat voor het oordeel over de betrokken houding van de hulpverlener. Naarmate de zorgverlener de cliënt meer aankijkt, meer affectief aanraakt, vaker een toegewende houding heeft en glimlacht, wordt de houding van de zorgverlener door de observatoren als meer betrokken beoordeeld. Overigens zijn deze verbanden min of meer te verwachten, omdat dit oordeel over een betrokken houding voor een deel bepaald wordt door het aankijken, bevestigend knikken en affectief aanraken van de verplegenden. Iets dergelijks zien we ook bij het affectief aanraken door de verplegende. Naarmate de zorgverlener de cliënt meer affectief aanraakt, wordt zij door de observatoren als vriendelijker en geïnteresseerder beoordeeld. Uit de tabel blijkt voorts dat van de zes nonverbale gedragingen het affectief aanraken en het aankijken het meeste effect sorteren, wanneer beoordelaars oordelen over de sfeer en de emotionele context van het zorgverleningscontact.

Tabel 4.6 Correlaties tussen nonverbaal gedrag en de affectmaten van de zorgverleners N=165 zorgcontacten

Nonverbale gedragingen van zorgverleners	boosheid/ geïrriteerd- heid	gespannen- heid/ nervositeit	dominantie/ asserti- viteit	interesse/ bezorgd- heid	warmte/ vriende- lijkheid	betuttelen/ ongelijk- waardig	betrokken houding N=162 ¹
aankijken	-.08	-.09	-.15	.13	.18°	-.01	.24*
instrumenteel							
aanraken	.06	-.04	.10	-.10	-.09	.11	.18°
affectief aanraken	-.06	-.06	.01	.22*	.21*	.14	.21*
toegewende houding	.06	-.03	.14	.05	.08	.15°	.17°
knikken	-.01	-.13	-.17°	.10	.07	.00	.09
glimlachen	-.01	-.08	-.08	.08	.15	-.01	.19°

** significantie niveau van $p \leq 0.001$

* significantie niveau van $p \leq 0.01$

° significantie niveau van $p \leq 0.05$

¹ Het aantal cases is hier kleiner, omdat deze affectmaat in 3 gevallen niet te observeren was.

4.3.5 De relatie tussen verbale communicatie en de globale affectmaten

Uit tabel 4.7 valt af te leiden dat met name in contacten waarin de verplegenden veel sociale conversatie voeren en grapjes maken, de houding van de verplegenden als minder betuttelend wordt beoordeeld. Daarnaast wordt de houding van deze zorgverleners als warmer en meer betrokken beschouwd. Structurerende communicatie laat het vaakst een samenhang zien met de scores op de affectmaten van de hulpverleners. In contacten waar relatief veel structurerende communicatie plaatsvindt wordt de zorgverlener als dominanter en meer betuttelend beoordeeld, terwijl ze significant minder scoort op interesse, warmte en een betrokken houding.

Tabel 4.7 Correlaties tussen verbale communicatie en de affectmaten van de zorgverleners N=165 zorgcontacten

Nonverbale gedragingen van zorgverleners	boosheid/ geïrriteerd- heid	gespannen- heid/ nervositeit	dominantie/ asserti- viteit	interesse/ bezorgd- heid	warmte/ vriende- lijkheid	betuttelen/ ongelijk- waardig	betrokken houding N=162 ¹
sociale communicatie	-.14	-.03	-.13	.11	.22*	-.27**	.20*
affectieve communicatie	.11	.04	.00	-.02	-.13	.17°	-.09
structurende communicatie	.07	.04	.22*	-.20*	-.15°	.26**	-.19°
communicatie verpleging	.12	.04	.13	-.11	-.19°	.07	-.14
communicatie leefstijl of gevoelens	-.05	-.08	-.11	.14	.09	.04	.04

** significantie niveau van $p \leq 0.001$

* significantie niveau van $p \leq 0.01$

° significantie niveau van $p \leq 0.05$

¹ Het aantal cases is hier kleiner, omdat deze affectmaat in 3 gevallen niet te observeren was.

4.4 Discussie

In dit hoofdstuk is aandacht besteed aan de nonverbale communicatie van verplegenden, zoals aankijken, knikken, glimlachen, toegewende houding en instrumenteel en affectief aanraken. Deze communicatieve gedragingen maken een wezenlijk deel uit van de interactie tussen verplegenden en hun oudere cliënten. Aankijken werd gedurende alle contacten geobserveerd. Bevestigend knikken en glimlachen is eveneens nonverbaal gedrag dat veelvuldig getoond wordt. Alhoewel het toch opvallend was dat in 15% van de contacten glimlachen niet voorkwam tijdens de geobserveerde interacties. Dit wekt op zich verbazing omdat glimlachen het nonverbale gedrag bij uitstek is waarmee men warmte, openheid en empathie uitstraalt (Argyle, 1988; Heintzman e.a., 1993). Uit de resultaten bleek dat overeenkomstig ander onderzoek naar het aanraken tijdens het verplegen (Le May en Redfern, 1987; Oliver en Redfern, 1991; McCann en McKenna, 1993), instrumenteel aanraken naar verhouding veel meer voorkomt dan affectief aanraken.

Evenals in het vorige hoofdstuk is aandacht besteed aan twee verschillende zorgsettings en aan verschillende zorgtaken. Uit de resultaten komt naar voren dat de verplegenden in het verzorgingshuis vrijwel gedurende alle typen zorgtaken meer van het geobserveerde nonverbale gedrag vertonen, met uitzondering van het instrumenteel aanraken. Dit komt bij alle drie de typen zorgtaken meer voor in de thuiszorg. Deze bevinding is overeenkomstig de verwachting aangaande het verschil tussen deze twee zorgsettings.

Eveneens overeenkomstig de verwachtingen, bleek dat de nonverbale en de verbale communicatie aan elkaar gerelateerd zijn. Het instrumenteel aanraken hing samen met instrumentele communicatie. Aankijken en bevestigend knikken bleken samen te gaan met affectieve verbale communicatie. Terwijl bij een grote hoeveelheid taakgerelateerde communicatie de hoeveelheid aankijken en knikken minder was.

De nonverbale communicatiecategorïen vertonen niet zo'n sterke relatie met het oordeel over de emotionele context tijdens het contact, aan de hand van de globale affectmaten. Het oordeel over een betrokken houding blijkt nog het sterkst bepaald te worden door het nonverbale gedrag. De verbale communicatie laat sterkere verbanden zien. Zo blijkt dat een zorgverlener als vriendelijker en minder betuttelend overkomt, wanneer zij veel sociale conversatie voert en grapjes maakt.

Met betrekking tot de gevolgde methode kunnen bij dit deel van het onderzoek enkele kanttekeningen worden geplaatst. Zo staat het gebruik van correlatieve analysetechnieken niet toe om uitspraken te doen over oorzaak en gevolg, terwijl verondersteld kan worden dat de wijze waarop wordt gecommuniceerd bepalend is voor de sfeer. Echter evengoed is het omgekeerde mogelijk. Immers de sfeer die de zorgverlener en de cliënt ervaren kan van invloed zijn op de wijze waarop wordt gecommuniceerd. Met de gebruikte analysemethoden valt echter niets te zeggen over de causaliteit. Wel kon worden vastgesteld dat de bevindingen in de correlatietabellen alle in de zelfde richting wijzen. Namelijk wanneer de verplegingscontacten een sterk instrumenteel karakter hebben dan hangt dat negatief samen met het affectief nonverbale gedrag dat de verplegende toont. Tevens hangt veel instrumentele communicatie samen met een minder affectieve houding gemeten met de globale affectmaten. Dit zijn aanwijzingen voor convergente validiteit van de gebruikte instrumenten.

Een probleem is echter de conceptuele validiteit van dit onderzoek. Nonverbaal gedrag is veel complexer dan in dit onderzoek wordt beschreven. Zo zijn bepaalde gedragingen op meerdere manieren uit te leggen en hebben bepaalde combinaties van gedragingen een wisselende betekenis. Zich naar iemand toewenden en aankijken kan wijzen op aandacht hebben voor iemand maar kan eveneens duiden op dominantie

(Heintzman e.a., 1993). Glimlachen kan inderdaad vriendelijkheid overbrengen, maar iemand kan ook op nerveuze wijze glimlachen. Een betrokken houding en het aanraken van iemand wordt in dit hoofdstuk gezien als het tonen van warmte en vriendelijkheid, maar deze gedragingen kunnen door een ander ook als opdringerig dus vervelend worden ervaren.

Om op eenduidige wijze nonverbaal gedrag te kunnen observeren zou men met meerdere videocamera's vanuit minimaal twee hoeken opnames moeten maken. Dit was in het onderhavige onderzoek niet mogelijk. Wel is nagegaan hoe cliënt en hulpverlener zelf oordelen over de communicatie van de zorgverlener. Het zou daarom interessant zijn om na te gaan op welke wijze de hoeveelheid nonverbale communicatie samenhangt met het oordeel dat cliënten en zorgverleners hebben over de communicatie. Aan deze vraag wordt in hoofdstuk 7 aandacht besteed.

5 FACTOREN DIE GERELATEERD ZIJN AAN DE COMMUNICATIE VAN VERPLEGENDEN EN HUN OUDERE CLIËNTEN

5.1 Inleiding

Het gedrag van verpleegkundigen ten opzichte van oudere cliënten is onder andere gerelateerd aan het beeld dat zij hebben van oudere mensen. Hoewel het beeld dat men heeft van de oudere mens afhankelijk is van de eigen levenssituatie en hoewel het ouderdomsbeeld in gunstige zin verandert, heeft het 'bejaardenstereotype' nog steeds een negatieve invloed op de praktijk en de organisatie van de bejaardenzorg (Marcoen in Brasker en Visser, 1990). Uit het literatuuronderzoek, dat is beschreven in hoofdstuk 2, komen meerdere variabelen naar voren die van invloed kunnen zijn op de kwaliteit of kwantiteit van de verplegende-cliënt communicatie.

Deze kunnen worden ingedeeld in zorgverlenerskenmerken, situationele kenmerken en cliëntenkenmerken. In dit hoofdstuk worden deze drie groepen factoren gerelateerd aan de verbale communicatieclusters uit hoofdstuk 3 en aan de nonverbale gedragingen uit hoofdstuk 4. In deze hoofdstukken werden verbale en nonverbale communicatiecategorïën gerelateerd aan de zorgtaken en aan de omgeving waar de zorgverlening plaatsvond. Zorgtaken en setting worden daarom in dit hoofdstuk buiten beschouwing gelaten.

5.1.1 Factoren die gerelateerd zijn aan de communicatie van zorgverleners met cliënten

Zorgverlenerskenmerken

Eigenschappen van zorgverleners die van invloed kunnen zijn op de verplegende-cliënt communicatie zijn attitude, tevredenheid met het werk en opleiding van de zorgverlener. Onderzoek van Armstrong-Esther e.a. (1989) toonde aan dat verpleegkundigen en verzorgenden met een positieve houding tegenover ouderen het voeren van gesprekken met oudere cliënten belangrijker vinden, terwijl verplegenden met een minder positieve attitude meer waarde hechten aan de lichamelijk-hygiënische zorg. Verschillende onderzoekers stellen dat bij de bejegening van ouderen stereotypingen en het beeld dat men heeft van ouderen een rol spelen (Taft in Penninx, 1995; Van der Kamp in Penninx, 1995).

Ook kenmerken met betrekking tot de arbeidssatisfactie blijken samen te hangen met communicatie. Uit een onderzoek van Wilkinson (1991) bleek dat verplegenden meer faciliterende verbale communicatie vertoonden wanneer zij tevreden waren over de werksfeer op de afdeling. Verder bleek dat verzorgenden, die hun werk als zinvol ervaren en tevreden zijn over de collegiale contacten in hun werk, beter in staat waren om de behoeften van de bewoners in te schatten dan hun collega's die minder tevreden waren over deze aspecten (Kramer en Kerkstra, 1991).

In hoeverre kenmerken als leeftijd, ervaring en opleiding van verplegenden samenhangen met de communicatie met ouderen is niet duidelijk aan te geven. De resultaten van reeds verricht onderzoek spreken elkaar tegen. Kramer en Kerkstra (1991) vonden bijvoorbeeld geen relatie tussen leeftijd, opleiding en de mate van werkervaring en de mate waarin de verzorgenden de eenzaamheidsproblematiek van de verzorgingshuisbewoners juist inschatten. Davies (1992) vond dat verzorgenden vergeleken met gediplomeerd verplegenden dezelfde verbale communicatiecategorïën gebruiken in hun gesprekken met oudere cliënten maar dat niet-gediplomeerden minder gevoelig

waren voor de achterliggende of indirecte betekenis van de verbale uitingen van oudere cliënten tijdens interacties. Liefbroer en Visser (1986) weerleggen dat gediplomeerde en niet-gediplomeerde verplegenden dezelfde communicatiecategorien gebruiken. Zij vonden dat verplegenden met een hogere opleiding -en ook verplegenden met meer werkervaring- vaker cliëntgerichte opmerkingen maken. Degenen met een hogere opleiding verstrekken bijvoorbeeld vaker informatie over de ziekte van de cliënt. Andere onderzoekers geven juist aan dat vaardigheden en ervaring wel een rol spelen maar dat ze zeker niet de alleen bepalende factoren van het cliëntgerichte gedrag van zorgverleners zijn (Pool, 1983, Liefbroer en Visser, 1986).

Situationele kenmerken

In een studie van Gibb en O'Brien (1990) wordt met name de tijdsdruk die zorgverleners ervaren als belangrijk situatie-kenmerk genoemd. In hun onderzoek naar gesprekken tussen verpleegkundigen en oudere cliënten in een verpleegtehuis tijdens de dagelijkse verzorging bleek dat de verplegenden weinig open vragen stellen en weinig overleggen met de cliënten. Volgens de onderzoekers hangt dit samen met het feit dat de verpleegkundigen onder tijdsdruk volgens een strak schema moeten werken.

Cliëntenkenmerken

Onderzoek naar kenmerken van cliënten die gerelateerd zijn aan de communicatie richt zich voornamelijk op het niveau van psychisch functioneren van de cliënten (Armstrong-Esther e.a., 1986, 1989, De Wilde en De Bot, 1989). Aangezien in het hier beschreven onderzoek demente en terminale cliënten zijn uitgesloten van deelname wordt hier verder ook niet op ingegaan.

Andere factoren die een rol kunnen spelen zijn leeftijd en gezondheidstoestand van de cliënt. Visser (1988) rapporteerde dat oudere cliënten in een ziekenhuis minder geïnformeerd werden over medische onderwerpen dan jongere cliënten. Ten aanzien van de fysieke gesteldheid suggereren Allen en Turner (1991) dat verpleegkundigen wellicht minder communiceren met cliënten met een slechte lichamelijke gezondheid. Hierbij verwezen zij naar Armstrong-Esther en Browne (1986) die hetzelfde concludeerden maar dan bij cliënten die mentaal minder alert waren.

5.1.2 Onderzoeksvragen

In dit hoofdstuk wordt nagegaan in hoeverre bovengenoemde kenmerken samenhangen met de wijze van communiceren van verplegenden met hun oudere cliënten. Meer specifiek worden de volgende vraagstellingen onderzocht:

1. Hangen zorgverlenerskenmerken zoals attitude, arbeidssatisfactie en persoonlijke gegevens als leeftijd, opleiding, en werkervaring samen met de wijze waarop verplegenden communiceren met hun oudere cliënten?
2. Hangen situatie-kenmerken zoals werkdruk en het aantal cliënten waaraan per dienst zorg wordt verleend samen met de wijze waarop verplegenden communiceren met hun oudere cliënten?
3. Hangen cliëntenkenmerken zoals sexe, leeftijd, gezondheidsbeleving en de tijd dat men in zorg is samen met de wijze waarop verplegenden communiceren met hun oudere cliënten?

Uitgaande van de hierboven beschreven onderzoeksbevindingen wordt verwacht dat verplegenden die een positieve houding hebben ten opzichte van ouderen meer aandacht zullen besteden aan sociaal contact met ouderen. Daarnaast zullen zorgverleners met een hogere arbeidssatisfactie meer aandacht besteden aan psycho-sociale

onderwerpen en meer communicatie vertonen die gericht is op het bevestigen van de persoonlijke relatie met de cliënt en het creëren van een open en faciliterende sfeer. Met betrekking tot leeftijd, ervaring en opleiding van verplegenden kunnen op grond van de voorgaande literatuur geen verwachtingen in een bepaalde richting worden uitgesproken.

Met betrekking tot situationele factoren wordt verwacht dat zorgverleners die weinig werkdruk ervaren meer aandacht besteden aan de relatie met de cliënt, zij zullen dus meer sociale conversatie voeren en affectief gedrag vertonen.

Ten aanzien van de leeftijd van de cliënten wordt verondersteld dat naarmate de cliënten ouder zijn er minder communicatie plaatsvindt over onderwerpen die met de verpleging en de gezondheid te maken hebben.

5.2 Methode

5.2.1 Procedure

Dit onderzoek werd uitgevoerd onder 47 zorgverleners en 109 cliënten. Het onderzoek maakte deel uit van een groter project waarbij de communicatie tussen zorgverleners en hun cliënten op de video werden opgenomen. Deze opnames zijn op systematische wijze geobserveerd en daarvan is verslag gedaan in de hoofdstukken 3 en 4.

Voorafgaand aan deze video-opnames kregen de 47 zorgverleners een vragenlijst toegestuurd die ze allemaal retourneerden. In deze vragenlijst kwamen kenmerken van de zorgverleners en kenmerken van de werksituatie aan de orde, die volgens de literatuur samenhangen met de wijze waarop zorgverleners communiceren.

Bij het maken van de video-opnames werden enkele achtergrondgegevens van cliënten geregistreerd. Daarnaast werd nagegaan hoelang cliënten in zorg zijn en werd gevraagd naar de subjectieve gezondheidsbeleving van de cliënten.

5.2.2 Meetinstrumenten

Zorgverlenerskenmerken

- De attitude ten opzichte van ouderen is in de vragenlijst gemeten met de KOP-schaal (Kogan's Old People Scale, Kogan 1961). Van deze schaal wordt een goede betrouwbaarheid gerapporteerd. Alhoewel de KOP-schaal dateert van 1961 wordt deze recentelijk het meest gebruikt (Lookinland en Anson, 1995; Brown e.a., 1992; Hope, 1994; Armstrong-Esther e.a., 1994; Smith, 1982). De oorspronkelijke versie van de KOP-schaal bestaat uit 17 positief en 17 negatief geformuleerde uitspraken. Deze uitspraken worden doorgaans in een grote vragenlijst verscholen tussen andere items geplaatst, zodat niet meer opvalt dat er steeds tegengestelde vragen worden gesteld. In dit onderzoek was dat niet mogelijk. Daarom werden de tegengestelde uitspraken in paren gepresenteerd. Dit bekortte de vragenlijst en verwarring over soortgelijk gestelde vragen werd voorkomen. De respondenten werd gevraagd om per paar op een 5-puntsschaal (1= negatief, 5= positief) aan te geven hoe men tegenover de uitspraken staat. De interne consistentie van de schaal is voldoende met een Cronbach's alpha van .72.
- Een andere attitude die gemeten werd is de 'mate van cliëntgerichtheid'. Pool (1983) ontwikkelde deze schaal en hij beschrijft 'cliëntgericht gedrag' als volgt:
 - * Het verstrekken van informatie over de ziekte en over de omgeving waarin de cliënt verblijft, ziekenhuis, verzorgingshuis e.d.
 - * Het begeleiden van problemen die het gevolg zijn van ziekte en verblijf in ziekenhuis.

- * Het activeren van cliënten om meer zelfstandig en minder passief en afhankelijk te zijn.

De drie aspecten zijn afzonderlijk in een aantal items geoperationaliseerd en samen vormen de 23 items een maat voor de mate van cliëntgericht gedrag (5-puntsschaal: 1= erg vaak, 5= nooit). De Cronbach's alpha voor de drie subschalen varieert van .71 tot .78. Tezamen blijken de drie subschalen een totale maat voor cliëntgericht gedrag te vormen, met een Cronbach's alpha van .87. In de vragenlijst voor dit onderzoek zijn twee items weggelaten:

'De cliënt vertellen wat de aard, ernst en verloop van de ziekte is' en 'De cliënt vertellen wat uitslag van een operatie, onderzoek of behandeling is'. De reden hiervoor is dat beide geen taken zijn van een verplegende of verzorgende. Daarnaast is de formulering aangepast. Omdat de schaal van Pool is geformuleerd voor ziekenhuisafdelingen werd de terminologie aangepast voor de situatie in de thuiszorg en het verzorgingshuis.

- Binnen het complexe begrip van arbeidssatisfactie zijn twee deelconcepten gemeenten, namelijk 'intrinsieke motivatie van het werk' en 'tevredenheid met collegiale contacten', die in eerder onderzoek relevant zijn gebleken voor de wijze waarop zorgverleners met ouderen omgaan (Kramer en Kerkstra, 1991). Beide schalen zijn afkomstig van een instrument dat diverse aspecten van arbeidssatisfactie meet (Boumans, 1990). De 'intrinsieke motivatie van het werk' is een schaal die uit zeven items bestaat (bijvoorbeeld: 'Het werk dat ik hier doe is zinvol voor mij', 5-puntsschaal: 1= zeer ontevreden, 5= zeer tevreden). De interne consistentie van deze schaal is voldoende hoog (Cronbach's alpha = .71).
De schaal 'tevredenheid met de collegiale contacten op het werk' omvat 5 items en meet de mate waarin men tevreden is over de sociale contacten met collega's op het werk. De zes items zijn intern consistent gebleken met een Cronbach's alpha van .85.
- Persoonlijke kenmerken zoals leeftijd, sexe, opleiding en mate van ervaring zijn opgenomen in een algemeen deel van de vragenlijst.

Situationele kenmerken

- De ervaren tijdsdruk van de verplegenden is gemeten met vijf items van Ruijters en Stevens (1992). Deze schaal meet de mate waarin men vindt voldoende tijd te hebben voor de directe cliëntenzorg (5-puntsschaal: 1= voldoende tijd, 5= te weinig tijd). Deze items hebben een Cronbach's alpha van .77.
- De ervaren werklust is gemeten door te vragen naar het aantal uren dat de zorgverleners per week werken en het aantal cliënten dat men per dagdeel verpleegt/verzorgt.

Cliëntenkenmerken

- Van de cliënten die deelnamen aan dit onderzoek werden leeftijd en sexe genoteerd en er werd nagegaan hoelang de cliënten in zorg waren.
- De subjectieve gezondheidsbeleving van de cliënten werd gemeten met een subschaal die deel uitmaakt van de schaal subjectief welzijn ouderen van Tempelman (1987). Deze driepuntsschaal bestaat uit vijf items met een Cronbach's alpha van .84. Een hoge score op deze schaal betekent een goede ervaren gezondheid.

5.2.3 Het observatieprotocol

In hoofdstuk 3 en 4 werd het observatie-protocol beschreven dat bestaat uit drie onderdelen. De verbale communicatie, waarbinnen vijf clusters zijn te onderscheiden:

sociale opmerkingen en grapjes, affectieve communicatie, richtinggevende communicatie, communicatie verpleging en gezondheid, communicatie leefstijl en emoties. De nonverbale communicatie: blikrichting, toewenden, knikken, glimlachen, instrumenteel en affectief aanraken. En de globale affectmaten, waarmee in meer algemene zin iets wordt gezegd over de houding van de zorgverlener: boosheid/geïrriteerdheid, gespannenheid/nervositeit, dominantie/assertiviteit, interesse/bezorgdheid, warmte/vriendelijkheid, betuttelen/ongelijkwaardige houding en betrokken houding. Deze affectmaten werden toegekend door de observatoren.

5.2.4 Analyses

De in paragraaf 5.2.2 beschreven factoren werden gerelateerd aan de vijf verbale clusters, aan de verschillende nonverbale categorieën en aan de globale affectmaten.

Om in de latere analyses te kunnen controleren voor de setting wanneer dat nodig was, is vooraf nagegaan of er verschillen zijn tussen de thuiszorg en het verzorgingshuis ten aanzien van de gemeten zorgverleners-, situationele- en cliëntenkenmerken (t-test of chi-kwadraat). Daarna werden de resultaten uit de vragenlijst van de verplegenden gerelateerd aan de verbale en nonverbale communicatie. Hiertoe zijn correlaties berekend (Pearsons r). Bij kenmerken die significant verschillen tussen de thuiszorg en het verzorgingshuis werden partiële correlaties berekend, daarmee werd gecontroleerd voor de setting waar de zorg plaatsvindt.

De data voor dit onderzoek zijn verzameld op verschillende niveaus. De zorgverlenerskenmerken werden eenmalig gemeten doordat de 47 verplegenden een vragenlijst invulden (zorgverlenersniveau). De cliëntenkenmerken zijn genoteerd van de 109 deelnemende cliënten (cliënteniveau) en de analyses van het verbale en nonverbale gedrag werden verricht met de gegevens van 181 gefilmde contacten (contact-niveau). Wanneer in dit onderzoek analyses werden gedaan met zorgverlenerskenmerken en de categorieën van verbaal en nonverbaal gedrag dan werden de data geaggregeerd op zorgverlenersniveau waarbij werd uitgegaan van gemiddelde scores. Wanneer analyses werden verricht met cliëntenkenmerken en het communicatieve gedrag van de zorgverleners dan werden de data teruggebracht naar cliënteniveau waarbij wederom gebruik werd gemaakt van gemiddelde scores.

5.3 Resultaten

De verpleegkundigen en verzorgenden in dit onderzoek zijn werkzaam in twee verschillende settings. Daarom werd eerst nagegaan of de zorgverleners en cliënten in de thuiszorg verschillen van de zorgverleners en cliënten in het verzorgingshuis.

De verschillen in attitudes, persoonlijke gegevens en situationele kenmerken werden getoetst. De verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg en het verzorgingshuis verschillen niet significant van elkaar voor wat betreft attitude ten opzichte van ouderen, de mate van cliëntgerichtheid, arbeidssatisfactie en persoonlijke kenmerken (zie tabel 5.1).

Tabel 5.1 Overzicht van de zorgverlenerskenmerken in de thuiszorg en het verzorgingshuis (N=47 verplegenden)

Kenmerken verplegenden	Thuiszorg		Verzorgingshuis	
	gemiddelde	st.dev.	gemiddelde	st.dev.
Attitude:^a				
Houding t.o.v. ouderen	4.0	(0.3)	4.1	(0.4)
Cliëntgerichtheid	3.7	(0.3)	3.5	(0.5)
Arbeidssatisfactie:^a				
Werkintrinsieke motivatie	3.8	(0.4)	3.7	(0.5)
Tevredenheid met collegiale contacten	4.0	(0.4)	4.0	(0.6)
Persoonlijke kenmerken:				
Sexe^b				
Vrouwen	100%		91%	
Mannen			9%	
Leeftijd^a	37.4	(9.3)	40.9	(8.7)
Opleiding:^b				
Verpleegkundige	46%		35%	
Ziekenverzorgende	54%		61%	
Verpleeghulp			4%	
Aantal jaren ervaring^a	16.5	(8.8)	15.9	(7.2)

^a Verschillen in attitudes, arbeidssatisfactie, leeftijd en aantal jaren ervaring werden getest met t-toetsen

^b Verschillen in sexe en opleidingsniveau werden getoetst met chi-kwadraat.

Volgens tabel 5.2 verlenen verzorgenden in het verzorgingshuis per dagdeel (ochtend of avond) aan meer cliënten zorg dan verpleegkundigen in de thuiszorg ($p \leq 0.01$). Met betrekking tot de ervaren werkdruk en het aantal uur dat men per week werkt zijn er geen verschillen waar te nemen tussen de thuiszorg en het verzorgingshuis.

In tabel 5.3 wordt een overzicht gegeven van de cliëntenkenmerken in de thuiszorg en het verzorgingshuis. In de thuiszorg verlenen de verplegenden vaker zorg aan mannelijke cliënten dan in het verzorgingshuis. De cliënten in de thuiszorg zijn gemiddeld tien jaar jonger dan de cliënten in het verzorgingshuis ($p \leq 0.01$). De subjectieve gezondheidsbeleving is in het verzorgingshuis hoger dan in de thuiszorg ($p \leq 0.01$). Ook de tijd dat cliënten in zorg zijn verschilt tussen de twee settings. In de thuiszorg zijn de cliënten korter in zorg dan in het verzorgingshuis ($p \leq 0.05$). Aangezien de cliëntenkenmerken significant verschillen tussen de thuiszorg en het verzorgingshuis werd bij verdere analyse met deze kenmerken gecorrigeerd voor de setting waar de zorg plaatsvindt.

Tabel 5.2 Overzicht van de situatie-kenmerken in de thuiszorg en het verzorgingshuis (N=47 verplegenden)

Kenmerken situatie	Thuiszorg		Verzorgingshuis	
	gemiddelde	st.dev.	gemiddelde	st.dev.
Ervaren werkdruk	2.5	(0.7)	2.7	(1.0)
Aantal cliënten per dienst	7.2	(1.1)*	11.4	(5.5)
Aantal uren werkzaam per week	28.0	(6.1)	25.1	(10.0)

* $p \leq .01$

Tabel 5.3 Overzicht van de cliëntenkenmerken in de thuiszorg en het verzorgingshuis (N=109 cliënten)

Variabelen kenmerken cliënten	Thuiszorg		Verzorgingshuis	
	gemiddelde	st.dev.	gemiddelde	st.dev.
Sexe:				
Vrouwen	65%		89%	
Mannen	35%		11%	
Leeftijd	77.5 jaar	(8.7)*	86.7 jaar	(4.4)
Gezondheidsbeleving	2.0	(0.4)*	2.3	(0.4)
Tijd in zorg	37 maanden	(43.6) ^o	70 maanden	(77.2)

^o $p \leq .05$

* $p \leq .01$

5.3.1 Zorgverlenersfactoren in relatie tot communicatie

Vooral de opleiding die de verplegenden hebben genoten is opvallend sterk gerelateerd aan de verbale communicatie. Zo is in tabel 5.4 te zien dat zorgverleners met een hogere opleiding minder vaak sociaal converseren. Verder hangt opleiding positief samen met de hoeveelheid affectief verbaal gedrag waarmee het verbaal volgen, empathie en bezorgdheid wordt getoond, met het structureren van het contact ("Wilt u zich even omdraaien, dan was ik uw rug") en met de communicatie over verpleging en gezondheid. In Rias-termen kan worden gesteld dat verplegenden met een hogere opleiding meer instrumentele communicatie laten zien terwijl lager opgeleiden vaker sociaal-emotioneel gedrag tonen in de zin van sociale conversatie.

Verder blijkt uit de tabel dat verplegenden die tevreden zijn met collegiale contacten vaker sociale communicatie laten zien ($r=.32$), zoals een praatje over het weer en het maken van grapjes. Echter deze tevredenheid hangt negatief samen met affectieve communicatie ($-.36$).

Een hoge score op cliëntgerichtheid blijkt negatief samen te hangen met de sociale communicatie en lijkt -hoewel niet statistisch significant- positief samen te gaan met informatie over verpleging en gezondheid ($p = .07$).

Tabel 5.4 Correlaties zorgverlenerskenmerken met verbale communicatiecategoriën (N= 47 verplegenden)

	Sociale communicatie en grapjes	Affectieve communicatie	Richting-gevende communicatie	Communicatie verpleging en gezondheid	Communicatie leefstijl en emoties
Attitude:					
Houding t.o.v. ouderen	.19	.06	-.23	-.16	-.04
Cliëntgerichtheid	-.31 ^o	.23	-.02	.27	.04
Arbeidssatisfactie:					
Werkintrinsieke motivatie	-.01	-.14	.01	-.03	.28
Tevredenheid met collegiale contacten	.32 ^o	-.36*	-.12	-.10	.02

- vervolg -

Tabel 5.4 Correlaties zorgverlenerskenmerken met verbale communicatiecategorïeën (N= 47 verplegenden) - vervolg -

	Sociale communicatie en grapjes	Affectieve communicatie	Richting-gevende communicatie	Communicatie verpleging en gezondheid	Communicatie leefstijl en emoties
Persoonlijke kenmerken:					
Sexe	.01	-.06	.11	-.09	.04
Leeftijd	.03	.19	.07	-.23	-.09
Werkervaring	.03	.27	-.02	-.19	-.17
Opleiding	-.53**	.31°	.30°	.43*	-.15

° p= ≤ .05

* p= ≤ .01

** p= ≤ .001

Tabel 5.5 Correlaties zorgverlenerskenmerken met nonverbale communicatiecategorïeën (N=47 verplegenden)

	Aankijken	Toewenden	Knikken	Glimlachen	Instrumenteel aanraken	Affectief aanraken
Attitude:						
Houding t.o.v. ouderen	.13	-.05	.23	.14	-.06	.09
Cliëntgerichtheid	.12	-.08	.08	.14	-.15	.13
Arbeidssatisfactie:						
Werkintrinsieke motivatie	.05	-.01	.11	-.11	-.07	-.16
Tevredenheid met collegiale contacten	-.03	-.13	.12	-.10	.24	-.36°
Persoonlijke kenmerken:						
Sexe	.12	.21	.12	.02	-.16	-.06
Leeftijd	-.10	.11	-.11	.25	-.06	.22
Werkervaring	-.13	-.06	.05	.11	.04	-.19
Opleiding	-.34°	-.09	-.21	-.03	.05	-.21

° p ≤ .05

De samenhang tussen zorgverlenerskenmerken en de nonverbale communicatie categorieën is weergegeven in tabel 5.5. Daaruit blijkt dat nonverbaal gedrag minder vaak samenhangt met kenmerken van verplegenden dan het verbale gedrag. Er worden slechts twee statistisch significante correlaties gevonden. Zo blijkt een hogere opleiding samen te gaan met minder aankijken van de cliënt. Mogelijk wordt dit verklaard door het feit dat verplegenden met meer opleiding vaker bezig zijn met verpleegtechnische zorg, waarbij men met de ogen is gericht op de taak die uitgevoerd wordt. Dit wordt gesteund door het feit dat het niveau van de opleiding ook samen gaat met communicatie over verpleging en gezondheid.

Een opvallend negatief verband bevindt zich tussen tevredenheid met collegiale contacten en affectief aanraken. Een dergelijk verband werd ook al aangetroffen met affectieve verbale communicatie. Tevredenheid met collegiale contacten lijkt eerder positief gerelateerd te zijn aan instrumenteel aanraken. Dit laatste verband is echter niet significant (.09).

Naast de nonverbale gedragingen werden kenmerken van zorgverleners ook gerelateerd aan de globale affectmaten die in het algemeen een oordeel geven over de houding van de zorgverlener en de sfeer van het contact. De correlaties zijn weergegeven in tabel 5.6. Er bleek slechts twee maal een samenhang te zijn. Een zeer sterk verband werd aangetroffen tussen de opleiding van de zorgverleners en de mate van dominant gedrag (.44*). Daarnaast bleek eveneens een samenhang te bestaan tussen de mate waarin de zorgverlener aangaf cliëntgericht te zijn en de mate waarin de zorgverlener door de observatoren als geïnteresseerd en bezorgd werd beoordeeld.

Tabel 5.6 Correlaties zorgverlenerskenmerken met globale affectmaten van zorgverleners (N=47 verplegenden)

	boosheid/ irritatie	gespannen/ nervositeit	domi- nantie	inte- resse	warmte	betut- teling	betrokken houding
Attitude:							
Houding t.o.v. ouderen	-.05	.05	-.07	.15	.14	-.04	.08
Cliëntgerichtheid	.10	-.03	.05	.29°	.19	-.01	.24
Arbeidssatisfactie:							
Werkintrinsieke motivatie	.04	.13	-.15	.11	.09	.06	.03
Tevredenheid met collegiale contacten	.07	-.17	-.11	.14	.06	-.06	-.05
Persoonlijke kenmerken:							
Sexe	.05	.05	.13	-.03	-.24	-.01	-.13
Leeftijd	-.08	-.06	.23	-.08	-.02	.06	-.03
Werkervaring	.04	.13	-.15	.11	.09	.06	.03
Opleiding	.28	-.07	.44*	-.11	-.01	.18	-.14

° $p \leq .05$

* $p \leq .01$

Samenvattend kan gesteld worden dat vooral de genoten opleiding van de zorgverleners samenhangt met de communicatie tussen verplegenden en hun oudere cliënten. Hoger opgeleiden spreken vaker over verpleegkundige onderwerpen of de gezondheid van de cliënt, zij geven vaker structuur aan het contact zodat de cliënt weet wat van hem wordt verwacht, ze vertonen vaker affectief verbaal gedrag zoals het tonen van bezorgdheid en empathie en zij vertonen juist minder vaak sociale communicatie. Hoger opgeleiden kijken de cliënten minder vaak aan en worden vaker als dominant gezien door de observatoren.

Wat betreft de attitudes van de verplegenden is te zien dat wanneer zorgverleners meer cliëntgericht zijn zij minder vaak sociaal converseren en grapjes maken maar dat zij vaker spreken over verpleegkundige onderwerpen (niet significant).

Arbeidssatisfactie van de verplegenden zorgt voor wat opvallende verbanden. Zorgverleners die tevreden zijn met collegiale contacten voeren vaker sociale conversatie, zij vertonen minder vaak affectief verbaal gedrag en raken minder vaak affectief aan. Verplegenden die voldoening beleven aan hun werk spreken vaker met cliënten over gevoelens en emoties (niet significant).

5.3.2 Situationele factoren in relatie tot communicatie

Naast kenmerken van de verplegenden kunnen ook kenmerken van de situatie

samenhangen met de communicatie. In tabel 5.7 en 5.8 worden aspecten die te maken hebben met tijdsdruk gerelateerd aan de verbale en nonverbale communicatie.

Aangezien het aantal cliënten per dienst verschilt tussen thuiszorg en verzorgingshuis is bij het berekenen van de correlaties gecontroleerd voor de setting waar de zorg plaatsvindt. Wanneer niet wordt gecorrigeerd voor setting is in tabel 5.7 bij vier van de vijf verbale communicatieclusters een significant verband waar te nemen.

Wanneer zorgverleners meer cliënten per dagdeel verplegen of verzorgen dan vindt vaker sociale communicatie plaats, terwijl affectieve en richtinggevende communicatie en gesprekken over verpleging en gezondheid juist minder vaak voorkomen. Het blijkt echter dat dit effect voor het grootste deel aan de setting is toe te schrijven. Immers wanneer wel wordt gecontroleerd voor setting blijven de correlaties wel in dezelfde richting wijzen maar zijn ze geen van alle significant.

Tabel 5.7 Correlaties situationele kenmerken met verbale communicatiecategoriën (N= 47 verplegenden)

	Sociale communicatie en grapjes	Affectieve communicatie	Richtinggevende communicatie	Communicatie verpleging en gezondheid	Communicatie leefstijl en emoties
Tijdsdruk:					
Ervaren werkdruk	.15	.01	-.11	.07	-.35°
Aantal cliënten per dienst	.13 (.43*) ^a	-.14 (-.29°)	-.17 (-.31°)	-.04 (-.32°)	.13 (.17)
Aantal uren werkzaam	-.37*	.14	.25	.25	.10

^a De correlaties tussen haakjes corrigeren niet voor setting

° $p \leq .05$

* $p \leq .01$

Daarnaast is een duidelijk verband te zien bij zorgverleners die meer uren werken. Zij spreken minder vaak over sociale onderwerpen.

Een sterk negatief verband, dat blijft bestaan wanneer er voor setting wordt gecontroleerd, is dat verplegenden die een hogere werkdruk ervaren minder vaak een gesprek aangaan over emoties en leefstijl van de cliënt. Dit zijn echter juist de gespreksonderwerpen waarvan men aanneemt dat ouderen daar behoefte aan kunnen hebben (Nesbitt Blondis en Jackson 1978, Poole en Rowat, 1994).

Tabel 5.8 Correlaties situationele kenmerken met nonverbale communicatiecategoriën (N= 47 verplegenden)

	Aankijken	Toewenden	Nikken	Glimlachen	Instrumenteel aanraken	Affectief aanraken
Tijdsdruk:						
Ervaren werkdruk	-.13	-.12	-.17	-.15	.14	-.08
Aantal cliënten per dienst	.19 (.36*)	.37* (.41*)	.09 (.19)	-.01 (.03)	-.06 (-.14)	.12 (.29°)
Aantal uren werkzaam	.06	-.14	-.07	.11	.07	.09

° $p \leq .05$

* $p \leq .01$

** $p \leq .001$

Net als in tabel 5.5 waarin nonverbale gedragingen worden gerelateerd aan kenmerken van verplegenden is in tabel 5.8 te zien dat er nauwelijks een relatie is tussen situationele kenmerken en nonverbale gedragingen van zorgverleners. Wanneer verplegenden meer cliënten verzorgen per dienst tonen ze vaker interesse door zich toe te wenden naar de cliënt. Zonder dat gecorrigeerd wordt voor de zorgsetting is het verband sterker en zou er ook vaker worden aangekeken en affectief worden aange- raakt.

Tussen situationele kenmerken en de globale affectmaten van de zorgverleners werden geen verbanden aangetroffen.

5.3.3 Cliëntenfactoren in relatie tot communicatie

Wanneer niet gecontroleerd wordt voor de setting dan zijn er sterke positieve verban- den tussen de leeftijd en de gezondheidsbeleving van de cliënt enerzijds en de sociale communicatie van de zorgverlener anderzijds. Naarmate de cliënt zijn gezondheid positiever beleeft, wordt er bovendien minder richting gegeven aan de communicatie. Gecontroleerd voor setting blijven deze verbanden echter niet in tact. Het gevonden verband is namelijk goed door de zorgsetting te verklaren. In het verzorgingshuis zijn de cliënten gemiddeld tien jaar ouder dan in de thuiszorg en bovendien wordt er in het verzorgingshuis vaker sociale conversatie vertoond (zie hoofdstuk 3).

Wanneer niet gecontroleerd wordt voor setting blijkt er eveneens een negatief verband te bestaan tussen leeftijd van de cliënt en de communicatie over verpleging en gezondheid. Dit ligt in de lijn met de bevindingen van Visser (1988), die liet zien dat naarmate ziekenhuis-patiënten ouder zijn, zij minder geïnformeerd zijn over medische onderwerpen. Deze bevinding blijkt echter eerder samen te hangen met de setting dan met de leeftijd van cliënten. Na correctie voor setting is deze relatie totaal verdwenen.

Uit tabel 5.9 blijkt dat kenmerken van cliënten geen significant verband vertonen met het verbale gedrag van de verplegenden, in tabel 5.10 is te zien dat dit ook geldt voor nonverbale gedragingen van de zorgverleners. Alleen de tijd dat cliënten in zorg zijn is positief gerelateerd aan de mate waarin de zorgverleners zich toewenden naar de cliënt. Er werd geen relatie gevonden tussen kenmerken van de cliënten en de globale affectmaten van de verplegenden.

Tabel 5.9 Correlaties kenmerken cliënten met verbale communicatiecategorïeën door verplegenden (N= 109 cliënten)

	Sociale communicatie en grapjes	Affectieve communicatie	Richting- gevende communicatie	Communicatie verpleging en gezondheid	Communicatie leefstijl en emoties
Sexe	-.17 (-.07)	-.02 (-.08)	.15 (.11)	.12 (.05)	.03 (.05)
Leeftijd	.16 (.60**)	-.16 (-.35°)	-.06 (-.27)	.05 (-.42*)	-.17 (-.03)
Gezondheidsbeleving	.20 (.45*)	.03 (-.11)	-.22 (-.32°)	-.17 (-.39*)	-.01 (.03)
Tijd in zorg	-.04 (.07)	-.09 (-.15)	.09 (.04)	.06 (-.02)	.01 (.04)

° $p \leq .05$

* $p \leq .01$

** $p \leq .001$

Tabel 5.10 Correlaties kenmerken cliënten met nonverbale communicatiecategorieën door verplegenden (N= 109 cliënten)

	Aankijken	Toewenden	Knikken	Glimlachen	Instrumenteel aanraken	Affectief aanraken
Sexe	.03 (-.03)	.07 (.09)	-.11 (-.05)	-.02 (-.02)	-.11 (-.15)	.04 (.11)
Leeftijd	-.05 (.32°)	.07 (.17)	.12 (.27)	-.07 (.02)	.13 (-.08)	-.13 (.21)
Gezondheidsbeleving	.04 (.22)	.03 (.09)	.19 (.28°)	.18 (.19)	.14 (.04)	-.12 (.05)
Tijd in zorg	.06 (.10)	.33° (.35°)	-.05 (-.02)	-.07 (-.07)	-.03 (-.06)	-.07 (-.03)

° $p \leq .05$

Samenvattend kan met betrekking tot de kenmerken van cliënten gesteld worden dat vooral de setting waar de zorg wordt verleend bepalend is voor de communicatie. Wanneer daarvoor wordt gecontroleerd, houden kenmerken van de cliënten niet duidelijk verband met de verbale en nonverbale communicatie en de affectmaten van de zorgverleners. Alleen de tijd dat cliënten in zorg zijn blijkt verband te houden met hoe vaak verplegenden zich toewenden naar de cliënt.

5.4 Discussie

In dit hoofdstuk werd nagegaan of zorgverlenerskenmerken, kenmerken van de situatie en cliëntenkenmerken samenhangen met de wijze waarop verplegenden communiceren met hun oudere cliënten. Op basis van een literatuurstudie, die in hoofdstuk 2 werd beschreven, wordt een aantal kenmerken van verplegenden, de situatie en van cliënten gerelateerd aan verbale communicatieclusters en aan nonverbale communicatie. De zorgtaak en de setting waar de zorg plaatsvindt zijn in dit hoofdstuk buiten beschouwing gebleven. Echter omdat een aantal situationele en cliëntenkenmerken gerelateerd was aan de setting is bij deze kenmerken (aantal cliënten per dienst, sexe, leeftijd, gezondheidsbeleving van de cliënt en de tijd dat cliënten in zorg zijn) gecontroleerd voor de invloed van de zorgsetting.

Ten aanzien van de *zorgverlenerskenmerken* is uit de resultaten van dit onderzoek af te leiden dat vooral de opleiding van de zorgverleners samenhangt met de communicatie tussen verplegenden en hun oudere cliënten. Hoger opgeleiden spreken vaker over verpleegkundige onderwerpen of de gezondheid van de cliënt, zij geven vaker structuur aan het contact zodat de cliënt weet wat van hem wordt verwacht, ze vertonen vaker affectief verbaal gedrag zoals het tonen van bezorgdheid en empathie en zij vertonen juist minder vaak sociale communicatie. Op het gebied van de nonverbale communicatie kijken hoger opgeleiden de cliënten minder vaak aan en deze zorgverleners worden vaker als dominant gezien door de observatoren.

De gevonden resultaten zijn in tegenspraak met wat Davies (1992) rapporteerde. Zij vond dat zowel gediplomeerde als niet-gediplomeerde verplegenden dezelfde soort verbale categorieën gebruikten.

Met betrekking tot de attitudes van de verplegenden komt naar voren dat de mate van cliëntgerichtheid gerelateerd is aan de wijze waarop de zorgverlener met de cliënt verbaal communiceert. Zorgverleners die zich zelf als cliëntgericht beschrijven voeren minder vaak sociale conversatie maar spreken vaker over verpleging en gezondheid

van de cliënt. Deze bevinding wordt verklaard door de wijze waarop Pool (1983) cliëntgerichtheid definieert. Cliëntgericht gedrag wordt onder andere omschreven als 'het verstrekken van informatie over de ziekte en de omgeving waarin de cliënt verblijft'. Dit gevonden resultaat duidt erop dat wat zorgverleners over zich zelf zeggen wat ze doen, samenhangt met hun daadwerkelijke geobserveerde gedrag.

De attitude ten aanzien van ouderen blijkt niet gerelateerd aan de wijze waarop de zorgverleners communiceren. Daardoor zijn eerdere onderzoeksbevindingen van Armstrong-Esther e.a. (1994) niet bevestigd. De verwachting was dat een positieve houding ten opzichte van ouderen gerelateerd zouden zijn aan het vaker vertonen van sociale conversatie en juist negatief zou samenhangen met taakgerelateerde communicatie. Hoewel de verbanden wel in de zelfde richting wijzen, zijn geen van de relaties significant. Het feit dat geen van de correlaties op dit gebied significant waren is wellicht te verklaren uit het gegeven dat de antwoorden op deze vragenlijst niet zoveel spreiding vertoonden.

De verwachting met betrekking tot de arbeidssatisfactie van de verplegenden wordt ten dele bevestigd. Zorgverleners die goede contacten met collega's rapporteren voeren vaker sociale conversatie. Daarnaast worden ook onverwachte en niet goed verklaarbare verbanden gevonden. De zorgverleners die tevreden zijn over de collegiale contacten laten minder affectieve verbale communicatie zien en raken ook minder affectief aan. Vanuit de literatuur is voor dit resultaat geen verklaring te geven.

Persoonlijke kenmerken van de verplegenden als sexe, leeftijd en werkervaring lieten geen relaties zien met de wijze waarop zorgverleners communiceerden.

De gevonden resultaten met betrekking tot de zorgverlenerskenmerken komen dus voor een deel overeen met de verwachtingen die eerder in dit hoofdstuk werden geformuleerd.

De *situationele kenmerken* blijken met name samen te hangen met de verbale communicatie. Ten aanzien van de ervaren werkdruk werd de verwachting geformuleerd dat werkdruk gerelateerd zou zijn aan de communicatie die gericht is op het leggen en in stand houden van de relatie. Bij de resultaten is geen verband gevonden met affectief gedrag maar wel met communicatie die handelt over leefstijl en emoties. Wanneer zorgverleners meer tijdsdruk ervaren wordt minder vaak gesproken over psycho-sociale onderwerpen (communicatie leefstijl en emoties). Een andere tendens is zichtbaar bij verplegenden die meer uren per week werken. Zij nemen minder de tijd voor sociale conversatie met hun cliënten.

Opvallend is dat deze situatie-kenmerken geen invloed hebben op het nonverbale gedrag. Dit wijst erop dat nonverbaal gedrag vooral op een niet-bewust niveau plaatsvindt en daardoor niet zo snel aan verandering onderhevig is wanneer men onder invloed staat van een druk werkschema. Echter bij een hoge werkdruk kan men wel bepaalde gespreksonderwerpen gaan vermijden, wat er toe leidt dat de begeleiding en preventie minder goed aan bod komen.

Er zijn vrijwel geen relaties gevonden tussen *cliëntenkenmerken* en de wijze waarop zorgverleners communiceren. Verplegenden relateren hun wijze van communiceren dus blijkbaar niet aan cliëntenkenmerken. Dit is overeenkomstig de bevindingen van Brasker en Visser (1990) die aangaven dat verplegenden weinig rekening houden met de specifieke kenmerken van ouderen.

Uit het voorgaande blijkt vooral dat de tijdsdruk die zorgverleners ervaren en de grootte van het dienstverband dat men heeft van invloed is op de wijze waarop gecommuni-

ceerd wordt en op de onderwerpen die er tijdens de verpleging en verzorging aan de orde komen. Wanneer zorgverleners meer tijdsdruk ervaren komen psycho-sociale onderwerpen die, zo blijkt uit de literatuur, juist voor ouderen zo van belang zijn (Nesbitt Blondis en Jackson, 1978) niet meer aan bod. Dit is een belangrijk punt omdat in de verpleging en verzorging doorgaans altijd sprake is van een hoge werklust. Een van de oplossingen die op dit gebied geboden kan worden is de inzet van meer personeel. Deze oplossing hoeft echter niet automatisch te leiden tot een betere kwaliteit van de communicatie. Uit verschillende onderzoeken is gebleken dat het inzetten van meer zorgverleners (dus verlaging van de werklust) niet zonder meer leidt tot betere communicatie (Liefbroer en Visser, 1986; Pool, 1980; Wilkinson, 1991). Een interventie zal dus breder moeten zijn. Naast een verlichting van de werkdruk zou men zorgverleners kunnen leren om zo efficiënt mogelijk met hun tijd om te gaan. Bijvoorbeeld via een bijscholing valt te leren welke behoeften ouderen hebben en hoe men een sfeer kan scheppen waarin de cliënt met zijn vragen en problemen durft te komen. Daarnaast is het van belang dat men leert zo goed mogelijk aan te sluiten op de persoonlijke vragen en wensen van de cliënt en zo te communiceren dat tijdens het zorgcontact de onderwerpen aan bod komen waar de cliënt behoefte aan heeft of die uit het oogpunt van professionele zorgverlening, zoals bijvoorbeeld preventie, belangrijk zijn.

6 KWALITEIT VAN ZORG: HET PERSPECTIEF VAN CLIËNTEN EN VERPLEGENDEN

6.1 Inleiding

Binnen de gezondheidszorg ziet men de laatste jaren in toenemende mate aandacht voor de kwaliteit van zorg. Daarbij erkent men dat het oordeel van de cliënt over de verleende zorg een relevant onderdeel is in de meting van de kwaliteit. Kwaliteit wordt op vele manieren gedefinieerd. De definitie die de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1990) hanteert is: "het geheel van eigenschappen en kenmerken van een product, proces of dienst dat van belang is voor het voldoen aan vastgestelde of vanzelfsprekende behoeften". Kwaliteit van zorg is een containerbegrip en omvat een groot aantal hoedanigheden en aspecten (NRV, 1990). Meestal wordt daarom uitgegaan van de aspectenbenadering of indicatorenbenadering van kwaliteit van zorg. Donabedian (1968, 1980) heeft voor de verschillende aspecten van kwaliteit van zorg een driedeling voorgesteld die sindsdien uitgangspunt is bij veel onderzoek naar kwaliteit van zorg: een onderscheid naar structuuruitkomst- en procesaspecten. Onder structuuraspecten vallen alle aspecten die als voorwaarde gelden voor de te bieden zorg, zoals opleiding van de hulpverleners, materiële voorzieningen en organisatie. Onder de uitkomstaspecten worden de resultaten van de zorgverlening gerekend, zoals de gezondheidstoestand en het oordeel van de cliënt over de geboden zorg. Onder procesaspecten vallen al die aspecten die de zorgverlening zelf betreffen, zoals behandeling en bejegening. Deze aspecten indiceren de kwaliteit van het proces met name de communicatie tussen zorgverlener en cliënt, zoals informatiebereidheid, respectvolle bejegening, vertrouwensrelatie, verantwoordingsbereidheid en coöperatie (RGO, 1990).

Naast een complex begrip is kwaliteit van zorg ook een relatief begrip omdat een oordeel over kwaliteit afhankelijk is van de aspecten die men zwaar laat wegen en de visie van waaruit men kijkt. Het is dan ook niet verwonderlijk dat cliënten en hun zorgverleners verschillende accenten leggen bij het beoordelen van de kwaliteit van zorg. Om kwaliteit van zorg goed in beeld te krijgen dienen opvattingen van zowel zorgverlener als van de cliënt in kaart gebracht te worden. In dit hoofdstuk richten we ons daarbij op het oordeel over de procesaspecten van de zorg en met name op die aspecten waarvan in diverse studies is vastgesteld dat cliënten die relevant vinden (RGO, 1990; Groen e.a., 1990; Oudenampsen e.a., 1993; Post e.a., 1993). Deze aspecten zeggen iets over de relatie tussen zorgverlener en cliënt. De NRV (1992) noemt deze de relationele kwaliteitsaspecten.

6.1.1 Theoretische context

Het meten van het cliëntenoordeel kent verschillende methodologische problemen. Een eerste probleem is conceptueel van aard. Zo blijkt in onderzoek waarbij cliënten naar het oordeel over zorg wordt gevraagd, dat de meerderheid van die cliënten zich vaak positief tot zeer positief uitlaat (Locker & Dunt, 1978; Van Campen e.a., 1992; Van Campen e.a., 1995). Men kan zich afvragen wat de betekenis van die tevredenheid is. Zo zou men moeten nagaan of wel het juiste concept is gemeten. Bij veel tevredenheidsonderzoek in de gezondheidszorg blijkt dat dankbaarheid een rol speelt wanneer men naar de tevredenheid vraagt (De Heer, Visser & Visschedijk, 1988; Visser, 1988), waardoor cliënten in dit type onderzoek vaak neigen tot sociaal wenselijke antwoorden.

Men blijkt een meer gedifferentieerd beeld te krijgen van het oordeel van de cliënt door het stellen van gedetailleerde vragen over de verschillende aspecten van kwaliteit van zorg (Van Campen e.a., 1992). Om sociaal wenselijke antwoorden te vermijden zou men zich moeten richten op specifieke vragen naar feitelijke ervaringen met de zorg (Sixma e.a., 1994). Van Campen e.a. (1995) stellen in een overzichtsstudie over meetinstrumenten dat men het oordeel over kwaliteit van zorg het meest betrouwbaar en meer valide kan meten als men kijkt naar het verschil in de verwachting en de waarneming omtrent de zorg. Zij baseren zich op de theorie van Parasuraman e.a. (1985), die stellen dat het oordeel over kwaliteit (in dienstverlening) het resultaat is van een vergelijking die een cliënt maakt tussen zijn verwachting en zijn ervaring met de dienstverlening. Het oordeel van de cliënt over de kwaliteit van zorg wordt dus beschouwd als de discrepantie tussen de ervaring met en de verwachting ten aanzien van de zorg. Het meten van verwachtingen die men heeft ten aanzien van de zorg kent echter ook problemen. Immers men kan de verwachtingen die iemand heeft slecht los zien van ervaringen die men heeft. Tevens geldt dat iemand niet altijd verwachtingen heeft of dat verwachtingen niet reëel zijn. Dit maakt dat verwachtingen moeilijk meetbaar zijn. Toch is het belangrijk om na te gaan welk gewicht een cliënt hecht aan diverse aspecten. In plaats van het vragen naar verwachtingen kan men vragen hoe belangrijk cliënten bepaalde kwaliteitsaspecten vinden. Vervolgens kan worden nagegaan hoe hun ervaringen ten aanzien van die aspecten zijn. Om volgens dit model de kwaliteit van zorg vast te stellen, zou men per kwaliteitsaspect tenminste twee vragen moeten stellen. Eén vraag die gericht is op het belang dat een cliënt hecht aan een bepaald aspect en één vraag over wat men met betrekking tot dat aspect heeft waargenomen. Via deze weg kan een indruk worden verkregen over het oordeel van de cliënt over de kwaliteit van zorg. Tevens verschaft een dergelijke procedure aan zorgaanbieders informatie of de zorg die men verleent overeenkomt met de behoefte die een cliënt heeft. Dit is van belang in het kader van de kwaliteitsbewaking, omdat men zo het beleid kan richten op de aspecten die door de cliënten belangrijk worden gevonden.

Uit de bovenstaande beschouwing zijn drie uitgangspunten af te leiden die bij de ontwikkeling van de vragenlijst in dit onderzoek centraal hebben gestaan:

- wanneer wordt uitgegaan van zowel het zorgverleners- als het cliëntenperspectief dan dient nagegaan te worden welke aspecten in de ogen van beide groepen relevant zijn voor verpleging en verzorging van goede kwaliteit.
- De vragenlijst waarmee naar het oordeel over de kwaliteit van zorg wordt gevraagd bevat vragen die zo specifiek en concreet mogelijk geformuleerd zijn.
- Bij de afname van de vragenlijst wordt aan de respondenten gevraagd welk relatief belang wordt gehecht aan de geformuleerde kwaliteitsaspecten en wat men vervolgens met betrekking tot dit aspect feitelijk heeft waargenomen.

6.1.2 Onderzoeksvragen

Omdat dit onderzoek aandacht wil besteden aan de verschillende opvattingen van verplegenden en cliënten over wat kwalitatief goede zorg is, zijn aan beide groepen vragenlijsten voorgelegd met daarin dezelfde kwaliteitsaspecten.

De volgende onderzoeksvragen hebben centraal gestaan:

1. Welke relationele kwaliteitsaspecten zijn volgens de cliënten en verplegenden belangrijk binnen de verpleegkundige zorgverlening?
2. Zijn er verschillen tussen cliënten enerzijds en verplegenden anderzijds, in de mate waarin ze de verschillende relationele kwaliteitsaspecten belangrijk vinden?

3. Hoe oordelen cliënten en verplegenden over de relationele aspecten in de zorg of met andere woorden: in welke mate bestaan er discrepanties tussen het belang dat men hecht aan bepaalde aspecten en de ervaringen daarmee?
4. Zijn er verschillen tussen verplegenden enerzijds en cliënten anderzijds wat betreft het oordeel over de relationele kwaliteitsaspecten van de verstrekte zorg?

6.2 Methode

6.2.1 De ontwikkeling van de vragenlijst

Dit onderzoek richt zich op het kwaliteitsoordeel over de relationele aspecten in de zorg, vanuit zowel het cliënten- als het zorgverlenersperspectief gemeten. Uit een literatuurstudie van Van Campen e.a. (1992, 1995) bleek geen geschikt instrument voor handen om kwaliteit van zorg te meten vanuit het cliëntenperspectief. Daarom werd een nieuwe vragenlijst ontwikkeld. Deze heeft vervolgens als basis gediend voor de vragenlijst gericht op het zorgverlenersperspectief. Voor de operationalisatie van het begrip kwaliteit van zorg werd aansluiting gezocht bij bestaande lijsten met kwaliteitsaspecten (NRV, 1990; RGO, 1990; NWO, 1992; Post e.a., 1993). Gezien het onderwerp van de studie (communicatie tussen verplegenden en oudere cliënten), waarvan het hier beschreven onderzoek deel van uit maakt, is gekozen voor de relationele

Tabel 6.1 Overzicht van relationele kwaliteitsaspecten, die als basis hebben gediend voor de ontwikkeling van de vragenlijst

Kwaliteitsaspect	omschrijving	voorbeelden van indicatoren
Bejegening	De mate waarin de zorgverlener de cliënt als gelijkwaardig medemens beschouwt en diens waardigheid en eigen verantwoordelijkheid als uitgangspunt neemt.	vriendelijkheid, serieus genomen worden belangstelling hebben geduldig zijn
Informatie-bereidheid	De mate waarin de zorgverlener de relevante informatie aan de cliënt en zonedig aan de naaste omgeving verstrekt, zowel op eigen initiatief als desgevraagd.	voldoende informatie begrijpelijke uitleg
Coöperatie	Is de relatie tussen zorgverlener en cliënt een samenwerkingsrelatie? Het beperken van de mogelijkheid tot misbruik van de ongelijkheid (bijv. op het gebied van de deskundigheid) is hier aandachtspunt.	overleg voeren
Zelfstandigheid	De mate waarin de cliënt de mogelijkheid heeft zelfstandig beslissingen te nemen met betrekking tot de te ontvangen zorg.	nagaan wat cliënt zelf kan, zoveel mogelijk zelf doen
Verantwoordings-bereidheid	De zorgverlener dient de keuze van gedrag en handelwijze te kunnen verantwoorden naar de cliënt.	evaluatie van de zorg
Vertrouwens-relatie	Kunnen de zorgverlener en de cliënt van elkaar op aan? Wordt de geheimhoudingsplicht in acht genomen? Wordt de persoonlijke levenssfeer geëerbiedigd?	op je gemak stellen
Betrokkenheid	De mate waarin de cliënt geïnformeerd wordt omtrent de zorg en in staat wordt gesteld hier een actieve rol in te spelen.	rekening houden met de cliënt

aspecten die een afgerond zorgverleningscontact betreffen en waarover zowel de cliënt als de verplegende uit de eigen ervaring over dat betreffende contact een mening kunnen hebben. In tabel 6.1 is een overzicht weergegeven van de aspecten die de basis hebben gevormd voor de ontwikkeling van de vragenlijst.

Vervolgens is in de literatuur nagegaan wat cliënten en verpleegkundige beroepsbeoefenaren als indicatoren voor de genoemde aspecten beschouwden. Er is gebruik gemaakt van Kwaliteitsmeting thuiszorg (KBO, 1994), Handboek gebruiksraadpleging (LVT, 1994) en van de onderzoeken van Groen e.a. (1990), Oudenampsen e.a. (1993) en van Van der Waal e.a. (1994). Bij elk aspect zijn een aantal indicatoren gezocht, met ook hier weer het criterium dat deze door zowel cliënt als verpleegkundige na een afzonderlijk zorgcontact beoordeeld moesten kunnen worden. Met het verzamelde materiaal zijn de vragen voor de cliëntenversie van de vragenlijst geformuleerd, waarbij werd voortgebouwd op de discrepantietheorie (Linder-Pelz, 1982; Pascoe, 1983; Parasuraman e.a., 1985), waarbij er vanuit wordt gegaan dat het oordeel over de kwaliteit van zorg bestaat uit de ervaring minus de verwachting die men heeft over de zorg. Bij elk kwaliteitsaspect zoals weergegeven in tabel 6.1 zijn twee typen vragen opgenomen. Namelijk vragen die gericht waren op het belang dat een cliënt hechtte aan een aspect (5-puntsschaal 1= Niet belangrijk, 5 is erg belangrijk) en vragen over wat men met betrekking tot dat aspect heeft waargenomen (5-puntsschaal 1 = helemaal niet mee eens, 5 = helemaal mee eens). Als indicatie voor de algemene waardering van het zorgverleningscontact is gevraagd een rapportcijfer te geven.

De concept vragenlijst is voorgelegd aan vijf professionele hulpverleners, die nauw betrokken waren bij zorgverlening aan ouderen. Doel daarvan was om qua taalgebruik aan te sluiten bij de taal die in de praktijk gebruikelijk was. Een aantal vragen werden qua formulering aangepast. Daarnaast is een beknopt vooronderzoek gedaan bij vijf oudere cliënten met als doel de hanteerbaarheid voor mondelinge afname te toetsen. Dit gaf aanleiding tot enkele kleine tekstuele veranderingen in de vragenlijst, die vervolgens als uitgangspunt fungeerde voor de vragenlijst die gericht was op het zorgverlenersperspectief. Om de vragen in het zorgverlenersperspectief te plaatsen werden de formuleringen aangepast. Bovendien werden de instructies herschreven om de lijst geschikt te maken voor schriftelijke invulling. Verder werden een paar vragen toegevoegd die informatie moesten verschaffen over de aard van het zorgverleningscontact waarover de vragenlijst werd afgenomen.

6.2.2 De dataverzameling

In het kader van een onderzoek naar de communicatie tussen verplegenden en oudere cliënten werden videogegevens verzameld gedurende zorgverleningscontacten bij een instelling voor thuiszorg en in een verzorgingshuis.

47 verplegenden namen deel aan het onderzoek en zij werden gedurende een dagdeel gevolgd bij hun zorgverleningscontacten. Van deze contacten werd een video-opname gemaakt. Na de video-opname werd bij de zorgverleners schriftelijk en bij de cliënten mondeling een vragenlijst over het betreffende contact afgenomen (zie bijlage 4 en 5). In totaal zijn 181 zorgverleningscontacten gevolgd. De 109 cliënten die bij het onderzoek betrokken waren, zijn ouder dan 55 jaar. Achtergrondgegevens van de zorgverleners en de cliënten staan beschreven in paragraaf 3.2.1

6.2.3 De analyses

In de vragenlijst is voor elk kwaliteitsaspect gevraagd hoe belangrijk de cliënt en de verpleegkundige dat vinden (belangscores). Zo werd bijvoorbeeld de vraag gesteld hoe belangrijk de cliënt het vindt om duidelijke uitleg te krijgen (of hoe belangrijk de

verplegende het vond om duidelijke uitleg te geven). Tevens is aan de hand van een of meerdere indicatoren gevraagd of het betreffende kwaliteitsaspect in het zorgverleningscontact werd ervaren (ervaringsscores). Zo werd bijvoorbeeld gevraagd of de cliënt de uitleg goed kon begrijpen. Wanneer nu bijvoorbeeld de cliënt een groot belang hecht aan het krijgen van informatie, terwijl hij vervolgens aangeeft dat de informatie onduidelijk is, dan is er sprake van een discrepantie tussen de belang- en ervarings-score en dit kan als een indicator worden gezien van minder goede kwaliteit (Voor de inhoud van de vragen zie figuur 3). Om dergelijke discrepanties op te sporen is eerst nagegaan hoe de samenhang was tussen de belangscores en ervaringscores. Daarna is voor elk item nagegaan of cliënten en verplegenden discrepanties ervaren tussen het belang dat men hecht aan kwaliteitsaspecten en hoe men deze waarneemt. Dit gebeurde door middel van een regressie-analyse waarbij werd bepaald wat op grond van de belangscore de verwachte ervaringscore zou zijn. De discrepanties werden vervolgens afgemeten aan de hoogte van de residu-score (het verschil tussen de verwachte waarde en de waargenomen score).

6.3 Resultaten

6.3.1 Het belang dat cliënten en verplegenden hechten aan de verschillende relationele kwaliteitsaspecten

In tabel 6.2 is weergegeven welk gemiddeld belang de cliënten en de verplegenden toekennen aan de verschillende kwaliteitsaspecten. Wat als eerste opvalt is dat zowel zorgverleners als cliënten alle aspecten meer dan gemiddeld belangrijk vinden. Vooral de cliënten hechten relatief veel waarde aan veel kwaliteitsaspecten. Bij de groep verplegenden is het beeld wat genuanceerder. Wat de deelaspecten van bejegening betreft zien we een veelzeggend resultaat, namelijk dat vanuit beide gezichtspunten deze aspecten gemiddeld genomen als het belangrijkste beschouwd worden. Uit de relatief kleine standaarddeviaties is af te leiden dat zowel de cliënten als de zorgverleners hier hetzelfde over denken.

De verplegenden en cliënten vinden niet alle aspecten in dezelfde mate belangrijk. Op het gebied van de bejegening vinden de cliënten gemiddeld drie van de vier deelaspecten significant belangrijker dan de verplegenden. Van de overige aspecten zien we wat betreft informatiebereidheid en zelfstandigheid ook een significant verschil, de cliënten vinden deze gemiddeld belangrijker dan de verplegenden. Voor beide partijen geldt dat zij coöperatie en verantwoordingsbereidheid relatief het minst belangrijk vinden. Omdat de verwachting was dat verplegenden en cliënten meerdere aspecten even belangrijk zouden vinden is aan hen ook gevraagd welke van de tien genoemde (deel)aspecten zij het meest en het minst belangrijk vonden. Daarbij bleek dat cliënten zowel in het verzorgingshuis als bij het kruiswerk vriendelijkheid het meest waarden. Respectievelijk 64% en 43% was deze mening toegedaan (niet in tabel). De verplegenden hechten het meeste belang aan het serieus nemen van de cliënt. 29% van de verplegenden in het verzorgingshuis en 40% in de wijkverpleging gaven aan dit het meest belangrijke aspect te vinden (niet in tabel).

Aan het aspect informatiebereidheid werd door de verplegenden in beide settings het minste belang gehecht. Cliënten van beide instellingen vonden de verantwoordingsbereidheid, geoperationaliseerd als evaluatie van het verplegend handelen tijdens het zorgcontact, het minst van belang.

Een overzicht van de gemiddelde belangscores en ervaringscores is te vinden in een appendix aan het einde van dit hoofdstuk.

Tabel 6.2 Het belang dat cliënten en verplegenden hechten aan de verschillende kwaliteitsaspecten (N=181 contacten)

Kwaliteitsaspecten	cliënten	verplegenden	verschil	aantal contacten	
	N=109	N=47			
	belangscore	belangscore			
	gemiddelde (stddev.)	gemiddelde (stddev.)	t- waarde	P	
Bejegening					
vriendelijkheid	4.91 (.41)	4.67 (.50)	4.78	.000	N=171
serieus genomen worden	4.59 (.66)	4.77 (.45)	-2.89	.003	N=171
persoonlijke belangstelling tonen	4.91 (.31)	4.70 (.50)	4.77	.000	N=166
voldoende tijd nemen	4.66 (.66)	4.64 (.52)	.38	.702	N=166
informatiebereidheid	4.21 (.99)	3.69 (1.17)	4.54	.000	N=150
coöperatiebereid	3.51 (1.34)	3.55 (1.16)	-.35	.725	N=145
zelfstandigheid	4.03 (.99)	3.67 (1.28)	2.80	.006	N=148
verantwoordingsbereidheid	3.50 (1.04)	3.48 (1.26)	.17	.896	N=147
vertrouwensrelatie	4.40 (.76)	4.51 (.88)	-1.20	.232	N=168
betrokkenheid	4.18 (.84)	4.44 (.96)	-2.68	.008	N=158

De verwachtingen zijn gemeten met 5-puntschaal (1= onbelangrijk, 5= zeer belangrijk)

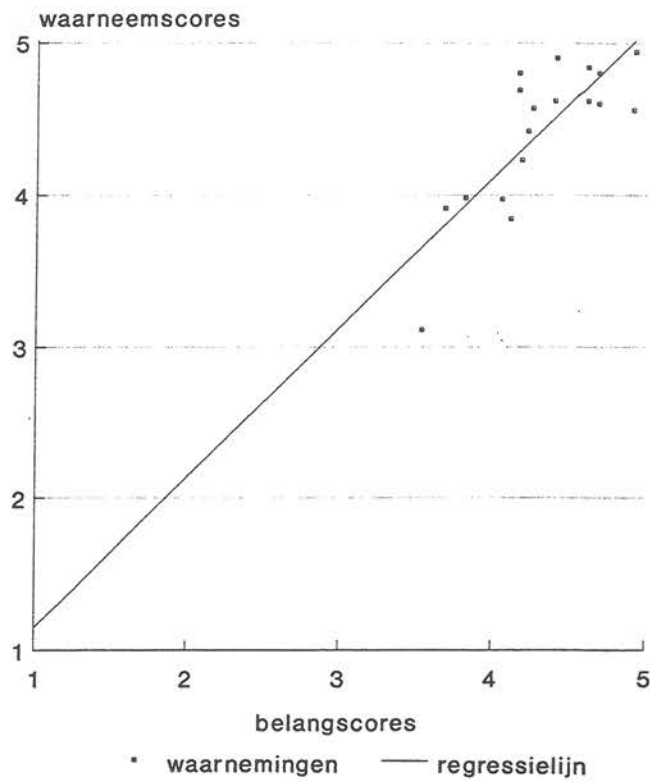
De aantallen per aspect verschillen door een variërende omvang van de ontbrekende scores.

6.3.2 Discrepancies tussen het belang en de ervaring van kwaliteitsaspecten

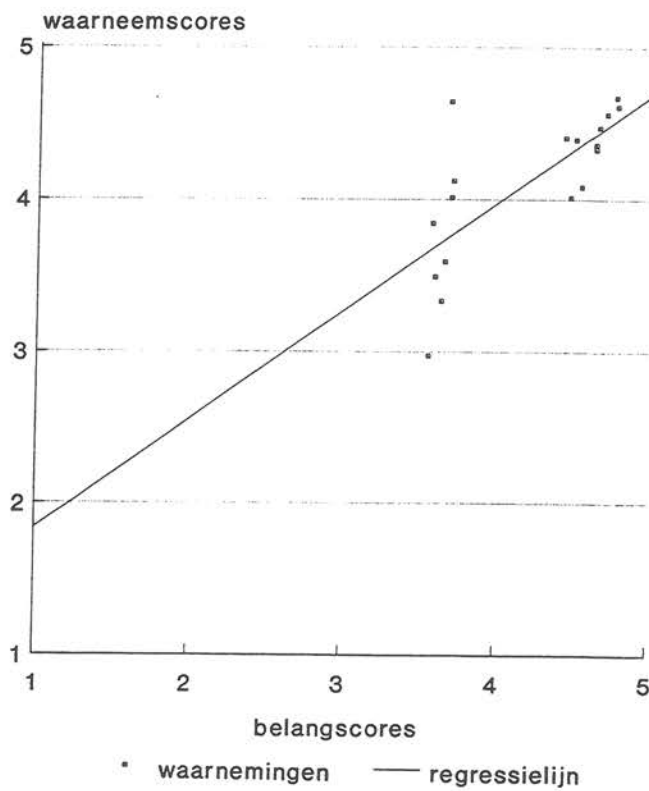
Om inzicht te verkrijgen in de discrepanties per kwaliteitsaspect is de samenhang onderzocht tussen het belang dat men hecht aan de verschillende kwaliteitsaspecten en de ervaring daarmee. Daarbij is gebruik gemaakt van een regressie-analyse. Afbeeldingen van de regressievergelijkingen van cliënten en verplegenden staan respectievelijk weergegeven in figuren 1 en 2. Een eerste indruk van de mate van discrepanties wordt verkregen door te kijken naar de samenhang tussen de belangscores en ervaringscores. Uit de regressie-analyse blijkt een grote samenhang tussen het belang dat de respondenten hechten aan de kwaliteitsaspecten en de ervaring ervan. Bij de cliënten was de correlatie tussen deze twee waarden .80 en bij de verplegenden .73. Globaal kan men dus zeggen dat men de aspecten die men belangrijk vindt in hogere mate aantreft tijdens de zorgcontacten en aspecten die minder belangrijk zijn in mindere mate. Wanneer men kijkt naar regressie figuur 1 voor de cliënten, dan zien we de posities van de scores allemaal vrij dicht tegen de regressielijn aan. Op grond van de gevonden correlatie kan men stellen dat een score die aangeeft of men een bepaald aspect ook werkelijk aantreft, in de buurt van de regressielijn zou moeten liggen. Wanneer dat niet zo is, is er sprake van een discrepantie.

Voortbouwend op de theorie van Parasuraman, kan gesteld worden dat wanneer men een bepaald aspect erg belangrijk vindt (hoge belangscore), terwijl men het betreffende aspect niet waarneemt, er sprake is van een negatieve discrepantie, wat een indicator is voor een gebrek aan kwaliteit (Parasuraman e.a., 1985). Om nu een exacte indruk van die discrepanties te krijgen, is voor elk item het verschil berekend tussen de verwachte waarde op de regressielijn en de werkelijke positie in de spreidingsdiagrammen (de feitelijke waarde). Dit verschil is een indicatie voor een discrepantie.

Figuur 6.1 De scores voor het belang van kwaliteitsaspecten in relatie tot de ervaringsscores van cliënten



Figuur 6.2 De scores voor het belang van kwaliteitsaspecten in relatie tot de ervaringsscores van verplegenden



Hoe groter dit verschil hoe groter de discrepantie tussen het belang dat men hecht aan een bepaald (deel)aspect en de ervaring die men met een indicator van dit aspect heeft. Een discrepantie kan positief zijn, wanneer men aangeeft dat men het betreffende aspect gematigd belangrijk vindt, maar het desondanks in hoge mate aantreft. Een discrepantie is negatief wanneer men het betreffende kwaliteitsaspect erg belangrijk vindt, terwijl hier niet aan voldaan is. Voor elke item is een verschillscore berekend. In figuur 6.3 staan die verschillscores voor zowel cliënten als verplegenden weergegeven. Als eerste komen de discrepanties voor de cliënten aan de orde, die in figuur 6.3 met een zwarte balk zijn weergegeven. Over het algemeen kan men stellen dat wat betreft de meeste aspecten de kwaliteit van zorg door de cliënten als goed wordt ervaren. Bovenin figuur 6.3 staan items waarvoor bij de cliënten een positieve discrepantie bestaat. De cliënten ervaren deze aspecten in hogere mate, dan men op grond van de belangscores zou verwachten. De meest positieve discrepantie betreft de duidelijkheid over het doel van het zorgcontact. Dit was een indicator voor de informatiebereidheid. Hoewel het geven van informatie matig belangrijk wordt gevonden, blijkt aan dit criterium in hoge mate te worden voldaan.

Ook met betrekking tot 'het samen goed op kunnen schieten' en 'het goed luisteren door de zorgverlener' wordt positief gescoord. Hoewel veel belang werd gehecht aan deze indicatoren voor een goede relatie, blijken deze items voor zowel cliënten als verplegenden in hoge mate aanwezig te zijn, zodat een positieve discrepantie bestaat.

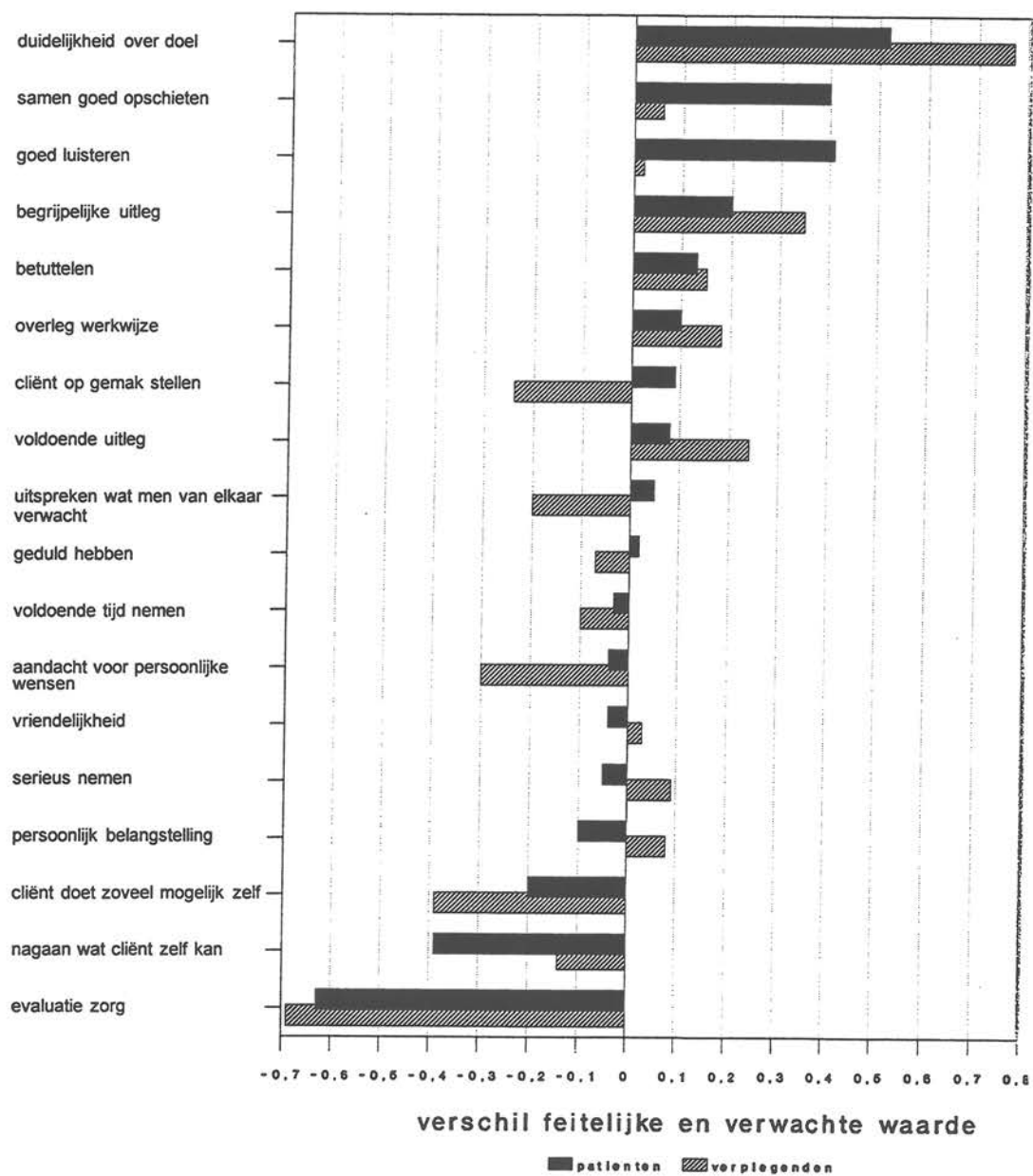
In de middelste regionen van figuur 6.3 staan de items waarvoor een kleinere of geen discrepantie bestaat, zoals 'zich op zijn gemak voelen bij de zorgverlener', 'geduld van de zorgverlener' en 'voldoende uitleg krijgen'. Over het algemeen werd veel waarde aan deze aspecten gehecht, maar de cliënten zijn van mening dat deze ook ruimschoots in de zorg aanwezig zijn, zij leveren derhalve een licht positieve discrepantie. Onder in figuur 6.3 staan items waarvoor in de ogen van de cliënten een negatieve discrepantie bestaat. Een licht negatieve discrepantie zien we bij het item persoonlijke belangstelling. Hoewel dit een bejegeningaspect was dat cliënten nogal belangrijk vonden, wordt dit in een aantal contacten in te geringe mate ervaren. Overigens wil dit niet zeggen dat de meeste cliënten de zorg op dit punt beneden verwachting vonden. Uit nadere analyses van de cijfers bleek dat slechts 28% van de cliënten de zorg op dit punt beneden verwachting vond, 67% gelijk aan de verwachting en 3,7% boven verwachting. Wat grotere negatieve discrepanties zien we bij de aandacht voor de zelfstandigheid van de cliënt. De cliënten ervaren dat de zorg er te weinig op gericht is om hen zoveel mogelijk zelf te laten doen.

De hoogste negatieve discrepantie wordt aangetroffen bij de evaluatie van de zorg. Hoewel aan dit aspect over het algemeen weinig belang werd gehecht blijkt dit in de praktijk dermate weinig te gebeuren zodat de discrepantie negatief uitvalt. Eén en ander is wellicht ingegeven door het routinematige karakter van de zorgcontacten, waarover de vragen gesteld werden. Overigens moet vermeld worden dat de cliënten in hun algemeen oordeel over de zorgverlening zeer positief waren. Het rapportcijfer waar hen naar gevraagd was gemiddeld ruim een 9.

De verplegenden nemen een meer kritische houding tegenover de door hen verleende zorg aan. Bij het rapportcijfer komt men gemiddeld op 7½ uit. Ook per item gezien oordelen de verplegenden in de meeste gevallen negatiever dan de cliënten. Evenals bij de cliënten is er bij acht items sprake van een negatieve discrepantie. Echter deze is in grotere mate negatief dan dat dat bij de cliënten het geval was. Ook hier heeft de evaluatie van het zorgcontact de meest negatieve waarde. Daarnaast hebben enkele items een licht negatieve discrepantie, zoals 'voldoende tijd nemen' en 'uitspreken wat men van de cliënt verwacht tijdens de zorgverlening', terwijl die door de cliënten als

positief worden beoordeeld, of beter gezegd in voldoende mate aanwezig waren, gezien het belang dat er aan gehecht werd. De indicatoren die te maken hebben met informatiebereidheid, hebben allemaal een positieve discrepantie. Dit aspect werd door de meeste verplegenden niet zo belangrijk gevonden, maar bleek in de meeste gevallen wel in royale mate aanwezig.

Figuur 6.3 Het verschil tussen de werkelijke scores en de verwachte waarden (op de regressielijn). De lijnstukken zijn een indicatie voor de discrepantie tussen het belang dat de respondenten hechten aan een (deel)aspect en de ervaring met betrekking tot dit (deel) aspect.



6.4 Discussie

In dit onderzoek zijn de oordelen over de relationele kwaliteitsaspecten van verplegenden en hun oudere cliënten nader onderzocht. Uit de resultaten blijkt dat zowel cliënten als verplegenden veel belang hechten aan deze relationele kwaliteitsaspecten. Met name aspecten op het gebied van bejegening zoals vriendelijkheid en het serieus nemen van de cliënt hebben een hoge prioriteit. In eerder onderzoek naar kwaliteitscriteria waarin aandacht werd besteed aan het cliëntenperspectief kwam naar voren dat informatieverstopping als een zeer essentieel aspect van de zorg beschouwd wordt (Groen e.a., 1990; Oudenampsen e.a., 1993). In het hier beschreven onderzoek wordt daar door zowel de cliënten als door verplegenden minder belang aan gehecht. Dergelijke conclusies dienen echter met voorzichtigheid beschouwd te worden. Ten eerste was de steekproef niet zo groot. Bovendien betrof het een specifieke cliëntengroep, namelijk oudere cliënten die veelal routinematige zorg ontvingen. Het is voorstelbaar dat in deze gevallen informatieverstopping een minder hoge prioriteit heeft.

De cliënten in dit onderzoek waren doorgaans zeer positief in hun oordeel. Zij kenden een hoog rapportcijfer toe in hun algemeen oordeel over de zorg. En ook wanneer men negatieve discrepanties beschouwt als een indicator van minder goede kwaliteit dan vindt men slechts bij enkele kwaliteitsindicatoren een negatieve discrepantie.

Het hier uitgevoerde onderzoek verschilt op twee wijzen van gebruikelijk tevredenheidsonderzoek. Ten eerste wordt het oordeel over de kwaliteit tegelijkertijd vanuit het perspectief van de cliënt en van de verplegende gemeten. Een tweede kenmerk waarop dit onderzoek afwijkt is de wijze waarop de vragen zijn gesteld. Er is nagegaan of respondenten bepaalde aspecten van belang vonden en wat de ervaringen met betrekking tot deze aspecten in de zorgverlening waren. Beide waarden zijn aan elkaar gerelateerd. Wat heeft deze benaderingswijze nu opgeleverd?

Allereerst heeft deze methode meer uitkomsten opgeleverd dan doorgaans het geval is in onderzoek naar alleen het cliëntoordeel. Er is informatie verkregen van de twee belangrijkste partijen die in het zorgproces zijn betrokken. Daarmee valt op micro-niveau na te gaan of verplegenden dezelfde doelen voor ogen hebben als hun cliënten. Daarnaast geeft de gebruikte methode informatie en handvatten om op organisatieniveau tot cliëntgerichte zorg te komen. Een voorbeeld: zoals eerder werd genoemd wordt informatieverstopping doorgaans als een belangrijk kwaliteitsaspect in de zorg beschouwd (Groen e.a., 1990; Oudenampsen e.a., 1993). Op basis van dit onderzoek bleek dat oudere cliënten een zwaarder gewicht hebben toegekend aan de bejegeningaspecten dan aan de informatieverstopping. Deze feedback kan bruikbaar zijn bij interventies zoals bijvoorbeeld een communicatietraining van verplegenden.

Dus alhoewel ook dit onderzoek, overeenkomstig ander satisfactie-onderzoek in de gezondheidszorg, een tevreden cliënt laat zien worden tevens handvatten aangereikt waar een eventuele kwaliteitsverbetering zich op kan richten.

Samenvattend kan worden gesteld dat met de gevolgde werkwijze waarbij wordt gevraagd naar het belang dat men hecht aan kwaliteitsaspecten en de aanwezigheid ervan, en waarbij vragen gesteld worden die naar concrete informatie vragen, een meer gedifferentieerd beeld wordt verkregen van het oordeel over kwaliteit door cliënten en verplegenden.

Appendix

Overzicht van belangsscores en ervaringscores op item niveau.

Belang dat men hecht aan kwaliteitsaspecten en waargenomen zorg, weergegeven op contactniveau (N=181 contacten).

items	cliënten N=109			verplegenden N=47		
	belang- score	ervarings- score	aantal gepaarde waar- nemingen	belang- score	ervarings- score	aantal gepaar- de waar- nemingen
	gemiddel- de (stddev.)	gemiddel- de (stddev.)		gemiddel- de (stddev.)	gemiddel- de (stddev.)	
Bejegening						
vriendelijkheid	4.92 (.39)	4.94 (.24)	168	4.65 (.51)	4.47 (.51) **	181
serieus genomen worden	4.61 (.65)	4.61 (.66)	168	4.77 (.45)	4.61 (.50) **	181
betuttelen	4.61 (.65)	4.84 (.65) **	167	4.76 (.45)	4.67 (.64)	180
persoonlijke belangstelling	4.91 (.31)	4.56 (.76) **	163	4.70 (.48)	4.56 (.54) **	181
geduld	4.68 (.65)	4.80 (.45)	164	4.63 (.52)	4.36 (.63) **	181
voldoende tijd nemen	4.68 (.65)	4.60 (.73)	164	4.63 (.52)	4.33 (.72) **	181
informatiebereidheid						
duidelijkheid over doel v. bezoek	4.17 (1.06)	4.80 (.62) **	161	3.69 (1.17)	4.64 (.61) **	163
voldoende uitleg geven	4.23 (1.03)	4.42 (.82)	104	3.70 (1.16)	4.0 (1.08) **	148
begrijpelijke uitleg geven	4.26 (.97)	4.57 (.70) **	108	3.71 (1.16)	4.12 (.98) **	146
coöperatie-bereidheid						
uitspreken wat men verwacht	3.82 (1.22)	3.98 (1.11)	99	3.60 (1.16)	3.49 (1.17)	149
samen beslissen over werkwijze	3.69 (1.28)	3.91 (1.30)	99	3.58 (1.16)	3.84 (1.09) **	146
zelfstandigheid						
nagaan wat cliënt zelf kan	4.12 (.96)	3.84 (1.20) *	121	3.66 (1.25)	3.59 (1.21)	152
cliënt doet zoveel mogelijk zelf	4.06 (1.03)	3.97 (1.21)	141	3.64 (1.26)	3.33 (1.23) **	149
verantwoordingsbereidheid						
zorg wordt geëvalueerd	3.54 (1.09)	3.11 (1.61) **	126	3.56 (1.22)	2.97 (1.31) **	154
vertrouwensrelatie						
zorgverl. stelt cliënt op gemak	4.40 (.75)	4.62 (.66) **	166	4.54 (.83)	4.08 (.87) **	175
kunnen samen goed opschieten	4.41 (.75)	4.90 (.30) **	167	4.50 (.90)	4.39 (.63)	179
betrokkenheid						
zorgverlener luistert goed	4.17 (.87)	4.69 (.55) **	163	4.43 (.97)	4.40 (.62)	172
zorgv. houdt rekening m. cliënt	4.19 (.86)	4.23 (.95)	144	4.47 (.93)	4.01 (.99) **	163

De verwachtingen zijn gemeten met 5-puntschaal (1= onbelangrijk, 5= zeer belangrijk)

Waargenomen zorg is gemeten met 5-puntschaal (1= helemaal mee eens, 5= helemaal mee oneens)

Significant verschil p<.05 * p<.01 **

7 COMMUNICATIE EN DE KWALITEIT VAN ZORG

7.1 Inleiding

Communicatie wordt beschouwd als een belangrijk aspect van de kwaliteit van zorg. Hoewel in verschillende publicaties (Locker en Dunt, 1978, Van Campen e.a., 1992, Van Campen e.a., 1995) te lezen valt dat de cliënten zich veelal positief uitlaten wanneer er gevraagd wordt naar hun oordeel over de kwaliteit van zorg, blijkt daarnaast dat, als men minder tevreden is, dit meestal de communicatie tussen hen en het verplegend personeel betreft (Jarret en Payne, 1995; MacLeod Clark, 1985; Ley, 1988). Omdat in dit onderzoek de communicatie van zorgverleners met hun oudere cliënten centraal staat is het interessant om na te gaan op welke wijze het oordeel over de kwaliteit van zorg gerelateerd is aan de communicatie van de zorgverlener.

7.1.1 Kwaliteit van zorg

Het begrip kwaliteit van zorg is complex en binnen dit begrip zijn veel aspecten te onderscheiden. De meest gangbare benadering om die veelheid aan aspecten te beschrijven komt van Donabedian (1968, 1980). Deze onderscheidt structuur-, proces en uitkomstaspecten. Deze drie groepen aspecten staan in relatie met elkaar.

Zo verwijzen de structuuraspecten naar de voorwaarden waaraan voldaan moet zijn om de zorgverlening uit te kunnen voeren. Bijvoorbeeld om zorg te verlenen dient er aan materiële voorwaarden te zijn voldaan en dient een verpleegafdeling over gekwalificeerd personeel te beschikken. Met de procesaspecten worden de aspecten die met de zorgverlening te maken hebben bedoeld. Als zodanig is de communicatie van verplegenden met hun cliënten als een procesaspect te beschouwen. De procesaspecten beïnvloeden als het ware de uitkomstaspecten, die verwijzen naar het resultaat van de zorgverlening. Uitkomsten van de zorgverlening zijn bijvoorbeeld de informatie die een cliënt heeft of de mate waarin de cliënt dankzij de zorgverlening zelfstandig kan functioneren. Ook het cliëntenoordeel over de kwaliteit van zorg kan als een uitkomstaspect beschouwd worden (Kerkstra en Beemster, 1994).

Zoals al aan de orde kwam in hoofdstuk zes, is het meten van het cliëntenoordeel een complexe zaak. We zijn er in dit hoofdstuk vanuit gegaan dat men zou moeten nagaan welk belang men hecht aan kwaliteitsaspecten en wat men met betrekking tot die kwaliteitsaspecten waarneemt. Wanneer er een discrepantie tussen die twee maten bestaat dan zou dit kunnen wijzen op een minder goede kwaliteit.

7.1.2 Onderzoeksvragen

In dit hoofdstuk wordt nagegaan of het oordeel van cliënten en verplegenden over de kwaliteit van zorg samenhangt met de wijze waarop de verplegenden met de cliënten communiceren. In het kader van dit onderzoek hebben we ons beperkt tot de kwaliteitsaspecten die betrekking hebben op de communicatie tussen zorgverlener en cliënt. Het oordeel wordt afgeleid uit het voorkomen van negatieve discrepanties tussen de verwachting en de waarneming die men heeft over de kwaliteitsaspecten. De volgende onderzoeksvragen worden hierbij onderzocht:

1. Op welke wijze hangt de manier waarop zorgverleners communiceren samen met het oordeel dat cliënten hebben over de kwaliteit van zorg?
2. Op welke wijze hangt de manier waarop zorgverleners communiceren samen met het oordeel dat zij zelf hebben over de kwaliteit van de door hen verleende zorg?

7.2 Methode

In dit onderzoek zijn gegevens verzameld over de communicatie van verplegenden met hun cliënten. Daarbij is gebruik gemaakt van videogegevens, die verzameld zijn gedurende zorgverleningscontacten, terwijl na elk zorgverleningscontact dat op de video is opgenomen, aan zowel cliënt als zorgverlener is gevraagd hoe men oordeelt over een aantal kwaliteitsaspecten die met de communicatie te maken hebben. In deze paragraaf volgt een korte beschrijving van de respondenten en de wijze waarop de verbale en nonverbale communicatie en de kwaliteit van zorg gemeten is. Voor een uitgebreide beschrijving wordt verwezen naar de hoofdstukken 3, 4 en 6.

7.2.1 Respondenten

Aan het onderzoek hebben 47 verplegenden en 109 cliënten deelgenomen. Van deze personen werden in totaal 181 zorgverleningscontacten met de video gevolgd, waarna bij zowel zorgverlener en cliënt een vragenlijst is afgenomen (zie bijlagen 4 en 5). De achtergrondgegevens van de deelnemers zijn beschreven in hoofdstuk 3.

7.2.2 Meetinstrumenten

Verbale communicatie

De verbale communicatie is geobserveerd met een aangepaste versie van het Roter Interaction Analysis System (RIAS). Met dit systeem worden 24 afzonderlijke, elkaar niet overlappende scoringscategorieën onderscheiden. Daarvan zijn de frequenties geobserveerd. De 24 categorieën zijn door middel van correspondentie-analyse gereduceerd tot vijf verbale clusters:

- Sociale communicatie, waarmee alle communicatie wordt bedoeld die niet direct met de verplegende of verzorgende taken te maken heeft, zoals een praatje over het weer en het maken van grapjes.
- Affectieve communicatie, hiermee worden verbale uitingen bedoeld die empathie, bezorgdheid en verbale aandacht tot uitdrukking brengen.
- Richtinggevende communicatie, zoals het geven van instructies, het vragen naar iemands mening, of het vragen om verduidelijking.
- Communicatie over onderwerpen die met de verpleging, verzorging of gezondheid te maken hebben.
- Communicatie over onderwerpen die met de leefstijl of met gevoelens te maken hebben (een gedetailleerde beschrijving is te vinden in hoofdstuk 3).

Nonverbale communicatie

In het observatieprotocol zijn zes nonverbale observatiecategorieën opgenomen: aankijken, instrumenteel aanraken, affectief aanraken, toegewende houding, knikken, glimlachen. Van alle genoemde nonverbale categorieën is de tijdsduur dat het betreffende nonverbale gedrag werd geobserveerd geregistreerd. In de analyses is uitgegaan van de duur van de nonverbale gedragingen. Deze werden omgerekend tot proportionele scores (een gedetailleerde beschrijving van de nonverbale communicatie categorieën is te vinden in hoofdstuk 4).

Globale affectmaten

Een oordeel over de emotionele context van het zorgverleningscontact is gegeven aan de hand van de 'globale affectmaten' (Roter, 1989), die waren ingedeeld in vijf affectieve dimensies: boosheid, gespannenheid, bezorgdheid, dominantie en vriende-

lijkheid. In dit onderzoek zijn twee schalen toegevoegd: namelijk 'betrokken houding' en 'betutteling of ongelijkwaardige houding' (zie hoofdstuk 4).

Kwaliteit van zorg

Het oordeel over de kwaliteitsaspecten, die betrekking hebben op de communicatie, is gemeten met een vragenlijst die na elk contact dat op de video was opgenomen, werd afgenomen bij de cliënt en de zorgverlener. De cliënten oordeelden over de zorg die zij zojuist hadden ontvangen, terwijl de zorgverleners oordeelden over de zorg die zij zojuist zelf hadden verleend. In de vragenlijsten kwamen diverse kwaliteitsaspecten aan bod: bejegening, informatiebereidheid, coöperatiebereidheid, zelfstandigheid in acht nemen, verantwoordingsbereidheid, vertrouwensrelatie en betrokkenheid. Voor elk van deze aspecten waren twee typen vragen in de vragenlijst opgenomen. Met het eerste type vragen werd nagegaan welk belang men hechtte aan een bepaald aspect, de zogenaamde 'belangscore' gemeten op een vijfpuntschaal. (1= niet belangrijk, 5= erg belangrijk). Het tweede type vragen bevatte stellingen waarmee men kon aangeven of men het betreffende aspect had waargenomen in de zorg (1= helemaal niet mee eens, 5= helemaal mee eens). In dit hoofdstuk wordt nagegaan op welke items cliënten en verplegenden discrepanties ervaren. Een discrepantie wordt berekend volgens de volgende formule:

$$\text{kwaliteit van zorg} = \text{de ervaringscore} - \text{de belangscore}$$

Dit betekent dat de kwaliteit van zorg als goed wordt beschouwd als de discrepantiescore nul of positief is. De kwaliteit laat te wensen over als de discrepantiescore negatief is (Jansen en Kerkstra, 1995).

7.2.3 Analyses

De vragenlijst naar het oordeel over de kwaliteitsaspecten met betrekking tot de communicatie in de zorg is afgenomen bij cliënten en verplegenden. Over 18 items werd informatie verzameld over het belang en de ervaring daarmee (zie hoofdstuk 6). Om datareductie te bewerkstelligen zijn op grond van een inhoudelijke itemanalyse uit de 18 items drie schalen geconstrueerd: bejegening (5 items) informatiebereidheid (3 items) en samenwerkingsrelatie (9 items). De interne consistentie van deze schaal is berekend met Cronbach's alpha. Respectievelijk waren de waarden .70, .93 en .75. (Bij de schaal bejegening is één item uit de schaal verwijderd, omdat anders de waarde voor interne consistentie niet voldoende hoog was. Vervolgens is met t-testen nagegaan of er een verschil was in communicatie in de groepen waar men wel en geen negatieve discrepantie ervaart. De procedure daarbij was als volgt. De analyse vond plaats op contactniveau. Voor elke schaal werden twee groepen zorgcontacten geformeerd. Een groep waarbij de cliënten op geen enkel item van de schaal een negatieve discrepantie ervoeren en een groep waarbij de cliënten ten aanzien van één of meerdere items wel een negatieve discrepantie ervoeren (let wel een negatieve discrepantie is een indicatie voor minder goede kwaliteit). Vervolgens is getoetst of de communicatie in deze twee groepen verschillend was. Er is daarbij aandacht besteed aan de verbale en nonverbale communicatie en aan de emotionele context van het zorgverleningscontact (de globale affectmaten). Voor elk van de drie schalen en voor

zowel verplegenden als cliënten is deze procedure gevolgd. Bij deze analyses is gebruik gemaakt van de gegevens uit eerdere hoofdstukken. Met behulp van de informatie uit hoofdstuk 3 is voor elke zorgverlener op contactniveau bepaald in welke mate verbaal communicatief gedrag werd vertoond dat behoorde tot een van de vijf verbale clusters. Op basis van hoofdstuk 4 is bepaald in welke mate de zorgverleners de zes nonverbale communicatie categorieën lieten zien en hoe de sfeer tijdens het zorgverleningscontact was.

7.3 Resultaten

Allereerst wordt in tabel 7.1 per item een overzicht gegeven van het percentage contacten waarin cliënten en zorgverleners een negatieve discrepantie ervaren. Deze tabel dient als volgt gelezen te worden. Bij het item 'vriendelijkheid' hebben cliënten bij 168 zorgcontacten beide typen vragen ingevuld (het belang en de ervaring). In 4% van die zorgcontacten vond men dat de zorgverlener minder vriendelijk was dan men op grond van het belang dat men aan dit aspect hechtte zou verwachten. De zorgverlener, die over de door haar verleende zorg ook een vragenlijst heeft ingevuld, heeft 178 maal beide typen vragen beantwoord. In 24% van de gevallen, vond men zichzelf minder vriendelijk dan op basis van de belangscore verwacht mocht worden.

Tabel 7.1 Overzicht het percentage contacten waarin cliënten en zorgverleners een negatieve discrepantie ervaren (N=181 zorgcontacten, N varieert vanwege missende waarden)

	cliënten		zorgverleners	
	N	negatieve discrepanties	N	negatieve discrepanties
bejegening ($\alpha.70$)				
vriendelijkheid	168	4%	178	24%
serius genomen worden	167	7%	178	18%
betuttelen	168	19%	176	20%
geduld	164	16%	178	29%
voldoende tijd nemen	164	24%	178	27%
informatiebereidheid ($\alpha.93$)				
duidelijkheid doel van bezoek	161	6%	159	46%
voldoende uitleg geven	104	19%	145	16%
begrijpelijke uitleg geven	108	18%	147	12%
samenwerkingsrelatie ($\alpha.75$)				
uitspreken wat men verwacht	99	24%	146	27%
samen beslissen werkwijze	99	21%	143	18%
nagaan wat cliënt zelf kan	121	36%	149	23%
cliënt doet zoveel mogelijk zelf	141	31%	146	32%
zorg wordt geëvalueerd	126	40%	151	45%
zorgverl. stelt cliënt op gemak	166	16%	171	42%
kunnen samen goed opschieten	167	7%	175	29%
zorgverlener luistert goed	163	19%	178	26%
zorgvl. houdt rekening met cliënt	144	25%	160	38%

Uit de tabel blijkt dat de cliënten met name op het gebied van de samenwerkingsrelatie

nogal eens een negatieve discrepantie laten zien. Dit betreft vooral het bevorderen van de zelfstandigheid door de zorgverlener en de evaluatie van zorg tijdens het zorgverleningscontact.

De zorgverleners laten vrijwel op alle items een hoger percentage contacten zien met negatieve discrepanties. Dat betekent dus dat zij minder positief oordelen over de door hen verleende zorg dan de cliënten. Op het gebied van de bejegening zijn zij minder geduldig en nemen zij minder tijd voor de cliënten dan op grond van hun belangscores verwacht zou mogen worden. Bij de informatiebereidheid zien we dat zorgverleners vinden dat de cliënt in te weinig gevallen duidelijke informatie heeft gekregen over het doel van het bezoek. Op het gebied van de samenwerkingsrelatie zijn de zorgverleners vooral minder positief in hun oordeel over de evaluatie tijdens het zorgcontact. Op dit punt waren ook de cliënten minder positief.

In de volgende paragrafen wordt nagegaan of de oordelen van de cliënten en de zorgverleners samenhangen met de wijze waarop door de zorgverleners wordt gecommuniceerd.

7.3.1 Verschillen in communicatie gerelateerd aan het cliëntenoordeel over kwaliteit van zorg

Op grond van de bovenstaande gegevens zijn bij de verdere analyses steeds per schaal twee groepen zorgcontacten geformeerd. Een groep waarbij de cliënten positief waren in hun oordeel over de zorg; In deze groep kwamen op geen enkel item van de schaal negatieve discrepanties voor. En een groep met één of meer negatieve discrepantiescores op een schaal; Dit is de groep die met betrekking tot de bejegening, de informatiebereidheid of de samenwerkingsrelatie een gebrek aan kwaliteit ervaart. In het verdere verloop van de tekst zal gesproken worden over de groep die positief oordeelt over de kwaliteit en de groep die negatief oordeelt.

Vervolgens is door middel van t-testen getoetst of er door zorgverleners verschillend wordt gecommuniceerd in de groep waar cliënten positief oordelen over de kwaliteit van zorg en de groep waar het oordeel negatief is. Deze toetsen zijn voor de drie schalen uitgevoerd. De resultaten staan weergegeven in tabel 7.2.

Uit deze tabel blijkt dat de wijze waarop zorgverleners verbaal communiceren niet van invloed is op het oordeel wat cliënten hebben over de kwaliteit van zorg. Daarentegen blijkt het nonverbale gedrag, dat werd gemeten met de zes nonverbale communicatie-categorieën en de globale affectmaten, meer samen te hangen met het oordeel dat cliënten hebben over de kwaliteit van zorg. Zo blijken cliënten negatiever te oordelen over de informatiebereidheid wanneer de verplegenden minder glimlachen, minder vaak een toegewende houding hebben en de cliënt minder affectief aanraken.

Het lijkt er op dat in de contacten waarin de cliënt veel affectief wordt aangeraakt ook positiever geoordeeld wordt over de bejegening. Dit effect is echter niet significant ($p = .07$). Uit het onderste deel van de tabel blijkt dat het oordeel van de observatoren op de globale affectmaten eveneens samenhangt met het oordeel van de cliënten over de kwaliteit van zorg. Zo zijn cliënten positiever in hun oordeel over de bejegening in de zorgcontacten waar zorgverleners door de observatoren als betuttelend werden beoordeeld. Hoewel dit tegenstrijdig lijkt, ligt deze bevinding in de lijn van de resultaten van het onderzoek van Edwards en Noller (1993). Daaruit bleek namelijk dat bepaalde communicatiestrategieën door zowel ouderen als jongeren als betuttelend werden gezien. Echter de ouderen vonden de betutteling minder erg, ze vonden de zorgverlener dan minder dominant en de communicatie getuigen van respect.

Tabel 7.2 Verschillen in communicatie tijdens zorgcontacten waar cliënten wel en geen negatieve discrepanties ervaren. De verschillen zijn getoetst met t-testen (N= 181 zorgcontacten, N varieert vanwege missende waarden)

	Bejegening N=163			Informatiebereidheid N=99			Samenwerkingsrelatie N=86)*		
	geen negat. disc. N=93	wel negat. disc. N=70	t	geen negat. disc. N=79	wel negat. disc. N=20	t	geen negat. disc. N=20	wel negat. disc. N=66	t
Verbale communicatie									
Sociale communicatie en grapjes	.28	.30	-.64	.23	.30	-1.33	.27	.30	-.54
Affectieve communicatie	.23	.25	-.84	.27	.24	1.04	.24	.23	.42
Richtinggevende communicatie	.19	.18	.94	.20	.20	-.05	.20	.20	.09
Communicatie verpleging en gezondheid	.21	.19	1.26	.21	.20	.26	.24	.20	1.26
Communicatie leefstijl en gevoelens	.08	.09	-.15	.09	.06	1.13	.05	.08	-1.39
	Bejegening N=151			Informatiebereidheid N=94			Samenwerkingsrelatie N=78		
Nonverbale communicatie	geen negat. disc. N=86	wel negat. disc. N=65	t	geen negat. disc. N=76	wel negat. disc. N=18	t	geen negat. disc. N=19	wel negat. disc. N=59	t
aankijken	.43	.38	1.12	.44	.41	.41	.50	.43	.89
affectief aanraken	.03	.01	1.85	.02	.00	3.25*	.05	.01	1.52
instrumenteel aanraken	.18	.22	-1.29	.19	.15	.88	.17	.21	-.70
toegewende houding	.03	.03	.59	.03	.01	2.04°	.05	.03	1.11
knikken	.03	.02	1.24	.03	.02	1.20	.03	.02	.46
glimlachen	.02	.01	1.07	.02	.01	3.26*	.02	.01	1.36
Affectmaten zorgverleners									
boosheid/geïrriteerdheid	1.02	1.08	-1.25	1.07	1.00	2.30°	1.05	1.00	1.00
gespannen/nervositeit	1.13	1.14	.13	1.17	1.28	-.57	1.05	1.29	-1.88
dominantie/assertiviteit	3.06	3.12	-.48	3.16	3.11	.22	3.00	3.03	-.16
interesse/bezorgdheid	3.95	3.95	.00	3.93	3.98	.24	4.21	3.90	1.66
warmte/vriendelijkheid	3.83	3.80	.20	3.80	3.67	.59	4.26	3.80	2.15°
betuttelen/ ongelijkwaardigheid	1.75	1.45	2.45°	1.68	1.50	.86	1.86	1.59	.42
betrokken houding	3.63	3.55	.71	3.61	3.24	1.71	4.05	3.50	3.22*

* significantie niveau van $p \leq 0.01$

° significantie niveau van $p \leq 0.05$

)* Bij deze schaal werd een correctie doorgevoerd in verband met missende waarden. Wanneer op één item de waarde ontbrak is een gemiddelde score toegevoegd

Verder blijkt uit de tabel dat cliënten positiever oordelen over de samenwerkingsrelatie, naarmate de zorgverleners door de observatoren als vriendelijker en meer betrokken worden beschouwd.

Er wordt voorts een verschil gevonden in getoonde boosheid of irritatie van de zorgverlener tussen de groepen zorgcontacten, waarbij de cliënten al of niet positief oordelen over de informatiebereidheid. Bij de zorgverleners die meer irritatie of boosheid tonen zijn de cliënten positiever in hun oordeel. Dit verschil is niet goed te verklaren en wellicht toe te schrijven aan toevalsfactoren.

7.3.2 Verschillen in communicatie en het oordeel over de kwaliteit van zorg door de zorgverleners

In deze paragraaf wordt nagegaan of er een relatie is tussen het oordeel dat de zorgverleners zelf hadden over de kwaliteit van zorg en de wijze waarop zij volgens de observaties communiceerden. Daarbij is precies dezelfde procedure gevolgd als bij het oordeel van de cliënten. Echter hier zijn per schaal twee groepen zorgcontacten geformeerd, waarbij de zorgverleners positief of negatief waren in hun oordeel over de zorg. Overeenkomstig geldt dat een oordeel als positief wordt beschouwd wanneer op geen enkel item van de schaal een negatieve discrepantie bestond en negatief wanneer één of meer negatieve discrepanties werden gevonden. De resultaten van de t-testen staan weergegeven in tabel 7.3.

Zoals al eerder werd beschreven werden bij de zorgverleners meer negatieve discrepanties waargenomen dan bij de cliënten. Zijn waren dus negatiever in hun oordeel dan de cliënten. Uit de tabel blijkt dat de verschillende communicatiecategorieën minder vaak samenhangen met het oordeel van de verplegenden dan met het oordeel van de cliënten. Er is geen enkel statistisch significant verschil in de verbale communicatie van zorgverleners tussen de groepen die een positief of een negatief oordeel hebben. Er is een aanwijzing dat in de zorgcontacten waar men negatief oordeelt over de bejegening meer gecommuniceerd wordt over onderwerpen die met de verpleging en verzorging te maken hebben. Het effect is echter niet significant ($p = .06$). In een van de eerdere hoofdstukken hebben we al gezien dat dit type communicatie met name plaats vindt in de contacten met een instrumenteel karakter, zoals lichamelijk-hygiënische zorg en verpleegtechnische zorg. Wanneer er dus meer communicatie over verpleging en verzorging plaatsvindt dan zou er volgens het oordeel van de zorgverleners op dit gebied kwaliteitsverbetering plaats kunnen vinden.

Met betrekking tot de nonverbale communicatie werd alleen een verschil gevonden met betrekking tot affectief aanraken. In de zorgcontacten waar de zorgverleners een negatief oordeel hebben over de samenwerkingsrelatie, werden de cliënt vaker affectief aangeraakt door de zorgverleners. Verder blijkt dat zorgverleners negatiever oordelen over de bejegening en de samenwerkingsrelatie in contacten waar zij zelf meer nervositeit of gespannenheid tonen.

Tabel 7.3 Verschillen in communicatie tijdens zorgcontacten waar zorgverleners wel en geen negatieve discrepanties ervaren. De verschillen zijn getoetst met t-testen (N= 181 zorgcontacten, N varieert vanwege missende waarden)

	Bejegening N=176			Informatiebereidheid N=143			Samenwerkingsrelatie N=126		
	geen negat. disc. N=85	wel negat. disc. N=91	t	geen negat. disc. N=107	wel negat. disc. N=36	t	geen negat. disc. N=17	wel negat. disc. N=109	t
Verbale communicatie									
Sociale communicatie en grapjes	.32	.28	1.24	.27	.30	-.62	.33	.27	1.07
Affectieve communicatie	.24	.23	.28	.25	.23	.66	.23	.24	-.42
Richtinggevende communicatie	.17	.20	-1.66	.18	.19	-.26	.17	.19	-.64
Communicatie verpleging en gezondheid	.18	.22	-1.85	.21	.19	.70	.18	.22	-1.12
Communicatie leefstijl en gevoelens	.10	.08	1.08	.09	.09	-.11	.09	.08	.41
	Bejegening N=161			Informatiebereidheid N=130			Samenwerkingsrelatie N=116		
	geen negat. disc. N=73	wel negat. disc. N=88	t	geen negat. disc. N=99	wel negat. disc. N=31	t	geen negat. disc. N=16	wel negat. disc. N=100	t
Nonverbale communicatie									
aankijken	.44	.40	.85	.41	.40	.07	.42	.41	.12
affectief aanraken	.02	.03	-.97	.02	.02	-.22	.01	.03	-2.65*
instrumenteel aanraken	.20	.20	-.04	.19	.19	-.04	.16	.20	-.50
toegewende houding	.03	.03	-.37	.03	.03	-.15	.02	.03	-.47
knikken	.03	.02	.33	.02	.03	-.26	.03	.02	.72
glimlachen	.02	.02	.28	.02	.01	.26	.02	.01	.43
globale affectmaten									
boosheid/geïrriteerdheid	1.07	1.02	1.17	1.06	1.03	.53	1.13	1.05	.59
gespannen/nervositeit	1.03	1.23	-2.37*	1.18	1.13	.39	1.00	1.22	-3.00*
dominantie/assertiviteit	3.07	3.03	.27	3.01	3.16	-.90	3.06	3.00	.28
interesse/bezorgdheid	3.85	3.94	.02	3.97	3.94	.24	4.06	3.93	.71
warmte/vriendelijkheid	3.86	3.78	.62	3.83	3.84	-.06	3.94	3.80	.60
betuttelen/ ongelijkwaardigheid	1.60	1.58	.18	1.95	1.71	-.75	1.63	1.63	-.02
betrokken houding	3.57	3.58	-.10	3.60	3.68	-.52	3.62	2.62	-.60

* significantie niveau van $p \leq 0.01$

° significantie niveau van $p \leq 0.05$

7.4 Discussie

In dit hoofdstuk wordt de relatie tussen communicatie en het oordeel over de kwaliteit van zorg beschreven. Het meten van de kwaliteit van zorg beperkte zich tot procesaspecten die betrekking hadden op de communicatie. Daarbinnen werden aspecten gemeten die te maken hadden met de bejegening, de informatiebereidheid en de samenwerkingsrelatie. Om het oordeel over de kwaliteit van zorg te meten werd een vergelijking gemaakt tussen het belang dat cliënten en zorgverleners hechten aan een bepaald aspect en de ervaring met betrekking tot dat aspect. Daarbij werd een negatieve discrepantie tussen deze twee waarden beschouwd als een indicator voor een gebrek aan kwaliteit.

Er is geen enkel verband gevonden tussen de verbale communicatie van verplegenden en het cliëntenoordeel over de kwaliteit. Bij de nonverbale communicatie blijkt met name dat weinig affectief aanraken samen gaat met een minder positief oordeel over de bejegening en de informatiebereidheid. Daarnaast blijkt dat cliënten positiever zijn in hun oordeel over de samenwerkingsrelatie, wanneer de zorgverleners een betrokken en warme houding tonen.

De zorgverleners zijn minder positief in hun oordeel dan de cliënten. Er worden bovendien weinig relaties gevonden tussen het oordeel dat zorgverleners hebben over de kwaliteit van zorg en de wijze waarop men communiceert. Met betrekking tot de nonverbale communicatie blijkt dat de zorgverleners negatiever oordelen over de samenwerkingsrelatie in de contacten waar zij de cliënt juist meer affectief aanraken. Het is met behulp van deze gegevens niet na te gaan of men juist meer aanraakt omdat men voelt dat er op het gebied van de samenwerkingsrelatie iets schort.

Daarnaast is er enige samenhang waarneembaar tussen het oordeel dat de zorgverleners hebben en de globale affectmaten die weergeven hoe de sfeer tijdens de zorgverleningscontacten is. Zorgverleners die meer nerveus zijn, zijn ook negatiever in hun oordeel over de bejegening en de samenwerkingsrelatie.

Over het algemeen blijkt dat de wijze waarop zorgverleners communiceren niet zo sterk samenhangt met het oordeel dat de cliënten hebben over de kwaliteit van zorg.

Daarvoor zijn verschillende verklaringen aan te voeren. Ten eerste blijkt dat zowel cliënten over het algemeen eigenlijk heel tevreden zijn. Eigenlijk dienen de verschillen tussen, zoals deze in dit hoofdstuk gelabeld, positieve en negatieve oordelen, beschouwd te worden als een nuance tussen zeer positief en positief. Het verschil dat dan tussen deze twee groepen bestaat kan dus nooit zo heel erg groot zijn.

Verder blijkt dat de verschillen die tussen de gevormde groepen worden gevonden niet altijd goed verklaard kunnen worden. Het kan bijvoorbeeld niet verklaard worden dat cliënten positiever zijn in hun oordeel over de informatiebereidheid wanneer een zorgverlener irritatie of boosheid toont. Dit kan te wijten zijn aan de zogenaamde kanskapitalisatie. Wanneer men bij een reeks t-testen een significantieniveau aanhoudt van $p \leq .05$, vindt men in 5% van de gevallen significante verschillen, die op toeval berusten. Door te kapitaliseren op het toeval heeft men een grotere kans op type 1 fouten: waarbij de nulhypothese (er is geen verschil tussen de groepen) onterecht wordt verworpen (Hayes, 1988).

Er dient ook een kanttekening te worden geplaatst bij de gebruikte vragenlijst. Zo bleek dat de cliëntengroep zeer divers was. Voor een aantal ouderen was de vragenlijst te moeilijk, omdat het onderscheid tussen het belang en de ervaring te ingewikkeld was. Ondanks training en regelmatig overleg tussen de interviewers bleken de vragenlijsten in een aantal situaties moeilijk hanteerbaar. Daarnaast kende de inhoud van het zorgcontact een grote variabiliteit. De afname van een standaard vragenlijst was

daarom niet voor alle gevallen geschikt. Het is bijvoorbeeld moeilijk om te praten over een volgorde van werken als een cliënt al een jaar lang elke avond met het uitrekken van de kousen wordt geholpen. Dit leverde daarom nogal veel ontbrekende waarden op. Voorafgaand aan het onderzoek was geanticipeerd op dit probleem, door te registreren hoelang cliënten in zorg waren en hoe vaak de betreffende zorgverlener de cliënt bezocht. Echter wanneer voor al deze variabelen gecontroleerd zou moeten worden, werd het aantal cases om de relatie tussen communicatie en kwaliteit te analyseren te klein.

Hoewel deze beperkingen een rol hebben gespeeld heeft de gekozen methode veel informatie opgeleverd. In elk geval is duidelijk geworden dat met een vergelijking tussen het belang dat men hecht aan een kwaliteitsaspect en de ervaring met betrekking tot dit aspect inzicht wordt verkregen in de wijze waarop cliënten en zorgverleners tot hun kwaliteitsoordeel komen.

Daarnaast heeft het onderzoek naar de relatie tussen het kwaliteitsoordeel en de communicatie tot enkele aanknopingspunten geleid die van belang zijn voor scholing en bijscholing met het oogmerk de communicatie te verbeteren. Zo bleek dat het kwaliteitsoordeel vrijwel niet bepaald wordt door de verbale communicatie, maar dat de mate van de tevredenheid vooral samenhangt met de nonverbale communicatie. Zoals al in eerdere hoofdstukken is opgemerkt speelt dit type communicatie een grote rol binnen het zorgproces en dit wordt door de gevonden resultaten in dit hoofdstuk bevestigd. Het verdient daarom aanbeveling om in scholing en bijscholing, waar communicatie op de agenda staat, met name aandacht te besteden aan de nonverbale communicatie.

8 NABESCHOUWING

In deze studie is onderzocht op welke wijze zorgverleners communiceren met hun oudere cliënten. Daarbij is aandacht besteed aan twee verschillende zorgsettings, namelijk de thuiszorg en het verzorgingshuis. Naast een systematische observatie van de communicatie van verplegenden is nagegaan welke factoren samenhangen met de kwaliteit van de communicatie. Tot slot is onderzocht hoe cliënten en verplegenden oordelen over de kwaliteit van zorg. Binnen die kwaliteit van zorg is met name aandacht besteed aan de zogenaamde relationele kwaliteitsaspecten. Op basis van de resultaten die zijn gevonden wordt in dit hoofdstuk een overzicht gegeven van de onderzoeksbevindingen. Op grond daarvan worden aanbevelingen gedaan voor de communicatie tussen verplegenden en cliënten in de praktijk. Tevens wordt een methodologische beschouwing gegeven, waarbij aanbevelingen gedaan worden voor toekomstig onderzoek op dit gebied.

8.1 Discussie

In dit onderzoek werd aandacht besteed aan de volgende vraagstellingen:

1. Op welke wijze, zowel verbaal als nonverbaal, communiceren zorgverleners met oudere cliënten?
2. Welke factoren hangen samen met de kwaliteit van de communicatie tussen zorgverleners en hun oudere cliënten?
3. Hoe oordelen cliënten en zorgverleners over de kwaliteitsaspecten die betrekking hebben op de communicatie tussen hen beiden?

Aan de hand van deze onderzoeksvragen volgt hier nu een overzicht van de resultaten en een beschouwing daarop.

8.1.1 De communicatie van zorgverleners met oudere cliënten

Verbale communicatie

Bij de analyse van de verbale communicatie is een verplegings-wetenschappelijk model als uitgangspunt gekozen. Uit de verrichte literatuurstudie, die beschreven is in hoofdstuk 2 bleek namelijk dat er nog weinig instrumentontwikkeling had plaats gevonden op het gebied van observatie-onderzoek in de verpleging. Een model kan in zo'n geval richtinggevend zijn. Het model van King (1981) bleek het meest geschikt te zijn, omdat daarin de communicatie tussen verplegenden en cliënten centraal staat. Daarnaast werd dit geschikt geacht voor de verpleging van ouderen, omdat de cliënt volgens dit model actief betrokken wordt in het zorgproces, waardoor een te grote afhankelijkheid van de zorg wordt voorkomen (Kenny, 1990). King onderscheidt een aantal communicatieve gedragingen die relevant zijn voor het verpleegproces, zoals communicatie gericht op het aangaan van de relatie, communicatie gericht op wederzijdse afstemming, het uitwisselen van informatie en adviseren en stimuleren van de cliënt om de doelen te bereiken. Het model bleek met name bruikbaar voor de interpretatie van de verbale clusters die met de gebruikte analysetechnieken werden onderscheiden. Bij de analyse van de verbale communicatie kwam naar voren dat zorgverleners veel van hun tijd besteden aan communicatie die gericht is op het leggen en in standhouden van de relatie, de zogenaamde sociaal-emotionele communicatie. Tot dit type communicatie behoren de sociale conversatie zoals een praatje over het weer of

over de televisie en het maken van een grapje, en de affectieve communicatie waarmee zorgverleners aangeven het gesprek te volgen, de ander aan te voelen en te begrijpen. Dit resultaat is nogal opvallend, omdat het afwijkt van vrij algemeen geformuleerde conclusies in vergelijkbare onderzoeken (May, 1990, 1993; Salmon, 1993; Armstrong-Esther e.a., 1994, 1989; Nolan e.a., 1995). Veelal wordt aangegeven dat de communicatie van verplegenden met cliënten minimaal is en bovendien erg oppervlakkig en meestal instrumenteel van aard. Het in deze studie gevonden resultaat kan voor een deel toegeschreven worden aan het routinematige karakter van de zorgcontacten, waarin minder tijd nodig is voor uitleg over handelingen en meer tijd besteed kan worden aan sociale conversatie. Een andere verklaring kan worden gevonden in de setting van de genoemde onderzoeken. Deze was niet geheel vergelijkbaar. De onderzoeken waaraan gerefereerd wordt waren weliswaar gericht op communicatie van zorgverleners met ouderen, maar zij vonden plaats op ziekenhuisafdelingen. Op deze afdelingen zijn meerdere cliënten en verplegenden in een zelfde ruimte aanwezig en de interactie vindt met name plaats met de cliënten die op dat moment zorg vragen en met ander verplegend personeel. Echter het hier beschreven onderzoek vond plaats in de thuiszorg en in het verzorgingshuis, waar de cliënten werden bezocht in hun eigen woning of eigen kamer. De zorgverlener is als het ware op bezoek bij de cliënt en heeft op dat moment ook alleen met deze cliënt te maken. Er is ook steeds sprake van een afgerond zorgcontact. Dergelijke omstandigheden zullen de mate waarin zorgverleners sociaal-emotionele communicatie tonen zeker hebben beïnvloed.

Nonverbale communicatie

In dit onderzoek zijn een aantal specifieke gedragingen geobserveerd, zoals aankijken, aanraken, toegewende houding, knikken en glimlachen. Op grond van de literatuur (Heintzman e.a., 1993; Bensing e.a., 1995; Mehrabian, 1972; Schabracq, 1987; Moore en Gilbert, 1995) mag worden aangenomen dat deze gedragingen een positieve bijdrage leveren aan de opbouw van de relatie tussen zorgverlener en cliënt. Daarnaast is aan de hand van globale affectmaten een algemeen oordeel gegeven over de houding van de zorgverleners en de sfeer tijdens het zorgcontact. Er is over het algemeen een samenhang waar te nemen tussen de nonverbale en verbale communicatie. Zo is er een samenhang tussen het aankijken door de zorgverlener, waarmee men interesse communiceert en de sociaal-emotionele communicatie. Daarnaast blijkt dat de affectieve nonverbale gedragingen juist minder voorkomen als het contact meer instrumenteel van aard is en dus veel richtinggevende communicatie en communicatie over verpleging en gezondheid omvat. Wanneer men naar de verschillen kijkt tussen de zorgverleners in de twee settings dan valt op dat de verplegenden in het verzorgingshuis veel meer nonverbaal gedrag vertonen dat affectief van aard is dan de wijkverplegenden. Bij het instrumenteel aanraken ligt dit precies andersom.

Overeenkomstig andere onderzoeken naar aanraken in de verpleging (Le May en Redfern, 1987; Oliver en Redfern, 1991; McCann en McKenna, 1993) blijkt dat instrumenteel aanraken naar verhouding veel meer voorkomt dan affectief aanraken. Affectief aanraken blijkt het meest bepalend te zijn voor het oordeel van de observatoren op de globale affectmaten. Zorgverleners die hun cliënten meer affectief aanraken worden als warmer, meer geïnteresseerd en meer betrokken beoordeeld.

8.1.2 Factoren die gerelateerd zijn aan de communicatie van zorgverleners met oudere cliënten

Naast een beschrijvend onderzoek naar de verbale en nonverbale communicatie is via

correlationeel onderzoek nagegaan of de wijze waarop gecommuniceerd wordt samenhangt met kenmerken van zorgverleners, van cliënten of de situatie waarin de zorg verleend wordt.

Van de zorgverlenerskenmerken blijkt opleiding de meest belangrijke variabele te zijn. Verplegenden met een hogere opleiding (HBO-niveau) laten meer instrumentele communicatie zien. Zij spreken vaker over onderwerpen die met de verpleging en gezondheid te maken hebben en geven meer richting aan de communicatie door te vragen om een mening of verduidelijking en door instruerende opmerkingen. De verplegenden met een hoger opleidingsniveau tonen minder vaak sociale communicatie. Daarentegen laten zij wel meer affectieve communicatie zien waarmee begrip en empathie wordt gecommuniceerd. Wellicht wordt hier zichtbaar dat sociale conversatie niet voorbehouden is aan professionele zorgverleners, terwijl de affectieve communicatie zoals het tonen van empathie, begrip en verbale aandacht wel tot professionele vaardigheden behoort en ook in toenemende aandacht krijgt in de opleiding voor verplegenden (Davis en Fallowfield, 1990).

Een opvallende bevinding was dat zorgverleners die tevreden waren met de collegiale contacten minder vaak affectieve verbale uitingen laten zien. Voor dit verband is geen verklaring te vinden, terwijl het ook niet voor de hand ligt dat dit resultaat aan het toeval kan worden toegeschreven. Bij het nonverbale gedrag wordt namelijk een zelfde type verband gevonden.

Een situationeel kenmerk dat van belang is gebleken is de werkdruk die verplegenden ervaren. Naarmate deze hoger is, wordt er minder gecommuniceerd over onderwerpen die met de leefstijl en emoties te maken hebben. Dit is bedenkelijk, want ouderen hebben juist wel behoefte om over hun dagelijkse leven te praten en de beperkingen die ze daarbij hebben (Nesbitt Blondis en Jackson, 1978). Immers een cliënt beleeft zijn gezondheidsprobleem als een onderdeel van zijn bestaan. Instrumentele communicatie, die slechts gericht is op het gezondheidsprobleem, is onvoldoende om goed aan te sluiten op de cliënt en zijn leefwereld (Pool, 1996).

Nonverbale communicatie blijkt niet zo sterk samen te hangen met zorgverlenerskenmerken. De nonverbale communicatie lijkt in tegenstelling tot de verbale communicatie niet beïnvloed te worden door de werkdruk. Dit is mogelijk te verklaren uit het gegeven dat nonverbaal gedrag tot iemands persoonlijke werkstijl gerekend kan worden en veelal onbewust plaatsvindt (Van Tartwijk, 1993). Daardoor lijkt nonverbaal gedrag minder gevoelig te zijn voor externe variabelen als werkdruk.

8.1.3 Communicatie en kwaliteit van zorg

Communicatie wordt als een belangrijk aspect van de kwaliteit van zorg beschouwd.

Een vraag die men zich bij de bovenstaande bevindingen kan stellen is: wat is nu uit het oogpunt van kwaliteit van zorg goede communicatie? Daarom is in dit onderzoek nagegaan hoe zowel cliënten als verplegenden oordeelden over de kwaliteit van zorgverlening. Het onderzoek heeft zich daarbij beperkt tot kwaliteitsaspecten die met de communicatie te maken hebben. Bij het meten van het oordeel over de kwaliteit is uitgegaan van de visie van Parasuraman (1985) die stelt dat het oordeel over kwaliteit het resultaat is van een vergelijking die men maakt over de verwachting ten aanzien van de zorg en de ervaring met betrekking tot die zorg. Wanneer het verschil tussen ervaring en verwachting (geoperationaliseerd als belang) negatief is kan dat gezien worden als een indicatie voor gebrek aan kwaliteit. Op deze manier gemeten blijkt dat de groep cliënten een positief oordeel heeft over de kwaliteit van de communicatie in de zorgverlening. Met andere woorden: gemiddeld genomen zijn er weinig negatieve discrepanties. Dit geldt vooral op het gebied van de bejegening en de informatie-

verschaffing. De meeste negatieve discrepanties worden gevonden op het gebied van de samenwerkingsrelatie. Zo blijkt dat cliënten minder positief zijn over de evaluatie van de zorg tijdens het zorgcontact en de mate waarin de verplegende de zelfstandigheid bewaakt en bevordert. Op het gebied van de samenwerkingsrelatie zijn de verplegenden ook minder positief. Wanneer men kiest om aan kwaliteitsverbetering te doen ligt waarschijnlijk op dit gebied een aandachtspunt.

8.1.4 Conclusies en aanbevelingen voor de praktijk

Hoewel de aandacht voor communicatie in de gezondheidszorg groeit, is onderzoek waarbij concrete communicatieve gedragingen worden geobserveerd en geanalyseerd tot op heden schaars geweest. Uit het hier beschreven onderzoek blijkt dat uit dergelijke studies waardevol materiaal en interessante bevindingen naar voren komen met betrekking tot de communicatie van verplegenden met hun oudere cliënten. In het bijzonder omdat de observatiegegevens gecombineerd konden worden met data afkomstig van andere methodieken.

De bevindingen in dit onderzoek, dat zorgverleners veel aandacht besteden aan de sociaal-emotionele communicatie zijn positief te noemen. Dit is een belangrijk aspect in de zorgverlening aan ouderen, die door hun afnemend sociaal netwerk voor sociaal contact juist zijn aangewezen op hun zorgverlener. Uit de onderzoeksresultaten komt bovendien naar voren dat oudere cliënten behoefte hebben aan vriendelijkheid en persoonlijke belangstelling. Door middel van sociale conversatie en affectieve communicatie kunnen zorgverleners aan deze behoefte tegemoet komen en daarmee bijdragen aan de kwaliteit van leven van oudere cliënten. Het belang van dit type communicatie dient ook in een tijd, waar de nadruk ligt op efficiëntie en doelmatigheid, blijvend de aandacht te krijgen in de opleiding, bijscholing en werkbegeleiding van zorgverleners.

Het onderzoek naar factoren die samenhangen met de kwaliteit van de communicatie bracht een aantal knelpunten naar voren. Zo is de werkdruk van verplegenden een punt van aandacht. Uit de resultaten blijkt dat verplegenden die meer werkdruk ervaren minder communiceren over onderwerpen die met leefstijl en gevoelens te maken hebben. Onderwerpen die zeker voor de ouder wordende mens van groot belang zijn. Echter dit zijn ook onderwerpen die ouderen niet zo gemakkelijk ter tafel zullen brengen gezien het verschil in generatie en het idee dat de zuster het al druk genoeg heeft. Een van de mogelijke maatregelen is om de tijdsdruk waaronder verplegenden werken te verminderen. Echter daarnaast is het even zozeer van belang om via training en bijscholing aan verplegenden te leren hoe zij op efficiënte wijze met hun tijd om kunnen gaan. Goede communicatievaardigheden die gericht zijn op het aangaan van de dialoog tussen cliënt en zorgverlener zijn daarbij van belang. Immers uit de onderzoeksresultaten blijkt dat cliënten, als zij tekorten ervaren, deze met name ervaren op aspecten die de samenwerkingsrelatie betreffen.

Een ander punt van aandacht is dat er vrijwel geen relatie is gevonden tussen cliëntenkenmerken zoals leeftijd, sexe en gezondheidsbeleving en de wijze waarop verplegenden communiceren. Toch zou het wenselijk kunnen zijn dat een hoog bejaarde cliënt anders wordt benaderd dan iemand die net 65 jaar is. Ook is het denkbaar dat iemand die zich gezond voelt een andere behoefte heeft dan degene die zijn gezondheid als slecht ervaart. Zorgverleners dienen dus een zorgverleningsattitude te ontwikkelen die goed is toegesneden op de cliënt aan wie zij zorg verlenen. Dit sluit aan bij de bevindingen in het onderzoek naar het kwaliteitsoordeel, waaruit bleek dat zowel cliënten als zorgverleners het meest negatief oordeelden over kwaliteitsaspecten die te

maken hadden met de samenwerkingsrelatie. Het aansluiten bij de behoeften en kenmerken van de cliënt maakt hier deel vanuit.

Het oordeel over de relationele kwaliteitsaspecten bleek het meest samen te hangen met de nonverbale communicatie. Nonverbale communicatie speelt dus een belangrijke rol binnen het zorgproces. Echter deze is ook minder gemakkelijk te veranderen dan verbale communicatie (Ekman en Friesen in: Harper, 1978). Het behoort echter wel tot de mogelijkheden, immers een toneelspeler dient ook aan te leren hoe men acteert dat men aandacht toont of betrokken is.

Samenvattend kan gesteld worden dat interventies gericht op een goede communicatie tussen verplegenden en oudere cliënten zich moet richten op twee hoofdpunten. Als eerste lijkt het verminderen van de tijdsdruk tijdens de zorgverlening een punt waarop interventie mogelijk is. Ten tweede dienen opleiding, bijscholing en werkbegeleiding aandacht te besteden aan communicatie, die conform de criteria van kwaliteit van zorg, doelmatig, van goed niveau maar vooral cliëntgericht is. Daarbij moet het belang van nonverbale communicatie onderkend worden. In de les- en bijscholingsprogramma's, die gericht zijn op communicatieve vaardigheden, dient men dan ook veel aandacht te besteden aan nonverbaal gedrag. Immers nonverbale communicatie blijkt meer dan verbale communicatie samen te hangen met het oordeel over de kwaliteit van zorg. Bovendien wordt nonverbaal gedrag het minste beïnvloed door de mate waarin men tijdsdruk ervaart. Hoewel wordt aangenomen dat nonverbaal gedrag voor een groot deel onbewust plaatsvindt, blijkt dat men er wel op getraind kan worden (Van Meel, 1986; Vrugt en Schabracq, 1991). Video-opnames kunnen daarbij uitkomst bieden. Door zich zelf op de video te zien kunnen zorgverleners zich bewust worden van het door hen getoonde nonverbaal gedrag. Video blijkt daarbij een krachtig medium te zijn (Heijkoop, 1992). Daarnaast kan men ook video-opnames gebruiken om gewenst nonverbaal gedrag aan te leren. Er zijn trainingsmethoden ontwikkeld waarbij een supervisor aan een zorgverlener feedback geeft, terwijl zij gezamenlijk videobanden bekijken, waarop de betreffende zorgverlener in haar werksituatie te zien is (Muller en Van Genugten, 1992). Uitgangspunt is dat elke zorgverlener wel communicatieve gedragingen vertoont die positief uitwerken op de cliënt, zoals aankijken, vriendelijke expressie en glimlachen. Gedurende de feedbackbijeenkomst benoemt de supervisor met name deze type gedragingen. Door deze vorm van feedback treedt een leereffect op en het blijkt dat zorgverleners vaker het effectieve gedrag gaan vertonen. Dergelijke methodes werden ontwikkeld in de jeugdhulpverlening (Biemans, 1991), maar worden op dit moment eveneens gebruikt voor andere doelgroepen (Vogelvang, 1993). Tot slot is het van belang om door middel van onderzoek na te gaan of de gekozen interventies op dit gebied effect sorteren.

8.2 Methodologische kanttekeningen

In dit onderzoek zijn verschillende databronnen gebruikt. Er zijn observatiegegevens verzameld, schriftelijke vragenlijsten afgenomen en korte gestructureerde interviews gehouden. Door deze combinatie van methodes is de communicatie van zorgverleners op een systematische wijze geobserveerd en in kaart gebracht. Daarbij is via de observaties inzicht gekregen in de wijze waarop verplegenden in de praktijk communiceren. Deze gegevens zijn gerelateerd aan factoren die mogelijk met de kwaliteit van de communicatie samenhangen en met het oordeel dat verplegenden en cliënten hadden over de kwaliteit van de communicatie. In de volgende paragrafen wordt een beschouwing gegeven op de gevolgde methode.

8.2.1 Het gebruik van video-opnames

De zorgcontacten die in dit onderzoek zijn geobserveerd zijn met de videocamera vastgelegd. Dit biedt de gelegenheid om zowel aandacht te besteden aan verbale als nonverbale communicatie. In de loop van het onderzoek is gebleken dat het maken van opnames van de verplegende-cliënt interactie goed uitvoerbaar is. Een voordeel van het gebruik van video-opnames is dat een band meerdere keren bekeken kan worden waardoor de communicatie betrouwbaarder kan worden geobserveerd. Bovendien kunnen meerdere observatoren een band beoordelen en ook dat verhoogt de betrouwbaarheid. Het maken van video-opnames heeft echter ook nadelen. Zo bleek het in een aantal situaties moeilijk om kwalitatief goed materiaal te verzamelen, waarbij zowel zorgverlener als cliënt samen in beeld waren. Ook was het om ethische redenen niet altijd mogelijk om de cliënt te filmen, bijvoorbeeld tijdens de lichamelijke verzorging. Dergelijke situaties hadden consequenties voor het observeren en daarom moesten bij de analyses van de nonverbale communicatie een aantal zorgcontacten uitvallen.

Een ander probleem dat zich voor kan doen bij het maken van video-opnames is het optreden van de zogenaamde 'performance bias' (Levinson en Roter, 1993), waarmee wordt bedoeld dat deelnemers in het onderzoek zich mogelijk anders gaan gedragen dan normaal het geval is, omdat zij er zich van bewust zijn dat er opnames worden gemaakt. Verschillende onderzoeken geven echter aan dat de verstoring slechts gering is en dat de betrokkenen vrij snel hun natuurlijk gedrag hervatten (Verhaak, 1986; Schepers, 1991). De ervaringen bij dit onderzoek sluiten daarbij aan. In een vragenlijst die na de video-opnames werd afgenomen gaven vrijwel alle cliënten en ook de meeste zorgverleners aan dat de aanwezigheid van de video-camera nauwelijks als storend werd ervaren. Overigens geldt dat het aanwezig zijn van een observator, uitgerust met een aantekeningblok, zeker zo indringend is als de aanwezigheid van een persoon die vanuit een verdeckte hoek van de kamer de opname-apparatuur bedient.

In dit onderzoek wegen de voordelen van het observeren van video's op tegen de nadelen. Een bijkomend voordeel van video-opnames is dat het materiaal voor langere tijd beschikbaar is. Wanneer de opnames eenmaal gemaakt zijn blijft het materiaal, uiteraard binnen de overeenkomsten die zijn gemaakt uit het oogpunt van privacy-bewaking, bruikbaar voor nadere analyses of secundaire onderzoeksvragen.

8.2.2 De observatiemethode

In het onderhavige onderzoek is een observatieprotocol ontwikkeld dat gebaseerd was op het RIAS (Roter, 1989). Het protocol richt zich op verbale communicatie, nonverbale communicatie en het bevat een beoordelingsschaal waarmee een oordeel wordt gegeven over de relatie tussen zorgverlener en cliënt gedurende het zorgcontact. De scores voor de inter-observatorbetrouwbaarheid laten zien dat het systeem voldoende betrouwbaar is. Met het systeem is het bovendien mogelijk gebleken om diverse communicatieve gedragingen, die relevant zijn voor het verpleegproces, te onderscheiden. Bovendien blijkt het RIAS voldoende gevoelig te zijn voor verschillen in communicatie per setting en per taak die wordt uitgevoerd.

In dit onderzoek dat vooral beschrijvend van aard was zijn relatieve frequenties van de verschillende observatiecategorieën geanalyseerd. Hoewel dit een schat aan informatie heeft opgeleverd zou het interessant zijn om meer aandacht te besteden aan het interactieproces. Een aanzet is al gegeven door het gebruik van de globale affectmaten, waarmee werd beoordeeld hoe de relatie was tijdens het zorgproces. Echter de reacties van de interactanten op elkaar is niet onderzocht. Een interessante lijn voor verder onderzoek zou zijn om daar via sequentiële analyse aandacht aan te besteden.

8.2.3 Het oordeel over de kwaliteit van zorg

Het oordeel over de kwaliteit van zorg is gemeten door bij cliënten en zorgverleners na te gaan of er een discrepantie bestaat tussen het belang dat men hecht aan verschillende kwaliteitscriteria en wat men met betrekking tot die criteria waarneemt. Daarmee werd een gedifferentieerd beeld gekregen van het oordeel over de kwaliteit van zorg van verplegenden en cliënten. Er zijn echter ook kanttekeningen bij de gebruikte methode te plaatsen. De cliëntengroep, die ondervraagd was, was zeer divers en voor een aantal ouderen bleek de vragenlijst, ondanks het feit dat daar bij de ontwikkeling aandacht aan was besteed, toch te moeilijk. Daarnaast kende de inhoud van het zorgcontact ook een grote variabiliteit. Door ons streven om de vragen zo concreet mogelijk te stellen was de vragenlijst niet geschikt in elke situatie. De genoemde oorzaken leverden nogal veel ontbrekende waarden op. Hoewel deze beperkingen zeker een rol hebben gespeeld heeft de gekozen methode zijn waarde gehad, omdat daarmee kan worden nagegaan of verplegenden dezelfde doelen voor ogen hebben als hun cliënten. Tevens is inzicht verkregen in de wijze waarop het oordeel over de kwaliteit van zorg tot stand komt. Het zou echter aanbeveling verdienen om in toekomstig onderzoek nader aandacht te besteden aan de ontwikkeling van goed instrumentarium dat geschikt is voor een brede en gevarieerde groep van (oudere) cliënten. Wellicht is het raadzaam om voor het meten van het cliëntenoordeel voor verschillende typen zorgcontacten ook verschillende korte eenvoudige vragenlijsten te ontwikkelen, die aansluiten op de zorgsituatie.

Daarnaast kan het bestaande videomateriaal worden voorgelegd aan een externe deskundige, met kennis en ervaring op het gebied van zorgverlening aan ouderen, met als doel een aanvullend oordeel te verkrijgen over de kwaliteit van zorg. De verwachting is dat een dergelijke werkwijze tot een meer objectief oordeel zal leiden en tot meer spreiding in het oordeel over de kwaliteit van zorg, waardoor correlaties met de observatiegegevens meer resultaten zullen opleveren.

8.2.4 Aanbevelingen voor verder onderzoek

Onderzoek kan een belangrijke bijdrage leveren aan de theorievorming en ontwikkeling van onderwijs en bijscholing op dit gebied. Ten eerste kan onderzoek, zoals hier beschreven, zichtbaar maken hoe zorgverleners met hun cliënten communiceren en wat daaraan verbeterd kan worden. Daarnaast kan door middel van onderzoek worden nagegaan of interventies op dit gebied effect sorteren. Op grond van de bovenstaande methodologische kanttekeningen is het daarbij echter wenselijk om aandacht te besteden aan het interactionele karakter van de communicatie gedurende het zorgproces. Een interessante lijn voor verder onderzoek zou zijn om het verzamelde onderzoeksmateriaal te analyseren met sequentiële technieken.

In hoofdstuk 2 werd opgemerkt dat er tot op heden in onderzoek naar verplegende-cliant communicatie weinig aandacht is besteed aan de uitkomstvariabelen van de cliënten. In het onderhavige onderzoek werd aandacht besteed aan het oordeel van cliënten over de kwaliteit van zorg. Het meten van de kwaliteit van zorg in het algemeen en bij oudere cliënten in het bijzonder kent zijn problemen en beperkingen. Zoals uit het bovenstaande al bleek zou het aan te bevelen zijn om in verder onderzoek nader aandacht te besteden aan de ontwikkeling van goed instrumentarium. Daarnaast zou het in toekomstig onderzoek wellicht mogelijk zijn om andere uitkomsten voor de cliënt te belichten. Te denken valt aan de autonomie die ouderen in de zorgverlening ervaren en hun kwaliteit van leven.

LITERATUUR

- AITCHISON, J. *The statistical Analysis of Compositional Data*. London: Chapman and Hall, 1989
- ALLEN, C.I., TURNER, P.S. The effect of an intervention programme on interactions on a continuing care ward for older people. *Journal of Advanced Nursing*; 16, 1991, p.1172-1177
- ANDERSON, P.A. Nonverbal immediacy in interpersonal communication. In: Siegman, A.W. & Feldstein, S. (eds.): *Multichannel integrations of nonverbal behavior*. London & Hillsdale: L.Erlbaum Associates, 1985
- ARETS, J., VAESSEN, J. *Professionele Verpleegkunde: handboek voor verpleegkundigen, deel 1*. Leiden: Spruyt, Van Mantgem & De Does, Educatieve Uitgevers, 1993
- ARGYLE, M. *De psychologie van het intermenselijk gedrag*. Alphen aan de Rijn: Samsom Uitgeverij, 1975
- ARGYLE, M. *Bodily communication*. London: Routledge, 1988
- ARMSTRONG-ESTHER, C.A., SANDILANDS, M.L. & MILLER, D. Attitudes and behaviours of nurses to wards the elderly in an acute caresetting. *Journal of Advanced Nursing*; 14, 1989, p.34-41
- ARMSTRONG-ESTHER, C.A., BROWNE, K.D. & MCAFEE, J.G. Elderly patients: still clean and sitting quietly. *Journal of Advanced Nursing*; 19, 1994, p.264-271
- ARMSTRONG-ESTHER, C.A., BROWNE, K.D. The influence of elderly patients' mental impairment on nurse-patient interaction. *Journal of Advanced Nursing*; 11, 1986, no.4.p.379-387
- ARNOLD, E., BOGGS, K. *Interpersonal relationships: professional communication skills for nurses, second edition*. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1995
- ASHBURN, G., GORDON, A. Features of simplified register in speech to the elderly conversationalists. *International Journal of Psycholinguistics*; 23, 1981, p.7-31
- AVIS, M. Choice cuts: an exploratory study of patients' views about participation in decision-making in a day surgery unit. *International Journal of Nursing Studies*; 31, 1994, p.289-298
- BENNER, P. *From Novice to Expert. Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo park, California: Addison-Wesley Publishing Company, 1984
- BENSING, J.M. KERSSSENS, J.J. PASCH, M. VAN DER. Patient-directed gaze as a tool for discovering and handling psycho-social problems in general practice. *Journal of Nonverbal Behaviour*; 19, 1995, no.4. p.223-242
- BENSING, J.M. *Doctor-patient communication and the quality of care*. Utrecht: NIVEL, 1991
- BERBIGLIA, V.A. A case study: perspectives on a self-care deficit nursing theory-based curriculum. *Journal of Advanced Nursing*; 16, 1991, p.1158-1163
- BERTAKIS, K.D., ROTERS, D.L., PUTNAM, M. The relationship of Physician Medical Interview Style to Patient Satisfaction. *The Journal of Family Practice*; 32, 1991, no.2.p.175-181
- BIEMANS, H.M.B. *Interacties op video- mogelijkheden voor analyse en begeleiding*. Utrecht: SPIN, 1991.
- BOOT, J.M., KNAPEN, M.H.J.M. *De Nederlandse Gezondheidszorg*. Utrecht: Het Spectrum, 1993
- BOTTORFF, J.L., MORSE, J.M. Identifying Types of Attending: Patterns of Nurses Work. *Journal of Nursing Scholarship*; 26, 1994, no.1.p.53-60

- BOUMANS, N.P.G. Het werk van verpleegkundigen: Een onderzoek naar werkaspecten en hun invloed op verpleegkundigen. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1990
- BOUMANS, N.P.G., LANDEWEERD, J.A., VAN HOUTEM, J.H.M. Arbeidsvoldoening bij verpleegkundigen. Factor en betrouwbaarheidsanalyse van een meetinstrument. Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg; 67, 1989, p.199-203
- BRASKER, J., VISSER A.Ph. Patiëntgericht gedrag van verpleegkundigen ten opzichte van oudere patiënten. Verpleegkunde. 1990/1991, no.1.p.26-33
- BRASKER, J., VISSER, A.Ph. Verpleegkundigen letten onvoldoende op behoeften oudere patiënten; Niet klagende patiënten zijn goede patiënten. Het Ziekenhuis; 1989, no.15.p.671-73
- BRINK-MUINEN, A. VAN DEN. Gender, health and health care in general practice: A comparison between women's health care and regular health care. Utrecht: NIVEL, 1996
- BROWN, S., D.L. GARDNER, L. PERRITT, D.G. KELLY. Improvement in Attitudes Toward the Elderly Following Traditional and Geriatric Mock Clinics for Physical Therapy Students. Physical Therapy, 72, 1992, no.4.p.251-257
- BURGOON, K. Handbook of interpersonal communication. In: M.L. Knapp & G.R. Miller (Eds.). 7. Nonverbal Signals 2nd ed. Thousand Oaks, California: Sage Publications, 1994. p.229-271
- CAMPEN, C. VAN, SIXMA, H., FRIELE, R.D., KERSSSENS, J.J., PETERS, L. Quality of Care and Patient Satisfaction: a review of measuring instruments. Medical Care Research and Review; 1, 1995 no.52 p.109-133
- CAMPEN, C. VAN, FRIELE, R.D., KERSSSENS, J.J. Methods for assessing patient satisfaction with primary care, review and annotated bibliography. Utrecht: NIVEL, 1992
- CARIS-VERHALLEN, W.M.C.M., KERKSTRA, A., BENSING, J.M. The role of communication in nursing care for the elderly: a review of the literature. Journal of Advanced Nursing; 1996 (In press)
- CBS Vademecum of health Statistics of the Netherlands. Voorburg/Heerlen: CBS, 1995
- CBS Bewoners van bejaardenoorden: ontwikkelingen in de periode 1966-1992. Sociaal-culturele berichten 1994-6. Voorburg/Heerlen: CBS, 1994
- COMMISSIE MODERNISERING OUDERENZORG (COMMISSIE WELSCHEN) Ouderenzorg met toekomst. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1994
- COOLEN, J. Changing care for the elderly in the Netherlands. Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1993
- COPSTEAD, L.C. Effects of touch on self-appraisal and interaction appraisal for permanently institutionalized older adults. Journal of Gerontological Nursing; 6, 1980, p.747-752
- COUPLAND, N., COUPLAND, J., GILES, H. Language, Identity and the Elderly Discourse, Identity and Ageing. Oxford UK & Cambridge USA: Blackwell, 1991
- CRANACH, M. VON. The role of orienting behaviour in human interaction. In: A.H. Esser (red.), Behaviour and Environment. New York: Plenum Press, 1971
- DAVIES, S.M. Consequences of division of nursing labour for elderly patients in a continuing care setting. Journal of Advanced Nursing; 17, 1992, p.582-589
- DAVIES, H., L. FALLOWFIELD. Counselling and Communication in Health Care: The Current Situation. In: Counselling and communication in Health Care. Davies, H., L. Fallowfield (Eds.). Chichester: John, Wiley & Sons Ltd, 1991
- DEAUX, K, WRIGHTSMAN, L.S. Social psychology 1984 5e editie. Monterey, California: Brooks Cole, 1984

- DELNOIJ, D.M.J., SCHULLER, R. HEUGTEN, C.M. VAN, KWARTEL, A.J.J. VAN DER, SMIT, R.L.C., MEULEN, L.J.R. VAN DER. Brancherapport curatieve somatische zorg. Utrecht: NIVEL/NZi, 1996
- DIJKSTRA, G.J., GROOTHOFF, J.W., DASSEN, Th. Vergelijking van lichamelijke zorgbehoefte van ouderen in drie typen instellingen. Tijdschrift voor de Sociale Gezondheidszorg; 1995, no.3 p.135-140
- DONABEDIAN, A. Promoting Quality through Evaluating the Process of patient Care. Medical Care; 6, 1968, p.181-202
- DONABEDIAN, A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Volume 1: The definition of Quality and Approaches to its Assessment. Ann Arbor: Health Administration Press Michigan, 1980
- DULMEN, A.M. VAN, VERHAAK, P.F.M., BILO, H.J.G. Shifts in doctor-patient communication during a series of outpatient consultations in non-insulin-dependent diabetes mellitus. Patient Education Couns. (In press)
- EDWARDS, H., P. NOLLER. Perceptions of overaccomodation used by nurses in communication with the elderly. Journal of Language and Social Psychology; 12, 1993, no.3.p.207-223
- EIBL-EIBESFELDT, I. Similarities and differences between cultures in expressive movements. In: R.A. Hinde (Ed.). Non-verbal Communication. London: Cambridge University Press, 1972
- EIBL-EIBESFELDT, I. Liefde en haat. Over de biologische achtergronden van elementaire gedragspatronen. Amsterdam: Uitgeverij Ploegsma, 1971
- ENGEL, G.L. How much longer must medicine's science be bound by a seventeenth century world view. In: The task of Medicine, Dialogue at Wickenburg. K. White (Ed.). Menlo Park California: The Henry J.Kaiser Family Foundation, 1988
- EVERS, G.C.M. Theorieën en principes van verpleegkunde. Leuven: Universitaire Pers, 1991
- FAWCETT, J. Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing, derde editie. Philadelphia: F.A. Davis Company, 1995
- FORCHUK, C., DORSAY, J.P. Hildegard Peplau meet family systems nursing: innovation in theorybased practice. Journal of Advanced Nursing; 21, 1995, p.110-115
- FORCHUK, C., BROWN, B. Establishing a nurse-client relationship. Journal of Psychosocial Nursing; 27, 1989, p.30-34
- FOSBINDER, D. Patient perceptions of nursing care: an emerging theory of interpersonal competence. Journal of Advanced Nursing; 20, 1994, p.1085-1093
- GIBB, H., O'BRIEN, B. Jokes and reassurance are not enough: ways in which nurses relate through conversation with elderly clients. Journal of Advanced Nursing; 15, 1990, p.1389-1401
- GILES, H., COUPLAND, N. (eds.). Language, ageing and health. In: Contexts and consequences. Buckingham: Open University Press, 1991, p.158-189
- GLASER, B.G., A.L. STRAUSS. The discovery of the grounded theory. Chicago: Aldine, 1967
- GREENACRE, M.J. Theory and applications of Correspondence Analysis. New York: Academic Press, 1984
- GREENE, M.G., ADELMAN, R.D., FRIEDMANN, E., CHARON, R. Older patient satisfaction with communication during an initial medical encounter. Social Science and Medicine; 38, 1994, p.1279-1288
- GROEN B, WILLEMSE N, RIJKSCHROEFF R. Opzoek naar kwaliteitscriteria van de eerstelijnsgezondheidszorg vanuit het patiëntenperspectief. Utrecht: Landelijk Overleg van Decentrale Patiënten/Consumenten Platforms (LODEP), 1990

- GROSS, D. Communication and the Elderly. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*; 9, 1990, no.1 p.49-64
- GRUYTER, I. DE., SCHIRM, M. Communicatie met oudere patiënten: Doctoraalscriptie. Utrecht: ASW, Universiteit Utrecht, 1995
- GRYPDONCK, M. Informeren en communiceren (1). *Tijdschrift voor verplegenden*; 19, 1993, p.639-643
- GRYPDONCK, M. Theory development in nursing: have the promises been fulfilled? In: *Proceedings of the 5th open conference of the WENR*. Budapest: WENR, 1990, p.205-225
- HANUCHARURNKUL, S. Comparative analysis of Orem's and King's theories. *Journal of Advanced Nursing*; 14, 1989, p.365-372
- HARPER, R.G. *Nonverbal communication: The State of the Art*. Toronto: John Wiley & Sons, 1978
- HAYS, W.L. *Statistics*, fourth edition. New York: Holt, Rinehart and Winston inc., 1988
- HEER, A. DE, VISSER, A.Ph., VISSCHEDIJK, H. De tevredenheid van de dankbare patiënt in het ziekenhuis. in: Visser, A.Ph. *Onderzoek naar de tevredenheid van ziekenhuispatiënten, doel, methode en beleid*. Lochem: De Tijdstroom, 1988
- HEIJDEN, P.G.M. VAN DER, BRAKEL, J. VAN DEN. Three data reduction methods for the analysis of time budgets. In: *ISTAT: time use methodology: towards consensus*. Roma: ISTAT, 1993
- HEINTZMAN, M., LEATHERS, D.G., PARROTT, R.L., CAIRNS, III, A.B. Nonverbal rapport-building behaviors' effect on perceptions of a supervisor. *Management Communication Quarterly*; 7, 1993, no.2 p.181-208
- HENBEST, R.J., FEHRSEN, G.S. Patient-centredness: Is it applicable outside the West? Its measurement and effect on outcomes. *Family Practice*; 9, 1992, no.3.p.311-317
- HEWISON A. Nurses' power in interactions with patients. *Journal of Advanced Nursing*; 21, 1995, p.75-82
- HEIJKOOOP, J. Leren opvoeden met video. In: Muller (ed.) *Thuisbehandeling en hometraining*. Utrecht: SWP, 1992.
- HOCKEY, L. *Woman in nursing*. London: Hodder & Stoughton, 1976
- HOLLINGER, L.M., BUSCHMAN, M.B. Factors influencing the perception of touch by elderly nursing home residents and their health caregivers. *International Journal of Nursing Studies*; 30, 1993, no.5 p.445-461
- HOLLINGER, L.M. Communicating with the Elderly. *Journal of Gerontological Nursing*; 12 1986, no.3.p.9-13
- HOPE, K.W. Nurses' attitudes towards older people: a comparison between nurses working in acute medical and acute care of elderly patients settings. *Journal of Advanced Nursing*. 20, 1994, p.605-612
- lec ProGAMMA, User manual CAMERA: a system for collecting and correcting behavioral data. Groningen: lec ProGAMMA, 1994
- INGHAM, R., FIELDING, P. A review of the nursing literature on attitudes towards old people. *International Journal of Nursing Studies*; 22, 1985, no.3.p.171-181
- INUI, T.S., CARTER, W.B., KUKULL, W.A., HAIGH, V.H. Outcome-Based Doctor-Patient Interaction Analysis. *Medical Care*; XX, 1982, no.6.p.535-549
- JAARSMA, T., DASSEN, T. The relationship of nursing theory and research: the state of art. *Journal of Advanced Nursing*; 18, 1993, p.783-787

- JANSEN, P.G.M. KERKSTRA, A. Effecten van functiedifferentiatie binnen de thuiszorg. Utrecht: NIVEL, 1995
- JARRETT, N., PAYNE, S. A selective review of the literature on nurse-patient communication: has the patient's contribution been neglected? *Journal of Advanced Nursing*; 22, 1995, p.72-78
- JONG, A. T.J. Dossier ouderenadviseur: De kunst ouderen als marktpartij te versterken. Amsterdam: Concern/bureau Welzijnsmarketing, 1992
- KERKSTRA, A. *Conflicthantering bij echtparen* Vu Uitgeverij, Amsterdam
- KENNY, T. Erosion of individuality in care of elderly people in hospital - an alternative approach. *Journal of Advanced Nursing*; 15, 1990, p.571-576
- KERKSTRA, A., VORST-THIJSSSEN, T. Factors related to the use of community nursing services in The Netherlands. *Journal of Advanced Nursing*; 16, 1991, p.47-54
- KIIKKALA, I., MUNNUKKA, T. Nursing Research: on what basis? *Journal of Advanced Nursing*; 19, 1994, p.320-327
- KIHLGREN M., NORBERG A., BRÅNE G., ENGSTRÖM B. & MELIN E. Nurse-patient interaction after training in integrity promoting care at a long-term ward: analysis of video-recorded morning care sessions. *International Journal of Nursing Studies*; 30, 1993, no.1.p.1-13
- KING I.M. *A theory for nursing: systems, concepts, process*. New York: John Wiley & Sons, 1981
- KING, F.E., FIGGE, J., HARMAN, P. The elderly coping at home: a study of continuity of nursing care. *Journal of Advanced Nursing*; 11, 1986, p.41-46
- KITSON, A.L. A comparative analyse of lay-caring and professional (nursing) caring relationships. *International Journal of Nursing studies*; 24, 1987, no.2.p.155-165
- KOGAN, N. Attitudes towards old people, the development of a scale and examination of correlates. *Journal of abnormal and social psychology*; 1961, 62, p.44-54
- KRAMER, K., KERKSTRA, A. *Eenzaamheid van bewoners in een verzorgingshuis*. Utrecht: NIVEL, 1991
- KRUIJSWIJK-JANSEN, J. MOSTERT, H. *Het verpleegproces; de verpleegkundige modellen van Orem en King uitgewerkt binnen het verpleegproces*. Utrecht: Lemma, 1994
- KWARTEL, A.J.J. VAN DER, VANDERMEULEN, L.J.R., DELNOIJ, D.M.J., HARMSSEN, J. *Brancherapport Verpleging en verzorging; feiten, ontwikkelingen en knelpunten*. Utrecht: NIVEL, 1994
- LANCELY A. Use of controlling language in the rehabilitation of the elderly. *Journal of Advanced Nursing*; 10, 1985, p.125-135
- LE MAY, A.C., S.J. REDFERN. *A Study of Non-verbal Communication between Nurses and Elderly Patients*. In: *Research in the Nursing Care of Elderly People*. Fielding, P. Chichester: John Wiley & Sons Ltd., 1987. p.171-189
- LEHR, U. *Psychologie van de ouderdom*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1979
- LEVINSON, W., ROTER, D.L. The effects of two Continuing Medical Education Programs on Communication Skills of Practicing Primary Care Physicians. *Journal of Gen. International Medicine*; 8, 1993, no.26.p.318-324
- LIEFBROER, A.C., VISSER, A.P.H. *Meting en determinanten van het patiëntgericht gedrag van verpleegkundigen*. *Gezondheid en Samenleving*; 1986, no.7.p.154-162

- LINDER-PELZ, S. Social-psychological determinants of patients' satisfaction: a test of five hypothesis. *Social Science and Medicine*; 16, 1982, p.583-589
- LIUKKONEN, A. Base care of demented patients living in institutions. *Journal of Clinical Nursing*; 1, 1992, no.6.p.345-350
- LOCKER, D., DUNT, D. Theoretical and methodological issues in social studies of consumer satisfaction with medical care. *Social Science and Medicine*; 1978, no.3.p.283-292
- LOOKINLAND, S., ANSON, K. Perpetuation of ageist attitudes among present and future health care personnel: implications for elder care. *Journal of Advanced Nursing*; 21, 1995, p.47-56
- LOVEREN-HUYBEN, C.M.S. VAN. Ontwikkelingen in verzorgingshuizen? Gegevens van longitudinaal onderzoek. Nijmegen: Academisch proefschrift Katholieke Universiteit Nijmegen, 1995
- LANDELIJKE VERENIGING VOOR THUISZORG (LVT). Handboek gebruikersraadpleging. Bunnik: LVT, 1994
- MACLEOD CLARK, J. Nurse-Patient Communication- An Analysis of Conversations from surgical Wards. In: *Nursing Research: Ten Studies in Patient Care*. Wilson-Barnett, J. Chichester: John Wiley & Sons, 1983. p.25-56
- MACLEOD CLARK, J. The development of research in interpersonal skills in nursing. In: *Interpersonal Skills in Nursing*. Kagan, C. Dover. New Hampshire: Croom Helm, 1985, p.9-21
- MARRINER, A. *Nursing Theorists and their Work*. St. Louis: Mosby, 1986
- MAY, C. Research on nurse patient relationships: problems of theory, problems of practice. *Journal of Advanced Nursing*; 15, 1990, p.307-315
- MC CANN, K., MCKENNA, H.P. An examination of touch between nurses and elderly patients in a continuing care setting in Northern Ireland. *Journal of Advanced Nursing*; 18, 1992, p.838-846
- MEEL, J.M. VAN. *De Psychologie van het gebaar. De rol van non-verbaal gedrag in de ontwikkeling en bij de hulpverlening*. Nijmegen: Dekker & van de Vegt, 1986
- MEHRABIAN, A. *Non-verbal communication*. Chicago: Aldine Atherton, 1972
- MEHRABIAN, A. *Silent Messages*. Belmont: C.A. Wadsworth, 1981
- MELEIS, A.I. *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Philadelphia: Lippincott Company, 1985
- MILLER, A. Does dependency count? *Senior Nurse*; 1, 1984, no.29.p.10-11
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. *Nota Kwaliteit van Zorg*. Rijswijk, 1991
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. *Ouderen in Tel, nota beeld en beleid rond ouderen 1990-1994*. Rijswijk, 1990
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT. *Ouderenbeleid 1995-1998, integraal actieprogramma*. Rijswijk, 1995
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT. *Nota Gezond en Wel*. Rijswijk, 1995
- MULLER, L. GENUGTEN, M. VAN. *Thuisbehandeling in de jeugdgezondheidszorg*. In: Muller (ed.) *Thuisbehandeling en hometraining*. Utrecht: SWP, 1992
- MOORE, J.R., GILBERT, D.A. Elderly Residents: Perceptions of Nurses' comforting touch. *Journal of Gerontological Nursing*; 21, 1995 no.1.p.6-13

- NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID (NRV). Advies kwaliteit, organisatie en financiering thuiszorg. Publicatie 33/90. Zoetermeer, 1990
- NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID (NRV). Eerste rapportage voortgang ontwikkeling kwaliteitsbeleid. Zoetermeer, 1992
- NEDERLANDSE ORGANISATIE VOOR WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK (NWO). Onderzoekprogramma kwaliteit van zorg 1992-1996. NWO: gebied medische wetenschappen, 1992
- NESBITT BLONDIS, M., JACKSON, B.E. Zonder woorden; nonverbale communicatie met patiënten. Haarlem: Uitgeverij De Toorts, 1978
- NEUMAN, B. The Neuman's System Model, tweede editie. East Norwalk: Appleton & Lange, 1989
- NEUMAN, B. Health as a continuum based on the Neuman's System Model. Nursing Science quarterly; 3, 1990, p.129-135
- NOLAN M., GRANT, G., NOLAN, J. Busy doing nothing: Activity and interaction levels amongst differing populations of elderly patients. Journal of Advanced Nursing; 22, 1995, p.528-538
- NUYTEN, M.D. Problemen van ouderen. In: 'Oud' Beeld van ouderen en ouderenzorg. Aakster, C.W. (ed.) Groningen: Wolters-Noordhoff, 1987, p.109-114
- NYSTRÖM, A.M., SEGESTEN, K.M. The family metaphor applied to nursing home life. International Journal of Nursing Studies; 33, 1996, no.3.p.237-248
- OLIVER S., REDFERN S.J. Interpersonal Communication between nurses and elderly patients: refinement of an observation schedule. Journal of Advanced Nursing; 16, 1991, p.30-38
- OREM, D.E. Nursing Concepts of Practice, tweede editie. New York: McGraw-Hill, 1980
- OREM, D.E. Nursing: Concepts of Practice, vierde editie. St. Louis: Mosby, 1991
- ORLANDO, I.J. The dynamic nurse-patient relationship, function, process and principles. New York: G.P. Putnam, 1961
- ORLANDO, I.J. De relatie verpleegkundige-patiënt, nederlandse uitgave van: The dynamic nurse-patient relationship. Lochem: De Tijdstroom, 1984
- ORT, S. VAN, PHILLIPS, L. Feeding Nursing Home Residents with Alzheimer Disease. Geriatric Nursing. september/october, 1992, p.249-253
- OUDENAMPSEN, D., RIJKSCHROEFF, R., VENNE, L. VAN DE. Kwaliteitscriteria van de eerste lijn en kwaliteitsbevordering door de decentrale patiëntenplatforms. Amsterdam: Stichting Kohnstamm Fonds voor Onderwijsresearch, SCO, 1993
- PAGANO, M.P., RAGAN, L. Communication Skills for Professional Nurses. Newbury Park, California: Sage Publications, 1992
- PARASURAMAN, A., ZEITHAML, V.A., BERRY, L.L. A conceptual model of service quality and its implications for research. Journal of Marketing; 49, 1985, p.41-50
- PARSE, R.R. Nursing Science, major paradigms, theories and critiques. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1987
- PASCOE, G.C. Patient satisfaction in primary health care: a literature analysis. Evaluation and Program Planning; 1983, no.6.p.185-210
- PENNINX, K. Beeldvorming over ouder worden. Bohn Stafleu Van Loghum: Houten, 1995

- PENNINX, K. Beeldvorming over ouder worden. Houten: NIZW, 1995
- PEPLAU, H. Interpersonal relations in nursing. New York: Putman's Sons, 1952
- POOL, J.J. Sociaal therapeutisch gedrag van verpleegkundigen, verslag van onderzoek en interventie. Amsterdam: VU, boekhandel, uitgeverij, 1983
- POOL, A. Zeggenschap in zorgplannen: een communicatieprobleem? In: Boon (ed.) Zorgen & Communiceren. Amstelveen: Stichting Sympoz, 1996
- POOLE, G., ROWAT, K. Elderly clients' perceptions of caring of a home-care nurse. *Journal of Advanced Nursing*; 1994, no.20.p.422-429
- PORTER, L., REDFERN, S.J., WILSON-BARNETT, J., LE MAY, A.C. The development of an observation schedule for measuring nurse-patient touch using an ergonomic approach. *International Journal of Nursing studies*; 23, 1986, no.1.p.11-20
- POST, M., AREND, I. VAN DEN, DINGEMANS, P., HAAS, C. DE, HORN, G. TEN, LINDEN, B. VAN DER, LONDEN, J. VAN, SCHRIJVERS, A., STARING, M., WEERT-VAN OENE, G. DE. Kwaliteit van de zorgverlening: het patiëntenperspectief. *Kwaliteit en Zorg*; 1993, no.2.p.50-60
- RAAD VOOR GEZONDHEIDSONDERZOEK (RGO). Advies Kwaliteit van zorg: Terreinverkenning en prioriteiten voor wetenschappelijk onderzoek. 's-Gravenhage: RGO, 1990
- REECE, M., WHITMAN, R. Expressive movements, warmth and verbal reinforcement. *Journal of Abnormal and Social Psychology*; 64, 1962, p.234-236
- RIEHL, J., ROY, C. *Conceptual Models for Nursing Practice*, tweede editie. New York: Appleton Century Crofts, 1980
- ROSENFELD, H.M. Conversational control functions of non-verbal behaviour. In: A.W. Siegman & S. Feldstein (red.) *Nonverbal Behaviour and Communication*. New York: Wiley, 1978 p.291-328
- ROTER, D. *The Roter method of interaction process analysis*. Baltimore: Hopkins University, 1989
- RUIJTERS, R.F.M., STEVENS, F.C.J. Organisatiestructuur, rolduidelijkheid, arbeidssatisfactie en het oordeel van verpleegkundigen over de samenwerking met artsen. *Verpleegkunde*; 3, 1992 p.106-114
- RYAN, E.B., GILES, H., BARTOLUCCI, G., HENWOOD, K. Psycholinguistic and social components of communication by and with elderly. *Language and Communication*, 6 (1-2), 1986 p.1-24
- SALMON, P. Interactions of nurses with elderly patients: relationship to nurses' attitudes and to formal activity periods. *Journal of Advanced Nursing*; 18, 1993, p.14-19
- SCHABRACQ, M.J. Betrokkenheid en onderlinge gelijkheid in sociale interacties. Dissertatie, Universiteit van Amsterdam, 1987
- SCHEPERS, G. Video als feedback-instrument in therapeutische situaties. Doctoraalscriptie. Leuven: Katholieke Universiteit, 1991
- SIXMA, H.J.M., SPREEUWENBERG, P.M.M., PASCH, M.A.A. VAN DER. Tevredenheid met de huisarts. *Kwaliteit en Zorg*; 1994 no.2.p.68-77
- SMITH, S.P. Attitudes of Nursing care Providers Toward elderly Patients. *Nursing and Health Care*. February, 1982, p.93-98
- STAAB, A.S., HODGES, L.C. *Essentials of Gerontological Nursing: adaptation to the aging process*. J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1996

- STAATSBLOD Wet van 18 januari 1996 betreffende de kwaliteit van zorginstellingen (kwaliteitswet zorginstellingen). 's Gravenhage: Sdu Uitgevers, 1996
- STRECHER, V.J. Improving Physician-Patient interactions: a review. Patient Counselling and Health Education; 4, 1983, p.129-136
- SUMAYA-SMITH I. Caregiver/resident relationships: surrogate family bonds and surrogate grieving in a skilled nursing facility. Journal of Advanced Nursing; 21, 1995, p.447-451
- SUNDEEN, S.J., G.W. STUART, E.A. DE SALVO RANKIN, S.A. COHEN. Nurse-client interaction, vierde editie. St.Louis: CV Mosby: 1989
- TAFT, L.B. Selfesteem in later life: a nursing perspective. Advances in Nursing science; 1985, no.1.p.77-84
- TARTWIJK, J. VAN. Docentengedrag in Beeld: de interpersoonlijke betekenis van nonverbaal gedrag van docenten in de klas. Utrecht: IVLOS, 1993
- TERPSTRA, E.G., TOMMEL, D.K.J. Modernisering Ouderenzorg: Beleidsbrief. 's-Gravenhage: Sdu-Uitgevers, 1995
- TERPSTRA, E.G. Privacy in verpleeghuizen: Beleidsbrief. 's-Gravenhage: Sdu Uitgevers, 1996
- TEMPELMAN, C.J.J. Welbevinden bij ouderen: constructie van een meetinstrument. Groningen: Rijksuniversiteit, 1987
- THOMAS, L.H. A comparison of the verbal interactions of qualified nurses and nursing auxiliaries in primary, team and functional nursing wards. International Journal of Nursing studies; 31, 1994, no.3 p.231-244
- TURNER, P. Activity nursing and the changes in the quality of life of elderly patients; a semi-quantitative study. Journal of Advanced Nursing; 18, 1993, p.1727-1733
- TWEEDE KAMER 1993-1994, 23633, De kwaliteit van zorginstellingen (Kwaliteitswet zorginstellingen). 's-Gravenhage: Sdu Uitgevers, 1994
- UNIE VAN KATHOLIEKE BOND VOOR OUDEREN (UNIE KBO). Handleiding kwaliteitsmeting Thuiszorg. 's-Hertogenbosch: KBO, 1994
- VERHAAK, P.F.M. Interpretatie en behandeling van psychosociale klachten in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1986
- VISSER, A.Ph. De meting van de tevredenheid van ziekenhuispatiënten: Ontwikkeling en betekenis van een vragenlijst, in: Visser, A.Ph. Onderzoek naar de tevredenheid van ziekenhuispatiënten, doel, methode en beleid. Lochem: De Tijdstroom, 1988
- VISSER, A. PH. Voorlichting aan oudere chronisch zieken. Zeist: Kerckebosch BV, 1991
- VOGELVANG, B. video-hometraining 'plus' en het project aan huis; verheldering van twee methodieken voor intensieve en pedagogische thuisbehandeling. Enschede: Copy Print 2000
- VRUGT, A. Betekenistoekenning aan nonverbale communicatie. Academisch proefschrift Universiteit van Amsterdam, 1983
- VRUGT, A., SCHABRACQ, M. Vanzelfsprekend gedrag: Opstellen over nonverbale communicatie. Meppel: Boom, 1991
- WAAL, M.A.E. VAN DER, NIEVAARD, A.C., CASPARIE, A.F. Patiëntenraadpleging bij twee gezondheidscentra in Rotterdam. Rotterdam: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, 1994

- WATERS, K.R. Getting dressed in the early morning: styles of staff/patient interaction on rehabilitation hospital wards for elderly people. *Journal of Advanced Nursing*; 19, 1994, p.239-248
- WATSON, W.H. The meanings of touch: geriatric Nursing. *Journal of Communication*; 25, 1975, no.3 p.104-112
- WETENSCHAPPELIJKE RAAD VOOR HET REGERINGSBELEID. Ouderen voor ouderen; Demografische ontwikkelingen en beleid. 's-Gravenhage, 1992
- WEVER, M.K. DE. Nursing home patients' perception of nurses' affective touching. *Journal of Psychology*; 96, 1977, p.163-171
- WILDE, I. DE, K. DE BOT. Taal van verzorgenden tegen ouderen in een psycho-geriatrisch verpleeghuis. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*; 1989, no.20.p.97-100
- WILKINSON, S. Factors which influence how nurses communicate with cancer patients. *Journal of Advanced Nursing*; 16, 1991, p.677-688
- WRIGHT, S. Communicating. In: *Nursing the Older Patient*. Wright, S.G. Lippincott Nursing Series, 1988. p. 61-84

BIJLAGEN

BIJLAGE 1 BEGELEIDINGSBRIEF



nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon 030 2319946
telefax 030 2319290

Aan geadresseerde



World Health Organization
Collaborating Centre
for Primary Health Care

datum

...

kenmerk

WIJK/OUDE/001/WCa

Geachte meneer/mevrouw,

Het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) is een onderzoek gestart naar de kwaliteit van de zorgverlening aan cliënten van het kruiswerk. Het doel van dit onderzoek is te achterhalen hoe de kwaliteit van de zorgverlening verbeterd kan worden. Een onderdeel van het onderzoek is het maken van video-opnames van het werk van de wijkverpleegkundige bij de cliënten thuis. Graag zouden we van u willen weten of u eventueel bereid bent hier aan mee te willen werken. Het is de bedoeling dat wanneer een wijkverpleegkundige u bezoekt er iemand mee komt die dit bezoek filmt en u daarna nog enige vragen stelt over dat bezoek. We garanderen dat de informatie die u geeft anoniem zal worden verwerkt en uiterst vertrouwelijk zal worden behandeld.

Als u in principe aan het onderzoek mee wilt werken, wat wij zeer op prijs stellen, geeft U dit dan door aan de verpleegkundige. We hopen van harte op uw medewerking.

Met vriendelijke groet,
STICHTING NIVEL

Drs. W. Caris-Verhallen

Drs. I. de Gruyter

INFORMED CONSENT

Ondergetekende verklaart mee te willen werken aan het onderzoek naar de kwaliteit van de zorgverlening aan bewoners van het verzorgingshuis en accoord te gaan met de video-opname van een hulpverleningscontact en de afname van een enquête door een onderzoeker van de het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL).

Naam:

Adres:

Het NIVEL neemt maatregelen ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer (privacy) van de deelnemers. De informatie wordt anoniem opgeslagen en verwerkt en is alleen toegankelijk voor werknemers van de Stichting NIVEL, die zich schriftelijk tot geheimhouding hebben verplicht. De resultaten van het onderzoek zullen zodanig worden gepresenteerd en gepubliceerd dat de informatie nimmer te herleiden is tot individuele personen die hun medewerking aan dit onderzoek hebben verleend.

Ondergetekende verklaart hiermee accoord te gaan.

(plaats)

(datum)

(handtekening)

BIJLAGE 2 BESCHRIJVING RIAS CATEGORIEËN

AFFECTIEF VERBAAL GEDRAG

Personal; persoonlijke opmerkingen, sociale conversatie

- Begroetingen, uitingen om het contact te beginnen ("Hallo, hoe gaat het met u?")
- Beantwoorden van de begroeting ("Prima, en met u?")
- Conversatie over sociale of niet-medische onderwerpen ("Vanavond is er voetbal op televisie")

Joke/laughs; lachen, grapjes maken

- Grapjes maken om de ander te amuseren
- Lachen als antwoord op grapjes, wordt per uiting gecodeerd (wordt er na een pauze weer verder gelachen, dan zijn dit twee uitingen)

Approve/compliments; goedkeuring of complimenten geven

- Complimenten ("Dat heeft u goed gedaan zeg!")
- Dankbaarheid of waardering tonen
- Elke uiting van goedkeuring, beloning, prijzen, respect tonen, bewondering (Alstublieft en dank u wel horen hier ook bij)

Agree; eens zijn of tonen van begrip

- Ja goed, oké, zeker etc.
- Laten zien dat iemand het gesprek volgt ("Hmmm")
- Verontschuldiging die niet slaan op bezorgdheid voor de ander ("Oh sorry dat ik zo laat ben")

Paraphrase/Interprets; parafraseren of interpreteren

- Bevestiging van wat de ander impliciet of expliciet heeft aangegeven. Hier horen ook herhalingen -ongeveer of exact- bij van wat de ander heeft gezegd. Zo'n uitspraak kan ook pas later worden gedaan, het hoeft niet direct na de uiting van de ander gedaan te worden (Cliënt: "Volgens mij is de pijn nu minder" Zorgverlener: "Is nu minder")
- Beweringen die de feitelijke inhoud bevestigen, waarbij het referentiekader wordt gehanteerd van de ander
- Het geven van feedback op de essentie van een verbale boodschap ("Dus u heeft er wel baat bij")

Soms wordt er geparafraseerd in de vraagvorm. Wordt er door de ander antwoord opgegeven, dan worden de uitingen als vraag en antwoord gescoord. Het komt echter ook voor dat men in de vragende vorm parafraseert om te checken of iets goed begrepen is. Wordt de uiting niet als vraag opgevat, maar als een herhaling dan valt de uiting onder 'para/interpret'.

Empathy; empathie

Uitspraken die parafraseren, interpreteren of benoemen in welke emotionele toestand de ander verkeert ("Ja, ik kan me voorstellen dat u het daar erg moeilijk mee heeft")

Concern/worry; interesse of bezorgdheid tonen

- Aangeven dat een bepaalde situatie serieus of zorgelijk is, of speciale aandacht verdient. Stemklank, intonatie of de verbale inhoud kan duidelijk maken of er sprake is van zorgen, stress of onzekerheden ("Ik heb zó'n pijn gehad!")
- Emotionele beschrijvingen van de medische situatie of het naar voren brengen van niet-specifieke gevoelens (raar, vreemd), ook als het om een fysieke toestand gaat.
- Het maken van excuses, die aangeven dat men bezorgd is voor de gevoelens van de ander ("Het spijt me dat ik u even pijn moet doen")

Reassurance/optimism; geruststellen, bemoedigen of optimisme uiten

Geruststelling onderscheidt zich van 'goedkeuring geven' doordat er meer prognoses in voor komen. De uitingen in deze categorie zijn positiever dan in concern/worry. (Cliënt = "Ik wilde eigenlijk die zwachtel er een keer af. Kan dat wel?" Zorgverlener = "Ja hoor, dat mag gerust" en: "Goh, wat ziet die wond er goed uit!")

Legitimize; legitiem maken

Uitingen waarbij wordt aangegeven dat de emoties of de gedachten van de ander normaal en begrijpelijk zijn ("Ik snap best dat u zich daar druk over maakt, dat zou ik ook hebben")

Partnership; iemand deelgenoot maken, ondersteunen

Uitingen die aangeven dat men achter de ander staat, dat men de ander steunt of deelgenoot maakt van de handelingen/plannen. ("Als u nou de ene kant van de deken pakt, pak ik hem hier, hebben we het samen zo voor elkaar")

Disagree; oneens zijn of kritiek hebben

Elke uiting die duidt op afkeuring, klagen, verwerping, of ongeloof. Tevens de uitingen die de uitspraak van de ander tegenspreken ("Néé, ik doé die krenge niet aan!")

Asks for reassurance; om geruststelling vragen

Vragen die de behoefte of wens tot geruststelling uitdrukken. Klank en intonatie kunnen hier bepalend zijn om erachter te komen of iets een vraag naar geruststelling zijn of een andere vraag ("Denkt u echt dat ik dat zelf kan doen?")

INSTRUMENTEEL VERBAAL GEDRAG

Transition; Overgangswwoorden

Uitingen die erop duiden dat men over zal gaan op een ander onderwerp of een andere activiteit ("Nou...eens even kijken")

Orient/instruct; oriënterende opmerkingen of instructies

- Aangeven wat de ander te wachten staat, wat er gaat gebeuren. Opmerkingen die bedoeld zijn om richting te geven aan het contact ("Vorige week heb ik er niet naar gekeken, nu zal ik de wond wat meer aandacht schenken")
- Opmerkingen die aangeven wat er van de ander verwacht wordt ("Ja, u moet nu even naar voren buigen")

Bids for clarification; verduidelijking wensen

Vragen om herhaling van het gezegde of verduidelijking ervan. Dit komt voor wanneer men iets niet goed verstaan heeft. Ze worden geuit direct na de uitspraak die niet begrepen is (Zorgverlener: "Ik zal nu uw medicijnen voor vanavond neerleggen" Cliënt: "Wat?")

Ask for understanding; begrip of bevestiging van begrip vragen

Uitingen die bedoeld zijn om er zeker van te zijn dat de ander het begrepen heeft of gevolgd heeft. Ook toestemming of instemming vragen ("Zo is het toch goed, hè?") Dit is anders bedoeld dan parafraseren, ookal lijkt de vorm overeen te komen (cliënt: "Ik heb slecht geslapen" Zorgverlener: "Slecht geslapen?") Het gaat hier echt om het vragen naar een bevestiging of men het goed heeft begrepen.

Ask for opinion; vragen naar een mening

Hier vallen alle vragen onder die vragen naar de mening van de ander over elk soort informatie ("Denkt u dat u het prettig zou vinden om wat vaker onder de mensen te komen?")

Closed ended questions; gesloten vragen stellen

Directe vragen die slaan op specifieke onderwerpen, waar korte antwoorden op gegeven kunnen worden. 'Ja' of 'nee' is vaak al voldoende. Vragen die hieronder vallen zijn:

- Medische conditie/verzorging/verpleging; hieronder vallen vragen over fysieke medische conditie, symptomen, medische geschiedenis, eerdere (therapeutische) behandelingen en vragen over de specifieke verzorging en/of verpleging van de cliënt ("Heeft u nog hoofdpijn?" maar ook "Zit die steunkous niet te strak?")
- Therapeutisch beleid, over het huidige medicijnbeleid en over behandeling van kwalen ("Hoe vaak slikt u die medicijnen?" en "Bent u nog naar de fysiotherapeut geweest?")
- Levensstijl; alles wat op levensstijl slaat, zoals roken, gezinssituatie etc. het valt niet onder persoonlijke opmerkingen omdat de vragen meer inhouden dan alleen sociale of vriendelijke interesse; men wil begrijpen hoe de ander zijn of haar leven heeft ingericht.
- Gevoelens en emoties; alle vragen die slaan op zorgen, (on)tevredenheid, stress, persoonlijke voorkeuren etc. ("Bent u nog zo verdrietig?")
- Anders; kunnen vragen zijn die administratief gericht zijn of vragen over instrumentele handelingen ("Zal ik het kussen op de bank neerleggen?")

Open ended questions; open vragen stellen

Deze vragen beginnen vaak met waarom, wat, hoe, en willen inzicht verkrijgen in waarneming, informatie, gevoelens. Hier vallen ook vragen naar voorbeelden, verduidelijking en vermeerdering van informatie onder. Soms is het moeilijk om gesloten en open vragen uit elkaar te houden, dan kan men letten op pauzes en de mogelijkheid voor de ander om te antwoorden. Als een vraag dusdanig bedoeld is dat een kort antwoord voldoende is, dan zal de zorgverlener alleen het korte antwoord afwachten, maar anders zal hij/zij wat langer wachten met het stellen van de volgende vraag. Voor open vragen geldt dezelfde indeling als voor de gesloten vragen:

- Medisch/verzorging/verpleging ("Wat is er aan de hand met uw been?")
- Therapeutisch ("Wat heeft de therapeut tegen u gezegd?")
- Levensstijl ("Wat gaat u vandaag allemaal doen?")
- Gevoelens en emoties ("Waarom bent u zo somber?")
- Anders ("Kan ik verder nog iets voor u doen?")

Gives information; het geven van informatie

Uitspraken die niet direct en expliciet refereren aan het gedrag van de ander. Verder wordt er informatie gegeven over handelingen die de spreker of anderen zullen gaan verrichten. Hier geldt weer dezelfde indeling als bij de 'vragen stellen':

- Medisch/verzorging/verpleging; Informatie over de fysieke/medische conditie, diagnose, prognose, onderzoek, medische achtergrond en informatie over de specifieke verzorging en/of verpleging van de cliënt ("Ik heb vorig jaar een hartaanval gehad en nu moet ik rustig aan doen van de dokter")
- Therapeutisch; Uitspraken die slaan op feiten of meningen over het huidige behandelplan ("Ik moet nu weer een nieuw medicijn proberen")
- Levensstijl; Informatie over de dagelijkse routine voor zover dit relevant is voor de rest van het contact ("Vroeger at ik altijd in de zaal maar dat kan ik nu niet meer opbrengen")
- Gevoelens en emoties; Alle informatie die aangeeft dat de spreker zich zorgen maakt, (on)tevreden is, stress voelt of waarmee persoonlijke voorkeuren kenbaar worden gemaakt ("Ik heb me de hele dag druk gemaakt over die verhuizing")
- Anders; Alles wat relateert aan administratieve verrichtingen, onderzoeksprocedures etc. ("Ik zet even mijn bril erbij op")

Counseling; raadgeven

Uitspraken die impliceren dat er verwacht wordt dat er actie of beslissingen zullen volgen bij de ander. Er wordt gebruik gemaakt van invloed van de één op de ander. De uitspraken worden onderverdeeld in drie categorieën:

- Medisch/verzorging/verpleging ("U zou die zwachtel wat vaker om moeten doen, voor de steun")
- Leefstijl (U zou eens wat meer naar de recreatie-ruimte moeten gaan. Dat is gezellig")
- Gevoelens en emoties ("U moet zich niet zo druk maken")

Ask for medication; verzoek om medicatie

Vragen vanuit de cliënt naar een bepaald medicijn of een behandeling ("Heeft u voor mij een plastablet? Ik heb de andere per ongeluk door de gootsteen gespoeld")

Unintelligible; onverstaanbaar

Uitingen die niet goed te verstaan zijn (ontleend aan Roter, 1989)

NONVERBAAL GEDRAG

Aankijken Aankijken is gerelateerd aan samen in beeld. De ogen van de verpleegkundige/verzorgende en het gezicht van de cliënt moeten duidelijk in beeld zijn.

Instrumenteel aanraken

Door de zorgverlener gemaakte aanrakingen, noodzakelijk om een bepaalde handeling te kunnen verrichten (Bij het injecteren houdt de zorgverlener de arm van de cliënt vast).

Affectief aanraken

Aanrakingen die niet noodzakelijk zijn, maar waarmee de zorgverlener wil laten blijken dat ze om de cliënt geeft (De zorgverlener legt tijdens het afscheid nemen even zijn/haar hand op de arm van de cliënt).

Knikken Het één of meerdere keren ja-knikken. Ook het ja-knikken ter versterking van het gesprokene werd gescoord.

Glimlachen Hiermee wordt lachen als uiting van genegenheid bedoeld. Het hardop lachen, als een reactie op een grapje, wordt als verbale communicatie gescoord.

Toegewende houding Een naar de cliënt toegebogen houding die niet noodzakelijk is voor de uitvoering van een bepaalde verpleegkundige of verzorgende handeling. Deze houding geeft blijk van interesse of betrokkenheid. Een voorbeeld: een verzorgende die voorover leunt tijdens een praatje met een cliënt die in bad ligt.

Alle nonverbale gedragingen werden zowel op frequentie als duur gescoord. De afspraak was dat de scoreknop van het observatieprogramma CAMERA gedurende het nonverbale gedrag werd ingehouden.

Samen in beeld Samen in beeld werd gescoord wanneer het gezicht van de verpleegkundige/verzorgende van voor of van opzij samen in beeld was met de cliënt of een gedeelte van de cliënt (een hand was genoeg).

Zorgtaken

Een drietal zorgactiviteiten zijn geregistreerd, welke zijn ontleend aan aan Kerkstra en Vorst-Thijssen (1990). Met deze zorgactiviteiten wordt de context waarin de verplegende-client communicatie plaatsvindt, weergegeven.

De drie typen zorgactiviteiten zijn:

- 1) lichamelijk-hygiënische zorg, zoals het helpen met baden of douchen. Tot deze zorg behoren ook de huishoudelijke taken die soms tijdens een contact voorkomen, zoals bijvoorbeeld het opruimen van de badkamer;
- 2) verpleegtechnisch handelen;
- 3) psycho-sociale activiteiten, waaronder ook GVO-activiteiten, contact met mantel zorg en sociale activiteiten.

Globale affectmaten

Globale affectmaten zorgverlener

boosheid/geïrriteerdheid	1	2	3	4	5	6
angst/nervositeit	1	2	3	4	5	6
(sociale) dominantie/assertiviteit	1	2	3	4	5	6
interesse/bezorgdheid	1	2	3	4	5	6
warmte/vriendelijkheid	1	2	3	4	5	6
betuttelen/ongelijkwaardigheid	1	2	3	4	5	6
betrokken houding	1	2	3	4	5	6

Globale affectmaten van de cliënt

boosheid/geïrriteerdheid	1	2	3	4	5	6
angst/nervositeit	1	2	3	4	5	6
(sociale) dominantie/assertiviteit	1	2	3	4	5	6
interesse/bezorgdheid	1	2	3	4	5	6
warmte/vriendelijkheid	1	2	3	4	5	6

respondentnummer:



Vragenlijst voor wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden



inlichtingen:

Wilma Caris-Verhallen of
Ingrid de Gruyter, telefoon 030 - 231 99 46

Met behulp van deze vragenlijst wordt door middel van uiteenlopende vragen geprobeerd een beeld te krijgen van verschillende aspecten binnen uw werk. Per vraag kunt u steeds kiezen uit een aantal antwoordmogelijkheden. Omdat voor het onderzoek alle vragen van groot belang zijn willen wij u vragen geen vragen over te slaan. Voor eventuele aanvullende opmerkingen is aan het einde van de vragenlijst ruimte gereserveerd.

Na het invullen kunt u de vragenlijst in de bruine antwoordenvelop doen en opsturen naar het NIVEL. Een postzegel is niet nodig.

Wij willen u alvast hartelijk bedanken voor het invullen van deze vragenlijst. Mocht u vragen of opmerkingen hebben, dan kunt u tijdens kantooruren contact opnemen met Wilma Caris-Verhallen of met Ingrid de Gruyter, telefoon: 030 - 2319946. Succes met het beantwoorden van de vragen.

A. Algemeen

Om te beginnen wordt hier eerst een aantal vragen over uzelf gesteld. De gegevens zijn nodig om bepaalde groepen zorgverleners met elkaar te vergelijken.

Bij de meeste vragen kunt u een kruisje zetten bij het juiste antwoord. Bij sommige vragen is het de bedoeling dat u het antwoord zelf invult.

1. Wat is uw leeftijd?

..... jaar

2. Van welk geslacht bent u?

man

vrouw

3. Welke van de onderstaande opleidingen heeft u afgerond?

(meerdere antwoorden mogelijk)

opleiding ziekenverzorgende

wijk-applicatiecursus voor ziekenverzorgende

applicatiecursus-ziekenverzorgende

opleiding tot bejaardenverzorgende

MDGO-vz

MDGO-vp

in-service opleiding A en/of B en/of Z

MBO-V

HBO-V

MGZ

VO-management

managementcursus IBW

VO-Beroepsinnovatie

VO-Verpleegkundig Specialist

Verplegingswetenschap

anders, namelijk

4. Wat is uw huidige functie?

wijkziekenverzorgende

wijkverpleegkundige *all-round*

wijkverpleegkundige *thuiszorg/volwassenenzorg*

verpleegkundige

ziekenverzorgende

bejaardenverzorgende

verzorgende

andere functie, namelijk

5. Hoeveel jaar bent u reeds werkzaam in de verpleging/verzorging (onderbrekingen niet meegerekend)

.....jaar

6. Hoeveel jaar bent u reeds werkzaam in uw huidige functie?

.....jaar

7. Hebt u een volledige baan (38 uur) of een deeltijdbaan?

0 volledige baan

0 deeltijdbaan, namelijkuur per week

8. Aan hoeveel cliënten verleent u gemiddeld per ochtend/middag (evt. avond/nacht) zorg?

..... cliënten

B. Mening over ouderen

Hieronder treft u een aantal uitspraken aan over ouderen, die in paren zijn gerangschikt. Elk paar met uitspraken geeft een mening over ouderen. Per paar zijn die meningen tegengesteld aan elkaar.

Het is de bedoeling dat u door middel van een kruisje aan geeft in hoeverre een uitspraak met uw eigen mening overeen komt.

Er zijn geen goede of foute antwoorden. Het gaat alleen om uw eigen mening. Hieronder volgt een voorbeeld.

Wanneer u het volledig met de linker uitspraak eens bent dan zet u een kruisje in het meest linker rondje. (zie voorbeeld 1). Wanneer u het gedeeltelijk eens bent met de linker uitspraak zet u een kruisje in het tweede rondje van links (zie voorbeeld 2). Wanneer u het juist eens bent met het tegenovergestelde, dan kruist u het rondje dat het meest rechts staat aan.

Het is de bedoeling dat u per paar met uitspraken slechts eenmaal een kruisje plaatst.

voorbeeld 1:

Mijn werk biedt weinig of geen sociale contacten.	<input checked="" type="radio"/> 0 0 0 0	Mijn werk biedt zeer veel gelegenheid tot sociale contacten.
---	--	--

voorbeeld 2:

Ik kom tijdens mijn werk altijd tijd te kort	0 <input checked="" type="radio"/> 0 0 0	Ik heb op mijn werk altijd ruim voldoende tijd
--	--	--

1

Het is waarschijnlijk beter als de meeste ouderen in wooneenheden zouden wonen met mensen van hun eigen leeftijd.	0 0 0 0 0	Het is waarschijnlijk beter als de meeste oude mensen in wooneenheden zouden wonen waar ook jongere mensen wonen.
---	-----------	---

2

Er is iets eigenaardigs aan oude mensen. Het is moeilijk er achter te komen wat hen beweegt.	0 0 0 0 0	De meeste oude mensen zijn echt niet anders dan anderen. Ze zijn net zo eenvoudig te begrijpen als jongere mensen.
--	-----------	--

3

De meeste oude mensen hebben hun eigen gewoonten. Ze kunnen die niet veranderen.	0 0 0 0 0	De meeste oude mensen zijn in staat zich aan te passen als de situatie daarom vraagt.
--	-----------	---

4

De meeste oude mensen zouden het liefst met werken stoppen zodra ze voldoende pensioen opgebouwd hebben of door hun kinderen kunnen worden onderhouden.	0 0 0 0 0	De meeste oude mensen blijven liever werken zolang ze nog kunnen dan afhankelijk te zijn van anderen.
---	-----------	---

5

De meeste oude mensen hebben de neiging hun huis te laten versloffen.	0 0 0 0 0	Bij de meeste oude mensen kun je er van op aan dat zij hun huis netjes onderhouden.
---	-----------	---

6

Het is onzin te stellen dat wijsheid met de jaren komt.	0 0 0 0 0	Mensen worden wijzer naarmate ze ouder worden.
---	-----------	--

7

Oude mensen hebben te veel macht in het bedrijfsleven en in de politiek.	0 0 0 0 0	Oude mensen zouden meer macht moeten hebben in het bedrijfsleven en in de politiek.
--	-----------	---

8

Bij de meeste oude mensen voel je je slecht op je gemak.	0 0 0 0 0	De omgang met de meeste oude mensen is erg ontspannen.
--	-----------	--

9

Oude mensen vervelen anderen door alsmat over die goede oude tijd te praten.	0 0 0 0 0	Het is interessant en onderhoudend als je oude mensen over vroeger en hun ervaringen van toen hoort vertellen.
--	-----------	--

10

De meeste oude mensen bemoeien zich te veel met andermans zaken en geven te vaak ongevraagd advies.	0 0 0 0 0	De meeste oude mensen bemoeien zich met hun eigen zaken en geven alleen advies als hun daarom worden gevraagd.
---	-----------	--

11

Als oude mensen aardig gevonden willen worden, zullen ze toch eerst hun irritante tekortkomingen moeten zien kwijt te raken.	0 0 0 0 0	Als je er over na denkt dan hebben oude mensen dezelfde tekortkomingen als ieder ander mens.
--	-----------	--

12

Om een buurt leuk te houden is het het beste als er niet te veel oude mensen wonen.	0 0 0 0 0	Je kunt erop rekenen dat het leuk wonen is in een buurt waar een behoorlijk aantal oude mensen wonen.
---	-----------	---

13

Op een paar uitzonderingen na zijn alle oude mensen zo ongeveer hetzelfde.	0 0 0 0 0	Het is duidelijk dat de meeste oude mensen zeer van elkaar verschillen.
--	-----------	---

14

De meeste oude mensen zouden meer aandacht moeten besteden aan hun uiterlijk, ze zijn te onverzorgd.	0 0 0 0 0	De meeste oude mensen zijn erg schoon en netjes in hun uiterlijke verschijning.
--	-----------	---

15

De meeste oude mensen zijn snel geïrriteerd, mopperig en onplezierig.	0 0 0 0 0	De meeste oude mensen zijn opgewekt, prettig in de omgang en goedgehumourd.
---	-----------	---

16

De meeste oude mensen klagen voortdurend over het gedrag van de jongere generatie.	0 0 0 0 0	Je hoort oude mensen zelden klagen over het gedrag van de jongere generatie.
--	-----------	--

17

De meeste oude mensen eisen overmatig veel liefde en geruststelling.	0 0 0 0 0	De meeste oude mensen hebben net zo veel liefde en geruststelling nodig als ieder ander mens.
--	-----------	---

C. Uitspraken over het werk

Hieronder treft u een aantal uitspraken over het werk. Het is de bedoeling dat u aangeeft wat uw persoonlijke mening is over deze uitspraken. Achter elke uitspraak staan 5 cijfers. De betekenis van de cijfers is als volgt:

1 = Daar ben ik het helemaal mee eens

2 = Daar ben ik het mee eens

3 = Daar ben ik het niet mee eens en niet mee oneens

4 = Daar ben ik het niet mee eens

5 = Daar ben ik het helemaal niet mee eens

Bij elke uitspraak kunt u door middel van een cirkeltje om één van de cijfers aangeven in hoeverre u het met de betreffende uitspraak eens of oneens bent. Er zijn geen goede of foute antwoorden. Het gaat alleen om uw eigen mening.

	helemaal mee eens	mee eens	niet mee eens en niet oneens	niet mee eens	helemaal niet mee eens
1. Het werk dat ik hier doe is erg zinvol voor me	1	2	3	4	5
2. Mijn werk geeft mij veel voldoening	1	2	3	4	5
3. Over mijn huidige werk ben ik enthousiast	1	2	3	4	5
4. Mijn huidige werk geeft mij een goede kans te laten zien wat ik waard ben	1	2	3	4	5
5. Het laatste jaar is mijn werk interessanter geworden	1	2	3	4	5
6. Ik vind mijn werk eentonig	1	2	3	4	5
7. Mijn werk is van dien aard dat het waard is om je ervoor in te spannen	1	2	3	4	5
8. Ik heb voldoende tijd voor de cliënt om goede zorg te kunnen verlenen	1	2	3	4	5
9. De hoeveelheid tijd die ik besteed aan administratief werk is redelijk en ik weet zeker dat de cliënten er niet onder te lijden hebben	1	2	3	4	5
10. Ik heb genoeg tijd en mogelijkheden om problemen betreffende de cliënten te bespreken met collega's	1	2	3	4	5
11. Ik heb voldoende tijd beschikbaar voor directe cliëntenzorg	1	2	3	4	5
12. Ik denk niet dat ik beter zou functioneren als het minder druk was	1	2	3	4	5

Nu volgt een aantal uitspraken over bepaalde aspecten van de werksituatie, waarbij u kunt aangeven hoe tevreden u bent met het desbetreffende aspect. De betekenis van de cijfers is als volgt:

1 = zeer tevreden

2 = tevreden

3 = neutraal

4 = ontevreden

5 = zeer ontevreden

	zeer tevreden	tevre- den	neu- traal	on- tevreden	zeer on- tevreden
Hoe tevreden bent u met:					
1. De mate waarin u goede vrienden kunt maken onder uw collega's	1	2	3	4	5
2. De mate waarin u uw collega's graag mag	1	2	3	4	5
3. De mate waarin u in uw werk kunt laten merken dat u uw collega's sympathiek vindt	1	2	3	4	5
4. De mate waarin u het gevoel hebt dat u bij uw team hoort	1	2	3	4	5
5. De mate waarin u het gevoel hebt dat uw collega's u een 'geschikte kerel/meid' vinden	1	2	3	4	5
6. De mate waarin u te maken hebt met collega's die u graag mogen	1	2	3	4	5

D. Uitspraken over het gedrag van zorgverleners

Hieronder treft u een aantal uitspraken aan over het gedrag van hulpverleners ten opzichte van patiënten.

Door een van de cijfers achter elke uitspraak te omcirkelen kunt u aangeven hoe vaak u zelf het genoemde gedrag vertoont. Dus niet wat u in het ideale geval zou willen, maar wat u werkelijk doet.

Daarbij geldt het volgende

1 = erg vaak

2 = vaak

3 = soms

4 = zelden

5 = nooit

	erg vaak	vaak	soms	zelden	nooit
1. De cliënten aanmoedigen zoveel mogelijk voor zichzelf te zorgen	1	2	3	4	5
2. De cliënt uitleggen wat de regels en de gewoonten zijn bij de Kruisorganisatie	1	2	3	4	5
3. De cliënt uitleggen waarom een bepaalde handeling wordt verricht of waarom hij/zij op een bepaalde wijze wordt verzorgd	1	2	3	4	5
4. Nagaan of er bij een cliënt onzekerheid bestaat over de aard van de ziekte of de ernst van de toestand	1	2	3	4	5
5. Met de cliënt praten over de teleurstelling en zorgen vanwege het uitblijven van herstel, of het achteruitgaan van functies	1	2	3	4	5
6. De cliënt vragen wat hij/zij vindt van de manier waarop hij/zij wordt verpleegd	1	2	3	4	5
7. De cliënt uitleggen waarom hij/zij bepaalde medicijnen krijgt	1	2	3	4	5
8. Met cliënten praten over spanningen of moeilijkheden in het huwelijk of de relatie, met de kinderen of met familieleden	1	2	3	4	5
9. De cliënt uitleggen wat er gaat gebeuren wanneer hij of zij een bepaalde behandeling of onderzoek moet ondergaan	1	2	3	4	5

	erg vaak	vaak	soms	zelden	nooit
10. De cliënt uitleggen welke mensen er in de thuiszorg werken en wat ze doen	1	2	3	4	5
11. De cliënt steunen en helpen bij moeilijkheden en problemen	1	2	3	4	5
12. De cliënt informatie geven over leefregels, medicijngebruik, dieet e.d.	1	2	3	4	5
13. De mantelzorgers aanmoedigen in hun hulp aan de cliënt	1	2	3	4	5
14. Vragen wat de cliënt vindt van de dagelijkse gang van zaken rondom de verpleging/verzorging	1	2	3	4	5
15. De cliënt vragen wat hij/zij van een bepaalde behandeling of verzorgingswijze vindt	1	2	3	4	5
16. Vragen of de cliënt bepaalde problemen heeft, die hij of zij bespreken wil	1	2	3	4	5
17. De cliënt vragen hoe hij of zij zich voelt	1	2	3	4	5
18. Vragen of er nog iets is wat de cliënt wil weten	1	2	3	4	5
19. Cliënten aanmoedigen om over hun problemen te praten	1	2	3	4	5
20. Met de cliënt spreken over hulpmiddelen of aanpassingen die de dagelijkse levensverrichtingen vergemakkelijken	1	2	3	4	5
21. Met cliënten spreken over problemen als verveling, onprettige leefregels, verminderde privacy, e.d.	1	2	3	4	5
22. De cliënt stimuleren om thuis zoveel mogelijk activiteiten zelf te doen	1	2	3	4	5
23. De cliënten vertellen hoe de procedure is bij klachten over verpleging of verzorging	1	2	3	4	5

U bent hiermee aan het einde van de vragenlijst gekomen. Eventueel aanvullende opmerkingen over uw werk en/of de dingen die in deze vragenlijst zijn gevraagd, kunt u hier onder plaatsen. Wij zullen deze opmerkingen zeker lezen en zo mogelijk betrekken in het onderzoek.

Als u de vragenlijst meteen in de antwoordvelop naar het NIVEL stuurt kunnen wij de gegevens direct verwerken. Wij willen u bij voorbaat bedanken voor uw medewerking.

Opmerkingen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

BIJLAGE 4 VRAGENLIJST CLIËNTEN NA ELK VIDEOCONTACT

Vragenlijst voor cliënten van Stichting Kruiswerk De Bossche Meierij

Datum video-opname:

nummer zorgverlener:

nummer cliënt:

Instructie voor de interviewer:

Alle cursief gedrukte tekst dient als richtlijn gevolgd te worden.

Daarbij geldt dat de formulering van de vragen zoveel mogelijk aangepast dient te zijn aan de situatie waarin geïnterviewd wordt en aan de spreektaal die de cliënt gewend is. Dat betekent bijvoorbeeld dat voor de zorgverlener meestal de voornaam of anders de term de zuster, de verpleegster, wordt gebruikt. Pas je steeds aan aan de gewoonte die in een bepaalde situatie geldt.

Verder is het van belang dat er wanneer er sprake is van de verpleging of de verzorging (aangegeven met *) steeds concrete handelingen worden genoemd. De termen 'verpleging' en 'verzorging' zijn veelal te abstract. Beter is het om de handeling zelf te benoemen

Bijvoorbeeld : stelling C4

De uitleg die de zuster mij gaf bij het verbinden van de wond kon ik goed begrijpen.

of: stelling C6

Ik kon mee beslissen bij de volgorde en de werkwijze bij het wassen en aankleden.

Wanneer een cliënt voor dit onderzoek al vaker is geïnterviewd (zie bezoekschema) leg dit dan uit met de daarvoor aangegeven tekst.

Zoals u weet wordt er op het moment een onderzoek gedaan. Het kruiswerk wil graag zo goed mogelijk hulp geven en daarom worden de verpleegsters geschoold met behulp van filmbeelden. Ik ben gevraagd om te kijken of die scholing ook effect heeft. Naast het maken van de film-opname zou ik u daarom ook graag nog een aantal vragen stellen.

Alles wat in dit vraaggesprek aan de orde komt wordt strikt vertrouwelijk behandeld. Ook de zuster krijgt de informatie niet te zien.

A. Algemene gegevens

(1e keer):

Ik wil graag beginnen met enkele vragen over uzelf

of (wanneer interview al vaker is afgenomen):

Ik begin weer met een aantal vragen over uzelf. Die zijn hetzelfde als de vorige keer.

Ik moet ze u helaas toch weer stellen, omdat de gegevens zonder naam verwerkt worden en dus niet te achterhalen valt welke gegevens bij u horen. Bovendien kunnen uw antwoorden wanneer uw mening wordt gevraagd van dag tot dag verschillen.

1. man
 vrouw (niet vragen, maar door interviewer zelf in te vullen)
2. Wilt u bij de volgende uitspraken (evt. met behulp van kaart 1) aangeven of u het er mee eens bent of juist niet?

	mee eens	weet niet	niet mee eens
a. Ik voel me prima	1	2	3
b. Ik mankeer altijd wel wat	1	2	3
c. Ik voel mezelf nog heel goed gezond	1	2	3
d. Ik voel me vaak niet zo goed	1	2	3
e. Vergeleken met mijn leeftijdsgenoten is mijn gezondheidstoestand uitstekend	1	2	3

B. Het belang van zorgaspecten

Ik begin nu met het noemen van een aantal dingen die te maken hebben met verpleging/verzorging. (of: ik laat u nu een aantal zinnen op een kaart zien die alle met verpleging of verzorging te maken hebben). De vraag is of u bij alle uitspraken die ik zo dadelijk noem wilt aangeven hoe belangrijk deze voor u zijn ?

Ik laat u de antwoordmogelijkheden op een kaart zien.

Kaart 3 met antwoord-categorieën erbij leggen
 Evt. ook kaart 2 met uitspraken

1. erg belangrijk
2. nogal belangrijk
3. matig belangrijk
4. weinig belangrijk
5. niet belangrijk

In hoeverre vindt u het belangrijk		erg belangrijk	nogal belangrijk	matig belangrijk	weinig belangrijk	niet belangrijk
1.	dat de zuster een duidelijk uitleg geeft van wat ze gaat doen	1	2	3	4	5
2.	dat de zuster met u overlegt over de manier van werken	1	2	3	4	5
3.	dat zuster u zo veel mogelijk zelf laat doen	1	2	3	4	5
4.	dat zuster bij u informeert wat u van de hulp vond	1	2	3	4	5
5.	dat zuster vriendelijk tegen u is	1	2	3	4	5
6.	dat de zuster u serieus neemt	1	2	3	4	5
7.	dat de zuster belangstelling voor u heeft	1	2	3	4	5
8.	dat de zuster voldoende tijd voor u neemt	1	2	3	4	5
9.	dat de zuster u op uw gemak stelt	1	2	3	4	5
10.	dat de zuster rekening met uw speciale wensen houdt	1	2	3	4	5
11.	U heeft zojuist aangegeven hoe belangrijk u bepaalde dingen in de verpleging of verzorging vindt. Ik laat ze nu weer op de kaart zien. Zou u aan kunnen wijzen welke drie voor u het meest belangrijk zijn, in volgorde van belangrijkheid. (cijfer uitspraak invullen)					
	1e	2e	3e			
12.	En wat vindt u het minst belangrijk?					
	10e					

C. Oordeel over de zojuist verkregen zorg

Ik ga u nu enkele vragen stellen over de hulp die u zojuist gehad heeft. Kunt u aangeven wat u oordeel is bij de volgende vragen?

Ik laat u de antwoordmogelijkheden op een kaart zien.

Kaart 4 met antwoord-categorieën erbij leggen

1. helemaal mee eens
2. mee eens
3. niet eens, maar ook niet oneens
4. mee oneens
5. helemaal mee oneens

	helemaal mee eens	mee eens	niet eens, niet oneens	mee oneens	helemaal mee oneens
1. Het was mij precies duidelijk wat de zuster van morgen (of vanmiddag) kwam doen	1	2	3	4	5
2. De zuster gaf mij (of mijn naaste familieleden voldoende uitleg over de verpleging/ verzorging (* handeling benoemen)	1	2	3	4	5
3. De uitleg die de zuster mij gaf ove de verpleging of verzorging (*) was goed te begrijpen	1	2	3	4	5
4. De zuster heeft mij duidelijk verteld wat ze van mij verwachtte tijdens de verzorging (*)	1	2	3	4	5
5. Ik kon zelf mee beslissen over de werk wijze en/of volgorde van werken bij de verzorging/verpleging (*)	1	2	3	4	5
6. Ik vond dat de zuster mij betuttelde	1	2	3	4	5
7. De zuster vroeg aan mij welke dingen ikzelf nog kon doen	1	2	3	4	5
8. De zuster spoorde mij aan om zoveel mogelijk zelf te doen	1	2	3	4	5
9. De zuster heeft aan mij gevraagd wat ik van haar hulp bij de verpleging/ verzorging (*) vond	1	2	3	4	5
10. De zuster was vriendelijk tegen mij	1	2	3	4	5
11. Ik voelde me door de zuster serieus genomen	1	2	3	4	5

	helemaal mee eens	mee eens	niet eens, niet oneens	mee oneens	helemaal mee oneens
12. De zuster had persoonlijke belangstelling voor mij	1	2	3	4	5
13. De zuster was heel geduldig	1	2	3	4	5
14. De zuster had tijd genoeg voor mij)*	1	2	3	4	5
15. De zuster luisterde goed naar mij	1	2	3	4	5
16. De zuster stelde mij op mijn gemak	1	2	3	4	5
17. Ik had het gevoel dat ik goed met deze zuster op kon schieten	1	2	3	4	5
18. De zuster hield rekening met mijn speciale wensen	1	2	3	4	5

19. Als u een rapportcijfer moest geven voor de verzorging of verpleging (*) die u zojuist heeft gehad, welk cijfer geeft u dan?

.....

20. Kunt u kort toelichten waarom u dat cijfer bij de vorige vraag geeft.

21. In hoeverre was u gespannen door de camera? nogal gespannen
 een beetje gespannen
 niet zo gespannen
 niet gespannen

22. Zijn er dingen in het contact (hulp/verpleging/verzorging) die in uw ogen beter hadden gekund?

23. Heeft u nog andere opmerkingen over het contact (de hulp/de verpleging/ de verzorging/ het gesprek) dat u zojuist met de zuster heeft gehad?

Dit was de vragenlijst. Ik zou u hartelijk willen bedanken voor uw medewerking.

)* Het gaat hier om de tijd die aan de gewone handelingen worden besteed, dus exclusief de tijd die nu vanwege het onderzoek wordt gemaakt. Wees daarop attent en spits zonnig de vraag toe.

BIJLAGE 5 VRAGENLIJST ZORGVERLENERS NA ELK VIDEOCONTACT

Vragenlijst voor zorgverleners van Stichting Kruiswerk de Bossche Meierij

Datum video-opname:

nummer zorgverlener: 1 _ _

nummer cliënt:

Tijdens de training worden er een aantal zorgverleningscontacten van u met cliënten op de video vastgelegd. Deze video-opnames worden gebruikt voor de training. Maar om na te gaan of de training het beoogde effect heeft zullen enkele banden ook worden voorgelegd aan een onafhankelijke deskundige. Om zich een goed beeld van het contact te kunnen vormen is uw eigen oordeel over uw contact met de cliënt van groot belang. Zou u daarom na elke cliënt die u verzorgd heeft en waarvan het contact op de video is opgenomen onderstaande vragenlijst in willen vullen.

Voor de deskundige die de banden gaat bekijken bent u en is de cliënt anoniem. Het spreekt van zelf dat het gefilmde materiaal en de via de vragenlijst verzamelde gegevens vertrouwelijk worden behandeld.

A. Enkele algemene vragen met betrekking tot dit zorgverleningscontact.

Wilt u het goede antwoord aankruisen. Bij een stippellijn is een nadere toelichting gewenst.

1. Hoelang komt u al bij deze cliënt?
 - langer dan drie maanden
 - één tot drie maanden
 - enkele weken tot een maand
 - een week
 - enkele dagen
 - sinds vandaag

2. Hoe vaak komt u bij deze cliënt?
 - vijf of meer keer per week
 - 3 à 4 keer per week
 - 1 à 2 keer per week
 - minder dan 1 keer per week
 - minder dan 1 keer per maand

B. Het belang van zorgaspecten

Er volgt nu een aantal vragen over aspecten van zorg .

Het is de bedoeling dat u steeds met een cijfer van 1 t/m 5 aangeeft hoe belangrijk u dit aspect vond in het contact wat u zo juist heeft afgelegd. Daarbij hebben de cijfers de volgende betekenis:

1. erg belangrijk
2. nogal belangrijk
3. matig belangrijk
4. weinig belangrijk
5. niet belangrijk

Hoe belangrijk vond u het tijdens dit contact	erg belang- rijk	nogal belang- rijk	matig belang- rijk	weinig belang- rijk	niet belang- rijk
1. dat de cliënt duidelijk uitleg kreeg over wat u ging doen	1	2	3	4	5
2. dat u met de cliënt kon overleggen over de werkwijze	1	2	3	4	5
3. dat de cliënt zo veel mogelijk zelf kon doen	1	2	3	4	5
4. dat u naging wat de cliënt van uw hulp vond	1	2	3	4	5
5. dat u vriendelijk was tegen de cliënt	1	2	3	4	5
6. dat de cliënt zich serieus genomen voelde	1	2	3	4	5
7. dat u de cliënt belangstelling kon tonen	1	2	3	4	5
8. dat u voldoende tijd nam voor deze cliënt	1	2	3	4	5
9. dat u de cliënt op zijn/haar gemak kon stellen	1	2	3	4	5
10. dat u rekening kon houden met de speciale wensen van deze cliënt	1	2	3	4	5
11. U heeft zojuist aangegeven hoe belangrijk u bepaalde dingen in de verpleging of verzorging van deze cliënt vindt. Zou u van bovenstaande uitspraken 1 t/m 10 willen aangeven welke drie voor u het meest belangrijk waren in deze situatie, in volgorde van belangrijkheid. (Het nummer van de uitspraak hieronder invullen).					
1°	2°	3°			
12. En wat vond u het minst belangrijk?					
10°					

C. Uw eigen oordeel over de zojuist verleende zorg

Kunt met behulp van de cijfers aangeven in hoeverre u het eens bent met de hieronder staande uitspraken. Daarbij hebben de cijfers de volgende betekenis:

1. helemaal mee eens
2. mee eens
3. niet eens, maar ook niet oneens
4. mee oneens
5. helemaal mee oneens

	helemaal mee eens	mee eens	niet eens, niet oneens	mee oneens	helemaal mee oneens
1. Ik denk dat het voor de cliënt voldoende duidelijk was wat ik kwam doen	1	2	3	4	5
2. Ik heb de cliënt (of naaste familieleden) voldoende uitleg over de verpleging/ verzorging gegeven	1	2	3	4	5
3. De uitleg die ik aan de cliënt heb gegeven over de verpleging of verzorging was begrijpelijk	1	2	3	4	5
4. Ik heb de cliënt duidelijk verteld wat ik van hem/haar verwachtte tijdens dit bezoek	1	2	3	4	5
5. De cliënt heeft mee kunnen beslissen over de werkwijze en/of volgorde van werken	1	2	3	4	5
6. Ik heb het idee dat ik deze cliënt betutteld heb	1	2	3	4	5
7. ik ben nagegaan welke handelingen de cliënt zelf nog kon verrichten	1	2	3	4	5
8. Ik heb de cliënt aangespoord zoveel mogelijk zelf te doen	1	2	3	4	5
9. Ik heb aan de cliënt gevraagd wat zijn/ haar oordeel was over de zorg die ik verleend heb	1	2	3	4	5
10. Ik was vriendelijk voor deze cliënt	1	2	3	4	5
11. Ik heb de cliënt voldoende serieus genomen	1	2	3	4	5

- | | | helemaal
mee
eens | mee
eens | niet eens,
niet
oneens | mee
oneens | helemaal
mee
oneens |
|-----|---|-------------------------|-------------|------------------------------|----------------------|---------------------------|
| 12. | Ik heb deze cliënt persoonlijke belangstelling getoond | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. | Ik was heel geduldig | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. | Ik had voldoende tijd voor deze cliënt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. | Ik had het idee dat ik goed naar deze cliënt heb geluisterd | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. | Ik heb moeite gedaan om deze cliënt op zijn/haar gemak te stellen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. | Ik heb het idee dat ik goed met deze cliënt op kan schieten | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. | Ik heb rekening kunnen houden met de speciale wensen van de cliënt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. | Als u zichzelf een rapportcijfer moest geven voor het bezoek dat u zojuist aan de cliënt hebt gebracht, welk cijfer geeft u dan?

..... | | | | | |
| 20. | Kunt u kort toelichten waarom u dat cijfer bij de vorige vraag geeft. | | | | | |
| 21. | In hoeverre was u gespannen door de camera? | | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> | nogal gespannen | |
| | | | | <input type="checkbox"/> | een beetje gespannen | |
| | | | | <input type="checkbox"/> | niet zo gespannen | |
| | | | | <input type="checkbox"/> | niet gespannen | |
| 22. | Zijn er dingen in dit hulpverleningscontact (hulp/verpleging/verzorging) die in uw ogen beter hadden gekund? | | | | | |
| 23. | Heeft u nog andere opmerkingen over het contact (de verpleging/ de verzorging/ het gesprek) dat u zojuist met de cliënt heeft gehad? | | | | | |

Dit was de vragenlijst. Wij zouden u hartelijk willen bedanken voor uw medewerking.

Enkele andere recente NIVEL-rapporten:

Begeleidingsmethodieken voor psychogeriatrische verpleeghuisbewoners: een overzicht

Auteurs: I.P.M. Kruijver, A.Kerkstra

Utrecht: NIVEL, 1996, 96 pag., fl. 18,50

In dit rapport wordt een overzicht gegeven van de beschikbare begeleidingsmethodieken bij de zorg voor psychogeriatrische verpleeghuisbewoners. Met dit overzicht kunnen de betrokken zorgverleners op makkelijke en toegankelijke wijze kennis nemen van de verschillende begeleidingsmethodieken en hun toepassingsmogelijkheden, en dit gebruiken voor verdere professionalisering van hun beroepsuitoefening.

In het eerste en theoretisch deel van het rapport worden de acht meest bekende begeleidingsmethodieken uit de literatuur allereerst afzonderlijk en volgens een vast stramien beschreven; vervolgens worden de methodieken vergelijkenderwijs beschreven.

In het tweede en empirisch deel van het rapport wordt, met het oog op verdere kennis over het toepassen van de begeleidingsmethodieken, de in het veld aanwezige kennis omtrent het hanteren van de begeleidingsmethodieken in de psychogeriatrische en gecombineerde verpleeghuizen van Nederland in kaart gebracht.

Transmurale zorg in Nederland

Auteurs: A.Persoon, A.L.Francke, D.Temmink, A.Kerkstra

Utrecht: NIVEL, 1996, 92 pag., fl. 18,00

Transmurale zorg staat in het centrum van de belangstelling van hulpverleners, beleidmakers en onderzoekers. Een systematisch overzicht van de verschillende transmurale voorzieningen ontbrak echter tot nu toe. Vanuit het NIVEL is daarom in opdracht van ZorgOnderzoek Nederland, een inventarisatiestudie verricht op basis van bestaande gegevensbestanden. Dit rapport beschrijft de resultaten en gaat in op de aard en omvang van transmurale zorg in de algemene gezondheidszorg, geestelijke gezondheidszorg, ouderenzorg en gehandicaptensector.

Het meten van ervaren kwaliteit van leven van oudere somatische verpleeghuispatiënten

Auteurs: C. van Campen, A.Kerkstra, C.G.J.Taes

Utrecht: NIVEL, 1997, in press

In dit rapport wordt de ontwikkeling beschreven van een instrument voor het meten van de ervaren kwaliteit van leven van oudere somatische verpleeghuispatiënten. Het meetinstrument bevat vijf schalen: pijnbeleving, somatische autonomie, levenstevredenheid, ervaren veiligheid en ervaren autonomie. De schalen kunnen afzonderlijk gebruikt worden om scores per indicator te bepalen maar ook gezamenlijk om een indexscore of een profielscore te bepalen. Het instrument bevat in totaal 50 vragen die met ja of nee beantwoord worden. De gemiddelde afnameduur bedroeg 20 minuten. Door middel van kwalitatieve en kwantitatieve studies werden validiteit, betrouwbaarheid, onderscheiden vermogen en gebruiksvriendelijkheid onderzocht. Het instrument kan in toekomstig onderzoek gebruikt worden om effecten van verpleeghuiszorg vast te stellen.

